



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท

Factors Predicting Self-Care Behaviors Among Prisoners with Schizophrenia

เจนวิทย์ ณาคะโร

Janwit Nakharo

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing  
Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท

Factors Predicting Self-Care Behaviors Among Prisoners with Schizophrenia

เจนวิทย์ ณะคะโร

Janwit Nakharo

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา  
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต  
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the  
Degree of Master of Nursing Science in Psychiatric and Mental Health Nursing  
Prince of Songkla University

2566

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท  
 ผู้เขียน นายเจนวิทย์ ณาคะโร  
 สาขาวิชา การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

คณะกรรมการสอบ

.....  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....ประธานกรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อุมภาพร ปุญญโสพรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

.....กรรมการ  
 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. วินีกาญจน์ คงสุวรรณ)

.....  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว)

.....กรรมการ  
 (ดร.นายแพทย์นพพร ต้นตี่รังสี)

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อนุมัติให้บัณฑิตวิทยานิพนธ์ฉบับนี้  
 เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา ตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาล  
 จิตเวชและสุขภาพจิต

.....  
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เกกิง วงศ์ศิริโชติ)  
 รักษาการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้มาจากการศึกษาวิจัยของนักศึกษาเอง และได้แสดงความขอบคุณบุคคลที่มี  
ส่วนช่วยเหลือแล้ว

ลงชื่อ .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาญจน์ คงสุวรรณ)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

ลงชื่อ .....

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. อรรวรรณ หนูแก้ว)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ลงชื่อ .....

(นายเจนวิทย์ ณาคะโร)

นักศึกษา

ข้าพเจ้าขอรับรองว่า ผลงานวิจัยนี้ไม่เคยเป็นส่วนหนึ่งในการอนุมัติปริญญาในระดับใดมาก่อน และ  
ไม่ได้ถูกใช้ในการยื่นขออนุมัติปริญญาในขณะนี้

ลงชื่อ .....

(นายเจนวิทย์ ณาคะโร)

นักศึกษา

ชื่อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท
ผู้เขียน	นายเจนวิทย์ ณาคะโร
สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
ปีการศึกษา	2565

### บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและทัณฑสถาน กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการต้องโทษในเรือนจำและทัณฑสถานเขตบริหารเรือนจำที่ 9 จำนวน 96 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 5 ส่วนคือ (1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย (2) แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคจิตเภท (3) แบบประเมินความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท (4) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท และ (5) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือส่วนที่ 3 และ 5 เท่ากับ 1, 1, และ 1 ตามลำดับ ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือส่วนที่ 3 ถึง 5 โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคเท่ากับ .72, 89, และ .83 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยายและวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณแบบปกติ

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการต้องโทษในเรือนจำและทัณฑสถานมีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ( $M = 77.63, S.D. = 0.92$ ) ตัวแปรปัจจัยทำนายสามารถร่วมกันทำนายได้ร้อยละ 42 ( $R^2 = .421, p < .05$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ( $\beta = 0.239, t = 2.907, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = 0.478, t = 4.495, p < .01$ ) ผลการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองต่อไป

<b>Thesis Title</b>	Factors Predicting Self-Care Behaviors among Prisoners with Schizophrenia
<b>Author</b>	Mr. Janwit Nakharo
<b>Major Program</b>	Psychiatric and Mental Health Nursing
<b>Academic Year</b>	2022

### ABSTRACT

This predictive research aimed to study the level of self-care behavior and to study factors predicting self-care behavior of prisoners with schizophrenics at prison and correctional institutions. The sample comprised 96 patients with schizophrenia who were sentenced in prison at correctional institutions in prison administrative regions 9. The research instrument consisted of 5 parts: (1) a demographic data and illness questionnaire, (2) a cognitive status assessment form for patients with schizophrenia, (3) a self-esteem questionnaire for patients with schizophrenia, (4) a Social Support Scale for Patients with Schizophrenia, and (5) a Self-Care Behavior questionnaire for Patients with Schizophrenia. The content validity of the instruments was verified by three experts. The content validity index of part 3 to 5 was 1.0, 1.0, and 1.0 respectively. The reliability of part 3 to 5 was tested yielding a Cronbach's alpha coefficient of .72, .89 and .83 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics. The predictability was analyzed using multiple regression analysis with standard

The results showed that the self-care behaviors score of patients with Schizophrenia serving in prisons and correctional institutions was at a high level ( $M = 77.63$ ,  $S.D. = 0.92$ ). Predictive factor could explain 42.1 percent of the variance ( $R^2 = .421$ ,  $p < .05$ ). The factors that significantly predicted self-care behaviors were cognitive status ( $\beta = 0.239$ ,  $t = 2.907$ ,  $p < .01$ ) and social support ( $\beta = 0.478$ ,  $t = 4.495$ ,  $p < .01$ ). The results of this study could be used as a basis information to development of nursing models to further promote self-care behaviors.

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความสำเร็จและความช่วยเหลือเป็นอย่างดีจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ หนูแก้ว ที่ได้กรุณาเสียสละเวลาให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะรวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหาตลอดกระบวนการในการทำวิทยานิพนธ์ ด้วยความรัก ความเมตตาและเอาใจใส่ สนับสนุน ให้กำลังใจที่ดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ศรีสุดา วนาลีสิน พว.ปลตดา เหมโลหะ และ พว.อุ๋นใจ กาสา ที่กรุณาให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ในการปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และขอกราบขอบพระคุณคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะ และให้ข้อคิดเห็นที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวิทยานิพนธ์ รวมทั้งขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ตลอดระยะเวลาที่ศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ สถานพยาบาลเรือนจำและทัณฑสถาน เขตบริหารเรือนจำที่ 9 ที่กรุณาให้ความช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล

ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ สนับสนุนทุนอุดหนุนการวิจัยเพื่อวิทยานิพนธ์ และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ ที่ได้ให้ความช่วยเหลือในขั้นตอนต่าง ๆ มาโดยตลอด

สุดท้ายผู้วิจัยขอขอบพระคุณบิดา มารดา และทุกคนในครอบครัว ที่คอยสนับสนุนให้การช่วยเหลือ คอยให้ความรัก ความห่วงใย และคอยเป็นกำลังใจเสมอมา และขอขอบคุณ พว.นิภาจามไตร์โร ผู้บัญชาการเรือนจำกลางสงขลา ที่ให้กำลังใจ สนับสนุนด้านการศึกษา และขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน สำหรับกำลังใจ และเป็นกัลยาณมิตรที่ดี เสมอมา

เจนวิทย์ ณาคะโร



## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(5)
ABSTRACT.....	(6)
กิจกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(10)
รายการภาพประกอบ.....	(11)
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	5
คำถามการวิจัย.....	5
สมมติฐานการวิจัย.....	5
กรอบแนวคิด.....	5
นิยามศัพท์การวิจัย.....	8
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	9
บทที่ 2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง .....	10
โรจิตเภท.....	12
แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง.....	25
พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/ทัณฑสถาน.....	30
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/ ทัณฑสถาน.....	33
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด.....	33
ความรู้สึกรู้สึกคุณค่าในตนเอง .....	39
การสนับสนุนทางสังคม.....	44
สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	46

## สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	48
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	48
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	50
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	53
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	54
การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	56
บทที่ 4 ผลการวิจัยและอภิปรายผล.....	58
ผลการวิจัย.....	58
อภิปรายผลการวิจัย.....	64
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	68
สรุปผลการวิจัย.....	68
ข้อเสนอแนะ.....	69
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป.....	70
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	70
เอกสารอ้างอิง.....	71
ภาคผนวก.....	88
ก.เครื่องมือในการวิจัย.....	89
ข.การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง.....	100
ค.เอกสารรับรองโครงการ.....	104
ง.การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ.....	105
จ.รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหาของแบบสอบถาม.....	107
ประวัติผู้เขียน.....	108

### รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังจิตเภทในเขตบริหารเรือนจำที่ 9.....	50
2	จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไป ของผู้ต้องขังโรคจิตเภท.....	59
3	จำนวนและร้อยละของคะแนนประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่ม ตัวอย่าง.....	60
4	ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุน ทางสังคมรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง .....	61
5	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการสนับสนุนทาง สังคม .....	61
6	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับระดับพฤติกรรมดูแล ตนเอง .....	62
7	ความสัมพันธ์ระหว่างระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้จัก ความรู้สึกมีคุณค่าใน ตนเอง การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมดูแลตนเอง .....	62
8	ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง .....	63

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท.....	7

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิต ที่พบได้ในทุกประเทศทั่วโลกและมีแนวโน้มของการเกิดโรคเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จึงก่อให้เกิดปัญหาทางด้านสาธารณสุข จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลกพบว่า โรคจิตเภทอยู่ในอันดับที่ 16 ของโรคทั้งหมดที่ทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิต และอันดับที่ 3 ของโรคจิต (Whiteford et al., 2013) ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้คนประมาณ 24 ล้านคนที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (World Health Organization: WHO, 2022) สำหรับประเทศไทยมีผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับการบริการทั้งหมด 284,273 คนในปี พ.ศ.2564 (กรมสุขภาพจิต, 2565) และในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศพบว่ามีผู้ต้องขังจิตเภทที่เข้ามารับการบริการจำนวน 2,379 คน (กรมราชทัณฑ์, 2565) โดยสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ (2564) พบว่าเรือนจำและทัณฑสถานในประเทศไทยมีจำนวนผู้ต้องขังจิตเภทที่อยู่ภาวะเรื้อรังเป็นจำนวนมากที่ต้องถูกคุมขังเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ต้องขังจิตเภทบางรายมีความบกพร่องในดูแลการดูแลสุขภาพลักษณะอนามัยตนเองที่ถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของ แลมเบอร์ตี (Lamberti, 2001) พบว่าโรคจิตเภทมีความเรื้อรังในผู้ป่วยจะผิดปกติ มีความบกพร่องในดูแลสุขภาพลักษณะอนามัยของตนเอง อาจจะทำให้อาการทางจิตกำเริบซ้ำ นับเป็นความสำคัญที่จะต้องแก้ไขต่อไป

โรคจิตเภทมีการดำเนินโรคเรื้อรัง จึงทำให้บุคคลเกิดการเสื่อมสมรรถภาพเป็นอย่างมากและก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพก่อนวัยอันควร (Disability Adjusted Life Years; DALYs) ถึงร้อยละ 13 ของความสูญเสียที่เกิดจากความเจ็บป่วย (ปริทรรศ ศิลปะกิจ และพันธัญญา กิตติรัตน์ ไพบุลย์, 2560) พบได้กับบุคคลทุกเพศ เชื้อชาติ อาชีพ วัฒนธรรม และเศรษฐกิจทางสังคม (จรรยา ัญญาดี, 2559) การป่วยด้วยโรคนี้นี้เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) เนื่องจากเป็นความผิดปกติในด้านการคิด การรับรู้ อารมณ์ความรู้สึก การรู้จักตนเอง พฤติกรรมการตัดสินใจ ร่วมกับมีความบกพร่องด้านหน้าที่การงานและสังคม ซึ่งส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้แก่ บกพร่องในความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ, และวิมล นุชสวาท, 2557) ขาดความสนใจ ในการดูแลตนเอง ไม่สนใจดูแลสุขภาพความสะอาดของร่างกาย (มาโนช หล่อ

ตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555; อัญชลี วิจิตรปัญญา และคณะ, 2561) และขาดความใส่ใจในสุขภาพ เช่น ไม่สนใจรับประทานอาหาร (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) รวมถึงมีความบกพร่องในการเข้ากิจกรรมในสังคม โดยมักขบอยู่คนเดียวตามลำพัง และขาดการติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่น จึงทำให้สัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นไม่ดี ซึ่งจากผลกระทบดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข จากการมีอาการทางจิตมากขึ้น (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; เสวิกุล จำสนอง, 2546)

จากผลกระทบดังกล่าวแสดงให้เห็นว่ามีผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน รวมไปถึงผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับควบคุมตัวตามคำพิพากษาของศาลให้อยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยงานควบคุมอยู่ในเรือนจำและทัณฑสถาน (สุชาติ สมณะ, และลัดดาวรรณ ณะระนอง, 2560) จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ต้องขังพบว่า มีปัญหาด้านสุขภาพจิต โดยพบว่าร้อยละ 45.6 ผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานป่วยด้วยโรคจิตเวชและปัญหาสุขภาพจิต และพบความชุกของโรคซึมเศร้า ความเสี่ยงในการฆ่าตัวตายในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย และโรคจิตเภทด้านปัจจัยแวดล้อม ได้แก่ มีบุคลิกภาพแบบต่อต้านสังคม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) การปรับตัวเข้ากับสังคมใหม่ แบบแผนการดำเนินชีวิตที่ต้องปฏิบัติตามกฎระเบียบอย่างเคร่งครัด สิ่งแวดล้อมสภาพที่อยู่อาศัยที่อยู่รวมกันอย่างแออัด (อัญชนก ไม้แก้ว, และธานี วรภัทร, 2564) ขาดความตระหนักรู้ในตัวเอง ไม่ได้รับการบำบัดรักษาต่อเนื่องจนมีอาการทางบวกและทางลบในระดับสูง (Witt, van Dorn, & Fazel, 2013) และนำไปสู่การเกิดช่องว่างการดูแลรักษาทั้งหมดอยู่ในเรือนจำและภายหลังกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (มานิดา สิงห์ขจิต, อีราภา ธานี, สุพัตรา สุขขาว, และพัชนี พิมพ์บุตร, 2563) ทั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของกมลชนก มนตะเสวี, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, และวชิชูดาจัน ทราชฎร์ (2561) ทำการสำรวจรูปแบบการจัดบริการทางการแพทย์ในเรือนจำ/ทัณฑสถานพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และการกระทำ ได้แก่ความรู้สึกรู้ค่าในตนเองลดลง หากผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มักจะมีพฤติกรรมผิดปกติมากขึ้น ได้แก่ ด้านความคิด ทำให้คิดซ้ำ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ช้า จึงขาดความภาคภูมิใจ ขาดความมั่นใจในตนเอง คิดว่าตนเองไม่มีความสามารถ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศและต่างประเทศ พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าร้อยละ 61-78 มีปัญหาด้านการรู้คิด (Eduardo, 2018) และจากการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดโดยใช้ The Montreal Cognitive

Assessment [MoCA] Test พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวก อย่างมีนัยสำคัญกับการประเมินโดยย่อของความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท (BACS) ( $r = .61$ ,  $p < .001$ ) (Yang et al., 2018) ในส่วนของผู้ต้องขังในเรือนจำในกลุ่มผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตของ รัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย พบว่าร้อยละ 20 มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดผิดปกติ (Michaela, 2017)

จากการศึกษายังพบว่าส่งผลต่อภาวะสุขภาพโดยผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของการทำงานหลาย ๆ ด้าน (Tripathi, Kumar, & Shukla, 2018) จึงทำให้ขาดการดูแลตนเอง และมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จนต้องพึ่งพาอาศัยบุคคลอื่น (Yusuf, Nihayati, & Krisna, 2017) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง โดยปัจจัยที่เกี่ยวกับการเพิ่มหรือลดระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองได้แก่ การยอมรับจากผู้อื่น การขาดความมั่นใจ ความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ การรับรู้ที่ตนเองมีความแตกต่างจากบุคคลอื่น (ผ่องศรี ดวงแก้ว, 2553) และจากการศึกษาพบว่าบางรายถูกญาติขับไล่ออกจากบ้าน ดุด่าด้วยถ้อยคำหยาบคายในที่สาธารณะ (วัชรภรณ์ ลือไธสงค์, 2553) บางกรณีมีความเจ็บปวดจากกระบวนการยุติธรรม และการเจ็บปวดกับการต้องจ่ายอมรับสารภาพในข้อกล่าวหาที่ตนเองไม่ได้เป็นผู้กระทำ (นภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2555) การเผชิญกับความทุกข์ความเครียด (วีรยุทธ แสนพงศ์, และจิระสุข สุขสวัสดิ์, 2561) จนรู้สึกอับอาย และคุณค่าในตนเองลดลง จากการศึกษพบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .430$ ,  $P < .05$ ) (สุวรรณี ชอบการไร่, วัลย์ลดา ฉันทน์เรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, และธเนศ วรธน อภิสัทธี, 2556) ในส่วน การสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 22.2 ( $R^2 = .222$ ) (กชพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และรัชนิกร เกิดโชค, 2558) สอดคล้องกับการศึกษาของเสวิกุล จำสนอง (2546) พบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = .397$ ,  $p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคมของผู้ต้องขังจิตเภท พบว่าปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคม และประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ จิตใจ สิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำปรึกษา การเงิน และงาน ซึ่งแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพมาก คือครอบครัว และเพื่อนผู้ต้องขัง (สมรมน ขวนปรีชา และพิศมัย จารุจิตติพันธ์, 2559) ทั้งนี้หากผู้ต้องขังจิตเภทได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมต่ำโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถเข้าสังคมได้ อีกทั้งไม่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าคุณภาพตนเองด้อยลง จึงมีพฤติกรรมการดูแลตนเองต่ำ (นิตยา เจริญยุทธ, กชพงศ์ สารการ, และหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี, 2555) อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่มี

พฤติกรรมการดูแลตนเองได้ดี สามารถลดภาระการดูแลจากบุคคลอื่น ส่งผลให้สามารถควบคุมอาการของโรคได้ (เอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ, 2557)

ดังนั้น การดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพเพื่อคงไว้หรือดูแลรักษาซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ส่งผลลัพธ์ที่ดีจากการดูแลตนเองที่จะช่วยให้ไม่เกิดความรุนแรงของอาการทางจิต สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่เชื่อว่าเมื่อบุคคลริเริ่มทำด้วยตนเองที่เป็นผลจากการเรียนรู้ประสบการณ์ในชีวิตและรวมไปถึงถ่ายทอดทางสังคม จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าจากพยาธิสภาพความบกพร่องของสารสื่อประสาทสมองของผู้ป่วยจิตเภทจึงมีความบกพร่องในการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Schaub, Brune, Jaspens, Pajonk, Bierhoff, & Juckel, 2011) ประกอบด้วยพฤติกรรมดูแลตนเองด้านอากาศ อาหาร และน้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อน นันทนาการ และการออกกำลังกาย ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการจัดการกับอาการต่าง ๆ ซึ่งมีผู้นำแนวคิดดังกล่าวมาใช้ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ สำหรับการศึกษาค้นคว้าเป็นส่วนใหญ่ทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท แต่ยังไม่พบรายงานการวิจัยที่ศึกษาปัจจัยทำนายของปัจจัยดังกล่าวในผู้ต้องขังจิตเภท ทั้งนี้ยังพบว่าการดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย จะแสวงหาการดูแลจากบุคคลอื่น เช่น มารดา บิดา พี่ชาย พี่สาว และบุคลากรทางสุขภาพตามลำดับ (ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีสุขคำ ไชโตะ, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2556) ผู้ป่วยบางรายไม่สามารถจัดการกับความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมของตนเองได้ จึงนำไปสู่การมีอาการกำเริบซ้ำ รวมทั้งอาจมีพฤติกรรมทำร้ายผู้อื่น (นิตยา เจริญยุทธ และคณะ, 2555; เอื้อญาติ ชูชื่น และคณะ, 2557)

จึงเห็นได้ว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ต่ำเป็นปัญหาที่สำคัญ ส่งผลกระทบ โดยตรงต่อผู้ต้องขังที่เป็นโรคจิตเภท คือ ทำให้การดำเนินการของโรคมี่ความรุนแรงมากขึ้น และเกิดการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม แต่ไม่ปรากฏการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ในกลุ่มผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/ทัณฑสถาน ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างที่อยู่นอกโรงพยาบาลและมีบริบทที่แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภทชุมชนอื่น จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/ทัณฑสถาน เพื่อเป็นข้อมูลสำหรับกำหนดแนวทางการจัดกิจกรรมสนับสนุน ช่วยเหลือ ส่งเสริมการรู้คิด การสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองให้สอดคล้องกับระดับอาการและความต้องการของผู้ต้องขังจิตเภท ตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม เพื่อพฤติกรรม



การดูแลตนเองที่ถูกต้อง และพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ส่งผลต่อผู้ต้องขังจิตเภทสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและทัณฑสถาน
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัยการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและทัณฑสถาน

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและทัณฑสถานเป็นระดับใด
2. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและทัณฑสถานได้หรือไม่

### สมมติฐานการวิจัย

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/ทัณฑสถานได้

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ใช้ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ได้แก่ มโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง (The Theory of self-care) ที่ได้อธิบายเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเพื่อตอบสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (self-care requisites) ซึ่งการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย 6 ด้าน คือคองไ่ว์ซึ่งอากาศ อาหาร และน้ำ, คองไ่ว์ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ, คองไ่ว์ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและพักผ่อน, รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คน

เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวของบุคคล, การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ, และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ที่สุขภาพและ สวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก

การวิจัยครั้งนี้ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภทเป็น 2 ด้าน ได้แก่ (1) ปัจจัยด้านสถานภาพ คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (สาวิตรี จีระยา และคณะ, 2561) ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg, 1979) และ(2) ปัจจัยด้านจิตสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งมีรายละเอียดแต่ละปัจจัย ดังนี้

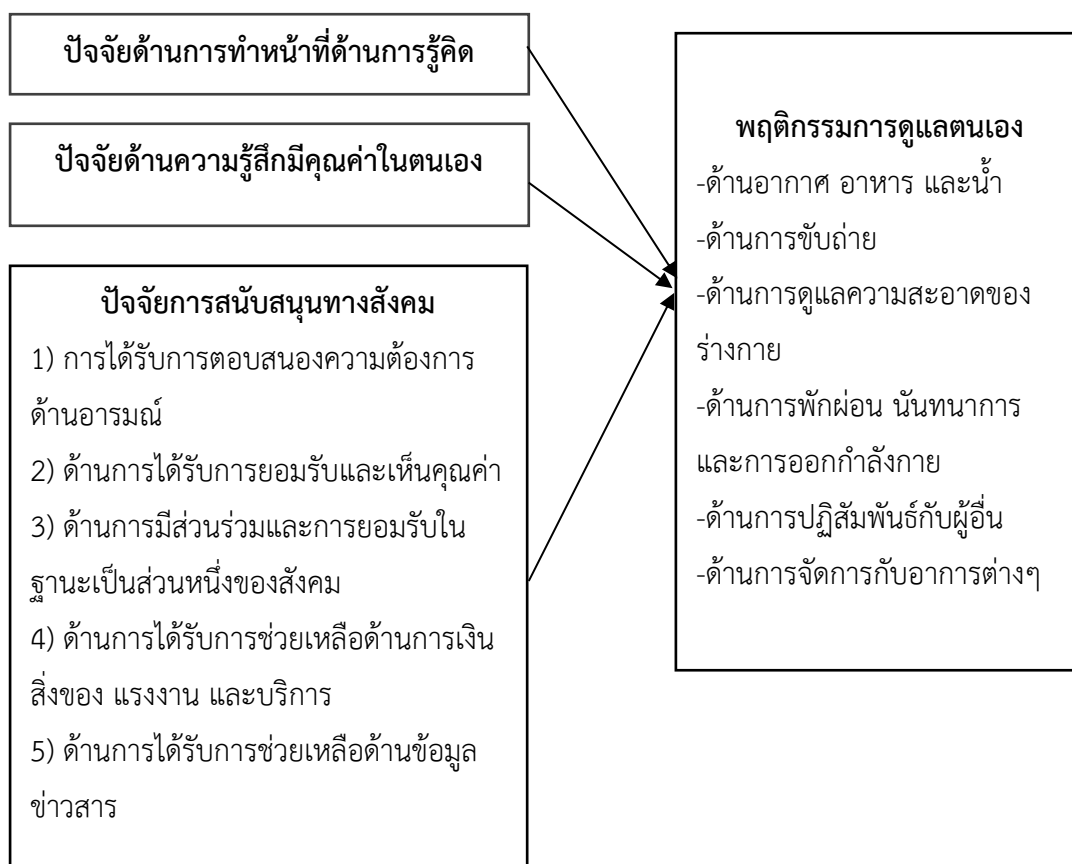
**การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด** เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากเกิดจากความบกพร่องด้านโครงสร้างและสารสื่อประสาทที่ส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิดของสมองในด้านต่าง ๆ (มูทิตา พนาสถิตย์, 2551) ได้แก่ การรับรู้ตนเอง การใช้คำหรือภาษามีอารมณ์ พฤติกรรมและบุคลิกภาพเปลี่ยนไปเช่น อารมณ์เศร้า แยกตัว หงุดหงิดง่าย กระสับกระส่าย การตัดสินใจไม่เหมาะสม ไม่สามารถดูแลตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ สูญเสียความสามารถในหน้าที่การทำงาน หน้าที่ทางสังคม จากการศึกษาแบบประเมินคัดกรองความรู้ความเข้าใจความบกพร่องใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดโดยใช้ The Montreal Cognitive Assessment [MoCA] Test พบว่าการทดสอบการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (MoCA) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการประเมินโดยย่อของความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท (BACS) ( $r = .61, p < .001$ ) (Yang, et al, 2018)

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง จะมีผลให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี เนื่องจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์ (Self-concept) และตนในอุดมคติ (Ideal-self) หากสองส่วนนี้มีความสอดคล้องกัน บุคคลมีแนวโน้มมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูงมีความมั่นคงทางอารมณ์ ในทางตรงกันข้ามเมื่อบุคคลมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำลง ขาดความมั่นคงทางอารมณ์และตระหนักรู้ว่าความสามารถที่ตนมีนั้นไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อสังคม ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2553; Scheier et al., 1994) ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมี

ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .430, p < .05$ ) (สุวรรณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556)

**การสนับสนุนทางสังคม** เป็นการที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือประคับประคอง จากอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ/พยาบาลเรือนจำในด้านต่าง ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสำคัญในการดูแลตนเอง เป็นกระบวนการในการพัฒนา และเสริมสร้างความสามารถของบุคคล ในการควบคุมปัจจัยต่าง ๆ ต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของตนเอง เป็นการส่งเสริมความสามารถของบุคคล ทำให้เกิดความรู้สึกมั่นคง มั่นใจ มีความเชื่อมั่น เป็นตัวของตนเองสามารถจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ( $r = .397, p < .01$ ) (เสวิกุล จำสนอง, 2546)

ดังนั้น กรอบแนวคิดการวิจัยครั้งนี้สามารถแสดงได้ดังแผนภาพ



ภาพ 1. กรอบแนวคิดในการวิจัยปัจจัยทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท

## นิยามศัพท์

**พฤติกรรมการดูแลตนเอง** หมายถึง การปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในขณะที่อยู่ในเรือนจำ ซึ่งการปฏิบัตินี้เป็นกระทำโดยผู้ต้องขังเอง ไม่ใช่การดูแลจากบุคคลอื่นในเรือนจำ โดยอาศัยแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติการในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem) ที่ประกอบด้วย 6 ด้าน คือคางไว้ซึ่งอากาศ อาหาร และน้ำ, คางไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ, คางไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและพักผ่อน, รักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับตัวของบุคคล, การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ, และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของมยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ซึ่งปรับให้เหมาะสมบริบทของผู้ต้องขัง

**การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด** หมายถึง ความสามารถในการจดจำ การมีสมาธิจดจ่อ การคิดตัดสินใจ การใช้ความคิดแบบนามธรรม การบริหารจัดการ และการใช้ภาษา มีการทำงานของสมองเสื่อมลงโดยเฉพาะความสามารถด้านการรู้จักคิด ซึ่งประเมินพหุปัญญา (Montreal Cognitive Assessment) ฉบับภาษาไทยของโสฬพัทธ์ เหมรุ่งโรจน์ (2550)

**ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** หมายถึง ความรู้สึกภายในใจที่ผู้ป่วยจิตเภทได้แสดงออกในการยอมรับตนเอง การเห็นคุณค่าของตนเอง การนับถือตนเอง การชื่นชมในข้อดีของตนเอง การยอมรับความผิดพลาดของตนเอง และการมีความเชื่อมั่นในตนเอง (Rosenberg, 1979) ประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ที่แปลเป็นภาษาไทยโดยสินิทธิ อนันท์วัฒน์ (2551)

**การสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง การผู้ต้องขังจิตเภทได้รับความช่วยเหลือ ประคับประคองและสนับสนุนจากระบบบริการสุขภาพ ทีมบุคลากรทางการแพทย์ในเรือนจำ และอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ที่จะช่วยเกื้อหนุนให้มีปฏิสัมพันธ์กันในด้านต่าง ๆ ซึ่งตามแนวคิดของคอปป์ (Copp, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเซฟเฟอร์, คอยน์, และ ลาซารัส (Shaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2) ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ 5) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ประเมินได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการ

รับรู้ความช่วยเหลือที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนฝูง และทีมสุขภาพ แบบวัดนี้ได้รับการสร้างโดย บัญพา ณ นคร (2538) โดยใช้แนวคิดของคอปป์ (Copp, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเซฟเฟอร์, คอยน์, และ ลาซาร์ส (Shaefer, Coyne & Lazarus, 1981)

