

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยจิตเวช

14 ส.ค. 2540

ปริญญาโท  
ของ  
เสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ

๒ ๕๒๗๑๑๓

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสหศึกษา

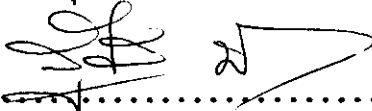
สิงหาคม 2539


ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

B. 52771

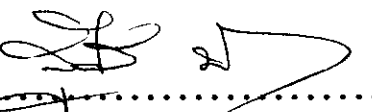
คณะกรรมการควบคุมและคณะกรรมการสอบได้พิจารณาปฏิญานินพนธ์ฉบับนี้แล้ว  
เห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต  
วิชาเอกสหศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒได้

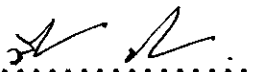
คณะกรรมการควบคุม

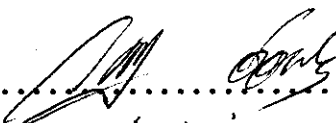
  
..... ประธาน  
(รศ. สัจจันต์ ปรีชาสามารถ)

  
..... กรรมการ  
(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)


คณะกรรมการสอบ

  
..... ประธาน  
(รศ. สัจจันต์ ปรีชาสามารถ)

  
..... กรรมการ  
(ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์)

  
..... กรรมการที่แต่งตั้งเพิ่มเติม  
(อ. ไพบูลย์ อ่อนมั่ง)

บัณฑิตวิทยาลัยอนุมัติให้รับปฏิญานินพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร  
ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสหศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

  
..... คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย  
(ดร. ศิริสุภา พูลสุวรรณ)

วันที่ 13 เดือน สิงหาคม พ.ศ. 2539

## ประกาศขอบคุณ

ปริญญานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาอย่างสูงของท่าน รองศาสตราจารย์ สัจฉินต์ ปรีชาमारถ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ วินัส ปัทมภาสพงษ์ อาจารย์ ไพบูลย์ อ่อนมั่ง ที่ได้กรุณาให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง และขอกราบขอบพระคุณทุกท่านเป็นอย่างสูง ไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ สุมะธ ฉายศิริกุล นายแพทย์ สงกรานต์ ก่อธรรมนิเวศน์ นางวนิดา ชนินทสุขทวงศ์ คุณวารารัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุล ที่ได้ให้ความกรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจเครื่องมือในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คณะพยาบาล และผู้ป่วยจิตเวชทุกท่าน ที่ได้ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลให้สำเร็จลงได้ด้วยดี

ขอขอบคุณ พี่ ๆ น้อง ๆ เพื่อน ๆ ทุกคน และผู้แต่งตำรางานวิจัยทุกเล่ม ที่ผู้วิจัยใช้ในการทำวิจัยครั้งนี้ ตลอดจนผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ได้ให้ความช่วยเหลือ แนะนำ จนทำให้ปริญญานิพนธ์ สำเร็จลงไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ คุณค่าอันพึงมีจากปริญญานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยมอบแด่พระคุณมารดา และอีกท่านหนึ่งที่มีส่วนทำให้ปริญญานิพนธ์สำเร็จลงได้ด้วยดี คือ ร.ต.อ.พิศ ยิ้มเนียน ที่ได้ทั้งกำลังใจ และความช่วยเหลือเกี่ยวกับอุปกรณ์ เครื่องอำนวยความสะดวกต่าง ๆ ทุนทรัพย์ในการทำเครื่องมือวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงขอระลึกไว้ในความทรงจำตลอดไป

เสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวชกิจ

## สารบัญ

บทที่		หน้า
1	บทนำ.....	1
	คำนำ.....	1
	ความมุ่งหมายของการค้นคว้า.....	7
	ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า.....	7
	ข้อตกลงเบื้องต้น.....	7
	ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า.....	8
	นิยามศัพท์เฉพาะ.....	9
2	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย.....	12
	เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	12
	การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า.....	37
	การวิจัยในต่างประเทศ.....	37
	การวิจัยในประเทศไทย.....	42
	สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า.....	46
3	วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า.....	47
	แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง.....	47
	ประชากร.....	47
	กลุ่มตัวอย่าง.....	47
	เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล.....	50
	ลักษณะของเครื่องมือ.....	50
	การหาคุณภาพของเครื่องมือ.....	52
	วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	52
	วิธีจัดกระทำกับข้อมูล.....	53
	สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	53

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า.....	59
ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล.....	59
สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	59
ผลการศึกษาค้นคว้า.....	61
5 บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	75
บทย่อ.....	75
ความมุ่งหมายในการค้นคว้า.....	75
วิธีดำเนินการวิจัย.....	75
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	76
สรุปผลการค้นคว้า.....	77
อภิปรายผล.....	79
ข้อเสนอแนะ.....	85
ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป.....	88
บรรณานุกรม.....	89
ภาคผนวก.....	100
ประวัติย่อของผู้วิจัย.....	119

## บัญชีตาราง

ตาราง		หน้า
1	จำนวนผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ส่วนสราญรมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532-2537.....	6
2	จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล ส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามรหัสโรค (ICD <sub>10</sub> ) ผู้ป่วยเก่า - ใหม่ เพศ และอายุ.....	49
3	จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และระยะของโรค.....	61
4	ค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคม ของครอบครัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาล ส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	65
5	วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามเพศ.....	66
6	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามอายุ.....	67
7	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามสถานภาพ สมรส.....	68
8	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามระดับการ ศึกษา.....	69
9	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามรายได้.....	70
10	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามอาชีพ.....	71
11	ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามอาชีพ เป็นรายคู่.....	72

12	ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามระยะ ของโรค.....	73
13	ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี.....	74
14	ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงสนับสนุน ทางสังคมของครอบครัว.....	117
15	ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเวช.....	118

## บัญชีภาพประกอบ

ภาพประกอบ	หน้า
1 แสดงโครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเอง.....	30

# บทที่ 1

## บทนำ

### คำนำ

จากการเปลี่ยนแปลงสภาพสังคมในยุคโลกาภิวัตน์ เป็นยุคที่บุคคลนำเอาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมาใช้กันอย่างแพร่หลาย ผลจากการนำเอาเทคโนโลยีใหม่ ๆ เข้ามาใช้ในตัวเอง ก่อให้เกิดผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของคนในหลาย ๆ ด้านด้วยกัน อาทิเช่น การเปลี่ยนแปลงทางด้านสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ การเมือง ความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีทั้งผลดีและผลเสีย ในด้านผลดีก็คือ สมาชิกในครอบครัวและสังคมไทยมีความสุขสบายทางกาย มีความสะดวกในการดำรงชีวิตยิ่งขึ้น แต่ในทางตรงกันข้ามก็มีผลกระทบต่อองค์ประกอบรวมของสังคมและครอบครัวทั้งด้านกายภาพและในแง่ของงานชีวิต คือ การงาน การเงิน การครอบครัว การสังคม การสุขภาพก็ผันแปรตามไปด้วย อารมณ์ ความคิด และการตัดสินใจของคนทุกคนก็ยุ่งยากสับสน จิตใจต้องทำงานหนัก (สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. 2537 : 35-36) ทำให้เกิดความตึงเครียด ความกดดัน ความไม่มั่นคงทางจิตใจ ในการที่จะต้องต่อสู้กับปัญหาต่าง ๆ และการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมในปัจจุบัน ซึ่งนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดความเจ็บป่วยทางจิตได้ และนับวันจะทวีความรุนแรงเพิ่มขึ้น จากรายงานการวิจัยการปฏิรูปโครงสร้างกระทรวงสาธารณสุข (2535) รายงานอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปีตามอัตราส่วนของประชากร ซึ่ง วีระ ไชยศรีสุข (2533 : 92-97) ได้กล่าวถึง ปัจจัยที่เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คนเราเกิดการเจ็บป่วยทางจิต โดยแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกันคือ

1. ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่ โครงสร้างของร่างกาย ระบบประสาท ความมั่งคั่ง และพัฒนาการ ปัจจัยก่อนคลอด ระหว่างคลอด และหลังคลอด ระบบต่อมไร้ท่อ การติดเชื้อ สิ่งเป็นพิษ พันธุศาสตร์ การบาดเจ็บ การขาดอาหาร และออกซิเจน ฯลฯ

2. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) ได้แก่ ปัญหาชนกลุ่มน้อย ที่อยู่อาศัย การทำมาหาเลี้ยงชีพ โรงเรียน การติดต่อสื่อสาร อิทธิพลของเชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยม ความขัดแย้งในสังคมและวัฒนธรรม ปัญหาทางเศรษฐกิจ และความมั่นคงในครอบครัว ฯลฯ โดยเฉพาะในยุคไฮเทคนี้ การอยู่ร่วมกันในครอบครัวถูกแย่งเวลา แอ้งพลังของพ่อแม่ที่จะทำบทบาทในครอบครัวต่อปู่ย่าตายาย และต่อลูกไปเกือบหมดทุกคนต้องอยู่อย่างเคร่งเครียดไม่เป็นสุข ไม่มีความผูกพันรักใคร่ การแตกแยกก็เกิดขึ้นง่าย(สุภา มาลากุล