### **ขอบเขตการศึกษา**

การศึกษานี้ เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภทซึ่งอยู่ในเรือนจำ/ทัณฑสถานภาคใต้ของเขตบริหารเรือนจำที่ 9 ประกอบด้วย 11 เรือนจำ/ทัณฑสถาน คือเรือนจำกลางสงขลา เรือนจำกลางปัตตานี เรือนจำกลางยะลา เรือนจำกลางพัทลุง ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา ทัณฑสถานหญิงสงขลา เรือนจำจังหวัดสงขลา เรือนจำจังหวัดตรัง เรือนจำจังหวัดนราธิวาส เรือนจำจังหวัดสตูล เรือนจำอำเภอนาทวี เป็นการศึกษาระหว่างเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2564

### **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

พยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถาน พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านสุขภาพจิต สามารถนำผลการศึกษานี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ต้องขังโรคจิตเภท เพื่อส่งเสริมให้ผู้ต้องขังจิตเภทมี พฤติกรรมการดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพ

## บทที่ 2

### วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภทผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

#### 1. โรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
- 1.3 ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท
- 1.4 การดำเนินโรคและการรักษา
- 1.5 ผลกระทบของโรคจิตเภท

#### 2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

- 2.1 แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง
- 2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/ทัณฑสถาน
- 2.4 ผลกระทบจากพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ

ทัณฑสถาน

#### 3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/

ทัณฑสถาน

##### 3.1 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

- 3.1.1 ความหมายการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด
- 3.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการรู้คิด
- 3.1.3 ความสัมพันธ์การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

##### 3.2 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

- 3.2.1 ความหมายของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 3.2.2 ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 3.2.3 เครื่องมือการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
- 3.2.4 ความสัมพันธ์ความรู้สึกมีคุณค่ากับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

### 3.3 การสนับสนุนทางสังคม

3.3.1 แนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคม

3.3.2 แหล่งของการสนับสนุนจากสังคมของผู้ต้องขัง

3.3.3 เครื่องมือการประเมินการสนับสนุนทางสังคม

3.3.4 ความสัมพันธ์การสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการดูแลตนเอง

### 4. สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

## โรคจิตเภท

โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีการดำเนินของโรคในแบบรุนแรงและเรื้อรังไม่หายขาด องค์การอนามัยโลกในปี ค.ศ.2018 พบว่ามีผู้ป่วยโรคนี้ทั้งโลกมีประมาณ 20 ล้านคน ค่าความสูญเสียที่เกิดจากโรคคิดเป็นร้อยละ 1.1 และจำนวนปีที่สูญเสียจากความทุกข์ผลพวงจากโรคจิตเภทเป็นร้อยละ 2.8 เนื่องจากโรคนี้มักเป็นตั้งแต่อายุไม่มาก และมีลักษณะการดำเนินการของโรคนาน และมีความทุกข์ผลพวงมาก โดยมีความเชื่อมโยงกับความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย และการใช้สารเสพติด (WHO, 2018)

### ความหมายของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามการวินิจฉัยแบบ ICD-10 (The 10th Edition of the International Classification Diseases) ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติในด้านบุคลิกภาพ ความคิด และการรับรู้การแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม แต่สภาพความรู้สึกตัวและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ไปบ้างเมื่อป่วยนาน โดยมียุทธะเวลาการเจ็บป่วยอย่าง น้อย 6 เดือน โดยที่ไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด ที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (World Health Organization [WHO], 2010)

ผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามเกณฑ์วินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual Disorder Forth Edition: DSM-IV) หมายถึงกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ซึ่งประกอบด้วยอาการแสดงทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน และอาการแสดงทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัวไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การงานหรือกิจกรรมทางสังคม ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่น ๆ ร่วมด้วยเป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน (American Psychological Association[APA], 2013)

### ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

ตามระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน แบ่งอาการ และอาการแสดงของโรคจิตเภทเป็น 2 กลุ่ม คือ อาการด้านบวก (positive symptoms) และอาการด้านลบ (negative symptoms) (Flaum, 2014; Khan, Muly, & Martín-Montañez, 2013; Sheila,



2020) ซึ่งมีข้อแตกต่างกันในส่วนของการเกิดโรคและการตอบสนองต่อการรักษา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) พอสรุปได้ดังนี้

1) อาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงอาการในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม (กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ, 2558; สมภพ เรื่องตระกูล, 2557; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Sheila, 2020) ได้แก่

1.1 อาการหลงผิด (delusion) คือการมีความคิดหรือความเชื่อที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงซึ่งไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้เช่น การหลงผิดว่ามีคนจะมาปองร้ายหรือกลั่นแกล้ง (persecutory delusion) การหลงผิดว่าตนเองยิ่งใหญ่ หรือเป็นบุคคลสำคัญ (grandious delusion) หลงผิดว่ามีการเจ็บป่วยด้านร่างกาย (somatic delusion) เป็นต้น

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) คือ การรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก กำหนดรู้ที่เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งเร้าภายนอก เช่น หูแว่ว (auditory hallucination) โดยผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงคนพูดด้วยโดยที่มองไม่เห็นตัว เห็นภาพคน สัตว์ หรือสิ่งของโดยไม่มีสิ่งเหล่านั้นอยู่จริง เป็นต้น โดยความเชื่อดังกล่าวต้องไม่ใช่ความเชื่อที่พบได้ตามปกติในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วย

1.3 ความผิดปกติของความคิด (disorganized thinking) ผู้ป่วยบกพร่องในการรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดและแสดงอาการออกทางคำพูด (disorganized speech) เช่น มีความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่สามารถจัดลำดับความคิดตามขั้นตอนเหตุการณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557)

1.4 ความผิดปกติด้านพฤติกรรม (grossly disorganized or abnormal disorganized behaviour) คือ พฤติกรรมที่ผิดแปลกไปอย่างมากจากธรรมเนียมปฏิบัติของคนทั่วไปในสังคม เช่น ไม่ใส่เสื้อผ้า หรือสวมเสื้อหลายตัวทั้ง ๆ ที่อากาศร้อน การเล่นอุจจาระ ปัสสาวะ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดแปลกไปจากปกติ (catatonic behaviour) คือ ผู้ป่วยมีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมลดลงอย่างชัดเจน เช่น การอยู่นิ่ง ๆ ไม่เคลื่อนไหว หรือนิ่งแข็งอยู่กับที่ (catatonic stupor)

2) อาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นอาการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีภาวะที่บกพร่องในการทำหน้าที่ของจิตปกติที่เกี่ยวข้องกับความคิด พฤติกรรม และการรับรู้ โดยอาจสังเกตเห็นได้ว่าต่างจากคนทั่วไป (Casarella, 2020) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงอาการทางลบในลักษณะต่างๆ ดังนี้ ลักษณะแสดงออกทางอารมณ์ ได้แก่ หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา ไร้อารมณ์ อารมณ์ไม่เหมาะสม อารมณ์แปลก ๆ ลักษณะแสดงออกแบบไม่มีแรง ได้แก่ พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ (Alogia) ความคิดหยุดซังก (Casarella, 2020) ซึ่งอาการแสดงออกของอาการทางลบนำไปสู่การขาดทักษะทางสังคม และขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน เก็บ

ตัว หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มมีตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจน ในผู้ป่วยจิตเภทบางคน อาการเด่นจะแสดงออกมาเฉพาะในลักษณะอาการทางลบ โดยไม่พบว่ามีอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี (จรรยา ธีธัญญาดี, 2559; มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558; Flaum, 2014; Mitra, Mahintamani, Kavoor, & Nizamie, 2016; Sheila, 2020)

ตามเกณฑ์ของระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์แห่งสหรัฐอเมริกา DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) (American Psychiatric Association, 2013) มีการระบุลักษณะ อาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพื่อการวินิจฉัยการเป็นโรคจิตเภท ดังต่อไปนี้

A. มีอาการต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน โดยอย่างน้อยต้องมีอาการในข้อ 1, 2, หรือ 3 อยู่ 1 อาการ คือ (1) อาการประสาทหลอน (2) อาการหลงผิด (3) การพูดอย่างไม่มีระเบียบแบบแผน (การสื่อสารในลักษณะที่เรื่อง คำพูดหรือประโยคที่กล่าว ไม่มีความสัมพันธ์กัน) (4) พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผนที่คนในสังคมหรือวัฒนธรรมของผู้ป่วยไม่ทำกัน พฤติกรรมเคลื่อนไหวมากเกินไป น้อยเกินไป หรือแปลกประหลาด (catatonic behaviour) และ (5) อาการด้านลบ เช่น สีหน้าทื่อ เฉยเมย แยกตัวจากคนอื่น

B. ระดับความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสำคัญๆ เช่น ด้านการทำงานหรืออาชีพ การสื่อสารกับบุคคลอื่น หรือการดูแลตนเองลดลงอย่างชัดเจนอย่างน้อยหนึ่งด้าน

C. มีอาการเกิดขึ้นต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีระยะอาการกำเริบ (active phase) (ตามข้อ A) อย่างน้อยนาน 1 เดือน (อาจน้อยกว่านี้หากรักษาได้ผล) และรวมช่วงเวลาที่มีอาการในระยะ prodromal หรือ residual phase โดยใน ช่วง prodromal หรือ residual phase อาการที่พบอาจเป็นเพียงอาการด้านลบ หรืออาการตามข้อ A ตั้งแต่ 2 อาการ ขึ้นไป แต่แสดงออกแบบเล็กน้อย (เช่น คิดแปลกๆ หรือมีอาการรับรู้ที่ไม่ปกติแต่ไม่ถึงขั้นประสาทหลอน)

D. ต้องแยก โรคอารมณ์สองขั้วออก โรคจิตอารมณ์โรคซึมเศร้า

E. ต้องแยกออกโรคที่เกิดจากสารเสพติดและอาการโรคจิตที่เกิดจากโรคทางกาย

F. ผู้ป่วยที่มีประวัติโรคออทิซึมติก หรือโรคเกี่ยวกับการสื่อสารตั้งแต่เด็ก จะวินิจฉัยโรคจิตเภท ก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนที่ชัดเจนขึ้น เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือนร่วมด้วย

## ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภท

ปัจจัยของโรคจิตเภท โดยพิจารณาปัจจัย 3 ประการ คือ ลักษณะทางสังคมศาสตร์ (sociodemographic characteristics) ปัจจัยเสี่ยง (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการ (precipitating factors) (Silva & Saraceno, 1998) จากตัวผู้ป่วยและสิ่งรอบตัวผู้ป่วย ซึ่งอาจเป็นปัจจัยด้านชีวภาพ จิตใจ หรือสังคมก็ได้ อาจทำให้เข้าใจได้มากขึ้นว่าสิ่งที่เราเคยมองว่าเป็นเหตุของโรคโดยตรงนั้น แท้จริงอาจเป็น 1 ใน 3 ปัจจัยที่กล่าว ผู้วิจัยจะกล่าวถึงกลุ่มปัจจัยใหญ่ ๆ ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม ได้แก่ ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม (พชรภา ชันทอง, 2556; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; เอกอุมา อัมคำ, 2556; Khan, Muly, & Martin-Montañez, 2013) ดังต่อไปนี้

### 1. ปัจจัยทางด้านชีวภาพ ประกอบด้วย

1.1 พันธุกรรม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท สามารถถ่ายทอดทางพันธุกรรมระหว่างญาติกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนทั่วไป เนื่องจากมีผลทำให้ยีนส์ที่เกี่ยวข้องกับการเจริญเติบโตของระบบประสาทและสารสื่อประสาทมีความบกพร่อง (Hosak & Hosakova, 2015) จากการศึกษาพบว่า ร้อยละ 12 พบในเด็กที่มีบิดาหรือมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 40 พบในบุตรที่ทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทพบในพี่น้องร้อยละ 8 (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558)

1.2 สารสื่อประสาทในสมอง ความผิดปกติของระบบการส่งรับสารสื่อประสาทที่เกิดความผิดปกติในช่วงการพัฒนาระบบประสาทหรือท่อประสาท ส่งผลให้เกิดโรคจิตเภทได้ (Blows, 2011) ซึ่งจากความผิดปกติของสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน (dopamine) มีทฤษฎีของโดปามีน (dopamine theory) โดยเชื่อว่าโดปามีนเป็นปัจจัยด้านชีวเคมีที่มีผลทำให้เกิดการเป็นโรคจิตเภทจากการที่ระบบโดปามีนของสมองทำงานมากเกินไป โดยเฉพาะในบริเวณ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเห็นความผิดปกติของ postsynaptic receptor โดยได้รับการสนับสนุนข้อมูลนี้จากการศึกษาเรื่องยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์ ยับยั้งการจับตัวกันของโดปามีนกับตัวรับโดปามีน (dopamine receptor type 2) ทำให้เกิดสมมติฐานที่ว่า โรคจิตเภทเกิดจากการทำงานของโดปามีนที่มากเกินไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) และสารสื่อประสาทซีโรโทนิน (serotonin) ซึ่งพบว่าการทำงานของซีโรโทนิน 2 รีเซพเตอร์ (serotonin 2 receptor) ในส่วนหน้าของคอร์เทกซ์ (frontal cortex) ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทลดลง

1.3 โครงสร้างที่ผิดปกติในสมอง ในทางประสาทพยาธิวิทยาและการฉายภาพสมอง พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมี ความผิดปกติของสมองหลายแห่ง เช่น มีการกว้างขึ้นของสมองส่วนโพรงสมองด้านข้าง การมีปริมาณลดลงของอมิกดาลา (amygdale) และฮิปโปแคมปัส

(hippocampus) รวมถึงการมีปริมาณ เพิ่มขึ้นของ เบซอล แกงเกลีย (basal-ganglia) และการทำงานลดลงของสมองส่วนหน้า (Padmanabhan & Keshavan, 2014)

1.4 ฮอร์โมน ผู้ป่วยจิตเภทมีระดับฮอร์โมนเพศ ได้แก่ เอสโตรเจน เทสโทสเตอโรน และโพรเจสเตอโรนอยู่ในระดับต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับคนปกติทั่วไป (Cunningham et al., 2014) สอดคล้องกับสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทอาจมีสาเหตุจากการที่ทารกในครรภ์ได้รับ ความกระทบกระเทือนในไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ซึ่งเป็นระยะที่เซลล์ประสาท (nerve cells) กำลังมีการเคลื่อนตัวเพื่อก่อตัวเป็นเปลือกสมองใหญ่ (cerebral cortex) รวมถึงการอดอาหารของ มารดา ในช่วงไตรมาสแรก หรือการขาดออกซิเจนไปเลี้ยงสมองในขณะที่สมองกำลังมีการเจริญเติบโต

## 2. ปัจจัยทางด้านสารเคมี

2.1 การใช้สารเสพติด จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงสูงในการใช้สารเสพติด เกิดจากความบกพร่องของกระบวนการคิด และจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องได้แก่ โรคที่เป็นอยู่ สังคม การศึกษา การประกอบอาชีพรวมถึงความยากจน การตกเป็นเหยื่อและอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางสังคมและครอบครัวที่ใช้สารเสพติด (เอกอุมา อิมคำ, 2556)

2.2 การสูบบุหรี่ ซึ่งมีผลต่อการควบคุมของระบบการหลั่งสารโดปามีน และโคลิเนจิก จึงส่งผลต่อการเกิดพยาธิสภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ (Davis et al., 2016) โดยระดับนิโคตินในเลือดมีผลกระตุ้น low-affinity alpha-7 nicotinic receptors ทำให้อาการของโรคจิตเภทรุนแรงขึ้น (ปาริชาติ ขุนศรี และกฤตยา แสงเจริญ, 2556) จากการศึกษาความชุกของภาวะติดนิโคตินในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าร้อยละ 32.4 ของผู้ป่วยจิตเภทพบภาวะติดนิโคตินร่วมด้วย ซึ่งสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการทางจิต (ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์, 2562)

3. ปัจจัยทางด้านครอบครัวและสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัวประกอบด้วยลักษณะการเลี้ยงดูในวัยเด็กซึ่งมีผลต่อกระบวนการพัฒนาทางด้านจิตใจและอารมณ์ของเด็ก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสามขวบปีแรกของชีวิต ถ้าเด็กได้รับความรักความอบอุ่นที่เพียงพอเด็กเรียนรู้ที่จะรักตนเอง รักผู้อื่น เกิดทัศนคติที่ดีทั้งต่อตนเองและผู้อื่น แต่ในทางตรงกันข้ามถ้าบรรยากาศในการเลี้ยงดูเกิดความ สับสน มีการสื่อสารที่ขัดแย้งกันในเวลาเดียวกัน จะส่งผลให้เด็กเกิดความ สับสนและทำให้เป็นโรคจิตเภทได้ เนื่องจากสัมพันธ์ภาวะระหว่างบุคคล ทัศนคติ ค่านิยม สังคม วัฒนธรรม สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจ เป็นสิ่งที่ได้รับการถ่ายทอดจากบุคคลในสภาพแวดล้อมที่เป็นอยู่แบบแผนความคิดและความเชื่อให้กับเด็ก หากมีการปลูกฝังค่านิยม ความคิดทัศนคติที่ดีให้เด็ก จะทำให้เด็กเกิดการเรียนรู้ แบบแผนความคิดและความเชื่อเป็นไปในทางที่ไม่ดี

4. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยสิ่งแวดล้อมที่สัมพันธ์กับการพัฒนาการเกิดโรคจิตเภท ได้แก่ ความเครียดจากสังคมและสิ่งแวดล้อม จะทำให้ระดับของคอร์ติซอลสูง ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาการของไฮโปทาลามัส กระตุ้นให้คนที่มีความไวต่อการ

เป็นโรคจิตเภทแสดงอาการของโรคได้ (Mathew et al., 2014) การอยู่ในสังคมเมืองที่วุ่นวาย และการมีเศรษฐกิจที่ยากจน (Davis et al., 2016; Khan, Muly, & Martín-Montañez, 2013)

### การดำเนินโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โรคจิตเภทมีการดำเนินโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะก่อนเริ่มอาการ ระยะอาการกำเริบ และระยะอาการหลงเหลือ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; American Psychiatric Association[APA], 2013) ซึ่งลักษณะการดำเนินโรคมีอาการทั้งด้านบวก และด้านลบ การรักษาประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคมขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย ระยะเวลาในการรักษา ประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี บางรายอาจใช้เวลานานถึง 5 ปี หรือตลอดไป โดยมีเป้าหมายเพื่อลดความรุนแรงของโรค และสามารถดูแลตนเองได้ โดยรายละเอียดของแต่ละระยะมีดังนี้

**1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase)** ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการ เปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป แต่ก็มีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เริ่มแย่ง การเรียนหรือการทำงานเริ่มไม่ดี แยกตัวเก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือ การแต่งกายทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการแต่งกาย ที่ไม่เหมาะสมหรือมีการแต่งกายที่สกปรก มีการหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวน แปลก ๆ บางครั้งอาจมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือ คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้จะไม่แน่นอน ซึ่งโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มมีความผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยแล้วจะใช้เวลาประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้มีอาการเป็นอยู่นาน และผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการแย่งเรื่อย ๆ

**2. ระยะอาการกำเริบ (active phase)** เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบมาก ขึ้นโดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก การรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทที่ได้ผลดี คือ การใช้ยา ซึ่งพบว่าแพทย์จะให้ยาต้านทานต่อเนื่องกันอย่างน้อย 6 เดือน บางรายอาจต้องรับประทานยาต่อไปอีกหลายปี เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ควรหยุดรับประทานยาเองโดยเด็ดขาด ทั้งนี้ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจจะต้องคอยดูแลเรื่องการรับประทานยาให้สม่ำเสมอ จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้มีอาการกลับเป็นซ้ำของโรคและการกำเริบของโรคเกิดขึ้น คิดเป็นร้อยละ 70 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

**3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase)** เป็นระยะหลังจากที่ได้รับการรักษาแล้ว แต่อาการด้านลบจะยังคงอยู่ ส่วนอาการด้านบวกทุเลาลง หรือหายไป บางกรณีอาการด้านบวก เช่น

อาการประสาทหลอนหูแว่ว อาจยังคงอยู่บ้างแต่ไม่รุนแรงและ ผู้ป่วยสามารถอยู่ได้กับอาการเหล่านี้ เนื่องจากได้รับการบำบัดทางจิตสังคมจากพยาบาลร่วมกับการรักษาด้วยยา ส่วนผู้ป่วยที่มีอาการด้านลบเด่น ระยะนี้อาการด้านลบอาจยังมีมากกว่าเดิม เช่นผู้ป่วยที่ไม่ยินดียินร้ายกับโลกภายนอก ไม่มีแรงจูงใจในการทำกิจกรรม ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยกลุ่มนี้ยิ่งแยกตัวและส่วนใหญ่จะแอบไปนอน บางรายนอนทั้งวัน หากญาติไม่กระตุ้น หรือกระตุ้นไม่สำเร็จผู้ป่วยจะไม่ทำกิจกรรมใดๆ เลย ไม่ดูแลตนเองด้านสุขอนามัย ซึ่งจะเป็นภาระต่อครอบครัวและผู้ดูแลเป็นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่ญาติจะบ่นว่าผู้ป่วยขี้เกียจ ไม่ยอมช่วยงาน หรือทำกิจวัตรประจำ นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีลักษณะพฤติกรรมและการพูดไม่มีระเบียบแบบแผนคล้ายๆ กับในช่วงระยะอาการนำ แต่ในระดับไม่รุนแรง

### การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การรักษาโรคจิตเภท แบ่งออกเป็นการรักษาโดยไม่ใช้ยา (non pharmacotherapy) เช่น การรักษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม (cognitive behavior therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม และการรักษาโดยใช้ยา (pharmacotherapy) การรักษาด้วยยา (จรรยา ธัญญาดี, 2559; มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558; Crismon, 2014; Rasool et al., 2018) ซึ่งการรักษาด้วยยามีความสำคัญในการรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งระยะเฉียบพลัน (acute) ซึ่งวัตถุประสงค์เพื่อเป็นการควบคุมอาการด้านบวกให้สงบโดยฤทธิ์ของยาจะทำให้อาการหรือพฤติกรรมที่วุ่นวายของผู้ป่วยโรคจิตเภทดีขึ้นและยังเป็นการป้องกันอันตรายต่อทั้งตัวผู้ป่วยและผู้อื่น และสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งจำแนกการรักษาได้ 3 ช่วง ดังต่อไปนี้

1. ระยะควบคุมอาการ (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว เพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วย สังคม การรักษาในระยะนี้จึงเลือกใช้ยาที่ออกฤทธิ์ทำให้อาการสงบโดยเร็ว (rapid tranquilization) การประเมินผลการรักษาด้วยยาให้พิจารณาจากประสิทธิภาพและประสิทธิผลของยาแต่ละชนิดภายในระยะเวลา 2-6 สัปดาห์
2. ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากอาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไปยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 1-2 ปี ซึ่งการลดขนาดยาลงอย่างรวดเร็วเกินไปหรือการหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการของผู้ป่วยกำเริบได้ และเพื่อควบคุมอาการหลงเหลือที่อาจจะมีผลต่อการดูแลตนเอง
3. ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการของผู้ป่วยโรคจิตเภททุเลา ลงแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดของยาจะมีขนาดที่

ต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก ในกรณีที่ผู้ป่วย ไม่ยอมรับประทานยาแพทย์ผู้รักษา อาจพิจารณาใช้ยาชนิดประเภท ที่ออกฤทธิ์ในระยะยาว (long acting) ร่วมด้วย

### การรักษาด้วยยา

เป้าหมายการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ บรรเทาอาการด้านบวกและอาการด้านลบ เพื่อ ป้องกันการกำเริบหรือการกลับเป็นซ้ำ และให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตประจำวันและการทำงานในสังคมได้อย่างปกติ โดยมีมาตรฐานโรครจิตที่นิยมใช้กันอยู่หลายชนิดสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่มตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมองได้แก่ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (typical antipsychotic drugs) และยาต้านโรครจิตกลุ่มใหม่ (novel or conventional or atypical antipsychotic drugs) (ถนอมพงษ์ เสถียรลักษณ์, 2559; พชรภา ชันทอง, 2556) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ยาต้านโรครจิตกลุ่มดั้งเดิม (สมภพ เรื่องตระกูล, 2557) หลักการใช้ยาในกลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือรักษาอาการ เฉียบพลันและ การให้ยาในระยะยาวเพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาต้านโรครจิตกลุ่มดั้งเดิมแบ่ง ออกเป็น 5 กลุ่มประกอบด้วย

1.1 ฟิโนไทอะซิน (phenothiazine) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดสารโดปามีนในสมอง ซึ่งเชื่อว่ามีผลต่ออาการทางจิต ส่งผลทำให้อาการของผู้ที่เป็นโรครจิตเภททุเลาหรือหายได้ นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยมีอาการมึนงง จิตใจ พฤติกรรม และความนึกคิดเหมือนคนปกติมากยิ่งขึ้นนอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ง่ายและหลับสนิทขึ้น ซึ่งยาที่ใช้ในกลุ่มนี้มีชื่อทางการค้า ได้แก่ ลาร์แกคติล (largactil) เมลลาริล (mellaril) อะนาเทนซอล (anatenzol) สตีลาซีน (stelazine)

1.2 บิวทีโรฟี โนน (butyrophenone) เป็นยาที่ใช้ระงับอาการทางจิตและออกฤทธิ์ สูงจึงทำให้ไม่เกิดอาการง่วงนอนแต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย (extrapyramidal effects) นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพราะออกฤทธิ์การรักษาได้เร็วกว่าลาร์แกคติล (largactil) เหมาะ สำหรับผู้ที่เป็นโรครจิตเภทที่มีอาการในระยะเฉียบพลัน ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญมีชื่อทางการค้าคือฮาโดล (hadol) ฮาริดอล (haridol)

1.3 ไทโอแซนทีน (thioxanthenes) เป็นยาที่ออกฤทธิ์เช่นเดียวกับฟิโนไทอะซิน (phenothiazine) ซึ่งเป็น potent non- sedative neuroleptic ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งตัวรับโดปามีน (Dopamine receptor) ยาในกลุ่มนี้ ชื่อทางการค้า ได้แก่ นาเวน (navane) ฟลูแอนซอล (fluanxol)

1.4 ไดไฮโดรอินโดลีน (dihydroindoline) ยากลุ่มนี้ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวาง ในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่พบว่า การออกฤทธิ์ไม่ค่อยสม่ำเสมอเมื่อเทียบกับยากลุ่มอื่น ปัจจุบันในประเทศไทยไม่ได้ใช้ยากลุ่มนี้แล้ว

1.5 ไตเบนโซซาซีปีน (dibenzoxazepines) ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันไม่มีใช้แล้ว ยาในกลุ่มนี้ชื่อทางการค้า ได้แก่ oxazine

2. ยาด้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Crismon, 2017) ซึ่งยาในกลุ่มนี้มีอยู่ 4 ชนิดได้แก่ โคลซาปีน (clozapine) หรือชื่อทางการค้าว่าโคลซาลิว (clozaril) ยาริสเพอร์ริดอล (risperidone) ซึ่งชื่อทางการค้าคือ ริสเพอร์ริดอล (risperidal) ยาโอแลนซาปีน (olanzapine) ชื่อทางการค้าคือไซพีซา (zyprexa) และยาควีเวียปีน (quetiapine) ชื่อทางการค้าคือซีโรควิล (seroquel)

ยาด้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการผิดปกติบางอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (anticholinergic effects) ประกอบด้วยอาการเหล่านี้ปากแห้ง คอแห้งตาพร่า ท้องผูก ท้องอืด ปัสสาวะลำบาก บางรายอาจมี ปัสสาวะคั่งรุ่ม่านตาขยายและต่อหีน ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคลซาปีน (clozapine) มักมีน้ำลายไหลยืดและกลั้นปัสสาวะไม่ได้

2. ฤทธิ์เอ็กซ์ตร้าไพราไมด์ล (extrapyramidal effects) ประกอบด้วยอาการเหล่านี้

2.1 ดิสโทเนีย (dystonia) มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมงถึง 5 วันหลังเริ่มการรักษาด้วย ยาด้านโรคจิตอาการที่พบคือศีรษะ และคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่นตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาคำ บางรายลิ้นไต่ยื่นค้ำปากและสั่น มีการเกร็งตัวของกล้ามเนื้อ อาจพบว่าลำตัวหรือ คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง ขากรรไกรแข็ง พุดไม่ชัด

2.2 อะคาทีเซีย (akathisia) แสดงอาการภายใน 5 ถึง 40 วันหลังเริ่มใช้ยากลุ่มนี้ ผู้ป่วยจะรู้สึกตื่นเต้น กระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่งขาสั่น งุนงง

2.3 อาการเหมือนพาร์กินสัน (parkinson like syndrome) ประกอบด้วยมือสั่นขณะ พักกล้ามเนื้อเกร็งท่าเดินแบบขอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์น้ำลายไหล