๗ อรรถยา. 2537 : 36)

3. ปัจจัยทางจิตใจ (Psychological factors) ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับทารก บทบาทของพ่อ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว การแข่งขันกันระหว่างพี่น้อง ระดับสติปัญญา ความถนัด ความคิดสร้างสรรค์ ความรู้สึกเกี่ยวกับเอกลักษณ์ของตน การสูญเสีย ซึ่งมีผลทำให้เกิดความวิตกกังวล ความโหม่นโหม่ง ความละเอียด และความสำนึกผิด ฯลฯ

ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งผู้ป่วยมักแสดงออกมาในลักษณะของความผิดปกติทางความคิด การตอบสนองทางอารมณ์ การสื่อสาร การเข้าใจสภาวะความเป็นจริง และพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปอย่างมาก จนไม่สามารถจะตอบสนองความต้องการของชีวิตได้ ความสามารถในการควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมต่ำลง มีความหลงผิดและประสาทหลอน (สุวิทนา อารีพรศ. 2524 : 145) จึงจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลรักษาจากหน่วยงานของรัฐและชุมชน การบำบัดรักษาผู้ป่วยทางจิตเวชในยุคแรก ๆ นั้น มนุษย์ยังมีความเชื่อที่ว่าความผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นเพราะจิตวิญญาณ ภูตผีปีศาจ และอำนาจเหนือธรรมชาติ การกำหนดแนวทางในการรักษาจึงแสดงออกมาในรูปของการลงโทษทัณฑ์ด้วยวิธีการที่รุนแรง โดยการเข็นดีจิบมัดใส่โซ่ตรวน กักขัง ให้อุดอาหาร เฝ้า และทรมานด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยไปทำควมวุ่นวายให้กับครอบครัวและสังคมภายนอก ต่อมาในสมัยของฮิปโปเครติส (Hippocrates) ซึ่งมีแนวความคิดว่าความผิดปกติทางจิตของคนเรามีสาเหตุโดยธรรมชาติ การรักษาจึงจำเป็นต้องรักษาทั้งทางร่างกายและจิตใจ มีการจัดกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวช และมีการนำเอารูปแบบการรักษาในโรงพยาบาลแบบ ผู้ป่วยธรรมดา มาช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช แต่ก็ยังคงมีการจองจำ กักขัง จนถึงยุคของ นายแพทย์ ฟิลิป ไพนอล (Philippe Pinel) ชาวฝรั่งเศส ในปี ค.ศ. 1793 ซึ่งเป็นยุคของการเริ่มต้นให้การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน เขาพบว่า อาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นและมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยที่หายเป็นปกติในระยะเวลาสั้น เมื่อถูกปลดปล่อยจากการกักขัง ลงโทษ รูปแบบของการรักษามีการเปลี่ยนแปลงโดยใช้หลักการทางจิตวิทยาในการให้เสรีภาพ และสิทธิพิเศษบางประการแก่ผู้ป่วย หลังจากนั้นการรักษาทางจิตเวชก็ได้มีการพัฒนามากขึ้น โดยมีการใช้ยา การสะกดจิต การทำจิตวิเคราะห์ การช็อคด้วยกระแสไฟฟ้า มีการตรวจวินิจฉัยโรคทางคลินิก มีการค้นหาสมมติฐานของโรค โดยการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของพัฒนาการในแต่ละวัยตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ลักษณะพื้นฐานด้านชีวภาพที่เกี่ยวข้องกับพันธุกรรม ลักษณะพื้นฐานของครอบครัว วิธีการอบรมเลี้ยงดูของบิดา มารดา ผู้ปกครอง เป็นต้น (ฝน แสงสิงแก้ว. 2520 : 4)

การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย มีมาตั้งแต่ในสมัยโบราณ โดยรักษาไปตามความเชื่อที่มีอยู่ ต่อมาในปี พ.ศ. 2432 ได้มีการเริ่มต้นให้การรักษาในรูปแบบของโรงพยาบาล โดยใช้ชื่อว่า "โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา" ในปี พ.ศ. 2497 ได้มีการ

ขยายบริการในรูปแบบของโรงพยาบาลไปสู่ภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วประเทศ เพื่อให้บริการกับผู้ที่  
 ปัญหาทางจิตเวช โดยเน้นการรักษาทางยาและทางด้านจิตใจ มีการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย  
 จิตเวชให้สามารถปรับตัวเข้ากับสภาพสังคมภายนอกโรงพยาบาลได้อย่างเหมาะสมตามอัธยาศัย  
 และมีความพร้อมที่จะดำรงชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ จากสถานการณ์ในปัจจุบัน ผู้ป่วย  
 จิตเวช ที่รับการรักษาในโรงพยาบาล มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อย ๆ โดยจะเห็นได้จากตัวเลขจำนวน  
 เตียงทั่วประเทศที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่จะเนื่องมาจากผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาในโรง  
 พยาบาลเป็นเวลานาน (สุพล รุจิรพัฒน์. 2532 : 65)

จากสถิติทางระบาดวิทยาในแผนงานสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข  
 (พ.ศ. 2535-2539) ได้รายงานไว้ว่า ประชาชนทั่วประเทศประมาณ 55 ล้านคน มีผู้ป่วย  
 จิตเวชประมาณร้อยละ 1 หรือ 550,000 คน โรคประสาทประมาณร้อยละ 12 หรือ  
 6,600,000 คน แต่ผู้ป่วยจิตเวชมีโอกาสที่จะได้รับบริการจากโรงพยาบาลจิตเวชและศูนย์  
 สุขภาพจิตทั่วประเทศ รวมทั้งสิ้น 17 แห่ง เพียง 1 ใน 5 ส่วนเท่านั้น เนื่องจากมีข้อจำกัดใน  
 ด้านจำนวนบุคลากร จำนวนเตียง และงบประมาณ จึงทำให้ไม่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาใน  
 โรงพยาบาลได้อย่างเพียงพอ และจากคำกล่าวของ นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ที่เคยกล่าว  
 ในที่ประชุมวิชาการประจำปี กองสุขภาพจิต 2517 ว่า การมีผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนมาก  
 ต้องมีโรงพยาบาลไว้รับรักษา แต่โรงพยาบาลสร้างเท่าไรก็ไม่พอ ยิ่งสร้างยิ่งมีคนมาก เพราะ  
 คิดว่าดีเสียอีกที่ครอบครัวและชุมชนไม่ต้องรับผิดชอบ ทั้ง ๆ ที่มีจำนวนมากควรรับผิดชอบเอง  
 ดังนั้น การรักษาพยาบาลในปัจจุบัน จึงมีการเปลี่ยนแปลงไป โรงพยาบาลจะรับตัวผู้ป่วยไว้  
 รักษาในโรงพยาบาลเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรงหรืออาการเด่นชัด (Active psychosis)  
 และให้การรักษาในระยะสั้นเท่านั้น และพยายามที่จะให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลโดยเร็ว  
 ที่สุด (สุพัฒนา เดชาดิวงศ์ ณ อรุณยา และคนอื่น ๆ. 2520 : 870) จึงมีการนำแนวคิด  
 ของจิตเวชชุมชนมาใช้ โดยการรักษาในรูปแบบของผู้ป่วยนอก (Out - patient) มีจุด  
 มุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้มากที่สุด (สมชาย จักรพันธ์. 2533 : 44) และเป็นกา  
 รหมุนเวียนให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการรุนแรงได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลต่อไป เนื่องจาก  
 การที่ผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไปนั้น ไม่ก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย แต่อาจทำให้เกิดสภาพ  
 ติดโรงพยาบาล สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม (Social functioning) และการติดต่อกับ  
 โลกภายนอกได้ นั่นคือ ผู้ป่วยจะขาดความคิดริเริ่ม ไม่สนใจสังคมรอบตัว บุคลิกภาพเสื่อมถอย  
 ไม่มีโอกาสที่จะเรียนรู้การใช้ชีวิตในสังคมเช่นคนทั่ว ๆ ไป ไม่มีความมั่นใจในการที่จะออกไป  
 ใช้ชีวิตภายนอกโรงพยาบาลได้ และยังทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับญาติห่างเหินกันมากขึ้น  
 จนญาติมองเห็นว่าผู้ป่วยน่าจะอยู่ในความดูแลของแพทย์ตลอดไป จึงทำให้มีการกำหนดแนวทาง  
 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนให้เร็วขึ้น ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความ  
 สำคัญในการสนับสนุนการรักษา ช่วยเหลือดูแลและประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถปรับตัวเข้า

กับสังคมภายนอก เพราะผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองลดลง เรียกร้องความสนใจหรือความช่วยเหลือจากผู้อื่นมากเกินไป ซึมเศร้าแยกตนเองจากสังคม และปฏิบัติตนไม่เหมาะสม อาทิเช่น เอะอะอาละวาดเมื่อถูกขัดใจ ไม่ยอมรับประทานอาหาร เป็นต้น (Davis. 1990 : 366-372)

ความสามารถในการดูแลตนเองขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ เหตุการณ์ที่เป็นสิ่งเร้าซึ่งมากกระทบ ภาวะเป็ยงเบนทางด้านสุขภาพ เป็นต้น และที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ แรงสนับสนุนทางสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล. 2533 : 36) โดยเฉพาะแรงสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากบุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และองค์กรช่วยเหลือต่าง ๆ