2.4 อะไคเนเซีย (akinesia) แสดงอาการออกมาในรูปแบบ อ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ท่าทางแข็งทื่อ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อ และข้อต่อมีอาการอ่อนเพลียและแข็งขี้มเฉย



## การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT)

จากการศึกษาพบว่าการรักษาด้วยวิธีนี้เหมาะสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิด catatonia ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รักษาด้วยยาและไม่ได้ผล (Rasool et al., 2018) และผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้ารักษาโรคจิตได้ ปัจจุบันได้รับการยอมรับอย่างมากเพราะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นอย่างรวดเร็วและลดการใช้ยาจิตเวชในขนาดสูง (Zheng et al., 2018) ซึ่งเป็นการทำให้เกิดสมดุลของระบบสื่อประสาททั้งในระดับ presynaptic และ postsynaptic ด้วยกระแสไฟฟ้าจำนวนจำกัดผ่านเข้าสู่สมองระยะเวลาจำกัด มีผลทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนการทำงานในสมอง ที่จะมีผลต่อการปรับอารมณ์ ความคิดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่งผลให้อาการทางจิตทุเลาลงได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2557) สำหรับอาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า เกิดเนื่องจากการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดอาการชัก แล้วมีอาการเกร็ง หลังจากนั้นจะมีอาการกระตุก แล้วผู้ป่วยจะนอนหลับไปโดยไม่รู้สึกรู้สีกตัว จนกระทั่งฟื้นขึ้นมา ในช่วงที่ผู้ป่วยเกิดอาการเกร็งจะทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อในระยะกระตุกอาจเกิดอุบัติเหตุจากการกระแทก การบาดเจ็บของกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ผู้ป่วยจะมี อาการคลื่นไส้ อาเจียน สับสน งุนงง หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ และสูญเสียความจำไปชั่วคราว (สมรัก ชูวานิชวงศ์, 2553) ซึ่งจากการศึกษาเกี่ยวกับการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยหน่วยจิตเวช ณ โรงพยาบาลอุดรดิตถ์ (ปฐวี ปริญาอนุภาพ, และมุกิตา พนาสถิตย์, 2561) พบว่าร้อยละ 62.8 เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 26.1 เป็นโรคอารมณ์แปรปรวนแบบสองขั้ว และร้อยละ 55.3 มีโรคร่วมทางอายุรกรรม และปัจจัยอายุ การวินิจฉัยโรคเป็นจิตเภทและโรคจิตชนิดอื่นๆ และการมีโรคร่วมเป็นกลุ่มโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นปัจจัยในการทำนายจำนวนครั้งของการรักษาด้วย modified ECT อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial intervention)

การรักษาทางด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษาเนื่องจากการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สอดคล้องกับความเจ็บป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการระดับประคองทางจิตใจ มีคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น รวมทั้งยังส่งผลต่ออาการทางลบ การกลับเข้ามารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2557; Ventriglio et al., 2020) มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายโดยต้องการให้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถนำไปปฏิบัติได้ ช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่น ๆ ที่พอทำได้

2. การให้การปรึกษาครอบครัว (family counselling) จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเองทั้งสามารถปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของสมกมล อรรถทิมากุล และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2558) พบว่าโปรแกรมให้คำปรึกษาช่วยลดภาระการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท และยังช่วยให้สัมพันธภาพในครอบครัวดีขึ้น มีทัศนคติที่ดีต่อครอบครัว

3. กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดย ส่งเสริม ให้เกิดความรู้สึกว่าพวกเขายังมีเพื่อน หรือยังมีคนที่เข้าใจ พวกเขาไม่โดดเดี่ยว รวมถึงมีการให้ความช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา และการให้คำแนะนำซึ่งกันและกัน รวมถึงการฝึกทักษะทางสังคมที่เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4. นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วย ส่งเสริมกระบวนการรักษาประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆในหอผู้ป่วยระบบการบริการเป็นแบบ ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจในบางส่วน ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องช่วยในกิจกรรมต่างๆเท่าที่พอจะสามารถทำได้ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง

5. การบำบัดครอบครัว (family intervention) การบำบัดครอบครัวส่งผลที่ดีต่อการลด การกลับเป็นซ้ำได้ และลดการเกิดปัญหาที่ซับซ้อนในครอบครัว โดยการบำบัดสามารถทำได้ในทุกช่วงของการเจ็บป่วยและต้องมีการทำร่วมกับการบำบัดด้านอื่น ๆ ด้วยซึ่งเนื้อหาจะเกี่ยวกับสุขภาพจิตศึกษา การสื่อสารในครอบครัว เป็นต้น

6. การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา (psycho-educational program) การทำกลุ่มสุขภาพจิต ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและมีความรู้ในการรักษาสร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย ซึ่งการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษานี้ควรทำทั้งในผู้ป่วย และญาติร่วมกัน การศึกษาของ ทิพศมัย ทายะรังสี และคณะ (2554) ศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลตนเองและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าภายหลังการดำเนินกิจกรรม กลุ่มตามโปรแกรมโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้มีความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาความเจ็บป่วยของตนสาเหตุที่ทำให้เจ็บป่วยซ้ำ ซึ่งสามารถนำความรู้ที่ได้จากประสบการณ์ของสมาชิกคนอื่นในกลุ่มมาผสมผสานกับประสบการณ์ตรงของตนเอง ทำให้สามารถนำไปปรับเปลี่ยนและประยุกต์ในการดำเนินชีวิตประจำวันของตนเองได้

7. การบำบัดทางปัญญาและพฤติกรรม (cognitive-behaviour therapy) ช่วยทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภท ลดการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้การบำบัดแบบนี้ในระยะเฉียบพลันยังช่วย กระตุ้นให้มีการฟื้นฟูสภาพและสามารถทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและจำหน่ายกลับบ้านได้เร็วขึ้น การศึกษาของชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิณา จิระแพทย์, และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2559) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทใน

ชุมชน เมื่อได้รับโปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด ส่งผลให้กระบวนการทางความคิด การตีความ การตั้งข้อสันนิษฐาน สามารถทดสอบความคิดอัตโนมัติที่เกิดขึ้น นำไปสู่ความคิดและอารมณ์ที่เหมาะสมบนความเป็นจริงและแสดงออกมาในรูปของการแสดงออกทางพฤติกรรมที่เหมาะสม เมื่ออยู่ในชุมชน ส่งผลให้ลักษณะอาการทางลบลดลง

8. การฝึกทักษะทางสังคม (social skills training: SST) ช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภท มีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีทักษะในการดำรงชีวิตโดยเฉพาะเมื่อต้องออกไปอาศัยอยู่ในชุมชน นอกจากนี้ ยังช่วยให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภท มีทักษะในการบริหารจัดการอาการทางจิต ของตนเอง และการรักษาด้วยยาได้ เมื่อต้องกลับเข้าไปอาศัยอยู่ในชุมชน

9. การฟื้นฟูอาชีพ (vocational rehabilitation) เมื่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้รับการจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความต้องการที่จะทำงานเพื่อหาเงินเลี้ยงชีพ แต่ก็ไม่สามารถทำงานได้หรือไม่มีงานที่เหมาะสม ทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทต้องกลับเข้ามาอยู่ โรงพยาบาลซ้ำอีก การฟื้นฟูอาชีพจะช่วยให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้มีส่วนร่วมในการอยู่ในสังคมด้วยการทำงาน โดยพัฒนาทักษะการทำงานที่เหมาะสมและมีคุณค่าแก่ตนเอง

### ผลกระทบของโรคจิตเภท

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผลกระทบของโรคจิตเภท พบว่า โรคจิตเภทนั้นมีความรุนแรงทำให้มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังมีระยะเวลาในการรักษาที่ยาวนานทำให้เกิดผลกระทบ 4 ด้านดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อบุคคล ซึ่งเป็นผลจากการผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีความคิดและพฤติกรรมที่ไม่สอดคล้องกับคนส่วนใหญ่ และมักจะไม่มี การดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง จึงมักจะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มักจะอยู่คนเดียว หมกมุ่น และครุ่นคิดอยู่กับความคิดของตนเอง ไม่สนใจคนอื่น หรือสิ่งแวดล้อมไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม บางคนมีการพูดหรือการกระทำที่ทำให้คนอื่นรังเกียจจนไม่ยอมเข้าใกล้ ไม่มีใครคบค้าสมาคมด้วยทำให้มีความบกพร่องในทักษะทาง สังคมหลายๆ อย่าง รวมถึงการส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตประจำวันได้ (พชรภา ชันทอง, 2556) สอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2554) พบว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นอย่างมาก อาการด้านลบส่งผลให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทเกิดความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม ส่วนอาการด้านลบส่งผลให้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม เกิดการแยกตัว และพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 47 ถูกแบ่งแยกออกจากสังคม นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการรับรู้ต่อตนเองในด้านลบ เช่น ตราบาป ความรู้สึกด้อยค่า ความรู้สึกว่าตนเองไร้สมรรถภาพ บางคนมีการปกปิดอาการเจ็บป่วยของตนเอง

จากการกลัว ผลกระทบทางด้านอาชีพ กลัวตกงาน กลัวสังคมรับไม่ได้ บางคนขาดเพื่อนที่จะรับฟัง และระบายปัญหาหรือทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลิน ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

2. ผลกระทบต่อครอบครัว การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยที่ต้องใช้ระยะเวลาในการดูแลรักษาที่ยาวนาน การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานทำให้เกิดปัญหา ด้านการปรับตัวต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว นอกจากนี้ยังพบว่าครอบครัวของผู้ป่วยจะมีความเครียด อันเนื่องมาจากความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วย อาการของผู้ป่วยที่ไม่มีความแน่นอน มีความวิตกกังวลต่ออนาคตของผู้ป่วย กลัวที่จะไม่มีใครดูแลผู้ป่วย รวมถึงปัญหาผู้ป่วยไม่ยอมรับประทุษร้าย การที่ต้องคอยเป็นธุระจัดการทุกอย่างให้กับผู้ป่วย ปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ครอบครัวมีความอายต่อคนรอบข้าง การถูกรังเกียจจากสังคมต่อการที่ผู้ป่วยไม่ดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง (นฤพร พงษ์คุณากร, 2550 อ้างถึงใน พชรภา ชันทอง, 2556) เมื่อมีผู้ป่วยในครอบครัวญาติผู้ดูแลจะมีความเครียด ในระดับหนึ่ง การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัวมาก ทำให้ต้องขาดรายได้ ไม่มีเวลาดูแล สมาชิกอื่นในครอบครัว บางครั้งจึงมีบรรยากาศ มืดตึกลงในครอบครัว บางคนรู้สึกกายคนบางคน รู้สึกกลัว ไม่มั่นใจในการดูแลเมื่อผู้ป่วยหงุดหงิด ทำให้หลายคนมีอาการซึมเศร้า ร้องไห้ การนอน มีปัญหาทำให้นอนไม่หลับ และเกิดความรู้สึกรำคาญ เป็นต้น

3. ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว จากการศึกษาของ พชรภา ชันทอง (2556) ศึกษาปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ภาคใต้ตอนบน พบว่า ผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์ในระดับต่ำ เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นบิดา มารดา พี่น้อง มีความผูกพันกันทางสายเลือดย่อมมีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกสงสาร มองผู้ป่วยในแง่ดี นอกจากนั้นในแต่ละวัน ผู้ดูแลต้องเผชิญกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่หรือบางรายมีอาการกำเริบ อาการไม่คงที่ ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ความช่วยเหลือหลาย ๆ ด้าน เช่น การดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลเรื่องการรับประทานยา หรือแม้แต่ต้องคอยระวังไม่ให้ผู้ป่วยทำร้ายคนอื่น ผู้ดูแลต้อง รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และรับผิดชอบมากขึ้นตามหน้าที่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ส่งผลต่อสุขภาพจิตของ ผู้ดูแลได้โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นอาจเกิดในรูปของความทุกข์ใจ ความเครียด ความวิตกกังวล จึงมีการใช้วิธีการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (พชรภา ชันทอง, 2556)

4. ผลกระทบต่อสังคม จากการศึกษาของขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2554) พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เมื่อจำหน่ายกลับไปในชุมชน บางรายมีอาการกำเริบของโรคไม่สามารถควบคุมตนเองได้เกิดการทำความร้ายตนเอง หรือแม้แต่บุคคลในสังคม ตั้งแต่ระดับเล็กน้อยไปจนถึงระดับรุนแรง ทำให้คนในชุมชนรู้สึกกลัวเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งตรงกับผลการศึกษา ของ ปัญญา ทองทัฬ และกฤตยา แสงเจริญ (2556) ที่ศึกษาพฤติกรรมรุนแรง ของ

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชนที่มีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมรุนแรงจะทำให้ชุมชนรู้สึกกลัวที่จะต้องเผชิญหน้า ซึ่งจะต้อง ได้รับการช่วยเหลือการจัดการจากญาติและผู้เกี่ยวข้องเพื่อลดพฤติกรรมนั้น

ดังนั้น ผลกระทบของโรคจิตเภทนั้นเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญเป็นอย่างมากทั้งนี้ ผลกระทบดังกล่าวล้วนส่งผลทั้งต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผลกระทบต่อครอบครัว ผลกระทบต่อ ผู้ดูแลในครอบครัว รวมถึงผลกระทบต่อสังคม ซึ่งหากมีการตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวจะทำให้การ ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท สามารถดำเนินไปได้อย่างมีคุณภาพ

### แนวคิดและทฤษฎีการดูแลตนเอง

#### การดูแลตนเองของโอเรม (Orem self-care defself-carey)

โอเรม (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) กล่าวว่า การที่บุคคลจะมีสุขภาพดีนั้น บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม โดยบุคคลจะมีการดูแลที่เหมาะสมได้ก็ต่อเมื่อ บุคคลนั้นมีความสามารถในระดับที่พอเพียงและต่อเนื่องกับความต้องการดูแลและนำไปสู่ความผาสุก (Well - Being) ซึ่งการดูแลตนเองของบุคคลจะเป็นการกระทำที่จงใจและเป็นเป้าหมายเพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและความผาสุก ทั้งนี้บุคคลต้องมีการรับรู้และมีความเข้าใจในสถานการณ์และสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น เพื่อปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีแบบแผน เป็นกระบวนการมีการพิจารณาเหตุผลและรับรู้ถึงประโยชน์ เกิดการตัดสินใจและการลงมือกระทำกิจกรรมอย่างมีขั้นตอน ตลอดจนมีการประเมินผลที่เกิดขึ้น เพื่อปรับปรุงแก้ไข จนเกิดพฤติกรรมกระทำอย่างต่อเนื่องอันนำไปสู่เป้าหมายสูงสุดนั่นคือความผาสุกในชีวิตนั่นเอง ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล จะครอบคลุมกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) มี 3 ประเภท 1) การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) และ3) การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2544)

1.การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองส่วนบุคคล เพื่อให้บุคคลนั้นสามารถดูแลซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลซึ่งจำเป็น สำหรับบุคคลทุกวัย และต้องให้เหมาะสมกับแต่ละระยะพัฒนาการ วัตถุประสงค์ของการดูแลตนเองนั้น โอเรม เรียกว่า การดูแลตนเองที่มีความจำเป็น (Self-care requisites) ซึ่งเป็นผลที่เกิดขึ้นที่หลังการกระทำ การดูแลตนเองที่จำเป็นมี 3 อย่าง คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Orem, Taylor, & Renpenning, 2001) ดังนี้

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองซึ่งเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่เหมาะสมสวัสดีภาพของบุคคล โดยการดูแลตนเองทั้งหมดนี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกช่วงวัย แต่จะต้องเหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจวัตรประจำวันในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้

1. คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ เป็นการบริโภคอาหาร น้ำ และอากาศ ที่มีความเพียงพอต่อหน้าที่ของร่างกาย เพื่อไม่ให้มีความผิดปกติ และการรักษาสมดุลของร่างกายทั้งภายในและภายนอก ซึ่งความปกติของโครงสร้างและการทำงานของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง และการหาความดำรงชีวิตให้เป็นปกติจากการหายใจ การดื่ม และการรับประทานอาหาร ที่ไม่ทำให้เกิดอันตรายแก่ชีวิต

2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายที่เป็นไปตามปกติ เป็นการขับถ่ายตามปกติทั้งโดยที่เกิดจากตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งการรักษาโครงสร้าง และทำหน้าที่ให้เป็นไปตามปกติและขับถ่ายสิ่งปฏิกูลจากร่างกาย การดูแลสุขวิทยาของตนเอง และการดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

3. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมนันทนาการและการพักผ่อน เป็นการทำกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหวการออกกำลังกายจะการตอบสนองทางอารมณ์ สติปัญญา และมีพูดคุยสื่อสารกับบุคคลอื่นที่เหมาะสม การรับรู้ความเพลิดเพลินและสนใจถึงความต้องการการกิจกรรมนันทนาการ การพักผ่อนและการออกกำลังกายของแต่ละบุคคล รวมไปถึงการใช้ความสามารถ ค่านิยม ความสนใจ และกฎเกณฑ์จากขนบธรรมเนียมประเพณีให้เป็นพื้นฐานในการเป็นแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของแต่ละบุคคล

4. คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีการสื่อสารกับบุคคลอื่น โดยคงไว้ซึ่งคุณภาพและคงไว้ ซึ่งมีความจำเป็นในการปรับปรุงเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเพื่อให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้ถึงการติดต่อสื่อสารของความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น การปฏิบัติตนเพื่อให้เป็นมิตร การให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้างตนเอง เพื่อที่จะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน และส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นหมู่คณะในการทำสิ่งต่างๆ

5. ป้องกันอันตรายต่างๆ ที่มีผลต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดีภาพ เป็นการสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้น โดยการจัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจจะ เป็นภัยต่อตนเอง การหลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากภัยต่างๆ และการควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นภัยร้ายต่อชีวิต และสวัสดีภาพ

6. ส่งเสริมในการทำหน้าที่และพัฒนาการตนเองให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและความสามารถที่เป็นของตนเอง โดยการพัฒนาและคงไว้ ซึ่งอัตมโนทัศน์ของตนเองที่แท้จริง การ

ปฏิบัติในกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองได้ การปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและคงไว้ซึ่งโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลนั้น และการค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้าง และการทำหน้าที่ที่เกิดจากปกติของตนเอง

1.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ที่สร้างความสมดุลให้เกิดความสอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

1) พัฒนาและรักษาไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเข้าสู่ระยะพัฒนาการในวัยต่างๆ

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ เป็นจัดการเพื่อบรรเทาเบา บางอารมณ์ เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษาปัญหาการปรับตัวของสังคม ปัญหา การจากไปของญาติมิตร ความเจ็บป่วย การบาดเจ็บหรือการพิการ การสถานการณ์ที่เป็นเหตุการณ์ร้าย ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและใกล้เสียชีวิต

1.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดความพิการตั้งแต่กำเนิด ในภาวะโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย และจากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ ทำให้การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่างคือ 1) แสวงหาและรักษาไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ 2) รับรู้ สนใจ และดูแลผลของการทำงานของร่างกาย ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อพัฒนาการของตนเอง 3) ปฏิบัติตามแผนการรักษา ส่งเสริม การฟื้นฟู และการป้องกันโรคที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ 4) รับรู้และสนใจที่จะคอยปรับตัวและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาและจากโรคที่อาจจะเกิดขึ้น 5) ดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองและบุคคลอื่น ตลอดจนมีความจำเป็นที่ตนเองต้องการความช่วยเหลือเฉพาะเจาะจงจากระบบบริการสุขภาพ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงบทบาทและการพึ่งพาบุคคลอื่น การพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งความมีคุณค่าของตนเอง 6) เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของโรคที่เป็นอยู่รวมทั้งผลของการรักษาในรูปแบบแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมร่างกายตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นไปได้จริงซึ่งจะเห็นว่าการสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ซึ่งจะต้องมีความสามารถในการดูแลตนเองในเรื่องอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลที่จะช่วยป้องกัน อุปสรรคให้เบาบางผลที่เกิดจากโรค และการรักษาต่อพัฒนาการของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพขึ้น

## เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนเครื่องมือในการประเมินการดูแลตนเองนั้น พบว่ามีการพัฒนาเครื่องมือการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมีการนำใช้ดังนี้

### 1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

1.1 เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้างโดย Evers et al. (1993) ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลโดยทั่วไป ทั้งภาวะปกติ และเจ็บป่วย จากงานวิจัยต่างๆ ที่ใช้เครื่องมือนี้ พบว่าค่าความเที่ยง สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach Alpha coefficient) อยู่ในเกณฑ์ 78 - 94 แต่เครื่องมือจะเหมาะใช้กับผู้ที่มีสุขภาพดีมากกว่า

1.2 แบบประเมิน Barthel Activity of Daily Living (ADL) ของ Barthel and Mahoney (ไพฑูริย์ สมุทร์สินธุ์ และคณะ, 2558) ใช้ประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร การแต่งตัวการเคลื่อนย้าย การใช้ห้องสุขา การเคลื่อนที่ การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได การอาบน้ำ การควบคุมการขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ โดยมีเกณฑ์ประเมินและการให้คะแนนที่แตกต่างกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ไม่สามารถปฏิบัติได้ถึงสามารถปฏิบัติได้เอง

1.3 แบบประเมินกิจวัตรประจำวัน Instrument Activities of daily living (IADL) ของ Lowton & Brody ในปี 1969 (ไพฑูริย์ สมุทร์สินธุ์ และคณะ, 2558) ประเมินการคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองและการทำกิจวัตรประจำวัน 7 กิจกรรม คือ การใช้โทรศัพท์การ เดินทาง การจ่ายตลาด การเตรียมอาหาร การทำงานบ้าน การใช้จ่าย การบริหารการเงิน ประกอบด้วยข้อ 16 คำถาม 7 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนนที่เหมือนกันในแต่ละกิจกรรม ตั้งแต่ทำได้ด้วยตนเองช่วยเหลือ ตามที่ร้องขอ และพึ่งพาผู้อื่น

1.4 แบบประเมิน Katz Index of Independence in Activity of daily living ของ Katz et al., 1970 (ไพฑูริย์ สมุทร์สินธุ์ และคณะ, 2558) เป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 6 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องส้วม การเคลื่อนย้าย การกลั้นปัสสาวะ การได้รับอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ข้อ โดยมีเกณฑ์การประเมินและการให้คะแนน คือ คะแนน =1 หมายถึง พึ่งตนเอง คะแนน =0 หมายถึงพึ่งพาผู้อื่น

1.5 เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น ซึ่ง Denyes ได้สังเคราะห์แนวคิดการพัฒนาการของวัยรุ่นเข้ามาช่วยในการสร้างเครื่องมือนี้ และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างเด็กวัยรุ่น สามารถแยกองค์ประกอบของพลัง ความสามารถออกได้



6 ด้าน คือ การตัดสินใจ ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานด้านร่างกาย ความรู้สึก และความสนใจ เอาใจใส่ในสุขภาพของตนเอง ซึ่งองค์ประกอบเหล่านี้ก็ใกล้เคียงกับ แนวคิดพลังความสามารถ 10 ประการของโอเรม เครื่องมือของ Denyes เป็นที่ยอมรับและใช้กันอย่างแพร่หลายในการวัดความสามารถในการดูแลตนเองโดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีสุขภาพดี

## 2. การพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีนักวิชาการทำการสร้างแบบประเมิน ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's self-care Model) ซึ่งใช้วัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย จิตเวชขณะอยู่โรงพยาบาลและต่อมาได้มีผู้นำแบบสอบถามมาปรับใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.1 การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นแบบประเมินที่สร้างตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem's selfcare Model) (พิบูลเจริณสุกุลทรัพย์ และคณะ (2556) ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ประกอบด้วย 7 องค์ประกอบ จำนวน 27 ข้อ ดังนี้ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ การพักผ่อน นอนหลับ จำนวน 3 ข้อ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จำนวน 5 ข้อ การรับประทานยา จำนวน 3 ข้อ การรับประทานอาหาร น้ำ และการขับถ่าย จำนวน 4 ข้อ และการออกกำลังกาย จำนวน 2 ข้อ โดยข้อคำถามแต่ละข้อมี 5 ตัวเลือก ได้แก่ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิต มยุรี กลับวงษ์ (2552) เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทขึ้น ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่จำเป็นของ Orem (Orem's selfcare Model) ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย จำนวนทั้งสิ้น 26 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า 3 ระดับ จากคะแนน 1-3 ได้แก่ ไม่ปฏิบัติเลย ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ปฏิบัติเป็นประจำ ส่วนเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมในระดับต่ำ (26-38 คะแนน) ในระดับปานกลาง (39-65 คะแนน) และในระดับสูง (66-78 คะแนน)

จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้วิจัยจึงสนใจแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของมยุรี กลับวงษ์ (2552) เนื่องจากครอบคลุมสาระสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) ที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกระทำเพื่อดูแลตนเองเมื่อเกิดความเจ็บป่วย (Health deviation requisites) ประกอบด้วย การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การรับประทานยา น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การขับถ่ายและการรักษาความสะอาด และการออกกำลังกายและการมีบทบาทตาม

พัฒนาการ ซึ่งผู้วิจัยนำมาปรับเนื้อหาข้อความแยกเป็นรายด้าน และปรับภาษาให้สอดคล้องกับบริบทด้านการปฏิบัติงานของเรือนจำรวมถึงนโยบายของกรมราชทัณฑ์

### พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/ทัณฑสถาน

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง มีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน และมักมีอาการหลงเหลือจึงทำให้มีโอกาสที่จะกำเริบกลับเป็นซ้ำได้ง่าย (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2558) จากภาวะโรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2553) ดังนั้นในการที่จะป้องกัน หรือลดความรุนแรงจากผลกระทบที่เกิดขึ้น ผู้ต้องขังจิตเภทจะต้องมีความเข้าใจถึงภาวะของโรค เรียนรู้ และตระหนักถึงการรักษาที่ต่อเนื่องนำไปสู่การเผชิญต่อสภาวะโรคอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001) ซึ่งมุ่งเน้นกิจกรรมที่บุคคลเป็นผู้ริเริ่มและตั้งใจกระทำด้วยตนเองอย่างมีเป้าหมายกระทำอย่างมีแบบแผนและกระทำอย่างเป็นกระบวนการ ซึ่งจะต้องผ่านการคิดพิจารณาอย่างรอบคอบ มีการตัดสินใจและลงมือกระทำกิจกรรมนั้นอย่างมีขั้นตอน ตลอดจนมีการประเมินผลที่เกิดขึ้นจากการกระทำกิจกรรมนั้น เพื่อปรับปรุงแก้ไข จนเกิดเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่กระทำอย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ซึ่งหากผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพก็จะช่วยให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข จากแนวคิดการดูแลตนเองดังกล่าว และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยสรุปเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) สำหรับผู้ต้องขังจิตเภท 6 ด้าน (กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม, 2559; กรมสุขภาพจิต, 2553) ดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านการรับประทานอาหารและน้ำ อาจมีภาวะทุโภชนาการภูมิ ต้านทานร่างกายต่ำลงได้ เพราะจัดการตนเองไม่ได้ในเรื่องของอาหาร อันเป็นผลมาจากอาการของโรคทั้งทางอาการด้านบวกและด้านลบ เช่น อาการหวาดระแวง อาการหลงผิด เชื่องซึม เบื่ออาหาร แยกตัวทำให้ไม่สนใจหรือรับประทานอาหารลดลง เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการปฏิเสธการรับประทานอาหารและน้ำที่ผู้อื่นจัดให้ ตามหลักมนุษยธรรม และศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ตามมาตรฐานด้านการบริการอาหาร พระราชบัญญัติราชทัณฑ์ (กรมราชทัณฑ์, 2559) กำหนดไว้ว่า ให้จัดให้ผู้ต้องขังได้รับประทานอาหารอย่างน้อย 2 มื้อ ส่วนใหญ่อาหารแต่ละมื้อ จะเป็นข้าวสวยพร้อมกับข้าว 1-2 อย่างกับข้าวอาจจะเป็นแกงเผ็ดกับผักตามฤดูกาลตามความเหมาะสม ซึ่งต่อวันมีผู้ป่วยจิตเภท ควรได้รับสารอาหารที่จำเป็นต่อร่างกายและครบถ้วน 5 กลุ่ม ประกอบด้วย (1) กลุ่มคาร์โบไฮเดรตเชิงซ้อน ประเภทข้าวกล้อง เมล็ดธัญพืช (2) กลุ่มผักใบเขียวทุกชนิด (3) กลุ่มโปรตีน (4) กลุ่มไขมันที่มีไขมันโอเมก้า 3 สูง เช่น ปลาทะเล และ(5)กลุ่มผลไม้ จะใช้ประเภทกล้วยซึ่งจะช่วยให้หลับดี โดยจะควบคุมปริมาณอาหารที่ส่งผลต่อการหลั่งของสารโดปามีน (Dopamine) ได้แก่ อาหารกลูเตน