สำหรับผู้ป่วยจิตเวช การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมและสำคัญที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นระบบหนึ่งของสังคมที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด และผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังต้องการความช่วยเหลือในด้านการทำงาน การประกอบกิจวัตรประจำวัน ค่ารักษาพยาบาล ค่าแนะนำในการปฏิบัติตนเกี่ยวกับโรค ตลอดจนการให้กำลังใจ และการยอมรับจากบุคคลในครอบครัว แต่ในสภาพเศรษฐกิจ สังคมปัจจุบัน บุคคลต้องออกไปประกอบอาชีพนอกบ้าน และสภาพอาการของโรค ทำให้ไม่มีเวลาที่จะดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย บางครั้งยังคิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระแก่ครอบครัวด้วย เป็นผลให้ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวลดลง และในบางครั้งอาจขาดผู้รับผิดชอบหรือช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล จากการศึกษาของ แฮทฟิลด์ (Hatfield. 1987 : 3-29) รายงานผลการสำรวจสภาพความเดือดร้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 89 ราย พบว่าร้อยละ 27 ของญาติเห็นว่า การเจ็บป่วยทางจิตก่อให้เกิดความยุ่งยากกับบรรดาพี่ ๆ น้อง ๆ ของผู้ป่วย ร้อยละ 20 ของญาติ เห็นว่า ทำให้ชีวิตสมรสของบิดามารดาของผู้ป่วยเองสิ้นคลอน รวมทั้งทำให้ชีวิตในสังคมของครอบครัวยุ่งเหยิง ในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย เครียร์และวิง (Creere and Wing. 1975 : 73-82) ได้เสนอผลการวิจัยว่า ญาติเห็นว่าการขาดการดูแลเอาใจใส่ดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นก่อให้เกิดความเดือดร้อนกับญาติมากกว่า การที่ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ทำให้อาการเกิดความรู้สึกอับอาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ต.สกุล (2524 : บทคัดย่อ) ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล พบว่า สิ่งแวดล้อมทางครอบครัวมีอิทธิพลต่อการกลับมารักษาซ้ำ ปัจจัยสำคัญคือ ความไม่เข้าใจและการไม่ยอมรับของญาติ เห็นว่าเป็นภาระและความลำบากในการดูแล เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน และผลจากการเจ็บป่วยทำให้กระทบกระเทือนต่อความสัมพันธ์ในครอบครัวและเศรษฐกิจ ญาติเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม เป็นเรื่องที่น่าอับอายและเป็นปมด้อย การที่ครอบครัวให้การสนับสนุนทางสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช ให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด จึงถือเป็นจุดมุ่งหมายและหัวใจสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชใน

ชุมชน ก่อให้เกิดผลดี ทั้งด้านตัวผู้ป่วยจะทำให้เกิดความมั่นใจ กล้าเผชิญกับสภาพความเป็นจริง มีอาการทางจิตดีขึ้น และสามารถอยู่กับครอบครัว ชุมชนได้นานขึ้น ทางด้านครอบครัว ก่อให้เกิดความรัก ความเข้าใจ และการยอมรับกันมากขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับสมาชิกในครอบครัว ช่วยลดภาระเศรษฐกิจของครอบครัวในส่วนของค่ารักษาพยาบาล ค่าเดินทาง เป็นต้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตดีขึ้นบางรายสามารถทำงานหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวได้อีกด้วย จากการศึกษาของ มุชแลนแคมป์และเซเลส (Muhlenkamp and Sayles . 1986 : 338-344) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมทำให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง และทำให้มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้สูงขึ้น และจากการศึกษาของ สมจิต หนูเจริญกุล และคนอื่น ๆ (2534) เรื่องผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตและความรู้สึกไม่แน่นอนในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับรังสีรักษา ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ วัชรนิหัตถพนม และคนอื่น ๆ (2529 : บทคัดย่อ) เรื่อง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 63.99 ที่ผู้ป่วยขาดยา เนื่องจากญาติเข้าใจว่าโรคจิตรักษาหายขาดได้ ทั้งที่ส่วนใหญ่ได้รับคำแนะนำให้มารับยาหลังยามด แต่ยังคงมีความเชื่อว่า โรคจิตสามารถรักษาได้ด้วยความร่วมมือของครอบครัว จากผลการวิจัยนี้เป็นข้อมูลยืนยันได้ว่า การเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับไปสู่ชุมชน เป็นสิ่งจำเป็นอย่างมากในการที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาทักษะของตนเอง จนสามารถพึ่งตนเองได้ และอยู่ในชุมชนอย่างปกติสุขได้นานที่สุด เช่นเดียวกับแนวคิดในประเทศแคนาดา ที่ให้ความสำคัญกับครอบครัวและสมาชิกในครอบครัวมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ดังนั้น การที่ครอบครัวให้แรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเหมาะสม น่าจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความสามารถในการดูแลตนเอง ในทำนองเดียวกัน เมื่อผู้ป่วยมีความสามารถดูแลตนเองได้เพิ่มมากขึ้น น่าจะทำให้ผู้ป่วยได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวเพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ โอเร็ม ยังได้กล่าวถึงปัจจัยพื้นฐานต่าง ๆ (Basic conditioning factor) ที่มีส่วนส่งเสริมในการดูแลตนเอง ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม วัฒนธรรมนิยมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต (มณฑนา เจริญกุล. 2534 : 6 ; อ้างอิงมาจาก Orem. 1985) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงได้เลือกศึกษาปัจจัยพื้นฐานบางประการร่วมด้วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะของโรค

จากการศึกษาสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 1,300 เตียง มีหน้าที่รับผิดชอบในด้านการบำบัดรักษา การ

ส่งเสริมป้องกันการฟื้นฟูสมรรถภาพ และดูแลติดตามผลการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นและมีแนวโน้มที่จะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยเก่าที่เคยมารับการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว จากสถิติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ปี 2532 - 2537 มีจำนวนผู้ป่วยเก่าและใหม่ดังปรากฏตามตาราง 1

ตาราง 1 จำนวนผู้ป่วยใหม่และผู้ป่วยเก่าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 - 2537

พ.ศ.	ผู้ป่วยใหม่ (จำนวนคน)	ผู้ป่วยเก่า (จำนวนคน)	รวม (จำนวนคน)
2532	867	1,427	2,294
2533	921	1,629	2,550
2534	985	1,605	2,590
2535	962	1,616	2,578
2536	1,012	1,632	2,644
2537	1,134	1,639	2,773
รวม	5,881	9,548	15,429

ที่มา : งานสถิติโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. 2538.

จากตาราง 1 แสดงว่าจำนวนผู้ป่วยเก่ากลับมารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยใหม่ บางรายก็กลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง และมีผลกระทบต่อโรงพยาบาลทั้งด้านงบประมาณและจำนวนเตียงที่มีจำกัด โรงพยาบาลจึงจำเป็นต้องจำหน่ายผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตดีขึ้นให้กลับไปอยู่บ้าน ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่บ้านผู้ป่วยจึงต้องดูแลตนเอง เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมให้ยาวนานที่สุด และครอบครัวก็มีหน้าที่สำคัญในการให้ความช่วยเหลือ ประคับประคองให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาถึง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเป็นแนวทางที่จะนำมาปรับปรุงการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น นอกจากนั้นผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเสนอแนะแนวทางให้

หน่วยงานของรัฐนำมากำหนดนโยบายในการให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยด้วย เพื่อเป้าหมายสูงสุดให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและสังคมของตนเองได้ตามอัธยาศัยและไม่เป็นภาระแก่ผู้อื่นต่อไป

### ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะของโรค กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

### ความสำคัญของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ได้ทราบและตระหนักถึงความสำคัญของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช และนำผลการวิจัยไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม
2. เพื่อเป็นแนวทางในการจัดบริการการรักษาพยาบาลของโรงพยาบาลส่วนสาธารณสุข และสถานบริการทางสุขภาพจิตอื่น ๆ
3. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผน ติดตามเยี่ยมบ้าน ให้คำแนะนำ และการช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางจิตอย่างต่อเนื่อง
4. เพื่อนำข้อมูลพื้นฐานมาใช้ในการวางแผนทางในการพัฒนาบริการสุขภาพจิตในด้านส่งเสริมฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเวช
5. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในประเด็นอื่น ๆ ต่อไป

### ข้อตกลงเบื้องต้น

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตกลุ่มใดก็ได้ ที่มาติดตามรับการรักษา (Follow up) ในแผนกผู้ป่วยนอก และมีคุณสมบัติอยู่ในเกณฑ์ตามที่กำหนดไว้

2. การประเมินอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช ใช้แบบทดสอบมาตรฐานของกองสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

### ขอบเขตของการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว รวมทั้ง ปัจจัยพื้นฐานบางประการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะของโรค กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

#### 1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และครั้งนี้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวนเฉลี่ย 3,473 คน/เดือน

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และครั้งนี้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 145 คน/เดือน ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง คือ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และครั้งนี้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก ที่มีระดับอาการและพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ 4 และ 5 โดยการใช้แบบประเมินอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช กองสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ประเมินผู้ป่วยจิตเวชเป็น 5 ระดับ ได้แก่