(Gluten) ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดหนึ่ง อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการแพ้ เกิดความผิดปกติเกี่ยวกับระบบประสาท ทำให้ประสาทหลอน กรดอะมิโนที่ไม่จำเป็นต่อร่างกาย เช่นเครื่องดื่มน้ำอัดลมประเภทปราศจากน้ำตาลหรือไดเอท จะสะสมในร่างกายเป็นสาเหตุของอาการวิตกกังวล ความเครียดและไม่เกรน สารเคมีในผงชูรสจะเข้าไปกระตุ้นสมองให้สมองทำงานเพิ่มขึ้น ทำให้ยาที่ใช้รักษาไม่ได้ผลดี เช่นอาหารถั่ว อาหารสำเร็จรูปไม่ว่าจะเป็นขนมขบเคี้ยว, น้ำปรุงรส, บาร์บีคิวซอส, บะหมี่กึ่งสำเร็จรูปและอาหารกระป๋องต่างๆ

2. การดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกายและการแต่งกาย ผิวหนังมีโอกาสสัมผัสสิ่งสกปรก ผื่นระลอกและสารเคมีได้ง่าย อาจก่อให้เกิดการระคายเคือง อักเสบ หรือทำให้เกิดโรคผิวหนังตามมาได้ ผู้ต้องขังจิตเภทมักมีปัญหาเรื่องความสะอาดของร่างกาย อันเป็นผลมาจากสภาวะโรค เช่น หวาดระแวง หลงผิด มีการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของร่างกายเสื่อมลง ทำให้ไม่สนใจในการดูแลกิจวัตรของตนเอง เช่น ไม่ยอมอาบน้ำ แปรงฟัน หรือเปลี่ยนเสื้อผ้าและมีการแต่งกายไม่เหมาะสม ทำให้พบว่าผู้ป่วยมักเกิดโรคทางผิวหนังและมีปัญหาในช่องปากและฟันตามมา ดังนั้นควรจัดหาน้ำและของใช้ในห้องน้ำที่จำเป็นเพื่อสุขภาพและความสะอาดของผู้ต้องขัง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ ด้วยการอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายและใช้สบู่ฟอกอย่างน้อยวันละ 1-2 ครั้ง รวมไปถึงความสะอาดของผู้ต้องขังในเรื่องของหมวดคราให้สะอาดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถพบปะกับผู้ต้องขังอื่นในสภาพที่ไม่น่ารังเกียจ (กรมราชทัณฑ์, 2559)

3. การดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกาย พบว่าการนอนหลับพักผ่อนเป็นการลดการใช้พลังงานและความเมื่อยล้าจากการทำงานของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาเรื่องการนอน เป็นอาการนำเริ่มแรกก่อนมีอาการทางจิตอื่นๆ เช่น นอนไม่หลับในช่วงเวลากลางคืน หรือนอนมากในช่วงกลางวันอันเป็นผลจากสภาวะของโรค เช่น หลงผิด หวาดระแวง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2558) ควรมีการจัดเวลาเรื่องการนอนหลับให้เหมาะสม คือ กลางคืนควรนอนหลับติดต่อกันนานอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง และในเวลากลางวันสามารถนอนหลับพักผ่อนได้แต่ไม่ควรเกิน 1-2 ชั่วโมง นอกจากนั้นคือการนันทนาการ และการออกกำลังกาย เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้เกิดความผ่อนคลาย ช่วยคลายความ รู้สึกเครียดและสามารถช่วยให้ร่างกายเกิดความแข็งแรงมีภูมิต้านทานต่อโรคได้ จากสภาวะของโรคจิตเภทพบว่า ผู้ป่วยบางรายมักมีพฤติกรรมแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดความสนใจต่อสุขภาพตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทควรมีเวลาสำหรับทำกิจกรรมนันทนาการบ้างในแต่ละวัน เช่น งานอดิเรกทำด้วยการปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ หรือเดินเที่ยวในสถานที่สาธารณะ เป็นต้น เพราะจะช่วยให้เกิดความเพลิดเพลิน ถือเป็นการพักผ่อนและเติมพลังงานให้ชีวิต และช่วยคลายความเครียดได้ (กรมสุขภาพจิต, 2553) สำหรับการการออกกำลังกายโดยทั่วไป อาจทำได้ในหลายรูปแบบทั้งที่เป็นกิจลักษณะ เช่น การวิ่ง การเล่นกีฬา หรือไม่เป็นกิจลักษณะ การ

ออกกำลังกาย นอกจากจะช่วยให้ ร่างกายแข็งแรงและเสริมภูมิคุ้มกันต้านทานต่อโรคแล้วยังเป็นอีกวิธีหนึ่งที่สามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดได้ ผู้ป่วยจิตเภทควรมีการออกกำลังกายสามครั้งในสัปดาห์ อย่างสม่ำเสมอ (กรมสุขภาพจิต, 2543)

4. การดูแลตนเองด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น กล่าวไว้ว่าความสามารถในการเข้าสังคมของผู้ป่วยบกพร่อง มีการเสื่อมลงในการทำหน้าที่ด้านการทำงาน ชอบแยกตัว ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นไม่ดี ผู้ป่วยจิตเภทควรสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นในลักษณะเกิดความสัมพันธ์แบบพึ่งอาศัยช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ได้แก่ การพูดคุยสนทนาหรือมีส่วนร่วมกิจกรรมต่างๆ ในเรือนจำ เช่น ช่วยเหลือผู้อื่นในกิจกรรมหรือสิ่งที่ตนเองสามารถทำได้ จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้และมีการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2553)

5. การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและติดตามการรักษา โดยผู้ป่วยจิตเภทควรมีการดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาและติดตามการรักษา (เปรมฤดี ดำรักษ์ และปรียา ทองประไพ, 2562) ดังนี้

- 1) การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามแผนการรักษา เพื่อให้ยาสามารถออกฤทธิ์ยับยั้งหรือควบคุมการผิดปกติต่างๆ ซึ่งการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอจะสามารถลดอาการกำเริบซ้ำได้ ดังนั้นจึงเป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้จะต้องรับประทานยาให้ครบตาม แผนการรักษา
- 2) การสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้น เช่น มีอาการคอแข็ง ลิ้นแข็ง รู้สึกลิ้นกับปาก น้ำลายไหล พูดไม่ชัด ตาเหลือก กล้ามเนื้อเกร็ง เดินไม่แกว่งแขน การเคลื่อนไหวช้าลง ซึ่งอาการข้างเคียงจากยาเหล่านี้อาจส่งผลทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย ผู้ป่วยเกิดความไม่สุขสบาย และมีทัศนคติไม่ดีต่อการรับประทานยาหรืออาจเกิดอันตรายขึ้นได้ ดังนั้น จึงต้องมีอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำเพื่อช่วยสังเกตอาการผิดปกติเหล่านี้ หรือจะต้องปรึกษาพยาบาลเรือนจำ
- 3) การมาตรวจติดตามการรักษา แพทย์อาจวางแผนนัดผู้ป่วยมาพบเพื่อตรวจดูอาการและติดตามอาการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้แพทย์อาจจะพิจารณาปรับแผนการรักษาเพิ่ม ลดหรือสั่งหยุดการรับประทานยาตามความเหมาะสมต่อภาวะโรคของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคนให้มากที่สุด

6. การดูแลตนเองด้านการจัดการกับอาการผิดปกติต่างๆ ที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจิตเภท แม้ได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้วแต่ก็มีโอกาสที่อาการทางจิตกำเริบกลับเป็นซ้ำได้อีก (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2558) โดยจะมีอาการเตือนเริ่ม เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 สัปดาห์ ก่อนเกิดอาการทางจิต เช่น มีอาการนอนไม่หลับ ขาดสมาธิ คิดฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า การปฏิบัติกิจวัตรเปลี่ยนแปลงไป ดังนั้นผู้ต้องขังจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขเรือนจำ ควรช่วยกันสังเกตอาการเตือนล่วงหน้า และจัดการกับอาการเบื้องต้นรวมถึงรายงานพยาบาลเรือนจำ ซึ่งจากการศึกษาของดลกลม มัทยัตร์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2560) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนสามารถจัดการกับอาการได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

## ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำ/ ทัณฑสถาน

จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศ พบปัจจัยสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง 3 ตัวแปร คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ( $r = .61, p < .001$ ) (Yang et al., 2018) ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ( $r = .430, P < .05$ ) (สุวรรณณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556) และการสนับสนุนทางสังคม ( $r = .397, p < .01$ ) (เสวิกุล, 2546) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

### การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

สภาวะที่บุคคลมีปัญหาในการเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้าง และสารสื่อประสาทที่ส่งผลต่อความสามารถในการรู้คิดของสมองในด้านต่าง ๆ ลดลง ซึ่งภาวะนี้เป็นความบกพร่องที่อยู่ช่วงรอยต่อระหว่างภาวะหลงลืมในคนปกติ (normal forgetfulness) และภาวะสมองเสื่อม (dementia) ไม่ส่งผลกระทบต่อการทำงานในชีวิตประจำวันมากนักและยังไม่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม ซึ่งยังไม่เข้าเกณฑ์ภาวะสมองเสื่อม (สาวิตรี จิระยา และคณะ, 2561) สาเหตุหลายประการ ได้แก่ ด้านอายุพบว่าภาวะเสื่อมสภาพของสมองมากขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น การติดเชื้อในสมอง การได้รับการกระทบกระเทือนทางสมอง การได้รับยาบางประเภทเกินขนาดหรือการสะสมยาในร่างกายในระยะเวลานาน ทำให้การสั่งการในสมองเปลี่ยนไป (दारววรรณ ประทุมทาน และคณะ, 2556; สมฤดี ชุมแก้ว และคณะ, 2563)

### เครื่องมือที่ใช้ในการคัดกรองการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

จากการทบทวนวรรณกรรมพบเครื่องมือที่เกี่ยวข้องกับการคัดกรองการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ได้แก่ 1) Mini-Mental State Examination (MMSE) (Folstein et al., 1975) 2) การประเมินด้านจิตวิทยาาระบบประสาท (Neuropsychological Test) (กนกรัตน์, 2556) 3) แบบประเมินพุทธิปัญญา The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test (Nasreddine et al., 2005) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. Mini-Mental State Examination (MMSE) ซึ่งพัฒนาโดยโฟลสไตน์และคณะ (Folstein et al., 1975) เป็นแบบคัดกรองตรวจหาความพร่องในการทำงานของสมอง นิยมใช้อย่างกว้างขวาง ในการคัดกรองแบบสั้นๆ โดยสามารถประเมินสมองส่วนต่างๆ ที่ทำหน้าที่ด้านการควบคุมการรับรู้ ความคิด ความจำ ความใส่ใจ สติปัญญา การคำนวณ การพูด การเขียนซึ่งเป็นหน้าที่หลักและสำคัญของส่วนสมองใหญ่ ในประเทศไทยแบบประเมิน MMSE ได้รับการพัฒนาเป็นฉบับภาษาไทย โดยอัญชุลี เตมียประดิษฐ์ และคณะ (2533) โดยมีคะแนนรวมของแบบคัดกรองเท่ากับ 30

คะแนน ประกอบด้วย 11 คำถามที่ทดสอบสมรรถภาพสมอง แบ่งเป็นหัวข้อหลัก 5 หัวข้อคือ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคำนวณ การระลึกได้ และภาษา หากผู้ป่วยได้รับคะแนนน้อยกว่า 21 แสดงว่ามีความพร่องในการทำงานของสมอง (ภาวะสมองเสื่อม)

2. การประเมินด้านจิตวิทยาระบบประสาท ซึ่งเป็นแบบทดสอบมาตรฐานทางจิตวิทยาระบบประสาท (Neuropsychological Test) ที่สัมพันธ์กับการทำงานเฉพาะของกระบวนการรู้คิดทางสมอง (Neurocognitive) ข้อมูลจากแบบทดสอบมาตรฐานถือเป็นเกณฑ์กลาง (Norm) สามารถนำผลการทดสอบมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ได้ว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติหรือไม่อย่างไร (กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, 2556) ประกอบด้วยการสังเกตพฤติกรรมโดยตรง การสัมภาษณ์ การใช้แบบทดสอบ และแบบสอบถาม วัตถุประสงค์ การอธิบาย ทำนายแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติ เพราะเมื่อสมองเกิดความผิดปกติหรือทำงานบกพร่องไป จะทำให้ความสามารถในการรับรู้หรือตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่างๆ บกพร่องลงไปด้วย ความผิดปกติที่เห็นได้ชัดได้แก่ความไวของการตอบสนอง ระดับความเข้าใจ การแสดงออกทางภาษา ความจำและการเคลื่อนไหว

2.1 Bender Visual Motor Gestalt สร้างโดยลอร์เรตตา เบนเดอร์ (Lauretta Bender, 1938) ลักษณะแบบทดสอบเป็นแผ่นภาพรูปเรขาคณิตมี 9 ภาพ วิธีทดสอบมีทั้งหมด 5 แบบ ได้แก่ 1) Tachitoscopic phase ให้ผู้รับการทดสอบดูภาพตัวอย่าง แล้ววาดภาพจากความทรงจำออกมาให้ดีที่สุด 2) Copy phase ให้ผู้รับการทดสอบวางภาพต้นแบบไว้แล้วลอกตามให้เหมือน 3) Testing the limit การให้ผู้รับการทดสอบวาดใหม่แก้ไขรูปที่วาดไม่เหมือนต้นแบบ 4) Elaborate ให้ผู้รับการทดสอบใช้จินตนาการเติมแต่งภาพที่วาดเพื่อดูถึงความฉลาด สิ่งที่เขาสนใจหรือปรารถนา 5) Recall หลังจากทำทุกแบบทดสอบให้ผู้รับการทดสอบวาดภาพที่ทำไปทั้งหมดจากความทรงจำ เพื่อดูความจำ

2.2. Benton Visual Retention Test สร้างโดยเบนตัน (Arthur L. Benton, 1955) ลักษณะแบบทดสอบประกอบด้วยรูปภาพเชิงเรขาคณิต 10 ภาพเรียงลำดับความยากง่าย และความซับซ้อน วิธีการทดสอบให้ผู้ทดสอบดูภาพละ 10 วินาที และให้วาดภาพจากความทรงจำจนครบทั้งหมด

2.3. แบบประเมินการวัดความรู้ตัว (Orientation, Attention and Self-regulation) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมใช้คำถามตรงไปตรงมาและต้องอาศัยความตั้งใจ การรับรู้และความจำ ได้แก่ 1) การวัดความรู้ตัว (Orientation) 2) Attention, Concentration, Tracking and Scanning มี 3 วิธี คือใช้ Digit Span (Digit recall) ทั้ง forward และ backward Subtracting Serial Seven หรือนับถอยหลังจาก 20 ลงไปหรือนับเดือนทั้ง 12 เดือนถอยหลัง และ Trail Making Test (TMT) ใช้เพื่อดู Visual Conceptual และ Visuomotor Tracking แบบทดสอบนี้มี 2 ฉบับ ฉบับ A ให้ลากเส้นโยงตัวเลขตามลำดับ ฉบับ B ให้ทำเหมือนเดิม

เพียงแต่สลับระหว่างตัวเลขและตัวอักษรไปจนครบการให้คะแนนดูความถูกต้องและนับเวลาที่ใช้ไปในการทดสอบเทียบเกณฑ์มาตรฐานของแบบทดสอบ 3) Self-regulation ใช้ในการดู Mental Flexibility เป็นแบบทดสอบประกอบด้วยกระดาษ 3 แผ่น แต่ละแผ่นมีเรื่องเกี่ยวกับสีจัดเป็นแถว 5 แถว แถวละ 20 ข้อ จำนวน 100 ข้อ

2.4 แบบวัดความจำ (Memory) ที่เป็นมาตรฐานและลงรายละเอียดเกี่ยวกับความจำชนิดต่าง ๆ ได้กว้างขวาง ได้แก่ Wechsler Memory Scale (WMS) ใช้ในการ Diagnostic and Screening โดยถือว่าเป็น Neuropsychological Examination ที่เป็นเรื่องของความจำปัจจุบันปรับปรุงถึงฉบับที่ 4 (WMS-IV) ซึ่งฉบับนี้ได้มีการแบ่งช่วงอายุของผู้รับการทดสอบออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ใหญ่ (Adult) อายุ 16-65 ปี ผู้สูงอายุ (Older Adult) อายุ 65-90 ปี WMS ซึ่งสามารถวัดได้ในด้านความจำจากสิ่งที่ได้ยินและจากสิ่งที่ได้เห็น และการระลึกทั้งชนิดการเว้นระยะ และในทันที โดยลักษณะการทดสอบแบ่งเป็น 2 องค์ประกอบใหญ่ คือ 1) General Memory ประกอบด้วย 5 Subtests ได้แก่ Verbal 2 คือ Logical Memory, Verbal Paired Associates I, Visual 3 คือ Figural Memory, Visual Paired Associates และ Visual Reproduction I 2) Attention/Concentration ประกอบด้วย 3 Subtests ได้แก่ Mental Control, Digit Span, Visual Memory Span การทดสอบประกอบด้วย 8 แบบทดสอบย่อย ได้แก่ Information เป็นคำถามง่ายๆ ที่เกี่ยวกับข้อมูลส่วนตัว การถามรู้ตัวและความรู้ทั่วไปจาก Long-term memory เป็นการ Screening population a) Mental Control แบ่งเป็น 3 ชนิดคือ การให้นับถอยหลังจาก 20-1 การให้ท่อง A-Z และการให้บวกเลขเพิ่มทีละ 3 เริ่มจาก 1-40 b) Figural Memory ให้ดูรูป/รูปที่เคยเห็น c) Logical Memory เล่านิทาน 2 เรื่อง d) Visual Paired Associates หาคู่สีคู่กับลายเส้น e) Verbal Paired Associates บอกคู่ของคำ f) Visual Reproduction ให้วาดรูปตามแบบที่กำหนด g) Digit Span แบ่งเป็น Forward, Backward h) Visual Memory Span buguu Tapping Forward, Tapping Backward นอกจากนี้ 4 Delayed recall ได้แก่ Logical Memory I, Visual Paired Associates III, Verbal Paired Associates II, Visual Reproduction II เป็นเครื่องชี้ว่า หลังจากการเรียนรู้มาครึ่งชั่วโมงขึ้นไป ผู้รับการทดสอบยังคงจำได้เท่าใด (Retained)

2.5 แบบวัดความผิดปกติเกี่ยวกับภาษาและการพูด (Language and Verbal) ส่วนประกอบสำคัญของภาษาและการพูดของคนเราประกอบด้วย ความเข้าใจ (Comprehension) ความคล่องแคล่วของการพูด (Fluency) การพูดซ้ำหรือการพูดตาม (Repetition) การเรียกชื่อสิ่งต่างๆ (Naming) การอ่าน (Reading) และการเขียน (Writing) เมื่อมีความผิดปกติอย่างใดอย่างหนึ่งใน 6 อย่างจะเกิดปัญหาด้านภาษาและการพูด ภาวะ Aphasia หรือ Dysphasia หมายถึง ความผิดปกติของการพูดอย่างหนึ่ง ในด้านความเข้าใจ (Comprehension),

ความคล่องแคล่วของการพูด (Fluency), การพูดซ้ำหรือการพูดตาม (Repetition) และการเรียกชื่อสิ่งต่างๆ (Naming)

2.6. Cognitive Function ความผิดปกติด้านความรู้ความเข้าใจไม่จำเป็นต้องสัมพันธ์กับความเสียหายใน Cortical area แต่สัมพันธ์ต่อการบาดเจ็บในสมองไม่ว่าส่วนใดก็ตาม ความคิดแบบ Concrete พบได้บ่อยในพวกที่มีความผิดปกติของ Cognition ซึ่งไม่สามารถคิดรวบยอดหรือคิดในรูปธรรมได้

2.7 Test of Concept Formation เป็นการทดสอบเรื่องกระบวนการคิดมากกว่าเนื้อหาของคำตอบ ด้วย 2 วิธี ดังนี้ การประเมินคุณภาพของการคิดเป็นเรื่อง ด้วยเครื่องมือ Verbal Abstraction Test -Proverbs และการประเมินการบอกความเหมือนหรือความต่าง ด้วยเครื่องมือ Word Abstraction Test-Abstract Words Test

2.8 Test of Nonverbal Concept Formation ประกอบด้วย 3 แบบทดสอบ ดังนี้ 1) Sorting Test ใช้มากในการทดสอบ Abstract and Concept Formation ผู้รับการทดสอบต้องจำแนกสิ่งของ เป็นกลุ่มๆ ตามคำสั่ง 2) Wisconsin Card Sorting Test ใช้ในการดู Abstract Behavior และ Shift of Set ประกอบด้วยแผ่นภาพ 1 ชุด ซึ่งมีทั้งหมด 64 ภาพ ในแต่ละภาพจะมีรูป 1-4 รูป ให้ผู้รับการทดสอบวางแต่ละรูปลงใต้ภาพคำถาม 4 ภาพตามขั้นตอนแต่ละครั้งจนครบหมด และ 3) Organic Integrity Test ประกอบด้วยภาพจำนวน 10 คู่ในแต่ละคู่ ประกอบไปด้วยรูปหนึ่งที่มี 2 ภาพ และอีกรูปหนึ่งเป็นภาพเดี่ยว ผู้รับการทดสอบจะต้องจำแนกว่ารูปใดในภาพที่มี 2 รูปเหมือนกับภาพเดี่ยวที่เป็นคู่ของมัน

2.9 Test of Ordering, Organization and Planning ใน Standard Test ได้แก่ 1) Bender ผู้รับการทดสอบต้องคำนึงถึงการกะวางรูปให้เพียงพอและมีดีสัมพันธ์ 2) TAT ผู้รับการทดสอบต้องเล่าเรื่องให้เป็นไปตามลำดับเหตุการณ์ 3) Block design คิด ทำตามลำดับ และคิดล่วงหน้าว่าการรวมตัวของแท่งไม้แต่ละชิ้นจะทำให้เกิดเป็นภาพตามแบบที่ให้ดูหรือไม่ 4) Stanford-Binet ผู้รับการทดสอบประมวลความคิดให้ออกมาอย่างมีความหมายได้ดีมากน้อยเท่าใด

2.10 Nonverbal Tests Involving Ordering and Planning เกี่ยวกับการวางแผนและความสามารถในการมองการณ์ไกลเพื่อหาโอกาสเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา

2.11 Reasoning Test แบบทดสอบที่ใช้ ได้แก่ WAIS, Progressive Matrices, Bicycle drawing Test ซึ่งการบาดเจ็บที่สมองจะส่งผลถึงความรู้ ความเข้าใจและการแสดงออกของบุคคลซึ่งจะมีความผิดปกติเช่นไรก็เป็นไปตามสมองส่วนที่เสีย การทดสอบทางจิตวิทยาช่วยประเมินความผิดปกติบางอย่างที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยทำนายความผิดปกติและตำแหน่งที่เป็นว่าเป็นอย่างใดและอยู่ส่วนใดในสมอง



3. แบบประเมินพุทธิปัญญา The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test (Nasreddine et al., 2005) แปลเป็นภาษาไทยโดยโสฬพัทธ์ เหมรัฐชโรจน์ (Hemrungronj, 2007) ซึ่งเป็นเครื่องมือคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรกแบบสั้นโดยสามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองในด้านต่างๆ ดังนี้ ความใส่ใจหรือความสนใจ (attention) ภาษา (Language) ความจำ (Memory) การบริหารจัดการ (Executive Function) ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบ (visuo-constructional Skill) การคิดคำนวณ (calculation) และการรับรู้สถานะรอบตัว (Orientation) โดยมีคะแนนเต็ม 30 คะแนน คะแนนต่ำกว่า 25 คะแนน มีภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก ซึ่งแบบประเมินนี้ได้มีการปรับการให้คะแนนเพิ่ม 1 คะแนนสำหรับผู้ที่มีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับประถมศึกษาปีที่ 6 ซึ่งแบบประเมิน MOCA Test เป็นแบบประเมินที่พัฒนาใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิด โดยมีการนำไปใช้ในการศึกษาในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย เช่น การศึกษาในผู้ป่วยติดยาเสพติดโดยโคเปอร์ซิโน (Copersino et al., 2009) พบว่ามีภาวะพร่องทางการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test และร้อยละ 20 พบว่ามีภาวะพร่องทางการรู้คิดโดยใช้แบบประเมิน Neuropsychological Assessment Battery-Screening Module (NAB-SM) bba: The Montreal Cognitive Assessment (MOCA) Test มีความไว (sensitivity) 83.3 และความจำเพาะ (Specificity) 72.9 ในการคัดกรองภาวะพร่องทางการรู้คิดซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ และมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างแบบประเมิน MMSE Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test ในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test มีความไว (Sensitive) ในการตรวจพบภาวะพร่องทางการรู้คิดในระยะแรกและสามารถคัดกรองผู้ป่วยที่มีภาวะพร่องทางการรู้คิดในระยะแรกที่มีปัจจัยเกี่ยวกับหลอดเลือดและในผู้ป่วยโรคพาร์กินสัน ต่อมาได้มีการนำแบบประเมิน The Montreal Cognitive Assessment (MoCA) Test มาใช้ในการประเมินผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยหยางและคณะ (Yang et al, 2018) นำแบบประเมินคัดกรองความรู้ความเข้าใจความบกพร่องใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดโดยใช้ The Montreal Cognitive Assessment [MoCA] Test พบว่าการทดสอบการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (MoCA) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการประเมินโดยย่อของความรู้ความเข้าใจในโรคจิตเภท (BACS) ( $r = .61, p .001$ ) และ ความไวในการตรวจหาทั้งความบกพร่องทางสติปัญญาที่ไม่รุนแรง ( $AUC = 0.82, p .001$ ) และระดับรุนแรง ( $AUC = 0.81, p .001$ ) ในโรคจิตเภท

สรุปในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือในการประเมินภาวะพร่องทางการรู้คิดคือแบบประเมินคัดกรองภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมระยะแรก (MoCA) เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบประเมินนี้มีความไว (sensitivity) และความเฉพาะเจาะจง (specificity) ในการประเมินภาวะพุทธิปัญญาเสื่อมในระยะแรก (Mild Cognitive Impairment) ซึ่งจากการศึกษาของ

Nasreddine et al. (2005) เปรียบเทียบแบบประเมิน MMSE และ MOCA โดยใช้ประเมินในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นพหุปัญญาเสื่อมในระยะแรก (mild cognitive impairment) จำนวน 90 คน และผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นอัลไซเมอร์ไม่รุนแรง (mild Alzheimer's disease) จำนวน 93 คน และกลุ่มควบคุมผู้สูงอายุที่สุขภาพดี (healthy elderly) จำนวน 90 คน พบว่าแบบประเมิน MOCA ซึ่งสามารถใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีภาวะพหุปัญญาเสื่อมในระยะแรก ในกลุ่มที่คะแนนประเมินของ MMSE ปกติ เนื่องจากคะแนนประเมินของ MMSE ที่พบว่าผู้ป่วยมีภาวะสมองเสื่อมคือคะแนนต่ำกว่า 25 คะแนน สำหรับ MMSE สามารถที่จะประเมินได้ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของ โรคที่มีการเสื่อมของการทำหน้าที่ร่วมด้วยเช่น ในกลุ่มโรคความจำเสื่อม (Alzheimer's disease) และแบบประเมิน MOCA สามารถตรวจพบภาวะพหุปัญญาเสื่อมได้ในระยะแรก ซึ่งเหมาะสำหรับประเมินในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งยังไม่เคยตรวจพบหรือมีข้อมูลมาก่อน

### ความสัมพันธ์การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นปัจจัยที่เป็นแรงจูงใจสำคัญซึ่งกระตุ้นให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเอง จากความผิดปกติของสารสื่อประสาทโดปามีนที่ทำงานมากกว่าปกติ โดยเฉพาะในบริเวณเมโซลิมบิกและเมโซคอร์ติคัลมีความผิดปกติของ Post-Synaptic receptor ที่ทำให้เกิดกลุ่มอาการด้านบวก และสารซีโรโทนิน ที่มีการทำงานของ Serotonin-2 receptor ในเปลือกสมองส่วนหน้าลดลง ทำให้เกิดกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านการรู้คิด ได้แก่ การคงความใส่ใจ (attention) ลดลง หรือการตีความและการตอบสนองสิ่งต่าง ๆ บกพร่องไป หรือความจำเพื่อใช้งานบกพร่อง โดยเฉพาะด้านมิติสัมพันธ์ หรือไม่สามารถ คิดอย่างเป็นเหตุเป็นผล หรือมีความบกพร่องในการจัดการ การตัดสินใจ การวางแผน (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2553) ซึ่งเกิดจากความผิดปกติในโครงสร้างของสมองส่วนระบบลิมบิกและเบซัลแกงเกลีย จากความผิดปกติดังกล่าว เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง (cognitive impairment) ซึ่งมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเอง (มุทิตา พนาสภิตย์, 2551)

งานวิจัยที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้แก่ การศึกษาของหยางและคณะ (2563) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (The Montreal Cognitive Assessment [MoCA] Test) และแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเองตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่าการทดสอบการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (MoCA) มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการดูแลเท้า ( $B=-0.337$ ,  $P=0.001$ ) (Yang et al., 2020) และจากการศึกษาของลอตฟาบาดี, บายาซีและราเอีย (2565) ที่