- ระดับที่ 1 คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และรบกวนความสงบผู้อื่น
- ระดับที่ 2 คือ ผู้ป่วยที่อยู่ตามลำพัง ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร และช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
- ระดับที่ 3 คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง
- ระดับที่ 4 คือ ผู้ป่วยที่ไม่พึ่งคนอื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้
- ระดับที่ 5 คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้

#### 2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

2.1 ตัวแปรอิสระ (Independent Variables) ได้แก่

2.1.1 ปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่

- เพศ

- อายุ
- สถานภาพสมรส
- ระดับการศึกษา
- รายได้
- อาชีพ
- ระยะของโรค

### 2.1.2 แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

2.2 ตัวแปรตาม (Dependent Variables) ได้แก่ การดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยจิตเวช

#### คำนิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ป่วยจิตเวช** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิต ทุกเพศ ทุกวัย และเคยได้รับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลส่วนสราญรมย์ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป
2. **การดูแลตนเอง** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองของบุคคลที่จะสนองต่อความดูแลตนเองโดยทั่วไปที่ได้ปรับตามลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อคงไว้ซึ่งโครงสร้างการทำหน้าที่พัฒนาการและความผาสุก
3. **ครอบครัว** หมายถึง ผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันกับผู้ป่วยซึ่งอาจเป็นความสัมพันธ์ทางสายโลหิตหรือทางกฎหมาย อาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกัน และมีบทบาทในครอบครัวในฐานะต่าง ๆ เช่น บิดา มารดา บุตร สามี ภรรยา พี่น้อง เป็นต้น
4. **แรงสนับสนุนทางสังคม** หมายถึง ความช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ การให้ความเชื่อมั่น การแนะนำ การให้ความรู้แก่บุคคลอื่น หรือการประสานสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยจิตเวชกับบุคคลในครอบครัว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าและรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการ และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ได้รับการยอมรับนับถือ ความรัก ความนิยมน การดูแลเอาใจใส่จากบุคคลในครอบครัว
5. **ปัจจัยพื้นฐาน** หมายถึง ปัจจัยเฉพาะที่แสดงถึงคุณสมบัติของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ  
ได้แก่

#### 5.1 เพศ แบ่งเป็น

1. ชาย

## 2. หญิง

5.2 อายุ หมายถึง อายุเต็มของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ แบ่งเป็น 5 ระดับ โดยใช้หลักเกณฑ์ของจิตวิทยาพัฒนาการ (สุมิย์ ชิระคากร. 2526 : 121-251) ได้แก่

1. 14 - 20 ปี
2. 21 - 40 ปี
3. 41 - 60 ปี
4. มากกว่า 60 ปี

5.3 สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพทางการสมรสในปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ (พัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา และคนอื่น ๆ. 2520 : 294) แบ่งเป็น

1. โสด
2. คู่
3. หม้าย
4. หย่าร้าง / แยกกันอยู่

5.4 ระดับการศึกษา หมายถึง ระดับการศึกษาสูงสุดของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2537 : 179) แบ่งเป็น

1. ต่ำกว่าประถมศึกษา
2. ประถมศึกษา
3. มัธยมศึกษา
4. อุดมศึกษา

5.5 รายได้ หมายถึง สภาพรายได้ต่อเดือนของผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2536 : 45) แบ่งเป็น

1. ต่ำกว่า 3,000 บาท
2. 3,001 - 8,000 บาท
3. 8,001 - 20,000 บาท
4. มากกว่า 20,000 บาท

5.6 อาชีพ หมายถึง อาชีพที่ทำรายได้ให้กับผู้ป่วยจิตเวชที่มาใช้บริการ

(สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2535 : 2) แบ่งเป็น

1. ไม่ประกอบอาชีพ หมายถึง ผู้ที่ไม่มีรายได้ในการประกอบอาชีพ
2. เกษตรกรรม หมายถึง ผู้ทำงานเกษตรในไร่นา ทำสวน หรือ เลี้ยงสัตว์ เพื่อจำหน่าย
3. ค้าขาย หมายถึง ผู้ประกอบการค้าทุกชนิด
4. รับจ้าง หมายถึง ผู้ที่ทำงานโดยได้รับค่าจ้างจากนายจ้างซึ่งไม่ใช่  
หน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ
5. รับราชการ หมายถึง ผู้ที่ทำงานในหน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ  
รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศโดยได้รับค่าจ้าง
6. ธุรกิจส่วนตัว หมายถึง ผู้ประกอบธุรกิจของตนเอง หรือได้ดำเนินการ  
ร่วมกับผู้อื่นให้รูปของห้างหุ้นส่วนโดยหวังผลกำไร หรือ ส่วนแบ่ง และไม่จ้างบุคคลอื่นมาทำงาน  
ในฐานะลูกจ้าง

5.7 ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มมีอาการจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ (สมภพ เรืองตระกูล และคนอื่น ๆ. 2536 : 79)  
แบ่งเป็น

1. ต่ำกว่า 6 เดือน
2. 6 เดือน - 2 ปี
3. มากกว่า 2 ปี

## บทที่ 2

### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ในการศึกษาเกี่ยวกับ ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยได้ศึกษา เอกสารที่เกี่ยวข้องกับแนวความคิด ความหมายและประเภทของแรงสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ในผู้ป่วยจิตเวช แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ลักษณะสำคัญของการดูแลตนเอง โดยทั่วไป การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ตลอดจนการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้าทั้งในต่างประเทศและในประเทศไทย ดังมีรายละเอียดตามลำดับดังต่อไปนี้

#### เอกสารที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

##### แนวความคิดเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

ความสัมพันธ์ของมนุษย์ในสังคมมีลักษณะเป็นเครือข่ายที่ต้องการพึ่งพาอาศัยซึ่งกัน และกัน ทั้งนี้เพื่อให้บรรลุความต้องการของตนในด้านสรีรวิทยาและจิตสังคม โดยเฉพาะ ในภาวะที่บุคคลมีการเจ็บป่วยหรือช่วยเหลือตนเองได้จำกัด การพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน เป็นแรงสนับสนุนทางสังคม (จริยาวัตร คมพชัยค์. 2531 : 96) จากการศึกษาวิจัยมากมายพบว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรทางจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย (Tilden. 1985 : 199) และเป็นสิ่งที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพ (Linsey. 1988 : 107) โดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะเกิดความเจ็บป่วย เพราะบุคคลต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนจากบุคคลต่าง ๆ ในครอบครัว และสังคม เพื่อให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นความเครียดที่รุนแรงในชีวิต นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคม ทำหน้าที่เหมือนกันชน (Buffer) เป็นแหล่งช่วยสนับสนุนให้บุคคลเผชิญกับความเครียดได้ดี และยังช่วยให้มีความต้านทานโรคได้ดีขึ้นด้วย (Davis. 1990 : 69 ; citing Broadhead and others. 1983 ; Mullis and Byers. 1987 : 16 ; citing Dean. 1977) บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอ จะช่วยลดความเครียด สามารถปรับตัวได้ถูกต้องเหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยที่ดี (Weinert and Tilden. 1990 : 212 ; citing Weinert and Tilden. 1987.)

ความหมายและประเภทของการสนับสนุนทางสังคม ได้มีผู้ให้ความหมายไว้มากมาย ซึ่งมีทั้งส่วนที่คล้ายคลึงกัน และแตกต่างกัน แต่มีองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน เช่น

✓ คอบบ์ (Cobb. 1976 : 300) ให้ความหมายแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการที่บุคคลได้รับข้อมูล ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณมีบุคคลที่ให้ความรัก ความเอาใจใส่ เห็นคุณค่ายกย่อง และยอมรับว่าคุณเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และแบ่งแรงสนับสนุนทางสังคม ออกเป็น การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional support) การสนับสนุนความรู้สึกมีคุณค่า (Esteem support) และการสนับสนุนให้มีส่วนร่วมในสังคม (Socially support)

✓ พิลิสุก (Pilisuk. 1982 : 25) ให้คำนิยาม แรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุ สิ่งของ การให้ความเชื่อมั่นที่ทำให้บุคคลมีความรู้สึกว่าตนเป็นที่ยอมรับของสังคม มีความรู้สึกมั่นคงและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 396) ให้ความหมายว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ การเป็นที่รักและนับถือ รวมทั้งการมีคุณค่าเป็นที่ต้องการสำหรับบุคคลหนึ่ง แต่ไม่รวมถึงการที่บุคคลจะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพื่อบุคคลอื่น ๆ

✓ มอสส์ (Pender. 1987 : 396 ; citing Moss. 1973) ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่าเป็นการบอกถึงความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ การได้รับการยอมรับ และเป็นที่ต้องการ ได้รับความรัก การยอมรับนับถือและให้คุณค่า และตนเองปฏิบัติต่อบุคคลอื่นเช่นเดียวกัน

✓ ไวส์ (เสาวภา วิชาวิท. 2534 : 49-50 ; อ้างอิงมาจาก Weiss. 1974) ได้ให้ความหมายของแรงสนับสนุนทางสังคมว่า เป็นความรู้สึกภูมิใจ หรือ พึงพอใจต่อความต้องการทางสังคม จากความสำเร็จในสัมพันธภาพ ทั้งนี้ ย่อมต้องอาศัยปัจจัยบางประการ เช่น

1. การมีส่วนร่วมในสังคม (Social integration) ทำให้บุคคลมีโอกาสผูกมิตรกัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมด้วยกัน ทำให้มีการแลกเปลี่ยนด้านข้อมูลข่าวสาร ประสบการณ์และความคิด การที่บุคคลขาดการมีส่วนร่วมในสังคม จะทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกว่าถูกแยกออกจากสังคม และเป็นผลให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ความสัมพันธ์เช่นนี้มีกพบในกลุ่มเพื่อน

2. ความเชื่อมั่นในการเป็นมิตรที่ดี (A sense of reliable alliance) ความรู้สึกเช่นนี้ได้มาจากครอบครัวหรือเครือญาติ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนต่างคาดหวังว่าจะได้รับความช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างต่อเนื่อง ถ้าขาดความรู้สึกเช่นนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกขาดความมั่นคงและถูกทอดทิ้ง

3. การได้รับการชี้แนะ (The obtaining of guidance) เป็นความต้องการในช่วงที่บุคคลเผชิญกับความเครียดหรือภาวะวิกฤต ทำให้ต้องการคำปลอบใจ คำแนะนำจากบุคคลที่ตนศรัทธาและเชื่อมั่น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองจะทำให้รู้สึกสิ้นหวัง

4. โอกาสในการอบรมเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่น (Opportunity for nurturance) ได้แก่ การที่บุคคลมีความรับผิดชอบในการเลี้ยงดูหรือให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นให้มีความสุข ซึ่งทำให้รู้สึกว่าคุณเองเป็นที่ต้องการของบุคคลอื่น ถ้าหากไม่ได้ทำหน้าที่นี้ ทำให้รู้สึกว่าชีวิตไม่มีความหมาย

5. การส่งเสริมให้มั่นใจในคุณค่าแห่งตน (Reassurance of worth) ได้แก่ การที่บุคคลได้รับการเคารพยกย่อง และชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาททางสังคมอันเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในครอบครัวและผู้ร่วมงาน ถ้าได้รับการส่งเสริมจะทำให้บุคคลรู้สึกว่าคุณเองมีคุณค่า

6. ความรักใคร่ผูกพัน (Attachment or intimacy) เป็นความรู้สึกมีมั่นคงปลอดภัย มีคนรักและเอาใจใส่ ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับจากคู่สมรสและเพื่อนสนิท ถ้าขาดการสนับสนุนทางสังคมชนิดนี้ จะทำให้บุคคลรู้สึกอ้างว้าง โดดเดี่ยว

✓ คาร์น (เจลี เจริญสรรพ. 2538 : 14 ; อ้างอิงมาจาก Kahn. 1979) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดมุ่งหมายระหว่างบุคคล ซึ่งอาจทำให้เกิดสิ่งเหล่านี้ขึ้นหนึ่งหรือมากกว่าหนึ่ง คือ ความผูกพันทางอารมณ์และความคิด การยืนยันรับรอง พฤติกรรมของกันและกัน การให้ความช่วยเหลือโดยการให้สิ่งของหรือความช่วยเหลือโดยตรง ความช่วยเหลือเหล่านี้อาจเป็น วัตถุ เงินทอง ข้อมูลข่าวสาร หรือเวลา

บาร์วีร์ (Brown. 1986 : 4 ; citing Barrera. 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยให้สิ่งของ แรงงาน การให้คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร การให้ข้อมูลย้อนกลับและการมีส่วนร่วมทางสังคม

✓ เฮาส์ (Brown. 1986 : 5 ; citing House. 1981) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งประกอบด้วยการสนับสนุน 4 ด้านคือ

1. การสนับสนุนด้านความรัก การเห็นคุณค่า การได้รับการดูแลความไว้วางใจ รู้สึกเป็นห่วง และการยอมรับฟังความคิดเห็น
2. การได้รับความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน
3. การได้รับความช่วยเหลือด้าน ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งเป็นข้อมูลเกี่ยวกับข้อแนะนำที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหา

4. การได้รับการสนับสนุนด้านการประเมินค่าเป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเรียนรู้ตัวเอง หรือประเมินตัวเอง การให้ข้อมูลย้อนกลับตลอดจนเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็น

✗ ทอยส์ (Thoits. 1982 : 147) ได้อธิบายถึงแรงสนับสนุนทางสังคมไว้ว่าเป็นระดับของความต้องการพื้นฐานทางสังคม (Basic social needs) ของบุคคลซึ่งเกิดจากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในกลุ่มสังคม และได้แบ่งประเภทการสนับสนุนตามลักษณะของความจำเป็นพื้นฐานทางสังคม ไว้เป็น 2 ประเภท คือ

1. การช่วยเหลือด้านอารมณ์และสังคม (Socio - emotional aid) ได้แก่

การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนมผูกพัน การได้รับการดูแลเอาใจใส่ การได้รับการยกย่องและเห็นคุณค่า และมีความรู้สึกแห่งการเป็นเจ้าของสิ่งควมส่วนรวม ตลอดจนมีความรู้สึกปลอดภัย

2. การช่วยเหลือด้านสื่อและสิ่งของเครื่องใช้ (Instrumental aid) ได้แก่ การได้รับคำแนะนำด้านข่าวสาร ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ ตลอดจนการได้รับความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง

✧ ฟาร์เบอร์ (Farber. 1983 : 156) ได้อธิบายไว้ว่า ระบบการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ประกอบด้วยความคิดเห็นระหว่างบุคคลที่สามารถให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกันทั้งทางอารมณ์ (Emotion) และทรัพยากรอื่น ๆ และ ฟาร์เบอร์ ยังได้อธิบายลักษณะของการสนับสนุนทางสังคมไว้ดังนี้คือ

1. การสนับสนุนทางด้านสังคมและอารมณ์ (Socioemotional support) หมายถึง การได้รับความสนใจ กำลังใจ การยอมรับ การพบปะสังสรรค์ ความสนิทสนม

2. การสนับสนุนทางการเงินและสิ่งของเครื่องใช้ (Financial and instrument aid) หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน รวมทั้งสิ่งของเครื่องใช้

3. การได้รับคำแนะนำแก้ไข้ปัญหา (Information aid) หมายถึง การได้รับคำแนะนำแก้ไข้ปัญหาทั้งทางด้านการทำงานและเรื่องส่วนตัว

✓ แมกไควร์ (Mcquire. 1983 : 51) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมไม่ใช่การรักษาโดยตรง แต่เป็นความรู้สึก เป็นเจตคติ เป็นภริยาที่แสดงออกมาถึงความสนใจเมตตากรุณาที่ได้รับจากเพื่อน ญาติพี่น้อง ผู้ร่วมงาน เมื่อบุคคลเหล่านี้มารวมกัน หรือประสานกัน โดยมีจุดประสงค์ในการให้ความช่วยเหลือ ก็จะเป็นการเกิดเครือข่ายของการสนับสนุนทางสังคม

✧ เชนเฟอร์ และคนอื่น ๆ (Brown. 1986 : 5 ; citing Schaefer and others. 1983) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ด้าน คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ความผูกพัน ความอบอุ่นใจ และความรู้สึกเชื่อมั่นและไว้วางใจ

2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำในการแก้ไข้ปัญหาหรือการให้ข้อมูลป้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรมและการกระทำของบุคคล

3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง หรือ บริการ

✧ ทิลเด็น (เสาวภา วิจิตรวาทิ. 2534 : 53-54 ; อ้างอิงมาจาก Tilden. 1985) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างที่นำไปสู่การส่งเสริมสัมพันธ์ภาพและพฤติกรรมระหว่างบุคคล

✧ ฮับบาร์ด และคนอื่น ๆ (Hubbard and others. 1986 : 128) กล่าวถึงแนวความคิดต่าง ๆ ของผู้ที่ศึกษาเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม โดยสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นโครงสร้างหลายมิติ ซึ่งประกอบด้วย การติดต่อสื่อสารในด้านดี ทำให้มีความรู้สึกผูกพันเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกันโดยคำนึงถึงแหล่งที่มาของการสนับสนุนด้วย

✧ แมคโดเวล และ นิวเวล (Mcdowell and Newell. 1987 : 155) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม หมายถึง กลุ่มบุคคลที่ผู้ป่วยให้ความไว้วางใจ เป็นกลุ่มบุคคลที่ผู้ป่วยสามารถไว้วางใจได้ และเป็นกลุ่มบุคคลที่ทำให้เขารู้สึกว่าได้รับการดูแลเอาใจใส่และให้คุณค่า เขาเช่นบุคคลคนหนึ่ง

✧ บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์ (2528 : 172) กล่าวว่า หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคมจะต้องมีองค์ประกอบดังต่อไปนี้