ศึกษาผลของการฝึกทักษะการดูแลตนเองแบบกลุ่มพุทธิปัญญาต่อการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่าการลดลงของค่าเฉลี่ยคะแนนการดูแลตนเองทั้งหมด ( $p < 0.001$ ) มีความสัมพันธ์ส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านอนุรักษ์น้ำ อาหาร และอากาศอย่างเหมาะสม ( $p = 0.04$ ) ความต้องการในการขับถ่าย ( $p < 0.001$ ) (Lotfabadi, Bayazi, & Rajaei., 2022)

### ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลากหลายแนวคิดที่เกี่ยวกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ได้แก่ ทฤษฎีลำดับขั้นความต้องการของมนุษย์ (Hierarchy of needs) (Neher, 1991) ทฤษฎีเกี่ยวกับตนเอง (Self theory) (Rogers, 1974) ในการศึกษาครั้งนี้ ศึกษาแนวคิดความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองตามแนวคิดของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1979) ที่กล่าวว่า การเห็นคุณค่าในตนเอง ถ้าบุคคลมีการเห็นคุณค่าในตนเองในด้านใดด้านหนึ่งแล้ว จะส่งผลให้การเห็นคุณค่าในตนเองในภาพรวมสูงขึ้น ในทางตรงข้ามถ้าบุคคลมองตนเองว่าด้อยคุณค่า หรือลดการเห็นคุณค่าในตนเองในด้านใดด้านหนึ่ง การประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองในภาพรวมจะมีระดับต่ำลงไปด้วย

งานวิจัยที่ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดต่อการเปลี่ยนแปลงในการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ของพาร์เตเด, ดามานิค, สิมานูลัง ,และสิตางค์แก๊ง (2563) พบว่า หลังจากได้รับการบำบัดทางความคิด ผู้ตอบแบบสอบถามมีความภาคภูมิใจในตนเองสูง ร้อยละ 86.4

### ปัจจัยที่มีผลกระทบจากการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าความภาคภูมิใจในตนเองเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานทางจิตใจสำหรับมนุษย์ ซึ่งทำให้มนุษย์สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่า จากการพัฒนา ประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวขึ้นอยู่กับความภาคภูมิใจในตนเอง และยังเป็นตัวบ่งชี้ของความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือพฤติกรรมต่างๆ ที่แสดงออกในชีวิตประจำวันนั้น ซึ่งแต่ละบุคคลจะแสดงระดับการเห็นคุณค่าในตนเองที่แตกต่างกัน โดยรู้ตัวและไม่รู้ตัว ด้วยลักษณะท่าทาง น้ำเสียง คำพูด และการกระทำ บุคคลที่เห็นคุณค่าในตนเองจะสามารถเผชิญความเครียดได้อย่างเหมาะสม ส่วนบุคคลที่มีความภาคภูมิใจในตนเองต่ำ จะมีแนวโน้มทำลายตนเองรวมทั้งพฤติกรรมการทำร้ายผู้อื่น รวมทั้งยังเป็นปัจจัยสำคัญในการปรับตัวทางอารมณ์ สังคมและการเรียนรู้ ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการรับรู้ตนเองที่มีผลต่อความคิด ความปรารถนา ค่านิยม อารมณ์ นำไปสู่การซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์ และอัจฉรา พรสีห์รัญวงศ์, 2563) ดังนั้นในผู้ต้องขังจิตเภท หากมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำจะส่งผลให้ความรุนแรงของโรคเพิ่มขึ้น เนื่องจากได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ด้านร่างกาย เมื่อผู้ต้องขังจิตเภทที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะทำให้ผู้ต้องขังจิตเภท ใช้กลไกในการป้องกันตนเอง ระบุว่าตนเองไม่มีค่า ซึ่งส่งผลให้บุคคลเหล่านี้ เกิดความรู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย วิตกกังวล เก็บตัว ไม่กล้าแสดงออก มีความยากลำบากในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น มีปัญหาในการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง ขาดความมั่นใจในการทำกิจกรรมประจำวันต่างๆ รวมถึงการดูแลตนเองในด้านสุขภาพ ผลที่ตามมาคือ สุขภาพเสื่อมลง และจากการศึกษาของพิมจันทร์ ภูแก้ว (2561) พบว่าผลจากการรักษา อาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยา เช่น เดินตัวแข็ง น้ำลายไหล บางรายมีความเสื่อมของสมอง ส่งผลในเรื่องความจำ ทำให้คิดช้า ทำกิจกรรมต่างๆ ช้าหรือเรื่องของพฤติกรรมแบบแปลกประหลาด เช่น เคลื่อนไหวส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายซ้ำๆ หรืออาจค้างอยู่ในท่าใดนานๆ ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ถูกประเมินจากสังคมว่าแปลกประหลาด การรับรู้ที่ตนเองแปลก แตกต่างจากบุคคลอื่นๆ ทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ เกิดความรู้สึกไม่ดีและไม่กล้าเข้าสังคม และอาจจะประเมินตนเองเป็นคนระดับล่าง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นตราบาป (Stigma) และเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง

2. ด้านจิตใจ เกิดความวิตกกังวล เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หมดหวัง รู้สึกโกรธตัวเอง และเกิดความรู้สึกบิ่คับคั้นทุกข์ทรมานทางจิตวิญญาณ คิดว่าการอยู่โรงพยาบาลเป็นการลงโทษ เกิดความรู้สึกไม่ยอมรับตนเอง ต่ำหนืดตนเองที่ไม่มีใครต้องการ กลายเป็นมีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จากการศึกษานี้ของภาวิณี สถาพรธีระและกฤตยา แสวงเจริญ (2561) โดยผลจากโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทชาย มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น ส่งผลต่อการดูแลตนเองที่ดีขึ้น ซึ่งเป็นการพัฒนาความเข้มแข็งอดทนของจิตใจ การได้รับคำแนะนำจากบุคคลที่ไว้วางใจหรือผู้ที่ให้การดูแล และมีอัตมโนทัศน์แห่งตนในทางที่ดี โดยความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองที่ดี รวมทั้งการรู้จักตนเอง ยอมรับความจริง ควบคุมตนเองได้เกิดความมั่นใจมากขึ้นและหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม เกิดความรู้สึกที่ดีเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น และมีความคิดทางบวก ส่งผลให้พฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นได้

3. ด้านสังคม มีความคิดความรู้สึกต่อตนเองว่าต้องพึ่งยา ไม่มีความมั่นใจในตนเอง และรู้สึกว่าศักยภาพด้อยลง เกิดความรู้สึกประะบางทางอารมณ์ไม่กล้าเข้าสังคม จึงพบว่าเหตุการณ์ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนมีการดำรงชีวิตที่ยากลำบากทั้งปัจจัยแวดล้อมภายในเกิดจากปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ทำให้เป็นภาระของครอบครัว และจากการตีความให้คุณค่าและเจตคติจากสังคมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทถูกแบ่งเขตแดนของการเข้าถึงสิทธิและโอกาสทางสังคม ถูกตีตราจากสังคม ถูกมองว่าเป็นบุคคลด้อยความสามารถ อยู่ในภาวะการใช้คุณค่า

แห่งตน ไม่ได้รับการยอมรับ ไม่ได้รับความเข้าใจ เห็นใจจากสังคม (ศรีนรินทร์ จันทพิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร, 2561; สุจิตรา วรสิงห์, ภาภัทร เฮงอุดมทรัพย์, และชนิดดา แนนเกสร, 2557)

### เครื่องมือการประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาและทบทวนเครื่องมือที่ใช้วัดการเห็นคุณค่าในตนเอง 4 แบบ คือ 1) Rosenberg's Self-Esteem scale (Rosenberg, 1965) 2) The Janis-Field Feelings of Inadequacy scale (Janis & Field, 1959) 3) The Coopersmith Self-Esteem Inventory (1967) และ 4) The Tennessee Self-Concept scale (Fitts, Scale) ซึ่งมีรายละเอียดของเครื่องมือ ดังต่อไปนี้

#### 1. แบบประเมิน Rosenberg's Self-Esteem scale (Rosenberg, 1965)

Rosenberg ได้สร้างแบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเอง โดยใช้รูปแบบการรายงานตนเอง เพื่อวัดความรู้สึกการยอมรับนับถือตนเองในด้าน ความมั่นใจ ความพึงพอใจ และการเคารพตนเอง โดยแบบวัดการเห็นคุณค่าในตนเองของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1960) (Rosenberg Self-Esteem Scale: SES) มีจำนวนข้อคำถาม 10 ข้อ และประเมินในรูปแบบ Likert scale มีการทดสอบโดยนำไปใช้กับนักเรียนมัธยมปลาย และผู้สูงอายุจำนวน 5,024 คนในนิวยอร์ก ได้ค่าความเที่ยง .82 และทดสอบซ้ำอีกรอบภายใน 2 สัปดาห์ ได้ค่าความเที่ยง .88 หลังจากนั้นได้มีการนำไปใช้อย่างแพร่หลายทั่วโลก โดยได้รับการแปลมากกว่า 50 ภาษา และมีการนำไปทดสอบความตรง และความเที่ยงในประชากรหลากหลายกลุ่ม ทั้งวัยเด็ก วัยผู้ใหญ่ และวัยผู้สูงอายุ จนเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ได้รับการยอมรับมากที่สุด ในประเทศไทยได้มีการแปลและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย รวมทั้งใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทด้วย ได้แก่ ผ่องศรี ศรีมรกต (2536) หาค่าความเที่ยงได้เท่ากับ .81 และสินิทธิ์ อนันท์วัฒน์ (2551) ใช้แบบประเมินนี้กับการรับรู้ตราบาปและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย ได้ค่าความเที่ยง .87 ซึ่งนับว่าอยู่ในเกณฑ์ที่ดี

#### 2. แบบประเมิน The Janis-Field Feelings of Inadequacy scale: JFS (Janis & Field, 1959)

แบบประเมินนี้ต้นฉบับถูกพัฒนาขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1959 โดย Janis and Field เป็นแบบสอบถามที่มีข้อคำถาม 23 ข้อ และแบ่งการวัดเป็นรายด้าน คือ ด้านความสามารถ ด้านวิชาการด้านสังคม ด้านความเชื่อมั่น และลักษณะที่ปรากฏ มีการหาค่าความเที่ยง 2 ครั้ง ได้ค่าความเที่ยง 0.83 และ 0.91 หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงแก้ไขอีกหลายครั้ง Robinson and Shaver (1973) ได้ศึกษาทบทวน และระบุว่า JFS ฉบับที่ปรับปรุงแก้ไขโดย Fleming and Courtney (1984) เป็นหนึ่งในเครื่องมือที่ดีที่สุดสำหรับการวัดการเห็นคุณค่าในตนเอง กับผู้ใหญ่ เนื่องจากมีการวัดในหลายมิติอย่างครอบคลุม

### 3. แบบประเมิน The Coopersmith Self-Esteem Inventory (1967)

แบบประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของ Coopersmith (1967) เหมาะสมกับบุคคลที่มีอายุตั้งแต่ 16 ปี ขึ้นไป ประกอบด้วยข้อคำถาม 25 ข้อ เป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์ในด้านการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของบุคคล เนื่องจากประกอบด้วยข้อความสั้น ๆ และเข้าใจง่ายซึ่งมีทั้งความเที่ยง ความคงที่ และความตรงที่เพียงพอ ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86 รวมทั้งมีกลุ่มคำถามลวงเพื่อตัดข้อมูลที่ไม่น่าเชื่อถือออกไป แต่จำนวนคำถามมีมาก จึงไม่เหมาะกับผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากต้องใช้เวลาในการตอบคำถามนาน

### 4. แบบประเมิน The Tennessee Self-Concept scale (Fitts, 1964) ซึ่ง

แบบวัดนี้สร้างขึ้นจากแนวพื้นฐานทฤษฎีทางจิตวิทยา โดยให้บุคคลประเมินอัตมโนทัศน์ของตน เพื่อวัดระดับการเห็นคุณค่าในตนเอง เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้กันอย่างแพร่หลายพัฒนาโดย Fitts (1964) ในการวัดการรับรู้โดยรวมของบุคคลเกี่ยวกับตัวเอง โดยมีข้อคำถาม 100 ข้อ และประเมินในรูปแบบ Likert scale 1- 5 คะแนน มีค่าการทดสอบค่าความตรงในหลายกลุ่มประชากร และมีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ดี คือ .92

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ได้มีผู้นำแบบประเมิน Rosenberg Self-Esteem Scale มาใช้ในการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เนื่องจากเป็นแบบสอบถามมีความเหมาะสมในด้านข้อคำถาม ที่ชัดเจน ไม่มีจำนวนข้อมากเกินไป และสามารถเข้าใจได้ง่าย อีกทั้งพบว่าส่วนใหญ่ใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยจึงได้นำแบบประเมิน Rosenberg Self-Esteem Scale ฉบับภาษาไทยที่แปลและพัฒนาโดยสินธิ์ อนันท์วัฒน์ (2551) มาใช้ในการประเมินการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทในงานวิจัยครั้งนี้

### ความสัมพันธ์การเห็นคุณค่าในตนเองกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ลักษณะของบุคคลจะมีการเห็นคุณค่าในตนเอง (มาลิณี, 2553; (Benavides et al., 2018) แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง และบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ โดยบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูงสามารถจัดการปัญหาได้ดีกว่าบุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ เนื่องจากจะมีพฤติกรรมพึงพอใจในสิ่งที่ตนเป็น มีการตระหนักถึงข้อผิดพลาดของตนเอง ยอมรับว่าความผิดพลาดในการตัดสินใจ หรือการไม่สามารถควบคุมตนเองนั้นเกิดขึ้นได้ในบางครั้ง เชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง มีความวิตกกังวลต่ำ มีความเคารพตนเอง เห็นคุณค่าของตนเอง ทั้งแบบมีเงื่อนไข คือ การเคารพตนเอง โดยขึ้นกับมาตรฐานของความสามารถ คุณธรรมหรือเกณฑ์วัดคุณค่าหรือความสำเร็จต่างๆ และแบบไม่มีเงื่อนไข คือ การเคารพตนเองในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง โดยไม่ขึ้นกับคุณภาพหรือความสำเร็จ บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าใน

ตนเองสูง จะมีความกระตือรือร้นเป็นตัวของตัวเอง มีความสุข สามารถควบคุมตนเองได้ดีส่วนบุคคลที่มี การเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ มักไม่พอใจตนเอง รับรู้ว่าคุณค่าตัวเองต่ำ หรือมีคุณค่าเกินความเป็นจริง มีความเครียด วิตกกังวล หดหู่ รู้สึกถูกคุกคาม ขาดความเคารพตนเอง ยอมรับคำกล่าวหาด้านลบจาก บุคคลอื่น คล้อยตามความเห็นกลุ่ม ไม่กล้าแสดงความคิดเห็นหรืออภิปรายต่อหน้าสาธารณชน ส่งผล ให้บุคคลมีการแสวงหาการยอมรับจากบุคคลอื่นเพื่อให้เกิดการยอมรับตนเอง ดังนั้นการเห็นคุณค่าใน ตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญความต้องการขั้นพื้นฐานทางจิตใจของมนุษย์ ทำให้บุคคลสามารถดำรงชีวิต อยู่ในสังคมได้อย่างมีคุณค่าและมีความสุขและยังเป็นตัวบ่งชี้ของการเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี มีคุณค่า จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การเห็นคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการ ดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .430, P < .05$ ) (สุวรรณณี ชอบการไร่ และคณะ, 2556) เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางการรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งอาการและอาการแสดงของโรคทำให้ขาดความสนใจและเอาใจใส่ในตัวเอง จนเกิดความบกพร่องใน การดูแลตนเองทั้งการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย การป้องกัน ภาวะแทรกซ้อน และการดำรงชีวิตร่วมกันในสังคม เมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์ รวม จะได้รับการประเมินความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะที่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วย พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยมี ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเพิ่มขึ้น เช่น จากการทำน้ำ แปรงฟันนานๆ ครั้ง ก็สามารถปฏิบัติได้บ่อยครั้งขึ้น มีการแต่งกายที่สะอาดและเหมาะสม มีการล้างมือก่อนและหลัง การรับประทานอาหาร และเมื่อผู้ป่วยได้เข้าร่วมกิจกรรมทั้ง 6 ครั้ง ตามโปรแกรมทำให้มี ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นได้ดีขึ้น เช่น รับประทานยาได้ตรงเวลา และต่อเนื่องมากขึ้น สามารถควบคุมอารมณ์ ความเครียด หรือพฤติกรรมของตนเองได้มากขึ้น โดยไม่ พบอาการเตือนหรือการกลับเป็นซ้ำ และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจึงไม่รู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของผู้อื่น จึงมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองและมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มขึ้น (ยุพาพรรณ มาหา, ชนัดดา แนนเกษร, และดวงใจ วัฒนสินธุ์, 2562)

### ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีปัจจัยสำคัญที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแล

ตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม

โดยนำเสนอเป็นลำดับ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

### การสนับสนุนทางสังคม

คอบบ์ (Cobb, 1976) ได้ให้ความหมายของการสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการที่พบว่าบุคคลมีการเปลี่ยนแปลงของชีวิตหรือประสบกับภาวะวิกฤตต่างๆ หากมีเครือข่ายทางสังคมคอยประคับประคองบุคคลนั้นอยู่ บุคคลนั้นก็จะมีชีวิตที่ปลอดภัย เพราะได้รับการดูแล มีผู้เห็นคุณค่าของตนหรือยังเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้นๆ ทำให้สามารถปรับตัวผ่านสถานการณ์ได้ การรับรู้ว่าจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของบุคคลมีความสำคัญ เพราะจะทำให้แรงสนับสนุนทางสังคมที่มีประสิทธิภาพ ไม่ควรเกิดจากขอของบุคคลนั้น แต่ควรเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันและกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 5 ด้านดังนี้

1. การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ เป็นการได้รับข้อมูลที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนได้รับความรัก ความห่วงใย การดูแลเอาใจใส่ มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีความผูกพัน และมีความไว้วางใจซึ่งกันและกัน (Cobb, 1976)

2. ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า เป็นการแสดงออกของครอบครัวที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่า มีความหมายต่อผู้อื่น รวมทั้งผู้อื่นก็ยอมรับและมองเห็นคุณค่านั้นด้วย และการได้มีโอกาสช่วยเหลือผู้อื่น (Cobb, 1976)

3. ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นการแสดงออกของครอบครัวที่ทำให้บุคคลรับรู้ว่าคุณค่าตนเป็นสมาชิกหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยเกิดจากการที่บุคคลมีโอกาสมมีส่วนร่วมในสังคม มีการให้ความช่วยเหลือและมีความผูกพันกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนแบ่งปันด้านความคิดและกำลังใจจนทำให้เกิดความห่วงใยและเข้าใจกัน หากขาดความสัมพันธ์ด้านนี้จะทำให้รู้สึกโดดเดี่ยวขาดที่ปรึกษา สิ้นกำลังใจและหมดหวัง (Brandt & Weinert, 1985; Cobb, 1976)

4. ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ เป็นการให้ความช่วยเหลือทางด้านวัสดุสิ่งของ เงินทอง แรงงาน หรือการบริการต่าง ๆ เพื่อนำไปใช้แก้ปัญหาและเผชิญความเครียดในชีวิตได้ (Brandt & Weinert, 1985; Schaefer et al., 1981)

5. ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำต่าง ๆ ในการนำไปเป็นแนวทางแก้ไขปัญหารวมทั้งเป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับถึงสิ่งที่บุคคลกระทำแล้ว (Schaefer et al., 1981)



### การสนับสนุนทางสังคมในผู้ต้องขังโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย เนื่องจากพบว่าสมองส่วนฮิปโปแคมปัส (Hippocampal) มีความผิดปกติ (Mathew et al., 2014) โดยจะเสื่อมเล็กน้อยในช่วงระยะเวลา 5 ปีแรก ของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบว่าการเสื่อมลงเรื่อยๆ จนถึงปีที่ 10 ของการเจ็บป่วยและสมองเสื่อมลงอย่างมาก และในกรณีที่ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวทำให้มีความบกพร่องด้านสังคมและหน้าที่การงาน (ฐิติวัฒน์ หงษ์กิตติยานนท์ และอารยา ทิพย์วงศ์, 2561) ดังนั้นเครือข่ายการสนับสนุนทางสังคมจึง ปัจจัยสำคัญที่ช่วยเหลือและประคับประคองให้ผู้ต้องขังโรคจิตเภทมีการปรับตัวและลดความรู้สึก อ้ำว้างและโดดเดี่ยวต่อภาวะวิกฤตที่กำลังเผชิญ ส่งผลให้เกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่ของตนได้ ตามปกติ (กรรณิการ์ ดาโลดม และคณะ, 2561) จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า การสนับสนุน ทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับรู้ว่าการ สนับสนุนทางสังคมที่สูง จะรู้สึกว่าคุณเองสามารถพึ่งพิงผู้อื่นได้มีคนคอยสนับสนุนและให้การช่วยเหลือ ช่วยให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองเพิ่มขึ้น ( $r = -.59, p < .05$ ) ( $r = .27, p < .01$ ) (Latipun, Amalia & Hasanati, 2018)

### การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมมีหลายแนวคิด และเป็นปัจจัยที่มีผู้ศึกษากันอย่างกว้างขวาง เครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อประเมินการสนับสนุนทางสังคมมีแตกต่างกันไป โดยบางชนิดใช้ประเมิน เฉพาะแหล่งสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านใดด้านหนึ่ง บางชนิดประเมินทั้งแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ถึงลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับ จากที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมพบแบบ ประเมินการสนับสนุนทางสังคม ดังนี้

แบบประเมินการสนับสนุนทางสังคม จากแบบสอบถามแหล่งประโยชน์ส่วนบุคคล ตอนที่ 2 (The Personal Resource Questionnaire: Part 2) ของแบรนด์และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1981) ซึ่งได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย จิรภา หงส์ตระกูล (2532) ประกอบด้วย ข้อ คำถามจำนวน 25 ข้อ วัดการรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 5 ด้าน คือ ด้านความรักใคร่ผูกพัน 5 ข้อ ด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 5 ข้อ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 5 ข้อ ด้านการให้ความ ช่วยเหลือผู้อื่น 5 ข้อ และด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ 5 ข้อ ข้อคำถามที่มีความหมาย ทางบวกจำนวน 20 ข้อ และข้อ 25 ข้อคำถามที่มีความหมายทางลบ จำนวน 5 ข้อลักษณะคำตอบ เป็นแบบมาตราประมาณค่า (rating scale) 7 ระดับ ซึ่ง คะแนน 1.00 – 2.66 แสดงว่า การสนับสนุน

ทางสังคมอยู่ในระดับต่ำ 2.67 – 4.33 แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง 4.34 – 7.00 แสดงว่าการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับสูง

แบบสอบถาม Norbeck Social Support Questionnaire พัฒนาโดย Norbeck, Lindsey, and Carrieri (1982) เป็นเครื่องมือประเมินการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ Kahn (Kahn, 1979 อ้างถึงใน Norbeck et al., 1982) ใช้ประเมินทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยถามเกี่ยวกับความผูกพันด้านอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรองและเห็นพ้องต่อพฤติกรรมของกันและกันในการให้ความช่วยเหลือแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับ และด้านการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของคอปป์ (Copp, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเซฟเฟอร์, คอยน์, และ ลาซาร์ส (Shaefer, Coyne & Lazarus, 1981) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2) ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ 5) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ประเมินได้จากแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนฝูง และทีมสุขภาพ แบบวัดนี้ได้รับการสร้างโดย บุญพา ณ นคร (2538) โดยใช้แนวคิดของคอปป์ (Copp, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเซฟเฟอร์, คอยน์, และ ลาซาร์ส (Shaefer, Coyne & Lazarus, 1981) โดยแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของบุญพา ณ นคร (2538) ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิมาแล้ว และได้ผ่านการทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปใช้กับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.91 (บุญพา ณ นคร, 2538)

### สรุปการทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มโรคของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ โดยมีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ ซึ่งทำให้มีผลต่อการรับรู้และพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ โดยระดับความรู้สึกตัวและระดับเชาวน์ปัญญา ยังคงปกติ โรคจิตเภทจะมีอาการและอาการแสดง 2 ลักษณะอาการ คืออาการแสดงทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสน และอาการแสดงทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย ขาดความกระตือรือร้น เฉยชา เก็บตัว ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม การงานหรือกิจกรรมทางสังคม ลักษณะอาการเหล่านี้เป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือน อาจมีอาการที่แสดงความแปรปรวนเรื่องอื่น ๆ รวมด้วยเป็นเวลานาน 6 เดือน ทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ปัญหาสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า เกิดจากอาการด้านบวก ส่งผลให้ผู้ต้องขังจิตเภท เกิดความรู้สึกเปราะบางทางอารมณ์ ไม่กล้าเข้าสังคม ส่วนอาการด้านลบส่งผลให้ผู้ต้องขังจิตเภท ขาดแรงจูงใจในการเข้าสังคม เกิดการแยกตัว ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ (1) ผลกระทบต่อบุคคล (2) ผลกระทบต่อครอบครัว (3) ผลกระทบต่อผู้ดูแลในครอบครัว (4) ผลกระทบต่อสังคม สำหรับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการแสดงด้านบวก ส่วนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการแสดงด้านลบของโรคจิตเภท และจัดกลุ่มปัจจัยที่คัดเลือกได้เป็นสองด้าน คือ ปัจจัยด้านสถานภาพ ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ปัจจัยจิตสังคม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม คือด้านการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านการมีส่วนร่วม และยอมรับในฐานะส่วนหนึ่งของสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ ด้านความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร การศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท จะช่วยในการวางแผนรูปแบบกระบวนการพยาบาลแก่ผู้ต้องขังจิตเภท เพื่อป้องกันการเกิดความรุนแรงของโรค ทำให้ผู้ต้องขังจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

### บทที่ 3

#### วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบทำนาย (Descriptive predictive research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและทัณฑสถานเขตบริหารเรือนจำที่ 9 วิธีการ ดำเนินการวิจัยดังต่อไปนี้

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการต้องโทษในเรือนจำ และทัณฑสถานเขตบริหารเรือนจำที่ 9 จำนวน 120 คน

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการต้องโทษในเรือนจำและทัณฑสถานเขต บริหารเรือนจำที่ 9 ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและหญิงที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่า เป็นโรคจิตเภท จำนวน 96 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์ที่ กำหนด เก็บข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม ถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564

##### *คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างที่คัดเข้าศึกษา (inclusions criteria)*

1. มีอายุมากกว่า 18 ปีขึ้นไป
2. สามารถอ่าน เขียน และสื่อสารภาษาไทยได้
3. ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F 20) ตามคู่มือการ วินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) (WHO, 2016)



ตาราง 1

จำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังจิตเภทในเขตบริหารเรือนจำที่ 9 (N = 96)

เรือนจำ	จำนวนประชากร (คน)	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)
เรือนจำกลางสงขลา	17	14
เรือนจำกลางยะลา	12	9
เรือนจำกลางปัตตานี	10	8
เรือนจำกลางพัทลุง	4	3
เรือนจำจังหวัดสงขลา	17	14
เรือนจำจังหวัดตรัง	18	15
เรือนจำจังหวัดสตูล	16	13
เรือนจำจังหวัดนราธิวาส	6	5
เรือนจำอำเภอนาทวี	8	6
ทัณฑสถานบำบัดพิเศษสงขลา	8	6
ทัณฑสถานหญิงสงขลา	4	3
จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยรวม	120	96

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งเป็น 5 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย 2) แบบบันทึกผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคจิตเภท 3) แบบประเมินความรู้สึที่มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท 4) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท และ 5) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีรายละเอียด ดังนี้ (ภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย มีจำนวน 12 ข้อ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว เงินที่ได้รับฝากจากญาติ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิต สถานะการต้องขัง ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำ

**ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ แบบทดสอบ MoCA-Thai (Montreal Cognitive Assessment Thai version) ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมิน MoCA ฉบับภาษาไทยของเหมรุ่งโรจน์ (Hemrungsroj, 2554) ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เพื่อประเมินความตั้งใจ สมาธิ การบริหารจัดการ ความจำ ภาษา ทักษะสัมพันธ์ของสายตากับการสร้างรูปแบบความคิดรวบยอด การคิดคำนวณและการรับรู้สภาวะรอบตัว มีคะแนนตั้งแต่ 0-30 คะแนน หากผู้ตอบแบบสอบถามมีการศึกษาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 6 ปี จะมีการเพิ่มคะแนนรวมให้หนึ่งคะแนนหากคะแนนรวมน้อยกว่า 25 ถือว่ามีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่องเล็กน้อย**

**ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยได้นำแบบประเมินของสินิทธิ อนันท์วัฒน์ (2551) แปลจากแบบประเมินของโรเซนเบิร์ก (Rosenberg, 1965) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ เป็นข้อคำถามที่มีความหมายทั้งในด้านบวกและด้านลบ จำนวนข้อในด้านบวกมี 5 ข้อ คือ ข้อที่ 1, 2, 4, 6, 7 และจำนวนข้อในด้านลบมี 5 ข้อ คือ ข้อที่ 3, 5, 8, 9, 10 ลักษณะคำถามเป็นมาตราประมาณค่าในแต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับคือ**

ระดับความเห็น	คำถามด้านบวก	คำถามด้านลบ
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา	4	1
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย	3	2
มีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง	2	3
ไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย	1	4

การแปลผลกำหนดค่าคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คะแนนรวมของแบบสอบถามความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอยู่ระหว่าง 10-40 คะแนน ผู้ที่ได้คะแนนเท่ากับหรือสูงกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มแสดงว่า เป็นผู้มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ผู้ที่ได้คะแนนต่ำกว่าค่าเฉลี่ยของกลุ่มแสดงว่า เป็นผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ

**ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้วิจัยได้นำแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบวัดการรับรู้ความช่วยเหลือที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนฝูง และทีมสุขภาพ แบบวัดนี้ได้รับการสร้างโดย บุญพา ณ นคร (2538) โดยใช้แนวคิดของคอปป์ (Copp, 1976) ร่วมกับแนวคิดของเชฟเฟอร์, คอยน์, และ ลาซารัส (Shaefer, Coyne & Lazarus, 1981) เพื่อประเมินการรับรู้การสนับสนุนทางสังคมทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ 1) การได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ 2) ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า 3) ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ**

และ 5) ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 25 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนน 1 หมายถึง ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อยที่สุด

ระดับคะแนน 2 หมายถึง ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นน้อย

ระดับคะแนน 3 หมายถึง ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นปานกลาง

ระดับคะแนน 4 หมายถึง ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นเป็นส่วนมาก

ระดับคะแนน 5 หมายถึง ตรงกับความรู้สึก หรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้นมากที่สุด

สำหรับเกณฑ์ในการจัดระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม โดยแยกออกเป็น องค์ประกอบต่างๆ ได้ดังนี้

คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 25-57 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ

คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 58-92 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนโดยรวมอยู่ในช่วง 93-125 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง

การประเมินการสนับสนุนทางสังคมรายด้าน กระทำโดยการรวมคะแนนในแต่ละด้าน และแบ่งเป็นระดับตามเกณฑ์ต่อไปนี้

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 5-11 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนรายด้านต่ำ

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 12-18 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง

คะแนนรวมอยู่ในช่วง 19-25 หมายถึง มีระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง

**ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท** ซึ่งผู้วิจัย ใช้แบบประเมินที่พัฒนาโดยมยุรี กลั้ววงษ์ (2552) ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองที่จำเป็นของ โอเร็ม (Orem, 1995) ครอบคลุมการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไปการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะ พัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเจ็บป่วย ข้อคำถามจำนวน 19 ข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้ปรับ ข้อคำถามให้สอดคล้องกับบริบทเรือนจำโดยครอบคลุมองค์ประกอบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท 6 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับ อาการข้างเคียงของยา ด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด และด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ มีลักษณะคำตอบเป็นแบบมาตราประมาณค่า (likert scale) 5 ระดับ

ระดับความคิดเห็น

ระดับคะแนน

ปฏิบัติเป็นประจำ

5

ปฏิบัติบ่อยครั้ง

4



ปฏิบัติปานกลาง	3
ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง	2
ไม่ปฏิบัติเลย	1

เกณฑ์การแปลผลคะแนนโดยรวมคะแนนของแบบสอบถามทั้งฉบับมีค่าคะแนนระหว่าง 19-95 คะแนน คะแนนสูงสุด หมายถึง ผู้ต้องขังโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี คะแนนต่ำ หมายถึง ผู้ต้องขังโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อย นอกจากนี้ยังแบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

19-37 คะแนน หมายถึง ผู้ต้องขังโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ

38-66 คะแนน หมายถึง ผู้ต้องขังโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

67-95 คะแนน หมายถึง ผู้ต้องขังโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาคูณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยนำแบบสอบถามไปหาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคจิตเภท 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 ท่าน พยาบาลชำนาญการที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ต้องขังจิตเภท 1 ท่าน ซึ่งผลการวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท ได้เท่ากับ 1.0, 1.0 และ 1.0 ตามลำดับ

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ต้องขังจิตเภทที่ต้องโทษในเขตบริหารเรือนจำที่ 8 ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ของแบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 แบบสอบถามแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.89 และแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.83

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามโดยมี 2 ขั้นตอน ดังนี้

### 1. ขั้นเตรียมการ

1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยผ่านคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ถึงผู้อำนวยการเรือนจำ หัวหน้าผู้คุม หัวหน้าสถานพยาบาลเรือนจำ ที่ได้จากการคัดเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิในการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย

1.2 เสนอโครงร่างวิจัยและเครื่องมือการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และผ่านการได้รับอนุญาตเก็บข้อมูลกับผู้ต้องขัง กรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม

### 2. ขั้นดำเนินการ

2.1 เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยจะทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ถึงผู้อำนวยการเรือนจำ หัวหน้าผู้คุม หัวหน้าสถานพยาบาลเรือนจำที่ได้รับการคัดเลือกเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล การพิทักษ์สิทธิในการวิจัยของกลุ่มตัวอย่างและขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย ผู้ทำการวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด

2.2 ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าสถานพยาบาลเรือนจำและผู้เกี่ยวข้อง ขอให้เป็นผู้รับผิดชอบดูแลกลุ่มตัวอย่างในระหว่างต้องโทษแนะนำผู้วิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล มีขั้นตอนการดำเนินงานดังต่อไปนี้

2.3.1 ผู้วิจัยเข้าไปเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการสถานพยาบาลเรือนจำที่ได้รับการคัดเลือก ทั้งการสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บข้อมูลจากแฟ้มประวัติการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ตามใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (ภาคผนวก ข)

2.3.2 ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้และผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต โดยแบบประเมินอาการทางจิต กรณีมีคะแนนต่ำกว่า 36 คะแนน ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถามเป็นลำดับ ในกรณี

ผลการประเมินอาการทางจิต มากกว่า 36 คะแนน ผู้วิจัยจะยุติการวิจัย เนื่องจากไม่ผ่านเกณฑ์การคัด  
เข้า ซึ่งจากการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนต่ำกว่า 36 คะแนนเท่ากับ 120 คน

2.3.3 ผู้วิจัยเข้าพบกับกลุ่มตัวอย่างพร้อมกับพยาบาลที่ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิด  
ความไว้วางใจ จากนั้นผู้วิจัยได้มีการแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเปิด  
โอกาสให้กลุ่มตัวอย่างได้ตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัยและยินยอมในการเข้าร่วมการวิจัย

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การทำวิจัยครั้งนี้ ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ สาขา  
สังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2564 (รหัส  
หนังสือรับรอง PSU IRB 2021 – St – Nur 031) และได้รับอนุญาตจากกรมราชทัณฑ์ เมื่อวันที่ 10  
มกราคม 2565 เลขที่ ยช 0704.1/426

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัย โดยจัดทำเอกสารพิทักษ์สิทธิกลุ่ม  
ตัวอย่างที่พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ (ภาคผนวก ข) แนบกับแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างอ่านก่อนทำ  
แบบสอบถาม ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพและแนะนำตัวต่อกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ในการทำ  
วิจัย วิธีการดำเนินการวิจัย ระยะเวลาการทำวิจัย การนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์เพื่อขอความร่วมมือใน  
การทำวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้ทราบว่า การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงต่ำเนื่องจากเป็น  
เพียงการให้ข้อมูลตามแบบสอบถามเท่านั้นซึ่งผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ  
ด้านนั้น ๆ โดยเป็นการตอบแบบสอบถามของผู้เข้าร่วมวิจัย โดยไม่มีคำตอบที่ถูกหรือผิด และไม่มีการ  
จัดกระทำที่ทำให้เกิดอันตรายต่อร่างกายของผู้เข้าร่วมวิจัย และการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมการวิจัย  
ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของท่านไม่มีผลกระทบต่อการรักษา ระหว่างทำการวิจัยสามารถหยุดพักเพื่อ  
ผ่อนคลายตามความสะดวกของผู้ร่วมวิจัย หากท่านมีความประสงค์ที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัยอีกต่อไป  
ท่านมีสิทธิ์ที่จะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลให้ผู้วิจัยทราบใน  
การศึกษาครั้งนี้ไม่พบปัญหาในกลุ่มตัวอย่าง และข้อมูลส่วนบุคคลและคำตอบในแบบสอบถามจะถูก  
ปิดไว้เป็นความลับ ปกป้องโดยใช้วิธีการกำกับเลขชุดเอกสารแทนการลงชื่อจริง ไม่มีการระบุชื่อและที่  
อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทั้งหมดจะเก็บรักษาไว้เป็นความลับอย่างดี โดยข้อมูลที่อยู่ในกระดาษ จะ  
เก็บรักษาไว้ในตู้เหล็กซึ่งถือโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว หากข้อมูลแบบอิเล็กทรอนิกส์ จะมีการใส่รหัสเพื่อ  
การป้องกันและผู้วิจัยผู้เดียวเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การนำข้อมูลทั้งหมดจะไปใช้เพื่อ  
วัตถุประสงค์ในการศึกษาเท่านั้น มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริง รายงานผลและนำเสนอ

ผลการวิจัยโดยไม่มี การบิดเบือนข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ซึ่งลักษณะการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอทางวิชาการตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น และเอกสารในโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 3 ปีหลังการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ก่อนนำไปทำลายโดยตัวผู้วิจัยเอง (สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2560)

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างภายหลังการตรวจสอบความถูกต้อง ความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้ว ผู้ทำการวิจัยทำการประมวลข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์โดยใช้สถิติต่อไปนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไปและข้อมูลการเจ็บป่วยของผู้ต้องขังจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองในตนเองผู้ต้องขังจิตเภท วิเคราะห์ด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ข้อมูลการทำนายพฤติกรรม การดูแลตนเองในตนเองผู้ต้องขังจิตเภทด้วยตัวแปร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่า แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรม การดูแลตนเองในตนเองผู้ต้องขังจิตเภท วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ (simultaneous multiple regression analysis)

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุแบบปกติ (ภาคผนวก ) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีระดับการวัดมาตราช่วง (interval scale) หรือ มาตราอัตราส่วน (ratio scale)
2. การกระจายของข้อมูลของตัวแปรอิสระ ตัวแปรตาม และค่าความคลาดเคลื่อนมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (normality) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้เมื่อพิจารณาแผนภูมิฮิสโตแกรม (histogram) พบว่า ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายตัวเป็นรูประฆังคว่ำและสมมาตรกันร่วมกับการพิจารณาค่าค่าความเบ้ (Skewness) และความโด่ง (kurtosis) ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีการแจกแจงเป็นปกติโดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์ความเบ้และค่าสัมประสิทธิ์ความโด่งของการแจกแจงข้อมูล (statistic skewness & statistic kurtosis) และข้อมูลของแต่ละตัวแปรอยู่ในช่วง +3 มีการกระจายตัวเป็นโค้งปกติ จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น
3. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ พบว่าลักษณะการกระจายของข้อมูล (scatter plot) ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทุกคู่ กราฟที่ได้มีลักษณะเป็นเส้นตรง จึงผ่านข้อตกลงเบื้องต้น

4. ตัวแปรอิสระจะต้องเป็นอิสระจากกัน โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พหุร่วมเชิงเส้น (multicollinearity) ตรวจสอบโดยพิจารณาจากค่า Tolerance ซึ่งค่าที่ได้ต้องเข้าใกล้ 1 หากค่าที่ได้เข้าใกล้ 0 แสดงว่า ตัวแปรอิสระมีความสัมพันธ์กันเอง และค่า Variance inflation factor (VIF) ต้องไม่เกิน 10 (เพชรน้อย, 2546)

## บทที่ 4

### ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยายแบบทำนาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ต้องขังจิตเภทในเรือนจำและทัณฑสถานเขตบริหารเรือนจำที่ 9 จำนวน 96 คน เก็บข้อมูลรวบรวมในเดือนสิงหาคมถึงเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยและอภิปรายผลการวิจัยดังนี้

ผลการวิเคราะห์นำเสนอในรูปแบบตาราง ประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว เงินที่ได้รับฝากจากญาติ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิต สถานะการนัดต้องขัง ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำ

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือแบบทดสอบ MoCA-Thai (Montreal Cognitive Assessment Thai version)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท

### ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานะภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว เงินที่ได้รับฝากจากญาติ ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิต สถานะการนัดต้องขัง ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในเรือนจำ

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.8) อยู่ในช่วงอายุ 20-58 ปี มีอายุเฉลี่ย 35.30 ปี (S.D. = 0.852) ความสัมพันธ์ในครอบครัวส่วนใหญ่โสด รองลงมาคือ คู่ (ร้อยละ 52, 29.2 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 52.1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับเงินฝากจากญาติต่อเดือน เดือนละ 0-7,500 บาท เฉลี่ยคนละ 1,495.31 บาท (S.D. = 124.53) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 81.3) สถานการณ์ต้องขังของ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่คือเด็กขาด (ร้อยละ 92.7) ระยะเวลาที่เข้ามาอยู่ในเรือจำโดยเฉลี่ย 3.33 ปี (S.D. = 0.37) หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างขณะอยู่เรือนจำคือทำความสะอาดภายในแดน (ร้อยละ 52.1) ดังรายละเอียด ในตาราง 2

*ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง*

ตาราง 2

*จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ต้องขังโรคจิตเภท (N=96)*

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>		
ชาย	92	95.8
หญิง	4	4.2
<b>อายุ (M = 35.30, S.D. = 0.852, Max = 58, Min = 20) (ปี)</b>		
20 – 40	73	76.3
41 - 58	23	23.7
<b>ความสัมพันธ์ในครอบครัว</b>		
โสด	50	52
คู่	28	29.2
หย่า	10	10.4
หม้าย	2	2.1
แยกกันอยู่	6	6.3
<b>ระดับการศึกษาก่อนเข้าเรือนจำ</b>		
ไม่ได้เรียน	3	3.1
ประถมศึกษา	50	52.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	20	20.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช	19	19.8
ประกาศนียบัตรชั้นสูง/อนุปริญญา	2	2.1
ปริญญาตรี	2	2.1
<b>หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายขณะอยู่เรือนจำ</b>		
ช่วยเหลืองานเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์	2	2.1
โรงฝึกวิชาชีพแหวน	5	5.2
ทำความสะอาดภายในแดน	50	52.1

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
ช่างปูน/ก่อสร้าง	1	1.0
โรงงานทำไม้กวาด	1	1.0
อื่น ๆ	37	38.6

ส่วนที่ 2 ระดับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยโรคจิตเภท คือแบบทดสอบ MoCA-Thai (Montreal Cognitive Assessment Thai version)

จากการศึกษาผลการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 25.43 (S.D. = 0.58) โดยเมื่อจำแนกตามระดับคะแนนพบว่า ร้อยละ 73.96 มีคะแนนตั้งแต่ 25 คะแนน และร้อยละ 26.04 มีคะแนนน้อยกว่า 25 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ย 29.69 (S.D. = 0.47) แปลผลคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองพบว่า ร้อยละ 52.1 รู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ และร้อยละ 47.9 รู้สึกมีคุณค่าในตนเองสูง ดังรายละเอียด ในตาราง 3

ตาราง 3

จำนวน และร้อยละของคะแนนประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 96$ ) จำแนกตามระดับ

คะแนนประเมิน	จำนวน	ร้อยละ	แปลผล
คะแนนน้อยกว่า 29.69 คะแนน	50	52.1	มีคุณค่าในตนเองต่ำ
มีคะแนนตั้งแต่ 29.69 คะแนน	46	47.9	มีคุณค่าในตนเองสูง

(M = 29.69, S.D. = 0.47, Max = 40, Min = 20)

ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ย 78.97 (S.D. = 1.78) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 75 ดังตารางที่ 5 และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ย 15.05 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า มีคะแนนเฉลี่ย 15.07 อยู่ในระดับ



ปานกลาง ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม มีคะแนนเฉลี่ย 15.64 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ มีคะแนนเฉลี่ย 16.64 อยู่ในระดับปานกลาง ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร มีคะแนนเฉลี่ย 16.57 อยู่ในระดับปานกลาง ดังรายละเอียด ในตาราง 4

#### ตาราง 4

ค่าต่ำสุด - ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนการสนับสนุนทางสังคมรายด้านของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 96$ )

คะแนนประเมินรายด้าน	คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์	15.05	ปานกลาง
ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า	15.07	ปานกลาง
ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม	15.64	ปานกลาง
ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงานและบริการ	16.64	ปานกลาง
ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร	16.57	ปานกลาง
คะแนนทั้งฉบับ	( $M = 78.97, S.D. = 1.78, Max = 124, Min = 37$ )	

จากการศึกษาพบว่า ผู้ต้องขังโรคจิตเภทร้อยละ 72 มีการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง ดังรายละเอียด ในตาราง 5

#### ตาราง 5

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับคะแนนการสนับสนุนทางสังคม ( $n = 96$ )

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการสนับสนุนทางสังคมต่ำ	8	8.3
ระดับการสนับสนุนทางสังคมปานกลาง	72	75
ระดับการสนับสนุนทางสังคมสูง	16	16.7
	( $M = 78.97, S.D. = 1.78, Max = 124, Min = 37$ )	

ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท

จากการศึกษาคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคะแนนเฉลี่ย 77.63 (S.D. = 0.92) และพบว่าส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองในระดับสูงร้อยละ 91.7 ดังตารางที่ 6

ตาราง 6

จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรม การดูแลตนเอง (n = 96)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมดูแลตนเองระดับต่ำ	0	0
พฤติกรรมดูแลตนเองระดับปานกลาง	8	8.3
พฤติกรรมดูแลตนเองระดับสูง	88	91.7

(M = 77.63, S.D. = 0.92, Max = 95, Min = 49)

จากการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างตัวแปรที่ศึกษาพบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .346, p < .01$ ) พฤติกรรม การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .425, p < .01$ ) และพฤติกรรม การดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .604, p < .01$ ) ดังรายละเอียด ในตาราง 7

ตาราง 7

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรม การดูแลตนเอง (n = 96)

ตัวแปร	1	2	3	4
1. การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	1.00			
2. ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	.023	1.00		
3. การสนับสนุนทางสังคม	.217*	.635**	1.00	
4. พฤติกรรม การดูแลตนเอง	.346**	.425**	.604**	1.00

\*  $p < .05$ , \*\*  $p < .01$

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณด้วยวิธี Enter ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 42 ( $R^2 = .421$ ,  $p < .05$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ( $\beta = 0.239$ ,  $t = 2.907$ ,  $p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = 0.478$ ,  $t = 4.495$ ,  $p < .01$ ) ดังรายละเอียด ในตาราง 8

#### ตาราง 8

ค่าสัมประสิทธิ์ของการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณระหว่างตัวทำนายกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง ( $n = 96$ )

ตัวแปรทำนาย	<i>B</i>	<i>S.E.</i>	$\beta$	<i>t</i>	<i>p-value</i>
Constant	41.608	5.653		7.360	.000
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	0.378	0.130	0.239	2.907	.005
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	0.230	0.206	0.116	1.117	.267
การสนับสนุนทางสังคม	0.248	0.055	0.478	4.495	.000

Adjusted  $R^2 = .421$ ,  $F = 41.608$ , Constant = 5.653,  $p < .05$

#### อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ สามารถอภิปรายผลตามสมมุติฐานได้ ดังนี้

##### ระดับพฤติกรรมการดูแลของผู้ต้องขังโรครจิตเภท

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ต้องขังโรครจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับสูง ( $M = 77.63$ ,  $S.D. = 0.92$ ) ซึ่งอธิบายได้ว่าพฤติกรรมการดูแลของผู้ต้องขังโรครจิตเภทขึ้นกับปัจจัยหลายประการ ซึ่งสอดคล้องกับกรอบแนวคิดของโอเร็มที่เชื่อว่า พฤติกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาขึ้นกับปัจจัยพื้นฐานของบุคคล จากการศึกษาครั้งนี้พบปัจจัยที่คาดว่าช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรครจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายขณะอยู่เรือนจำ ซึ่งอธิบายได้ดังนี้ เพศของผู้ต้องขังโรครจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 95.8) (ตาราง 2) ซึ่งมีพฤติกรรมช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง โดยไม่พึ่งพาผู้อื่นทำอะไรได้ด้วย

ตนเองสัมพันธ์กับผู้ต้องขังโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีอายุ 35.30 ปี (S.D. = 0.852) (ตาราง 2) เป็นวัยผู้ใหญ่มีความเสื่อมของร่างกายไม่มาก ร่างกายแข็งแรงสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของตาซและบุลดูคอกูลู (Taş & Buldukoglu, 2018) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองในระยะเริ่มต้นและข้อกำหนดในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภทหลังการจำหน่าย อายุเฉลี่ยอยู่ในช่วง  $35.58 \pm 11.57$  ปี ซึ่งเป็นวัยที่มีประสบการณ์ในการทำงาน มีความสามารถในการเรียนรู้ชีวิต เข้าใจ ปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของรมชิต สมรรถนะกุล, วัชรภรณ์ บำรุงธรรม, กนิษฐา จอดนอก, ทองมาก ไชยสำโรง, กฤษญาพร แคนดา, และเอกชัย แถมจะโปะ (2564) ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลในชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดงกะทิง อำเภอบ้านด่าน จังหวัดบุรีรัมย์ ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 80)

หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายขณะอยู่เรือนจำ ผลการศึกษาพบว่า หน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย (ร้อยละ 52) (ตาราง 2) ได้รับมอบหมายหน้าที่ทำความสะอาดภายในแดน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒน์ ศรีโอษฐ์และภาสินี ไทอินทร์ (2564) ศึกษาผลของกิจกรรมการสอนทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ( $\bar{x} = 103.20$ , S.D. = 5.01) สูงกว่ากลุ่มที่ทำกิจกรรมการดูแลตามปกติ ( $\bar{x} = 98.85$ , S.D. = 6.02)

การมีคุณค่าในตนเอง ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .425$ ,  $p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาของกมลชนก มนตะเสวี, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, และวชิชชุดาจันทร์ ทราษฎร์. (2561) ทำการสำรวจรูปแบบการจัดบริการทางความรู้สึกการมีคุณค่าในตนเองลดลง การผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติพฤติกรรมกรรมการดูแลของตนเองที่ไม่มีประสิทธิภาพอย่างเพียงพอและขาดความต่อเนื่อง ส่งผลให้ไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ มักจะมีพฤติกรรมผิดปกติมากขึ้น ได้แก่ ด้านความคิด ทำให้คิดซ้ำ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ช้า จึงความความมั่นใจในตนเอง (Lvet al, 2013)

การสนับสนุนทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการสนับสนุนทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .604$ ,  $p < .01$ )

**ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง**

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยจากผลการศึกษา พบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .346$ ,  $p < .01$ )

ซึ่งหมายความว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ต้องขังจิตเภทที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในระดับปกติมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ในระดับต่ำ ส่วนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .425, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $r = .604, p < .01$ ) สอดคล้องกับการศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทของขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, และสุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล (2556) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท มีเครือข่ายที่ให้การช่วยเหลือมากที่สุด คือ แม่ พี่ชาย/พี่สาว พ่อ และบุคลากรทางสุขภาพตามลำดับ โดยให้ความสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด รองลงมาคือการให้ในด้านข้อมูลคำแนะนำ การให้สิ่งของ และการสนับสนุนด้านการจ้างงาน การเสริมแรงบวก การช่วยให้รับรู้คุณค่าการให้เงิน ซึ่งจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลคำแนะนำจากพยาบาลวิชาชีพ ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลเรือนจำ และมีการสนับสนุนการให้มีหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายขณะอยู่เรือนจำ เช่น การช่วยเหลืองานเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ โรงฝึกวิชาชีพแหวน ทำความสะอาดภายในแดน ช่างปูน/ก่อสร้าง และโรงงานทำไม้กวาด

#### ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท

จากการศึกษาทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้ร้อยละ 42 ( $R^2 = .421, p < .05$ ) โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ( $\beta = 0.239, t = 2.907, p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = 0.478, t = 4.495, p < .01$ ) สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ต้องขังจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.239, t = 2.907, p < .01$ ) สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้ต้องขังจิตเภทที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่สร้างสมประสบการณ์ มีการแก้ปัญหาได้ดีมีความอดทนและอายุเป็นตัวบ่งชี้กำหนดความต้องการและพฤติกรรมการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพาและความสามารถจะเพิ่มขึ้นตามลำดับของวัยและจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 2001)

การสนับสนุนทางสังคมของผู้ต้องขังจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การสนับสนุนทางสังคมร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $\beta = 0.478, t = 4.495, p < .01$ ) กล่าวคือ เมื่อผู้ต้องขังจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้รับ

การดูแลช่วยเหลือ รับรู้ว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยสามารถปฏิบัติตามแนวปฏิบัติของเรือนจำในการให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานที่ได้รับมอบหมาย มีกลุ่มเพื่อนที่ทำงานในลักษณะเดียวกัน จึงทำให้รู้สึกได้ว่าไม่ได้ถูกทอดทิ้งให้โดดเดี่ยว ทำให้เกิดกำลังใจ มีแรงขับในการทำกิจกรรมนั้น ๆ ให้มีความสามารถในการดูแลโอเร็ม (Orem, 2001) และจากการศึกษาของนาถนภา วงษ์ศีล (2563) เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแล ตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นหนึ่งใน 7 ประเด็นที่เป็นปัจจัยความสำเร็จเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ

อย่างไรก็ตามการศึกษานี้ พบว่าปัจจัยที่ไม่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ ทั้งนี้เนื่องจากบริบทของเรือนจำมีกฎระเบียบหรือข้อปฏิบัติที่ชัดเจนเกี่ยวกับการมอบหมายงานตามศักยภาพของบุคคล ทำให้ผู้ต้องขังจิตเภทมีการเพิ่มพูนความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน และการเสริมสร้างประสิทธิภาพของตนเองในการทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพาร์เตเด, ดามานิค, สิมานูลัง ,และสิตางค์แก๊ง (2563) ที่ศึกษาผลของการบำบัดทางความคิดต่อการเปลี่ยนแปลงในการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า หลังจากรับการบำบัดทางความคิด ผู้ตอบแบบสอบถามมีความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่าก่อนได้รับการบำบัดทางความคิด ร้อยละ 86.4

โดยสรุปการศึกษานี้ พบว่า ผู้ต้องขังจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงและตัวปัจจัยทำนายร่วมกันสามารถทำนายได้ร้อยละ 42 ตัวแปรที่ทำนายพฤติกรรมดูแลของผู้ต้องขังจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ปัจจัยด้านสถานภาพ คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และ ปัจจัยด้านจิตสังคม คือ การสนับสนุนทางสังคม โดยตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ( $\beta = 0.239$ ,  $t = 2.907$ ,  $p < .01$ ) และการสนับสนุนทางสังคม ( $\beta = 0.478$ ,  $t = 4.495$ ,  $p < .01$ )







### ด้านการศึกษาพยาบาล

สามารถนำผลการศึกษามาบูรณาการจัดการเรียนการสอน เพื่อให้นักศึกษาเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท ในด้านต่าง ๆ ซึ่งผลจากการศึกษาครั้งนี้มีคะแนนพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง จึงควรมีการส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

### ด้านการวิจัย

นำปัจจัยที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาโปรแกรมที่ส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว รวมถึงให้รับรู้ถึงผลกระทบและความรุนแรงของโรค เช่น โปรแกรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว ความรู้ ความสามารถและทักษะในการดูแลตนเองภายหลังจำหน่ายและการสนับสนุนทางสังคม

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมการดูแลของผู้ต้องขังจิตเภทเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกในการส่งเสริมการดูแลตนเอง
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง เช่น ความรุนแรงของโรค และการเผชิญความเครียด เป็นต้น

### ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงโดยคัดเลือกเข้าศึกษาในเรือนจำ ทำให้ผลการศึกษามีข้อจำกัดในการนำไปใช้สรุปอ้างอิงประชากร

## เอกสารอ้างอิง

- กชพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, และรัชนิกร เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 99-112.
- กนกวรรณ ลิ้มศรีเจริญ. (2558). โรคจิตเวชและโรคจิตชนิดอื่น. ใน *นันทวัช สิทธิรักษ์ และคณะ (บรรณาธิการ). จิตเวช ศิริราช DSM-5*. กรุงเทพฯ: ประยูรสาส์นไทยการพิมพ์.
- กนกรัตน์ สุขะตุงคะ (2556). *ประมวลความรู้ทางจิตวิทยาคลินิก*. ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพฯ : นีโอดีจิตอล.
- กมลชนก มนตะเสวี, ดวงตา ไกรภัสสรพงษ์, และวชิรดาจัน ทราชฤทธิ์. (2561). *โครงการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำ*. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 จาก <https://www.galya.go.th/2020/files/service/96b645c5e.pdf>.
- กรรณิการ์ ดาโลดม, อรณูช ภาชีน, และฉวีวรรณ บุญสุยา. (2018). แรงสนับสนุนทางสังคม ภาวะซึมเศร้า พลังสุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาเข้ารับบริการ ณ คลินิก แห่งหนึ่ง. *วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย*, 14(2), 12-26.
- กรมราชทัณฑ์. (2559). *การดูแลสุขภาพและส่งผู้ต้องขังที่พ้นโทษตามกำหนดหรือได้รับพระราชทานอภัยโทษ ตามพระราชบัญญัติกฤษฎีกาพระราชทานอภัยโทษ พ.ศ.2559*. ค้นเมื่อ 29 มีนาคม 2564, จาก <http://www.correct.go.th/meds/index/Download/pattaya59/แนวทางการดำเนินงานสุขภาพจิตในเรือนจำทัณฑสถาน.pdf>
- \_\_\_\_\_. (2565). *รายงานกองบริการทางการแพทย์ และระบบฐานข้อมูลผู้ต้องขังป่วยจิตเวชของแต่ละเรือนจำและทัณฑสถาน พ.ศ.2565*.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช*. สืบค้นเมื่อวันที่ 16 ตุลาคม 2565, จาก <https://www.dmh.go.th/report/datacenter/hdc/reds.asp>
- \_\_\_\_\_. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์)*. นนทบุรี: บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- \_\_\_\_\_. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข)*. นนทบุรี: บริษัท วิคทอเรียอิมเมจ จำกัด.
- \_\_\_\_\_. (2561). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง สำหรับสถาบัน/โรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: บริษัท พรอสเพอริสพลัส จำกัด.