1. จะต้องมีการสื่อสารระหว่างผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม
2. ลักษณะของการติดต่อสื่อสารจะต้องประกอบด้วย
  - 2.1 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" เชื่อว่ามีคนสนใจเอาใจใส่ มีความรักและความหวังดีในตนเองอย่างจริงจัง
  - 2.2 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม
  - 2.3 ข้อมูลข่าวสารมีลักษณะที่ทำให้ "ผู้รับ" เชื่อว่า เขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้
3. ประโยชน์นำเข้าของการสนับสนุนอาจอยู่ในรูปข้อมูลข่าวสารวิสัยทัศน์ของหรือจิตใจ
4. จะต้องช่วยให้ "ผู้รับ" ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ

✓ สมจิต หนูเจริญกุล (2531 : 47) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นการปฏิบัติการช่วยเหลือในด้านร่างกายและจิตใจ การแนะนำ หรือการให้ความรู้แก่บุคคลอื่น ตลอดจนการจัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสม เพื่อช่วยการส่งเสริมพัฒนาการของแต่ละบุคคล

สรุปได้ว่า แรงสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคลที่แสดงออกถึง ความสนใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดความรู้สึกผูกพัน เชื่อว่ามีคนรักและสนใจ มีคนยกย่องและมองเห็นคุณค่า เป็นส่วนหนึ่งของสังคม เป็นความพอใจต่อความจำเป็นพื้นฐานทางสังคมที่ได้รับจากการติดต่อสัมพันธ์กับคนในกลุ่มสังคม

✧ กลุ่มสังคมที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมมี 2 ส่วน คือ ส่วนที่เป็นรูปร่าง (Morphologic) ซึ่งประกอบด้วย ขนาด ความหนาแน่น การรู้จักกันของสมาชิกในกลุ่ม และขั้นตอนที่จำเป็นในการติดต่อกับสมาชิกในกลุ่ม ซึ่งทำให้มองเห็นโครงสร้างของกลุ่มสังคม อีกส่วนหนึ่งก็คือ เกณฑ์หรือคุณสมบัติในการติดต่อสัมพันธ์กันในกลุ่มสังคม

กลุ่มบุคคลในระบบสนับสนุนทางสังคม แบ่งเป็น 5 ระบบคือ (Pender, 1987 : 396-397)

1. ระบบการสนับสนุนตามธรรมชาติ (Natural support system) ได้แก่ แหล่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ญาติพี่น้อง ซึ่งถือว่ามีค่ามากที่สุดต่อผู้ป่วย (Jones and Dimond, 1982 : 12) เพราะครอบครัวมีบทบาทสำคัญต่อผู้ป่วยตั้งแต่วัยเด็ก เพราะเป็นแหล่งที่ถ่ายทอดค่านิยม ความเชื่อ แบบแผนพฤติกรรม การปฏิบัติสัมพันธ์และประสบการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต อันจะเป็นเครื่องมือสำคัญในการสนับสนุนผู้ป่วย

2. ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน (Peer support system) เป็นการสนับสนุนที่ผู้ป่วยได้รับจากบุคคลซึ่งมีประสบการณ์ มีความชำนาญในการที่จะค้นคว้าหาความต้องการ และสามารถติดต่อชักจูงผู้ป่วยได้โดยง่าย เป็นเหตุให้บุคคลซึ่งประสบความสำเร็จและสามารถปรับตัวได้อย่างดีในสถานการณ์ที่เลวร้ายต่าง ๆ ในชีวิตได้

3. ระบบสนับสนุนด้านศาสนาหรือแหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ (Religious organizations or denominations) เป็นแหล่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการพบปะแลกเปลี่ยนความเชื่อ ค่านิยม คำสอน คำแนะนำเกี่ยวกับวิถีการดำรงชีวิต และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ ได้แก่ พระ นักบวช หมอสอนศาสนา กลุ่มผู้ปฏิบัติธรรม ฯลฯ

4. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ (Health professional support system) เป็นแหล่งการสนับสนุนเป็นแห่งแรกที่จะให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งจะมีค่าสำคัญต่อเมื่อการสนับสนุนที่ได้รับจากครอบครัว เพื่อนสนิท และกลุ่มเพื่อน ไม่เพียงพอ

5. ระบบการสนับสนุนจากกลุ่มวิชาชีพอื่น ๆ (Organized support system not directed by health professionals) เป็นการสนับสนุนจากกลุ่มบริการอาสาสมัครกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (Self help groups) เป็นกลุ่มที่เป็นสื่อกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ในทางที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ในชีวิต เช่น ปัญหาความเจ็บป่วยเรื้อรัง ปัญหาความเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายของชีวิต หรือ ปัญหาการเป็นสมาชิกที่พิการของครอบครัว

✓ การสนับสนุนทางสังคมแบ่งเป็นสามระดับ การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่เล็กที่สุดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นภายใต้ระบบหรือระบบย่อย (Subsystem) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับบุคคลอื่น การสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับถัดมาคือ การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ (System) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับกลุ่มบุคคลที่อยู่ในสังคมเดียวกันหรือระหว่างบุคคลกับองค์กรต่าง ๆ ที่ทำหน้าที่ให้ความช่วยเหลือ ส่วนการสนับสนุนทางสังคมที่อยู่ในระดับที่ใหญ่ที่สุด คือ การสนับสนุนที่เกิดขึ้นเหนือระบบ (Supra-system) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสังคมอื่นที่อยู่ในชุมชน (ลาวดี มโนหาญ, 2536 : 16 ; อ้างอิงมาจาก Phillips, 1991) การสนับสนุนทางสังคมที่เกิดขึ้นในระดับระบบ จะ

มีลักษณะไม่เป็นทางการ ต่างจากการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากองค์กรต่าง ๆ หรือ กลุ่มบุคคลในสังคมอื่น ๆ ซึ่งจะมีลักษณะเป็นทางการ แต่ถ้าแบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกตามแหล่งที่ให้การสนับสนุน จะแบ่งได้สองชนิดคือ การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากบุคคลในครอบครัวและภายนอกครอบครัว

✓เคน (Kane. 1988 : 18-24) กล่าวว่า ครอบครัวเป็นระบบเปิดที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จะมีการประสานสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัวด้วยกันและระหว่างบุคคลในครอบครัวกับบุคคลภายนอกครอบครัวหรือองค์กรต่าง ๆ อยู่เสมอ การสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลในครอบครัวได้รับมาจากบุคคลในครอบครัวตนเองและบุคคลภายนอกครอบครัว ประกอบไปด้วยการช่วยเหลือในด้านสิ่งของและบริการ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ และการให้ข้อมูลข่าวสาร ถ้าการสนับสนุนทางสังคมที่บุคคลได้รับจากบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวไม่เพียงพอ บุคคลจะมีการประสานสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัวหรือองค์กรต่าง ๆ เพื่อรับการสนับสนุนทางสังคมที่ต้องการ สอดคล้องกับแนวคิดของ นอร์เบค (Norbeck. 1981 : 43-58) ซึ่งเชื่อว่าสังคมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจะเป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาและส่งเสริมสุขภาพของร่างกาย การสนับสนุนทางสังคมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลในเครือข่ายของสังคมที่มีต่อแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาและเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อม

✓การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวขึ้นอยู่กับปัจจัยสำคัญสองประการคือ ลักษณะของครอบครัว (Family characteristic) และลักษณะของปฏิสัมพันธ์ของครอบครัว (Interactional characteristic) โดยลักษณะของครอบครัวจะเป็นข้อมูลทั่วไปของครอบครัว พิจารณาได้จากจำนวนสมาชิกในเครือข่ายสังคม (Social network) ของครอบครัว ชนิดของความสัมพันธ์ในเครือข่ายสังคมของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวและเครือข่ายของครอบครัว ความยืดหยุ่น (Flexibility) ของโครงสร้างครอบครัว ความคล้ายคลึงกันระหว่างครอบครัว และเครือข่ายสังคมของครอบครัว พื้นฐานความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและเครือข่ายสังคมของครอบครัว และระยะพัฒนาการของครอบครัว ส่วนลักษณะของปฏิสัมพันธ์ภายในครอบครัวเป็นองค์ประกอบสำคัญที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการและแนวทางของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยความถี่ของปฏิสัมพันธ์ คุณภาพของข่าวสารที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิภาพของการให้คำแนะนำและการตอบสนองที่บุคคลในครอบครัวอาจได้รับจากเครือข่ายสังคมของครอบครัว คุณภาพและความเชื่อถือได้ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว คุณภาพและความเชื่อถือได้ของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในครอบครัว และระหว่างบุคคลในครอบครัวกับเครือข่ายสังคมของครอบครัว (Kane. 1988 : 18-24)

กิตติพันธ์ นนทปัทมะคุลย์ (2529 : 27-28) กล่าวว่า ครอบครัวที่มีคุณภาพในการตระหนักถึงคุณค่าของความสัมพันธ์ในสมาชิกครอบครัว ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคม

## 6 ประการ คือ

1. การชื่นชมคุณค่าของคนในครอบครัว การแสดงความพึงพอใจ ชื่นชม การตระหนักถึงคุณค่าซึ่งกันและกัน เปรียบเสมือนพื้นฐานของความอบอุ่น และความมั่นคงในครอบครัว ยิ่งไปกว่านั้นยังเป็นการหล่อหลอมสมาชิกของสังคม

2. การมีเวลาอยู่ร่วมกัน ร่วมทำกิจกรรมที่ทุกคนพอใจ เช่น การรับประทานอาหาร การสนุกสนานรื่นเริง การทำงาน การออกกำลังกาย การทัศนศึกษา ร่วมกัน เป็นต้น

3. การมีพันธะต่อความสุขและสวัสดิภาพของครอบครัวร่วมกัน คนในครอบครัวรู้สึกเป็นพันธะที่ต้องส่งเสริมให้สมาชิกคนอื่นในครอบครัวได้มีความสุข และมีสวัสดิภาพที่ดี เป็นการห่วงใยกันและกันอย่างแท้จริง

4. การติดต่อสื่อสารระหว่างกันเป็นอย่างดี ครอบครัวทั่ว ๆ ไป มักมีปัญหา คือ ไม่ค่อยมีเวลาพูดคุยกัน สมาชิกในครอบครัวควรเป็นผู้ฟังที่ดี มีความไว้วางใจต่อกัน ร่วมรับรู้ความรู้สึกของกันและกัน และพยายามหาทางเลือก ทางแก้ไขที่ดีที่สุดสำหรับทุกคน เช่น เดียวกับ เบญจพร ปัทมาสง (2537 : 88-93) กล่าวว่า วิธีการสื่อสารมี 2 รูปแบบ คือ การพูดเพื่อสื่อสารข้อมูลต่าง ๆ โดยตรง กับการใช้ภาษาทาง ภาษาท่าทาง เช่น การประสานสายตา สีหน้าท่าทาง น้ำเสียง การวางตัว จังหวะการพูด ที่แสดงการให้เกียรติซึ่งกันและกันจะทำให้เกิดความรู้สึกผูกพันรักใคร่ เอื้ออาทรต่อกัน ช่วยแก้ปัญหาาร่วมกันต่อไป

5. การมีศรัทธาต่อศาสนาอย่างแรงกล้า การมีกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสติ มีความอดทนร่วมกัน มีการให้อภัยต่อผู้อื่นสูง ระวังความโกรธได้เร็ว และรู้จักที่จะช่วยเหลือผู้อื่นในสังคม ซึ่งเป็นพื้นฐานของความรับผิดชอบต่อสังคมส่วนรวมด้วย

6. การมีสมรรถนะจัดการกับวิกฤตการณ์ในครอบครัวได้อย่างดี เป็นการศักดิ์กัน และป้องกันปัญหาสังคมได้อย่างดี จะทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความมั่นใจ และไว้วางใจต่อกัน

✓ เพนเดอร์ (Pener. 1987 : 398) ได้สรุปประโยชน์ของการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อภาวะสุขภาพ และความเป็นปกติสุขของบุคคลได้ดังนี้

1. ช่วยในการส่งเสริมการเจริญเติบโตโดยเพิ่มการมีคุณค่าในตนเอง และทำให้บุคคลนั้นมีความเป็นปกติสุข

2. ลดเหตุการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียดในชีวิต

3. ช่วยรับรองยืนยันว่าการกระทำนั้นจะทำให้บุคคลมีส่วนร่วม และเป็นที่ต้องการของสังคม

4. ช่วยลดผลที่ได้รับในด้านลบ เช่น ลดเหตุการณ์ที่ตึงเครียดโดยจะมีผลต่อการแปลเหตุการณ์และการตอบสนองทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังช่วยลดการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

✓ สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้ยึดหลักแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมตามมโนทัศน์ ของ คอบบี เชฟเฟอร์ และคนอื่น ๆ เพราะเมื่อพิจารณาในแต่ละด้านจะเห็นว่าครอบคลุมการตอบ

สนองต่อความจำเป็นพื้นฐานด้านความรู้ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การได้รับความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม การดูแลเอาใจใส่ ความรู้สึกผูกพัน เชื่อมั่น และไว้วางใจซึ่งกันและกัน
2. การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การมีกิจกรรมร่วมกันในสังคม มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
3. การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน และแรงงาน หมายถึง การได้รับความช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของผู้ป่วยจิตเวช ในเรื่องสิ่งของ เครื่องใช้ เงินทอง และแรงงาน
4. การสนับสนุนด้านข้อมูล ข่าวสาร หมายถึง การได้รับข้อมูลข่าวสาร หรือ คำแนะนำเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการดูแลสุขภาพ ตลอดจนข้อเสนอแนะและการป้องกันต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวช และปัญหาอื่น ๆ ในชีวิตได้

No การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในผู้ป่วยจิตเวช ผลของแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพจิต ช่วยให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสังคม จากการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม ซึ่งถือว่าเป็นแหล่งที่จะให้การสนับสนุนบุคคลสามารถเผชิญ และตอบสนองภาวะเครียดได้ในระยะเวลารวดเร็วขึ้น (Thoits. 1982 : 147) หรือเป็นการป้องกัน (Protective effect) ไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ (เสาวภา วิจิตวาทย์. 2534 : 56 ; อ้างอิงมาจาก Macquire. 1983)

ในประเทศแคนาดา ได้มีการเปลี่ยนแปลงแนวทางการรักษาผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตมาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1963 โดยมีแนวคิดในการดำเนินการดังนี้

1. โรงพยาบาลจิตเวชระดับจังหวัดจะรับผู้ป่วยเฉพาะรายที่มีอาการรุนแรงเท่านั้น ซึ่งถือเป็นการให้บริการขั้นที่ 3 (Tertiary care)
2. เพิ่มและยกระดับการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชแก่หน่วยจิตเวชที่อยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งอยู่ในชุมชน โดยการผสมผสานงานเข้ากับการให้บริการทางการแพทย์อื่น ๆ
3. ให้ชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบในการบริการทางจิตเวช (Community support service)
4. ให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง (Continuity of care)
5. ให้มีการเฝ้าระวังโรค และป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นจากอาการทางจิตรุนแรง
6. ให้ความสำคัญกับครอบครัวและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

สำหรับในประเทศไทย แนวคิดในการที่จะให้ครอบครัวมีส่วนร่วมและสนับสนุนในการ

ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีมาช้านานแล้ว และตามนโยบายการพัฒนางานสุขภาพจิตในระยะแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535-2539) โดยมุ่งผลไปถึงการพึ่งตนเองของประชาชน และชุมชนจึงได้กำหนดนโยบาย ดังต่อไปนี้ (สมชาย จักรพันธ์, 2536 : 35-41)

1. ส่งเสริมสุขภาพจิตในสังคมไทย เน้นการพัฒนาความมั่นคงของสถาบันครอบครัว ร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ในการรณรงค์และสื่อสารอย่างต่อเนื่องให้ประชาชนได้ตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัว การสร้างความรักความผูกพันและสายสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นระหว่างสมาชิกในครอบครัว อันจะเป็นพื้นฐานที่สำคัญต่อการพัฒนาความสัมพันธ์ในชุมชน

2. ป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงที่อยู่ในลำดับความสำคัญตามลำดับ คือ ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สตรี เด็ก และวัยรุ่น ผู้สูงอายุ และวัยทำงาน

3. การพัฒนาบริการจิตเวชที่อยู่ในอันดับความสำคัญ ดังนี้

3.1 ภาวะซึมเศร้า และ/หรือ วิตกกังวล โดยการป้องกัน การลดความรุนแรงของการเกิดโรค การพัฒนาบริการตรวจวินิจฉัย รักษา การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันโรคประสาท ทั้งในสถานพยาบาลและชุมชน

3.2 โรคจิต

3.2.1 การป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดโรคจิต โดยสนับสนุนและประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อรณรงค์ลดปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคจิต และพัฒนารูปแบบการดูแลครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต

3.2.2 การพัฒนาบริการตรวจวินิจฉัย รักษาฟื้นฟูและให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิต

3.2.3 การพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกัน ดูแล รักษา ฟื้นฟู สำหรับโรคจิต

3.3 ภาวะปัญญาอ่อนและภาวะผิดปกติทางพัฒนาการที่รุนแรง โดยการป้องกัน การลดความรุนแรง การพัฒนาบริการตรวจวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู และให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกัน ดูแล รักษา ฟื้นฟู

3.4 โรคลมชัก โดยการป้องกันและลดความรุนแรง การพัฒนาบริการตรวจวินิจฉัย รักษา ฟื้นฟู และให้ความช่วยเหลือ รวมทั้งการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกัน ดูแล รักษา ฟื้นฟู

3.5 การติดสารเสพติด โดยการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของเด็กและวัยรุ่น

4. การพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช ทั้งหน่วยงานของภายในสังกัดสถาบันสุขภาพจิต และหน่วยงานอื่น ๆ นอกสถาบันสุขภาพจิต

การที่ครอบครัวจะให้การสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสมกับผู้ป่วยนั้น จะต้องมีความ

เข้าใจในลักษณะของผู้ป่วยด้วย เพราะผู้ป่วยจิตเวชจะมีลักษณะของพฤติกรรมที่แปรปรวนแตกต่างไปจากคนปกติ ดังนี้ (มะลิ ชูโต. 2535 : 42-43)