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวช สำหรับศูนย์สุขภาพชุมชน*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข
- ขวัญสุดา บุญทศ. (2554). *การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีสุขคำ ไชโตะ, และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89 – 100.
- ชุมทรัพย์ ก้อนทอง, วิณา จีระแพทย์, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน\* THE EFFECT OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY PROGRAM ON NEGATIVE SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(3), 52-65.
- จรรยา ธัญญาดี. (2559). การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท. ใน ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพชร เกษรสมุทร, นพพร ว่องสิริมาศ และอติตยา พรชัย โอว ยอง (บรรณาธิการ). *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 2 ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 1). นครปฐม ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จารุวรรณ อมรศีลสวัสดิ์. (2558). ผู้ป่วยจิตเวชกับปัญหาการดำเนินคดีอาญา; Psychiatric Patients and the Problem of Criminal Prosecution. *ROMPHRUEK JOURNAL*, 33(3), 31-51.
- จิรภา หงษ์ตระกูล. (2532). *ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ แรงสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลกรุงเทพมหานคร.
- จิรัฐติกาล ดวงสา (2562). ภาวะเมตาบอลิกซินโดรมในผู้ป่วยซึมเศร้าที่กำลังรับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช นครราชสีมา ราชนครินทร์. *The Journal of Boromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima*, 21(2), 41-58.
- ชนานันท์ แสงปาก, ภัทรภรณ์ ท่งปันคำ, และวรนุช กิตสัมพันธ์. (2560). ผลของการบำบัดเพื่อการรับประทาน ยาต่อเนื่องต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *Nursing Journal*, 44(1), 137-148.

- ชาลินี พรตเจริญ.(2556). *พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในเขตเทศบาลเมือง  
จันทบุรี*. ปัญหาพิเศษหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการจัดการภาครัฐ  
และภาคเอกชน มหาวิทยาลัยบูรพา.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. (2552). เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 2 10. นนทบุรี : ไทยเนรมิตกิจ  
อินเตอร์ โพรเกรสซิฟ.
- ฐิตวันต์ หงส์กิตติยานนท์. (2562). *ทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's self-care Theory)*.  
สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 จาก <https://slideplayer.in.th/slide/17816960/>.
- ฐิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, และอารยา ทิพย์วงศ์. (2561). การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรง  
สนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกองทัพบก. 19(ฉบับ  
พิเศษ)*, 487-494.
- ดลกมล มัทยัตร์, และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. (2559). *ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตน  
ในการจัดการกับอาการต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ดาราวรรณ ประทุมทาน, เพื่อนใจ รัตตากร, และพิรยา มั่นเขตวิทย์. (2556). ผลของชุดฝึกความรู้  
ความเข้าใจที่บ้านและความพึงพอใจของผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความรู้ความเข้าใจ  
ระดับเล็กน้อย, *วารสารกิจกรรมบำบัด, 18(3)*, 35-46.
- ณัฐ ไกรภัสสรพงษ์. (2562). *ภาวะตติโคตินกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารสุขภาพจิตแห่ง  
ประเทศไทย, 27(3)*, 171-182.
- ถนอมพงษ์ เสถียรลัคนา. (2558). *Pharmacotherapy of schizophrenia*. ศูนย์การศึกษา  
ต่อเนืองทางเภสัชศาสตร์ สภาเภสัชกรรม. สืบค้นเมื่อวันที่ 29 มีนาคม 2564 จาก  
<https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php>
- ทัตชญา สมประดิษฐ์, และรัชนีกร เกิดโชค. (2552). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของ  
ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 29(2)*, 89-102.
- ทิพศมัย ทายะรังสี, จีระพรรณ สุริยงค์, และพิมพ์ภาภรณ์ แก้วมา. (2554). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิต  
ศึกษาต่อการดูแลตนเองและการกลับมารักษาย้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคจิตเภท  
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารสวนปรุง, 27(1)*, 6-14.
- ธัญชนก ไม้แก้ว, และธานี วรภัทร. (2564). ปัญหาและอุปสรรคในการป้องกันและการรักษาอนามัย  
ผู้ต้องขังและผู้ต้องขังป่วยในเรือนจำและทัณฑสถาน. *Journal of MCU Nakhondhat,*  
*8(5)*, 407-420.

- ธนัชฐา พิพิธวิทยา, และรัชนิกร อุปเสน. (2562). ผลของการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *พยาบาลสาร*, 46(ฉบับพิเศษ), 60-69.
- นฤพร พงษ์คุณากร. (2550). *การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน*. ลำปาง; วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง.
- นภาพร นวลสุทธิ, โสภา มุสิโก, และนงนภัส สารพงศ์. (2553). *ความปวดของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้า และการจัดการความปวดของพยาบาลวิชาชีพ: กรณีศึกษา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 จาก [http://223.25.195.228/web\\_suan/nurse/reserch1\\_01/53/ab\\_sopa\\_napapon\\_nanapat\\_53.pdf](http://223.25.195.228/web_suan/nurse/reserch1_01/53/ab_sopa_napapon_nanapat_53.pdf)
- นภาพรณีย์ พึ่งเกษมสุนทร, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(2), 51-63.
- นิตยา เจริญยุทธ, กชพงศ์ สารการ, และหทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อแหล่งพลังอำนาจความมีคุณค่าในตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหญิง *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(3), 41-56
- นิตยา ศรีจำนง. (2561). *การพยาบาลผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ : การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท*. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 จาก [http://www.elnurse.ssru.ac.th/nitaya\\_si/pluginfile.php/22/block\\_html/content/](http://www.elnurse.ssru.ac.th/nitaya_si/pluginfile.php/22/block_html/content/)
- เนตดา วงศ์ทองมานะ.(2551). *ผลของโปรแกรมจิตสังคมบำบัดต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญพา ณ นคร. (2538). การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. *โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข*
- ปัญญา ทองทัฬ, และกฤตยา แสวง เจริญ. (2556). พฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของครอบครัว. *วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*, 31(4), 121-127.
- ปาริชาติ ขุนศรี, และกฤตยา แสวง เจริญ. (2556). การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท ที่ติดบุหรี่. *วารสารพยาบาล*, 62(1), 55-64.

- ปฐวี ปริญาภาพ, และมุกิตา พนาสถิตย์. (2561). การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยหน่วยจิตเวช ณ  
โรงพยาบาลอุตรดิตถ์: การศึกษาย้อนหลังจากการทบทวนเวชระเบียน. *ธรรมศาสตร์เวชสาร*  
, 18(3), 300-309.
- ปณิตา ลิ้มปะวัฒน์. (2560). *กลุ่มอาการสูงอายุและประเด็นที่น่าสนใจทางสุขภาพ*. ขอนแก่น: โรง  
พิมพ์คลังนานาวิทยา. หน้า 93-115
- ปรีทรศ ศิลปะกิจ, และพันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2560). *ปัจจัยสังคมกำหนดสุขภาพจิต*.  
กรุงเทพฯ: หจก.การพิมพ์.
- ปริญันท์ สละสวัสดิ์, และอัจฉรา พรสีห์รัญวงศ์. (2563). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้สึกรู้  
คุณค่าในตนเองและลดอาการซึมเศร้าสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวช  
และสุขภาพจิต*, 34(1), 13-42.
- บุริมาพร แสงพยัค. (2553). *ผลการให้คำปรึกษาแบบกลุ่มตามทฤษฎีเฝ้าระวังความจริงที่มีต่อการ  
ตระหนักรู้ และการเห็นคุณค่าในตนเองของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต*.  
วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- เปรมทิพย์ คงพันธ์. (2559). *ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค  
และแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางไตของผู้ป่วย  
เบาหวานชนิดที่ 2*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการ  
สุขภาพ, มหาวิทยาลัยราชภัฏราชชนครินทร์.
- เปรมฤดี ดำรักษ์, และปรีญา ทองประไพ. (2562). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านให้  
ได้รับประทานยา ตามเกณฑ์การรักษาในชุมชนแห่งหนึ่งจังหวัดยะลา. *วารสารวิทยาลัย  
พยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 6(พิเศษ), 29-42.
- ผ่องศรี ดวงแก้ว. (2553). *การวิเคราะห์สถานการณ์การเกิดตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทใน  
โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชา  
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พชรพร ผู้ปฏิเวธ, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2013). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญ  
ความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 29-44.

- พชรภา ชันทอง. (2556). *ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลลอง จังหวัดแพร่*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิบูล เจริญสกุลทรัพย์, อีราภา ธาณี, และ กมลทิพย์ สงวนรัมย์. (2556). การพัฒนาแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท: กรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(1), 79-91.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. กรุงเทพฯ: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนต์, อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, และอติตยา พรชัยเกตุ โอว ยอง (2555). การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท : การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*. 57(2): 235-248
- พิมพ์จันทร์ ภูแก้ว. (2561). *ผลของกลุ่มบำบัดด้วยศิลปะต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- พุทธรักษ์ ดีสิน และศุภศิลป์ ตีรักษา. (2563). ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*. 13(3), 36-41.
- ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์, จุฬารัตน์ วิโรชะรัตน์, รสสุคนธ์ ชมชื่น, และสมศรี กิตติพงศ์พิศาล. (2558). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. คลังข้อมูลและความรู้ระบบสุขภาพ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. กรุงเทพมหานคร.
- ภาวิณี สถาพรธีระ, และฤตยา แสวงเจริญ. (2561). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ. *วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล*, 24(2), 145-154
- ภัทราภรณ์ วรสิรินารา. (2561). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ เป็นโรคซึมเศร้า. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 37(1), 17-31.





- รพีพรรณ วิเศษ, และสุพจน์ กาบแก้ว. (2562). โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชชนครินทร์ พัฒนา ระบบบริการ “ผู้ต้องขังป่วยจิต” ในเรือนจำ 4 จังหวัดอีสานใต้ ป้องกันขาดยา ฆ่าตัวตาย ก่อ คดีซ้ำ. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 จาก <https://thainews.prd.go.th/th/news/detail/TCATG190423130521760>
- โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชชนครินทร์.(2562). โรคจิตเภท. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 จาก [http://www.jvkk.go.th:8080/web\\_jvkk\\_th/index.php/viewnew/form/detail\\_id/1941](http://www.jvkk.go.th:8080/web_jvkk_th/index.php/viewnew/form/detail_id/1941)
- วาสนา นามเหลา.(2559). *ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ใน โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์*. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.
- วีรยุทธ แสนพงศ์, และจิระสุข สุขสวัสดิ์. (2561). ประสบการณ์การปรับตัวของผู้ต้องขังสูงอายุใน เรือนจำกลางบางขวาง. *วารสารอิเล็กทรอนิกส์การเรียนรู้ทางไกล เซิงนวัตกรรม, 8(1)*, 191-204.
- วัชรภรณ์ ลือไธสงค์. (2553). *การตราบาบทางสังคม : กรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรี มหาโพธิ์จังหวัดอุบลราชธานี*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาสังคมศาสตร์ และ การพัฒนา, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.
- ศรินทร์นั จันทร์พิมพ์, ขนิษฐา นันทบุตร. (2561). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน. *วารสารการ พยาบาลและการดูแลสุขภาพ*. 36(2): 68-76
- ศรีเรือน แก้วกังวาล. (2553). *จิตวิทยาพัฒนาการชีวิตทุกช่วงวัย เล่ม1*, แนวคิดเชิงทฤษฎี-วัยเด็ก ตอนกลาง. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
- สรินญพร หิมกร. (2562). ความคิดเห็นของผู้ต้องขังที่มีปัญหาทางจิตต่อวิธีการติดตามรักษาขณะอยู่ ใน เรือนจำจังหวัดกระบี่. *กระบี่เวชสาร*, 1(2):25-30.
- สมกมล อรรถทิมากุล, และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2558). ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษา ครอบครัวแก่ผู้ดูแลกับการลดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน. *THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH*, 29(2), 64-76.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์. (2553). *การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภท*. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2563 จาก [www.dailinews.co.th](http://www.dailinews.co.th).

- สมจิต หนูเจริญกุล. (2537). *การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. 5(3): 18-55
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2544). *ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม*. ใน สมจิต หนูเจริญกุล (บรรณาธิการ), *การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล*. (พิมพ์ครั้งที่6). กรุงเทพฯ: วี.เจ.พรินติ้ง. 17-55.
- สมรমন ช้วนปรีชา, และพิศมัย จารุจิตติพันธ์. (2559). ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ต้องขังสูงอายุในเรือนจำและทัณฑสถาน เขต กรุงเทพมหานคร. *วารสารเกษมบัณฑิต*, 17(1), 110-126.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *ตำราจิตเวชศาสตร์ พื้นฐานและโรคทางจิตเวช* (พิมพ์ครั้งที่3). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมศรี กิตติพงศ์พิศาล, ภัทรวรรณ สุขยิธีธ, และฉนวนวัฒน์ ลิ้มขจรเดช (2563). การพัฒนากิจกรรมกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางการรู้คิดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 28(2):161-172.
- สมฤดี ชุมแก้ว, วิไลวรรณ สีน้อย, และวิดาวรรณ จำปา. (2563). ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมการรู้คิดต่อความสามารถในการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะพุทธิปัญญาบกพร่อง. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา*. 14(1).
- สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์. (2564). *แนวทางการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน* (พิมพ์ครั้งที่1). กรุงเทพมหานคร: บริษัท ปิยอนด์พัลลิสซิ่ง จำกัด
- สถานพยาบาลเรือนจำกลางสงขลา. (2561). *ข้อมูลเวชระเบียน*. เรือนจำกลางสงขลา กรมราชทัณฑ์.
- สมิทธิ เจือจินดา, และวรรณภา โพธิ์ผลิ. (2562). *การพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างการเห็นคุณค่าของตนเองสำหรับผู้สูงอายุในชุมชนเขตธนบุรี กรุงเทพมหานคร*. การวิจัยคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏธนบุรี.
- สาวิตรี จีระยา, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, ดวงใจ วัฒนสินธุ์, และเวทิส ประทุมศรี. (262). ผลของโปรแกรมกระตุ้นการรู้คิดต่อการรับรู้สมรรถนะแห่งตนด้านความจำในผู้สูงอายุที่มีการรู้คิดบกพร่องเล็กน้อย. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา*, 26(2), 30-39.

- สินธิ์ อนันท์วัฒน์. (2551). *การรับรู้ตราบาปและความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์, และชนิดดา แนบเกษร. (2557). ปัจจัยการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ*, 9(3), 98-104.
- สุชาติ สมณะ, และลัดดาวรรณ ณ ระนอง. (2560). ปมของผู้ต้องขังที่มีต่อภารกิจคืนคนดีสู่สังคม. *Veridian E-Journal, Silpakorn University (Humanities, Social Sciences and arts)*, 10(2), 1105-1114.
- สุดคนึง ฤทธิ์ฤชัย, สมรัก ชูวานิชวงศ์, เครือวัลย์ เทียงธรรม, วิไลพร ขำวงษ์, และเพียรชนันท์ ลีอุดมวงษ์. (2562). การศึกษาประสบการณ์การคืนสู่สุขภาพของผู้ที่อยู่กับโรคไบโพลาร์. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 13(1), 95-103.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณณี ชอบการไร่, วัลย์ลดา ฉันทเรืองวนิชย์, อรพรรณ โตสิงห์, และธเนศ วรธณ อภิสิตี. (2014). ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย กระดูกสันหลังเสื่อมที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังระดับเอว. *วารสารสภาการพยาบาล*, 28(3), 68-79.
- เสวิกุล จำสนอง (2546). *พฤติกรรมการดูแลตนเองและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต. วิทยาศาสตร์(สุขภาพจิต). บัณฑิตวิทยาลัย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร.
- หทัยรัตน์ ปฏิพัทธ์ภักดี. (2554). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหญิงที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ*. การศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อรษา ฉวาง, ธันยพร สุขประเสริฐ, และมาลี หนานเจียง. (2563). ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความจำในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่มีความพร้อมพุทธิปัญญา. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*; 28(2):111-120.
- อัญชลี วิจิตรปัญญา, สุนันทา พลเดชาสวัสดิ์, และณัฐพัชร สุนทรโรวิทย์. (2561). การพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเจ็บป่วยตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 32(1), 86-101

- อังคณา ช่วยคำชู. (2554). ผลของการให้คำปรึกษาตามแนวคิดการปรับความคิดและพฤติกรรมแบบกลุ่มต่ออาการซึมเศร้าและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีโรคซึมเศร้าร่วม. *วารสารสภากาการพยาบาล*, 26(1): 70-81.
- เอกอุมา อิ่มคำ. (2013). การบำบัดด้านจิตสังคมในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด: การใช้หลักฐานเชิงประจักษ์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 697-710.
- เอื้อญาติ ชูชื่น, สุกิตา วิรุณ, และวิมล นุชสวาท. (2557). ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดต่อความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. *วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต*, 28(3), 13-25.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th. Ed.). Washington, DC: APA.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR Fourth Edition (Text Revision)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Benavides, C., Brucato, G., & Kimhy, D. (2018). Self-esteem and Symptoms in Individuals at Clinical High-Risk for Psychosis. *The Journal of nervous and mental disease*, 206(6), 433.
- Bender, L. (1938). A visual motor gestalt test and its clinical use. *Research Monographs, American Orthopsychiatric Association*.
- Benton, A. L. (1955). Development of finger-localization capacity in school children. *Child Development*, 225-230.
- Blows. (2011). *The biological basis of mental health nursing* (2nd ed.). Abingdon, Oxon: Routledge..
- Brandt, P..., & Weinert, C. (1981). The PRQ: A social support measure. *Nursing Research*.
- Coopersmith, S. (1981). *Self-esteem inventories*. Palo Alto: Consulting psychologists Press.

- Copersino, M. L., Fals-Stewart, W., Fitzmaurice, G., Schretlen, D. J., Sokoloff, J., & Weiss, R. D. (2009). Rapid cognitive screening of patients with substance use disorders. *Experimental and clinical psychopharmacology*, 17(5), 337.
- Coring, D. J., & Cook, J. V. (2007). Use of qualitative method to explore the quality of life construct from a consumer perspective. *Psychiatr Serv*, 58(2), 240-244.
- Cunningham, M. L., Corton, J. C., Hummer, B. T., Lau, C., Meek, B., Peters, J. M., ... & Klaunig, J. E. (2014). Mode of action framework analysis for receptor-mediated toxicity: the peroxisome proliferator-activated receptor alpha (PPAR  $\alpha$ ) as a case study. *Critical Reviews in Toxicology*, 44(1), 1-49.
- Crismon L, Argo TR, & Buckley PF. Schizophrenia. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, et al, (2014) eds. *Pharmacotherapy: A Pathophysiologic Approach*. 9th ed. New York, New York: McGraw-Hill:1019–1046.
- Crismon ML, Rania S, Kattura; Peter F. Buckley. (2017). Schizophrenia. In: DiPiro JT, Talbert RL, Yee GC, et al. *Pharmacotherapy: a pathophysiologic approach*. 10th ed. New York: (McGraw-Hill002). Understanding the pathology of schizophrenia: recent advances from the study of the molecular architecture of postmortem CNS tissue. *Postgraduate mthepopostgraduate78(917)*, 142-148.
- Davis, N. E., Bennett, A., Forsyth, D. M., Bowman, D. M., Lefroy, E. C., Wood, S. W., ... & Johnson, C. N. (2016). A systematic review of the impacts and management of introduced deer (family Cervidae) in Australia. *Wildlife Research*, 43(6), 515-532.
- Evers, G. C. M., Isenberg, M. A., Philipsen, H., Senten, M., & Brouns, G. (1993). Validity testing of the Dutch translation of the appraisal of the self-care agency ASA-scale. *International Journal of Nursing Studies*, 30(4), 331-342.

- Flaum, M., & Andreasen, N. C. (1991). Schizophrenia: the characteristic symptoms. *Schizophrenia Bulletin*, *17*(1), 27-49.
- Fitts, W. H., & Roid, G. H. (1964). *Tennessee self-concept self-conceptual*, TN: Counselor Recordings and Tests.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198.
- García-Laredo, E. (2018). Cognitive impairment in schizophrenia: description and cognitive familiar endophenotypes. A review of the literature. *Psychosis: Biopsychosocial and Relational Perspectives*, 43-67.
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, *69*(5), 511-520.
- Harkness, K., Heckman, G. A., Akhtar-Danesh, N., Demers, C., Gunn, E., & McKelvie, R. S. (2014). Cognitive function and self-care management in older patients with heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, *13*(3), 277-284.
- Hemrungronj, S. (2007). Montreal cognitive assessment (MOCA). Retrieved from [http://www.mocatest.org/pdf\\_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf](http://www.mocatest.org/pdf_files/test/MoCA-Test-Thai.pdf)
- Hosak, L., & Hosakova, J. (2015). The complex etiology of schizophrenia—a general state of the art. *Neuroendocrinology Letters*, *36*(7), 631-637.
- House, J. S. (1983). Work stress and social support. *Addison-Wesley Series on Occupational Stress*.
- Janis, I. L. (1959). The Janis-Field Feeling of Inadequacy Scale. *Personality and persuasibility*, 281-305.
- Jennifer Casarella. (2020). Schizophrenia Symptoms. Retrieved from <https://www.webmd.com/schizophrenia/schizophrenia-symptoms>

- Khan, Z., Martin-Montañez, E., & Chris Muly, E. (2013). Schizophrenia: causes and treatments. *Current Pharmaceutical Design*, 19(36), 6451-6461.
- Lamberti JS. Seven keys to relapse prevention in schizophrenia. *J Psychiatr Pract* 2001; 253-9.
- Latipun, L., Amalia, D. R., & Hasanati, N. (2019). Relation Social Support and Psychological Well-Being among Schizophrenic Patients: Self-Care as Meditation Variable?. *Advances in Social Science, Education and Humanities Research*, 304(5),1-5.
- Mathew, I., Gardin, T. M., Tandon, N., Each, S., Francis, A. N., Seidman, L. J., ... & Keshavan, M. S. (2014). Medial temporal lobe structures and hippocampal subfields in psychotic disorders: findings from the Bipolar-Schizophrenia Network on Intermediate Phenotypes (B-SNIP) study. *JAMA Psychiatry*, 71(7), 769-777.
- Matheson, M. C., Osborne, N. J., Koplin, J. J., Martin, P. E., Gurrin, L. C., Lowe, A. J.,... & HealthNuts Investigators. (2011). Prevalence of challenge-proven IgE-mediated food allergy using population-based sampling and predetermined challenge criteria in infants. *Journal of Allergy and Clinical Immunology*, 127(3), 668-676.
- Michaela Whitbourn. (2017). Mental illness and cognitive disability the 'norm' among prisoners: report. *The Sydney Morning Herald* from [HTTP://  
https://www.smh.com.au/national/nsw/mental-illness-and-cognitive-disability-the-norm-among-prisoners-report-20170810-gxtf9y.html](http://www.smh.com.au/national/nsw/mental-illness-and-cognitive-disability-the-norm-among-prisoners-report-20170810-gxtf9y.html)
- Mitra, S., Mahintamani, T., Kavoor, A. R., & Nizamie, S. H. (2016). Negative symptoms in schizophrenia. *Industrial Psychiatry Journal*, 25(2), 135.
- Nasreddine, Z. (2004). The Montreal Cognitive Assessment is a brief cognitive screening tool for Mild Cognitive Impairment intended for Health Professionals only. Retrieved from <http://www.mocatest.org>.

- Neher, A. (1991). Maslow's theory of motivation: A critique. *Journal of humanistic psychology*, 31(3), 89-112.
- Nasreddine, Z. S., Phillips, N. A., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J. L., & Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A brief screening tool for Mild Cognitive Impairment. *Journal of the American Geriatrics Society* 53(4), 695-699.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby, 14(1), 48-54.
- Padmanabhan, J., & Keshavan, M. S. (2014). Pathophysiology of Schizophrenia. In *Schizophrenia* (pp. 35-57). Springer, New York, NY.
- Patel, K. R., Cherian, J., Gohil, K., & Atkinson, D. (2014). Schizophrenia: overview and treatment options. *Pharmacy and Therapeutics*, 39(9), 638.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rasool, S., Ali, Z., Zeeshan, M., Zafar, S. N., & Erum, A. (2018). Schizophrenia: An overview. *Clinical Practice*, 15(5), 847-851
- Rosenberg, M., & Court, D. (1979). Regulatory sequences are involved in the promotion and termination of RNA transcription. *Annual Review of Genetics*, 13(1), 319-353.
- Saraceno, S. (1998.). The concept of psychosocial rehabilitation as a reference for therapeutic interventions in mental health. *Rev. Ter. Occup. Univ. Sao Paulo*. 9(1),26-31.
- Schaub, D., Brune, M., Jaspén, E., Pajonk, F.G., Bierhoff, H.W., & Juckel, G. (2011). The illness and everyday living: close interplay of psychopathological syndromes and psychosocial functioning in chronic schizophrenia. *European Archives Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 261(2), 85-93.



- Scheier, M. F., Carver, C. S., & Bridges, M. W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism: A reevaluation of the life orientation test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- Silverstone, P. H., & Salsali, M. (2003). Low self-esteem and psychiatric patients: Part I—The relationship between low self-esteem and psychiatric diagnosis. *Annals of general hospital psychiatry*, 2(1), 2.
- Swiatoniowska-Lonc, N., Polanski, J., Tanski, W., & Jankowska-Polanska, B. (2021). Impact of Cognitive Impairment on Adherence to Treatment and Self-Care in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus. *Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity: Targets and Therapy*, 14, 193.
- Tripathi, A., Kar, S. K., & Shukla, R. (2018). Cognitive deficits in schizophrenia: understanding the biological correlates and remediation strategies. *Clinical Psychopharmacology and Neuroscience*, 16(1), 7.
- Upthegrove, R., Marwaha, S., & Birchwood, M. (2017). Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue?. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 240-244.
- Ventriglio, A., Ricci, F., Magnifico, G., Chumakov, E., Torales, J., Watson, C., ... & Bellomo, A. (2020). Psychosocial interventions in schizophrenia: Focus on guidelines. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(8), 735-747.
- Videbeck, S. L. (2020). *Psychiatric mental health nursing* (8th edition). Lippincott Williams & Wilkins.
- Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., ... & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, 382(9904), 1575-1586.

- World Health Organization. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (2010). *International statistical classification of diseases and related health problems: Instruction manual (Vol. 2)*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). Schizophrenia. Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Yang, Z., Rashid, N. A. A., Quek, Y. F., Lam, M., See, Y. M., Maniam, Y., ... & Lee, J. (2018). Montreal cognitive assessment as a screening instrument for cognitive impairments in schizophrenia. *Schizophrenia Research, 199*, 58-63.
- Yang, J., Zhang, Z., Zhang, L., Su, Y., Sun, Y., & Wang, Q. (2020). Relationship Between Self-Care Behavior and Cognitive Function in Hospitalized Adult Patients with Type 2 Diabetes: A Cross-Sectional Study. *Diabetes, metabolic syndrome, and obesity: targets and therapy, 13*, 207–214. <https://doi.org/10.2147/DMSO.S236966>.
- Ying, L., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry, 35*(2), 83-88.
- Yusuf, A., Nihayati, H. E., & Krisna, K. K. (2017). Modeling Participant Toward Self-Care Deficit on Schizophrenic Clients. *Jurnal Ners, 12*(1), 41-48.
- Zheng J.S., Zhu T.T., Liu Y., Liu T., Li Y.Q., Zhang Z. and Yu L. (2016). An Epidemiological study of drug resistance and resistance genes in bovine *Escherichia coli* Isolates in Heilongjiang Province of China. *Acta Scientiae Veterinariae. 46*(1): 1-9.

Ziedonis, D., Yanos, P. T., & Silverstein, S. M. (2007). Relapse prevention for schizophrenia. In *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse Prevention* (pp. 117-140). Academic Press.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก  
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท

คำชี้แจง:แบบสอบถามและแบบประเมินประกอบด้วย 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบบันทึกผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคจิตเภท	จำนวน 11 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท	จำนวน 10 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการสนับสนุนทางสังคมผู้ป่วยโรคจิตเภท	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท	จำนวน 26 ข้อ

เลขที่แบบสอบถาม.....  
 สถานที่.....  
 วันที่เก็บข้อมูล.....เดือน.....พ.ศ. 2564

### ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย

**คำชี้แจง :** ในการตอบแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ข้อความต่อไปนี้เป็นการถามเกี่ยวกับข้อมูลของท่าน  
 ให้ท่านทำเครื่องหมาย / ลงในช่อง ( ) หน้าข้อความ และเขียนคำตอบลงในช่องว่างที่กำหนดให้  
 ต่อไปนี้

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุปัจจุบัน.....ปี
3. สถานะความสัมพันธ์และการมีครอบครัวของคุณก่อนเข้ามาอยู่ในเรือนจำนี้ คือ
 

( ) 1. โสด	( ) 2. คู่
( ) 3. หย่า	( ) 4. หม้าย
( ) 5. แยกกันอยู่	( ) 6. อื่นๆ (ระบุ).....
4. การศึกษาสูงสุดก่อนเข้าเรือนจำ
 

( ) 1. ไม่ได้เรียนหนังสือ	( ) 2. ประถมศึกษา
( ) 3. มัธยมศึกษาตอนต้น.	( ) 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.
( ) 5. ปวส. หรืออนุปริญญา.	( ) 6.ปริญญาตรี
( ) 7. สูงกว่าปริญญาตรี	( ) 8. อื่น ๆ (ระบุ).....
5. หน้าที่ที่ได้รับมอบหมายขณะอยู่ในเรือนจำ
 

( ) 1. ช่วยเหลืองานเจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์	( ) 2. โรงโรงฝึกวิชาชีพแห อวน
( ) 3. กองงานเกษตรกรรม	( ) 4. กองงานเลี้ยงสัตว์ (สุกร, สุนัข, ไก่, และสัตว์อื่น)
( ) 5. กองงานจ่ายนอก	( ) 6. ทำความสะอาดภายในแดน
( ) 7. ช่างปูน / ก่อสร้าง	( ) 8. โรงฝึกวิชาชีพช่างเฟอร์นิเจอร์
( ) 9. โรงฝึกวิชาชีพล้าง อัด ฉีดรถยนต์	( ) 10. โรงงานทำขนมเบเกอรี่/ร้านค้า/โรคครัว
( ) 11. โรงงานทำไม้กวาด	( ) 12. นวดแผนไทย
( ) 13. งานเสริมสวย/ช่างตัดผม	( ) 14. โรงงานทอผ้า/ผ้ามัดย้อม

- ( ) 15. สิ่งประดิษฐ์/ของชำร่วย ( ) 16. ขายเป็นภายนอกเรือนจำ  
 ( ) 17. อื่น ๆ ระบุ.....

6. ปัจจุบันท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่

- ( ) ไม่มี ( ) มี ( ) 1. เบาหวาน ( ) 2. ไขมันในเลือดสูง  
 ( ) 3. โรคหัวใจ ( ) 4. โรคความดันโลหิตสูง  
 ( ) 5. โรคไต ( ) 6. อื่น(ระบุ).....

7. เงินที่ได้รับฝากจากญาติต่อเดือน.....บาท

8. ระยะเวลาเจ็บป่วยที่เป็นโรคนี้นาน.....ปี.....เดือน.....วัน

9. สถานะการต้องขังของคุณคือ

- ( ) 1. ฝากขัง ( ) 2. อยู่ระหว่างดำเนินคดี ศาลชั้นต้น  
 ( ) 3. อยู่ระหว่างดำเนินคดี ศาลอุทธรณ์ ( ) 4. อยู่ระหว่างดำเนินคดี ศาลฎีกา  
 ( ) 5. เด็ดขาด ( ) 6. อื่น ๆ (ระบุ).....

10. ระยะเวลาที่คุณเข้ามาอยู่ในเรือนจำมานาน.....ปี.....เดือน.....วัน





### ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำชี้แจง : โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้และทำเครื่องหมาย / ลงในช่องที่ตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่านมากที่สุด ไม่มีคำตอบถูกหรือผิดแต่อย่างใด ในแต่ละคำถามให้ท่านเลือกตอบเพียงข้อเดียว (โปรดตอบคำถามทุกข้อ)

การเลือกคำตอบถือเกณฑ์ ดังนี้

- 4 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นตลอดเวลา
- 3 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นบ่อย
- 2 หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นนาน ๆ ครั้ง
- 1 หมายถึง ท่านไม่เคยมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้นเลย

ข้อความ	ท่านมีความรู้สึกเช่นนี้เกิดขึ้น			
	1	2	3	4
1.ฉันรู้สึกว่าฉันมีคุณค่าเท่าเทียมคนอื่น ๆ				
2.ฉันรู้สึกว่าตัวฉันยังมีสิ่งที่ดีอยู่หลายประการ				
3.ฉันมีความมั่นใจเพียงพอที่จะรู้สึกว่าตนเองเป็นคนล้มเหลว				
4.ฉันมีความสามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้ดีเท่าเทียมกับคนอื่น ๆ เป็นส่วนใหญ่				
5.ฉันรู้สึกว่าไม่ค่อยมีอะไรในตัวฉันที่น่าภาคภูมิใจ				
6.ฉันมีเจตคติที่ดีต่อตัวเอง				
7.โดยส่วนรวมฉันมีความพึงพอใจในตัวเอง				
8.ฉันปรารถนาที่จะยอมรับนับถือตัวเองมากกว่านี้				
9.หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าตนเป็นคนไร้ประโยชน์				
10.หลายครั้งที่ฉันรู้สึกว่าไม่มีอะไรดีเลยในตัวเอง				

#### ส่วนที่ 4 แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท

**คำชี้แจง :** ข้อคำถามต่อไปนี้จะถามถึงการได้รับการสนับสนุนทางสังคมโดยการประเมินตามความรู้สึกประเมินเหตุการณ์หรือความรู้สึกของท่าน แล้วทำเครื่องหมาย X ในช่องคำตอบที่เหมาะสม และเป็นจริงตรงกับตัวท่านมากที่สุด โดยเลือกเพียงข้อเดียว

น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น น้อยที่สุด

น้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น น้อย

ปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น ปานกลาง

มาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มาก

มากที่สุด หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความรู้สึกหรือความเป็นจริงที่เกิดขึ้น มากที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
<b>แรงสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์</b>					
1.ท่านมีความไว้วางใจ และสามารถพูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้					
2.บุคคลรอบข้าง เพื่อนผู้ต้องขัง หรือเจ้าหน้าที่ไม่เคยแสดงกิริยาที่ทำให้ท่านหมดกำลังใจ					
3.คนใกล้ชิดทำให้ท่านรู้สึก อบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย					
4.คนใกล้ชิดไม่ทำให้ท่านรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง หรืออยู่อย่างโดดเดี่ยว					
5.คนใกล้ชิดรับทราบปัญหา และความต้องการของท่านดี					

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
<b>ด้านการได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า</b>					
6.คนใกล้ชิดให้ความเคารพ นับถือ และไม่แสดงท่าทีรังเกียจท่าน					
7.เมื่อคนใกล้ชิดมีปัญหา จะมาขอคำปรึกษา คำแนะนำ หรือความช่วยเหลือจากท่าน					
8.คนใกล้ชิดสนับสนุน ช่วยเหลือให้ท่านดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง					
9.คนใกล้ชิดเห็นว่าท่านเป็นคนมีประโยชน์					
10.ท่านได้รับความไว้วางใจ ให้รับผิดชอบงานต่าง ๆ					
<b>ด้านการมีส่วนร่วมและการยอมรับในฐานะเป็นส่วนหนึ่งของสังคม</b>					
11.ตั้งแต่เจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน ท่านยังคงไปมาหาสู่กับคนอื่น ๆ สม่าเสมอ					
12.ท่านมีโอกาสให้ความคิดเห็น หรือตัดสินใจร่วมกับคนอื่น ๆ					
13.ท่านและคนอื่น ๆ ร่วมมือกันทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่ชัดเจนในแดน เช่น งานแข่งขันกีฬาระหว่างแดน งานสังสรรค์หรือกิจกรรมทางศาสนา เป็นต้น					
14.ท่านรู้เรื่องราวความเป็นไปของคนรอบตัวท่าน เช่นเดียวกับคนอื่น					
15.คนรอบตัวแสดงให้ท่านรู้ว่า ท่านมีส่วนช่วยในงานของส่วนรวม					
<b>ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ</b>					
16.เมื่อท่านมีปัญหาการเงินมีคนช่วยเหลือท่านได้					

แรงสนับสนุนทางสังคม	ระดับความคิดเห็น				
	น้อย ที่สุด	น้อย	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
17.เมื่อท่านขาดแคลนของใช้ เสื้อผ้า อาหาร และ สิ่งอื่น ๆ มีคนคอยช่วยเหลือท่าน					
18.เมื่อท่านมีอาการไม่สบาย หรืออาการ ของโรค กำเริบ ท่านมีคนคอยช่วยเหลือดูแล หรือพาไปพบ อสรจ.หรือสถานพยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถาน					
19.เมื่อท่านไม่สามารถทำงานที่รับผิดชอบได้ มีคน ช่วยทำงานแทนท่านได้					
20.ท่านได้รับความสะดวกในการเข้ารับบริการ ตรวจรักษาโรค และการช่วยเหลือที่จำเป็น					
<b>ด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร</b>					
21.ท่านได้รับความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับโรคที่ท่าน เป็นอยู่					
22.ท่านได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวใน การรักษา					
23.มีคนคอยบอกกล่าว หรือตักเตือนให้ท่าน ปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตาม ที่ได้รับการแนะนำ					
24.เมื่อท่านมีปัญหา หรือมีข้อสงสัยเกี่ยวกับการ เจ็บป่วย ท่านมีคนที่สามารถช่วยเหลือ แก้ปัญหา หรือข้อสงสัยของท่านได้					
25.มีคนให้คำแนะนำ และเสนอแนะแนวทางที่ เป็นประโยชน์ต่อการ ดำเนินชีวิตของท่าน					

### ส่วนที่ 5 แบบประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

คำชี้แจง : ข้อความต่อไปนี้ เป็นพฤติกรรม การดูแลตนเองของท่าน ขอให้ท่านอ่านข้อความที่ละเอียดแล้ว โปรดพิจารณาว่า ตรงกับพฤติกรรมนั้น ๆ มากน้อยเพียงใด โดยทำเครื่องหมาย X ลงในช่องว่างตามระดับที่ท่านประเมินได้ และท่านเห็นว่าเป็นจริงที่สุด และกรุณาประเมินให้ครบทุกข้อ โดยมีความหมายดังต่อไปนี้

พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ต้องขัง จิตเภท	ระดับการประเมิน				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
<b>ด้านการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล</b>					
1. แปรงฟันก่อนรับประทานเช้า และก่อน เข้านอน					
2. อาบน้ำทำความสะอาดร่างกายด้วยสบู่					
3. สวมใส่เสื้อผ้าสะอาดหลังอาบน้ำ					
4. ตัดเล็บให้สั้นเมื่อเล็บยาวเกินไป					
5. สวมรองเท้าเมื่อออกนอกเรือนนอน					
6. ทำกิจกรรมผ่อนคลายก่อนเข้านอนได้ เช่น สวดมนต์ ดูโทรทัศน์ ฯลฯ					
<b>ด้านการรับประทานอาหาร น้ำ และการพักผ่อนนอนหลับ</b>					
7. รับประทานอาหารได้หลากหลายตรง ตามเวลา					
8. ดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 6 – 8 แก้ว					
9. นอนหลับพักผ่อนได้คืนละประมาณ 6-8 ชั่วโมง					
<b>ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น</b>					
10. พูดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้กับ บุคลากรทางสุขภาพที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย					

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขัง จิตเภท	ระดับการประเมิน				
	ปฏิบัติ เป็น ประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
11. พุดคุยหรือเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ให้แก่ เจ้าหน้าที่หรือเพื่อนผู้ต้องขัง					
12. พุดคุย หรือทำกิจกรรมร่วมกับเพื่อน ผู้ต้องขัง					
13. พบปะ พุดคุยกับคนรอบข้างที่มีความ สนใจเรื่องเดียวกัน					
ด้านการรับประทานยาและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา					
14. ช่วยเหลือตัวเองให้ออนหลับ โดย วิธีการต่าง ๆ เช่น ทำจิตใจให้สงบ ฯลฯ ถ้ามีเสียงดังรบกวนการนอน หรือดื่มน้ำใน ปริมาณน้อยก่อนเข้านอน					
15. รับประทานยาตามแผนการรักษา					
16. หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารที่ทำให้ ให้น้ำหนักเพิ่มทุกชนิด ได้แก่ อาหารหวาน หรืออาหารประเภทที่ทอดด้วยน้ำมัน เช่น กล้วยทอด มันฝรั่งทอด อาหารประเภท ฟาสต์ฟู้ด หรือของขบเคี้ยว ที่สามารถ สั่งซื้อได้ ฯลฯ					
ด้านการขับถ่ายและการรักษาความสะอาด					
17. ถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะในห้องส้วม					
18. ทำความสะอาดส้วมหลังจากขับถ่าย เสร็จแล้ว					

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขัง จิตเภท	ระดับการประเมิน				
	ปฏิบัติ เป็นประจำ	ปฏิบัติ บ่อยครั้ง	ปฏิบัติ ปาน กลาง	ปฏิบัติ นาน ๆ ครั้ง	ไม่ ปฏิบัติ เลย
ด้านการออกกำลังกายและการมีบทบาทตามพัฒนาการ					
19. ออกกำลังกายทุกวัน ๆ ละ 15 - 20 นาที					

## ภาคผนวก ข

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

#### 1. บทนำ

ข้าพเจ้า นายเจนวิทย์ ณาคะโร นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ มีความสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับ ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท ซึ่งอยู่ภายใต้การดูแลของอาจารย์ที่ปรึกษา 2 ท่าน คือ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินิภาญจน์ คงสุวรรณ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อรวรรณ หนูแก้ว อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

#### 2. ความเป็นมาของการศึกษา

โรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยเรื้อรังทางจิต และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี รวมถึงปัญหาสุขภาพจิตในผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถาน ซึ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีปัญหาด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ต้องขังจิตเภท จึงเป็นเหตุให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษา เพื่อพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว ส่งผลต่อผู้ต้องขังจิตเภทสามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงขอเชิญชวนท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติครบถ้วน

เมื่อท่านยินดีเข้าร่วมในการวิจัย กระผมจึงใคร่ขอความร่วมมือให้ท่านตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 5 ชุด จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 94 ข้อ ซึ่งประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและการเจ็บป่วย 2) แบบบันทึกผลการประเมินภาวะพุทธิปัญญาของผู้ป่วยโรคจิตเภท 3) แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท 4) แบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภทและ 5) แบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยจะเป็นผู้แจกแบบสอบถามให้ท่านตอบระหว่างรอพบแพทย์ และผู้วิจัยอ่านแบบสอบถามแบบประเมินการทำหน้าที่รู้คิดหรือแบบประเมินทางพุทธิปัญญา ให้กับอาสาสมัครตอบ หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถามจากกระผมได้ตลอดเวลา สำหรับระยะเวลาในการทำแบบสอบถามและแบบประเมินในครั้งนี้ ใช้เวลาทั้งหมดโดยประมาณ 45 นาที โดยคำตอบที่ท่านตอบไม่มีถูกหรือผิด และไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านพึงได้รับจากสถานพยาบาล เรือนจำ/ทัณฑสถาน จากนั้น



ผู้วิจัยจะตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามเพื่อเป็นประโยชน์ในการวิเคราะห์ข้อมูลและความน่าเชื่อถือของผลการวิจัย

### 3. ความเสี่ยงและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- ผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการวิจัยนี้ โดยผลจากการศึกษานำมาทบทวนตัวเองเพื่อส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

- การวิจัยนี้ จะเป็นประโยชน์ในการนำผลการวิจัยไปใช้โดยเจ้าหน้าที่พยาบาลเรือนจำ/ทัณฑสถาน พยาบาลจิตเวชและบุคลากรด้านสุขภาพจิต สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการดูแลผู้ต้องขังโรคจิตเภท เพื่อส่งเสริมให้ผู้ต้องขังจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้มีประสิทธิภาพ และนำผลการศึกษาไปเป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อยอดงานวิจัยในการศึกษาโปรแกรมหรือแนวปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น

- ความเสี่ยง หรืออันตรายที่อาจเกิดจากการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ อาจมีความเสี่ยงในระดับเล็กน้อย คือ ไม่มีความเสี่ยงที่เป็นอันตรายกับโรคและชีวิต เนื่องจากเป็นการตอบแบบสอบถาม เพื่อทราบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม ภาวะพุทธิปัญญา และพฤติกรรมการดูแลตนเองของท่านเท่านั้น ท่านอาจเสียเวลาในการตอบแบบสอบถาม หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับความเสี่ยงที่อาจได้รับการเข้าร่วมในโครงการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล ไม่มีโทษทั้งทางด้านกายภาพ กฎหมาย และสังคม ผู้เข้าร่วมการวิจัยอาจมีความเสี่ยงที่จะเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นต่อจิตใจจากข้อคำถามได้ แต่น้อยมาก หากมีความเสี่ยงเกิดขึ้นผู้วิจัยจะให้การดูแลเบื้องต้น ท่านสามารถแจ้งผู้วิจัยได้ตลอดเวลาที่ ทำแบบสอบถาม เพื่อหยุดพักและรับการดูแลเบื้องต้นโดยผู้วิจัย

- ความเสี่ยงต่อชื่อเสียง หน้าที่การงาน ความไม่สะดวก

การตอบแบบสอบถามอาจทำให้  ผู้เข้าร่วมวิจัยเสียชื่อเสียง หน้าที่การงาน และเสียเวลาในการตอบแบบสอบถามในระหว่างรอพบแพทย์ และให้ท่านตอบพร้อมส่งคืนในวันเดียวกัน อธิบายการตอบแบบสอบถามให้ท่านเข้าใจ และให้ท่านตอบแบบสอบถามและทำแบบประเมิน โดยท่านไม่ต้องเขียนชื่อและนามสกุลในแบบสอบถาม สำหรับระยะเวลาในการทำแบบสอบถามและแบบประเมินในครั้งนี้ ใช้เวลาทั้งหมดโดยประมาณ 45 นาที โดยคำตอบที่ท่านตอบไม่มีถูกหรือผิด และไม่

มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านพึงได้รับจากสถานพยาบาล เรือนจำ/ทัณฑสถาน หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ สามารถสอบถามจากกระผมได้ตลอดเวลา

#### 4. การปกป้องความลับ

ผลการวิจัยจะนำเสนอในลักษณะภาพรวมของผู้เข้าร่วมการวิจัยทั้งหมด ผลการประเมินด้านต่าง ๆ ของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งจะไม่เกิดผลกระทบต่อท่านและครอบครัวของท่านแต่ประการใด มีแต่ผู้วิจัย อาจารย์ที่ปรึกษา และคณะหรือกลุ่มบุคคลที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบการวิจัย เช่น คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์หรือ องค์กรของรัฐที่มีหน้าที่ในการตรวจสอบหรือคณะกรรมการจริยธรรมเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงข้อมูลได้ การวิเคราะห์ข้อมูลไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลของท่าน แต่ใช้รหัสข้อมูลแทน มีการวิเคราะห์ข้อมูลตามข้อเท็จจริง รายงานผลการวิจัยและนำเสนอผลการวิจัยโดยไม่มีการบิดเบือนข้อมูล ผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวม ซึ่งลักษณะการนำเสนอผลการวิจัยเป็นการนำเสนอทางวิชาการ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการพยาบาลด้านการส่งเสริมพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ต้องโรครจิตเภท และเอกสารในโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกเก็บรักษาไว้เป็นระยะเวลา 3 ปีหลังการวิจัยเสร็จสิ้นสมบูรณ์ก่อนนำไปทำลาย

#### 5. การเข้าร่วมโดยความสมัครใจ

การเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จะเป็นไปด้วยความสมัครใจ เมื่อท่านได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัยพร้อมกับได้ลงลายมือในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว หรือในขณะที่ท่านเข้าร่วมการวิจัย ท่านสามารถยกเลิกหรือขอถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลใด ๆ ให้ผู้วิจัยทราบ ซึ่งไม่ว่าท่านจะเข้าร่วมการวิจัยหรือไม่ก็ตาม จะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการดูแลที่ท่านจึงได้รับตามปกติจากสถานพยาบาล เรือนจำ/ทัณฑสถาน

#### 6. การปฏิบัติเมื่อวิจัยมีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

ในขณะที่ตอบแบบสอบถามหากท่านรู้สึกไม่สบายใจ ท่านสามารถขอหยุดการตอบแบบสอบถามได้ชั่วคราวหรือยุติการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที และพูดคุยกับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ท่านได้ระบายความรู้สึกจนกว่าท่านรู้สึกดีขึ้น หรือส่งต่อตามความต้องการของท่าน ท่านสามารถขอหยุดการตอบแบบสอบถาม หรือขอถอนตัวออกจากการศึกษานี้ได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อตัวท่าน ท่านยังคงได้รับบริการ ตามปกติการตอบแบบสอบถามนี้ผู้วิจัยไม่มีค่าตอบแทนให้

## 7. ผู้ที่สามารถติดต่อเมื่อมีข้อคำถาม/ ปัญหา

หากท่านมีข้อสงสัยใด ๆ ตลอดระยะเวลาของการเข้าร่วมโครงการวิจัย หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติม ท่านสามารถติดต่อสอบถามโดยตรงกับกระผม นายเจนวิทย์ ณาคะโร ผู้วิจัยได้ที่สถานพยาบาล เรือนจำกลางสงขลา โทรศัพท์ 074-33-6036 ต่อ 125 (ในเวลาราชการ) และ 088-7527948 ได้ตลอด 24 ชั่วโมง E-mail bell.nursing1992@gmail.com หรืออาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วินีภาณูจน์ คงสุวรรณ อาจารย์ประจำสาขาวิชาการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เบอร์โทรศัพท์ 084-5359993 E-mail: Vineekarn.k@psu.ac.th

หากผู้เข้าร่วมการวิจัยได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงนี้สามารถขอรับคำปรึกษา/แจ้งเรื่อง/ร้องเรียน ได้ที่ผู้บังคับบัญชาเพื่อแจ้งมายังศูนย์จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ที่อยู่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ เลขที่ 15 ถนนกาญจนวนิช ตำบลหาดใหญ่ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา 90110 โทรศัพท์ 0-7428-6470 หรือทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ panwadee.t@psu.ac.th

ลายเซ็นนักวิจัย.....

( นายเจนวิทย์ ณาคะโร )

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบข้อมูลจากนักวิจัยแล้ว และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

ลายเซ็นผู้เข้าร่วมวิจัย.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นผู้ให้ความยินยอม.....

(.....)

(ผู้แทนโดยชอบธรรมตามกฎหมาย)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ลายเซ็นพยาน.....

(.....)

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ภาคผนวก ค  
เอกสารรับรองโครงการวิจัย



เอกสารรับรองโครงการวิจัย  
โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์  
สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

รหัสรับโครงการ:	2021 - St - Nur - 029 (Internal)
ชื่อโครงการ:	ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ต้องขังโรคจิตเภท
รหัสหนังสือรับรอง:	PSU IRB 2021 - St - Nur 031 (Internal)
ชื่อหัวหน้าโครงการ:	นายเจนวิทย์ ฉาตะโร
หน่วยงานที่สังกัด:	หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่
เอกสารที่รับรอง:	1. แบบเสนอโครงการเข้ารับการประเมินจริยธรรมในงานวิจัย 2. เครื่องมือวิจัย 3. ใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
วันที่รับรอง:	18 ตุลาคม 2564
วันที่หมดอายุ:	18 ตุลาคม 2566

ขอรับรองว่าโครงการดังกล่าวข้างต้น ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับหลักการเบลมอนต์ (Belmont) จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ และขอให้รายงานผลการวิจัยทุก 1 ปี ตามแบบฟอร์ม AP-007

(ลงนาม)

*ศศิธร ทุมตวง*

(ศาสตราจารย์ ดร.ศศิธร ทุมตวง)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

สาขาสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



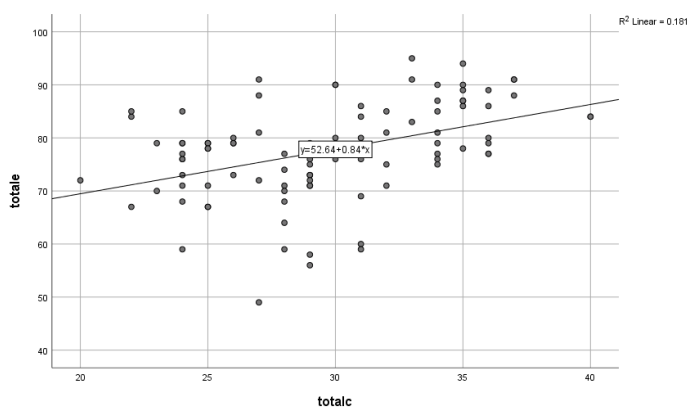
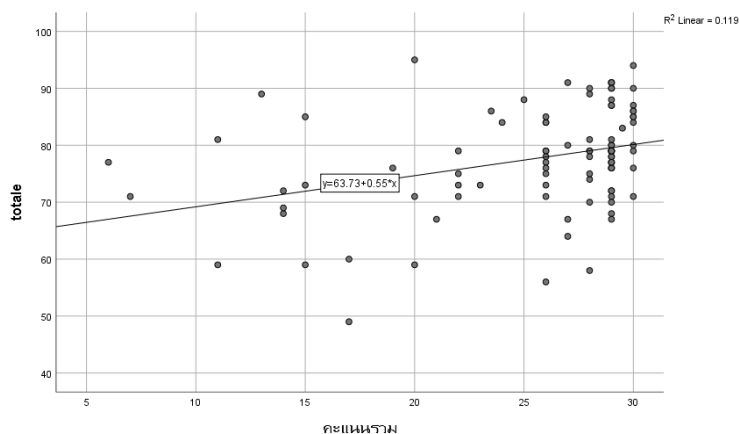
ภาคผนวก ง  
การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นในการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ

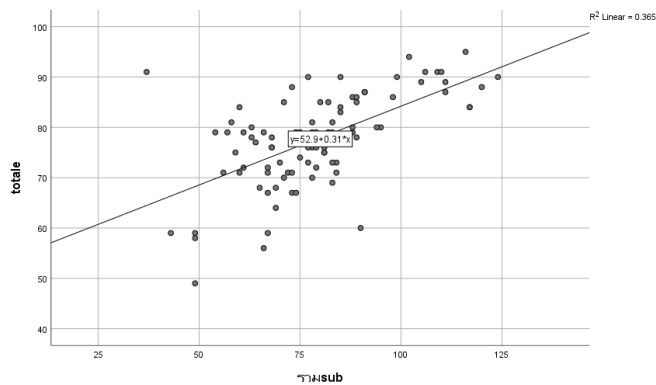
**Tests of Normality**

	Kolmogorov-Smirnova			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
totale	.085	96	.085	.969	96	.022
totalc	.098	96	.023	.972	96	.037
รวมsub	.104	96	.012	.974	96	.054
คะแนนรวม	.269	96	.000	.747	96	.000

a Lilliefors Significance Correction

1. ตัวแปรอิสระและตัวแปรตามมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ดังภาพ





2. ตัวแปรอิสระจะต้องเป็นอิสระจากกัน โดยความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์พร้อมเชิงเส้น (multicollinearity) ตรวจสอบโดยพิจารณาจากค่า Tolerance ดังตาราง ซึ่งพบว่าค่าที่ได้เข้าใกล้ 1 และค่า VIF มีค่าไม่เกิน 10

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
1	(Constant)		
	คะแนนรวม	.931	1.075
	totalc	.583	1.716
	รวมsub	.556	1.800

ภาคผนวก จ  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง/สังกัด
1. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ศรีสุดา วนาลีสิน	สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์
2. พว.ปลตา เหมโลหะ	โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต
3. พว.อุ๋นใจ กาสา	เรือนจำจังหวัดสงขลา กรมราชทัณฑ์