1. Out of Reality หรือเป็นลักษณะของคนที่ไม่ตรงกับความเป็นจริงของเขาในสภาพของเขาเองในกลุ่มชน วัฒนธรรมของเขาที่เหมาะสมเป็นจริงและสังคมยอมรับ
2. Lack of Insight หมายถึง การไม่เข้าใจตนเอง กล่าวคือ ไม่รู้ถึงสภาวะของตนเองในขณะนั้น ไม่รู้สภาพการเจ็บไข้ของตนเอง ไม่รู้สภาพที่แท้จริงของตนเอง
3. Change of Personality หมายถึง บุคลิกภาพของคนใช้โรคจิตจะเปลี่ยนแปลงไป อุบัตินิสัยประจำตัว บุคลิกภาพจะเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมโดยที่ผู้นั้นจะไม่ได้ถึงบุคลิกเดิมของตนเอง บุคลิกที่เปลี่ยนแปลงไปนี้มักจะเปลี่ยนไปเป็นแบบตรงกันข้ามกับบุคลิกเดิม

ในผู้ป่วยจิตเวช ผลจากอาการของโรคทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะบุคคลตามต่อสัณฐานทางเพศ อาจจะต้องเปลี่ยนงานและมีผลต่อการยอมรับของสังคม (Lambert and Lambert. 1985 : 62) เนื่องจากสภาพสังคมในปัจจุบันมักมองผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ประโยชน์ (Handicapped) ทำให้เกิดการเสียเปรียบ ในการทำงาน และเป็นอุปสรรคในการมีส่วนร่วมในสังคม (เสาวภา วิจิตรวาทิ. 2534 : 61) การช่วยเหลือของรัฐส่วนใหญ่ก็ยังเป็นไปในรูปแบบของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพราะครอบครัวเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นภาระในครอบครัว และทำให้ครอบครัวเดือดร้อน ซึ่งมีได้เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตนเองได้อย่างแท้จริง ทำให้การพัฒนากำลังคนของประเทศไม่มีประสิทธิภาพ (Hatfiel. 1987 : 17-18)

ในผู้ป่วยจิตเวช จะพบความบกพร่องทางด้านชีวิตสังคม การสนับสนุนทางสังคมอาจเป็นตัวเชื่อมระหว่างกระบวนการทางสังคมกับสุขภาพ โดยพิจารณาจากกลไกทางชีวิตสังคม ดังนี้ (พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์. 2533 : 17)

1. กลไกทางชีววิทยา ผลการศึกษามนุษย์บางชิ้นชี้ให้เห็นว่า เพียงการปรากฏในการอยู่ร่วมกัน และการสัมผัสทางร่างกาย หรือไม่คุกคามตนเอง ก็สามารถลดการเต้นของหัวใจ หรือปฏิกิริยาทางสรีรวิทยา รูปแบบอื่น ๆ ได้เป็นอย่างมาก
2. กลไกทางจิตวิทยา เป็นกลไกอีกประเภทหนึ่งที่ส่งผ่านอิทธิพลของการสนับสนุนทางสังคมไปยังสุขภาพและสภาวะ ตามความคิดของ เคอร์โคม์ ความสัมพันธ์ทางสังคมเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่า ชีวิตมีความหมายและเป้าประสงค์
3. กลไกทางพฤติกรรม การสนับสนุนทางสังคมอาจจะเป็นตัวส่งเสริมพฤติกรรมของบุคคลได้ เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพฤติกรรมสุขภาพทั่ว ๆ ไป เช่น การนอนให้เพียงพอ การควบคุมปริมาณอาหาร หรือ พฤติกรรมการดื่ม เป็นต้น หรือพฤติกรรมที่เป็นตัวคุ้มครองสุขภาพในภาวะที่เผชิญกับความเครียดหรือสิ่งที่คุกคามสุขภาพอื่น ๆ เช่น การออกกำลังกาย พฤติกรรมการจัดการเพื่อแก้ปัญหา (Adaptive coping behavior) หรือ

พฤติกรรมคุ้มครองสุขภาพ จากการศึกษาของ ครุณี นาทะศิริ และคนอื่น ๆ (มุสดี พรหมทอง. 2530 : 25 ; อ้างอิงมาจาก ครุณี นาทะศิริ และคนอื่น ๆ. 2521) เรื่องความเป็นไปในครอบครัว และละแวกบ้าน กับ การส่งเคราะห์คนไข้โรคจิตทะเลา โดยทำการศึกษา คนไข้ที่รับไว้ในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี 2520-2521 ผลการศึกษาพบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 100 ราย ญาติของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น จะตอบว่า ทางบ้านและละแวกบ้านที่ผู้ป่วยอยู่นั้น เอื้ออำนวยให้ดำเนินชีวิตตามปกติ ส่วนผู้ที่อาการไม่ดีขึ้นนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี ดังนั้น การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจึงเป็นที่ต้องการของผู้ป่วยจิตเวช เพราะการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวจะช่วยลดความเครียดอันเกิดจากภาวะวิกฤต และป้องกันไม่ให้ความเครียดนั้นมากระทบจนเกิดความผิดปกติ ผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น ถ้าได้รับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่เหมาะสมในด้านต่าง ๆ ดังนี้คือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเวช จะทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย มีความกลัววิตกกังวล ความสามารถในการทำงานน้อยลงกว่าเดิมหรือไม่สามารถทำงานได้ สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยต้องการการประคับประคอง ทางด้านอารมณ์ ต้องการความรัก การดูแลเอาใจใส่ ความเห็นอกเห็นใจ ได้รับการยอมรับและเห็นคุณค่า (Brown 1986 : 5 ; citing House. 1981) การได้รับการสนับสนุนจะทำให้ความสัมพันธ์เกิดความรู้สึกมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ ทำให้รู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น ช่วยไม่ให้เกิดความรู้สึกเดี๋ยวตาย (Kane. 1988 : 22)

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลซึ่งต้องพึ่งพาผู้อื่น เป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและสังคม ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงอย่างมาก ฉะนั้นการที่บุคคลอื่นแสดงให้ผู้ป่วยเห็นว่า ผู้ป่วยยังเป็นบุคคลที่มีคุณค่า ให้ความเคารพนับถือ ยกย่อง ยอมรับ และชมเชยในความสามารถของผู้ป่วยเท่าที่เป็นอยู่ จะทำให้ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยเพิ่มขึ้น (เสาวภา วิจิตรวาทิ. 2534 : 63)

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ผู้ป่วยจิตเวชมักถูกมองว่าเป็น "คนบ้า" ทำให้ไม่มีใครอยากจะมีสัมพันธ์ภาพด้วย ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกแตกต่างกว่าบุคคลอื่น รู้สึกว่าตนเองมีปมด้อย สูญเสียความมั่นใจในตนเองโดยเฉพาะในเรื่องสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากญาติและครอบครัว โดยการสนทนาคูซุกับผู้ป่วยอย่างปกติ ไม่แสดงท่าทีรังเกียจ จะทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าแห่งตนเอง มีความรู้สึกภาคภูมิใจ และต้องการที่จะปรับปรุงพฤติกรรม ควบคุมตนเองมากขึ้น อัตราการป่วยซ้ำจะลดลง (จลี เจริญสุรพันธ์. 2538 : 13-14)

4. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการได้รับข้อมูลที่ เป็นข้อเท็จจริง ข่าวสารที่จำเป็น คำแนะนำ ชี้แจง การบอกแนวทางหรือทางเลือกที่สามารถนำไปแก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ (Cronewett. 1983 : 9 ; citing House. 1981) ดังนั้นการที่ครอบครัวให้ข้อมูล

ข่าวสารที่เป็นความรู้เกี่ยวกับโรค และการปฏิบัติตนอย่างเพียงพอ จนสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การได้รับการตักเตือนให้ปฏิบัติตนตามแผนการรักษาได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น หรือแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยประสบผลสำเร็จในการรักษามากยิ่งขึ้น และช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการปรับตัว ช่วยลดความเครียด และนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเหมาะสมด้วย

5. การสนับสนุนด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน เป็นการช่วยเหลือเกี่ยวกับ วัตถุประสงค์ของ เงินทอง แรงงาน ฯลฯ ซึ่งเป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของบุคคลนั้น (Cronewett. 1983 : 9 ; citing House. 1981) ผลกระทบจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถแสดงบทบาทเดิมของตนได้อย่างสมบูรณ์ ทั้งบทบาทที่มีต่อครอบครัว และอาชีพการทำงาน จากการศึกษาของ ภักตรา นิรลภก (2533 : 62) พบว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีงานทำ จะสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ถิ่นทร พริ่งศุลกะ (2509 : 117-184) พบว่า ผู้ป่วยที่รักษาด้วยการให้ทำงานร่วมด้วย มีอาการจิตทุเลาขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาอย่างเดียว การที่ครอบครัวสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีงานทำ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตัวเอง รู้จักรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระของใคร สามารถใช้ความสามารถของตนที่มีอยู่ทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและผู้อื่นแล้วยังช่วยลดปัญหาความกดดันทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยลงได้ (ภักตรา นิรลภก. 2530 : 41-42)

#### แนวความคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองได้ถูกกำหนดให้เป็นเป้าหมายของการพัฒนาการสาธารณสุข ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของจุดประสงค์การพัฒนางานสุขภาพจิต ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) โดยได้เน้นในเรื่องสุขภาพจิตชุมชน ในการเพิ่มขีดความสามารถให้ครอบครัวและประชาชนมีการพึ่งตนเอง และพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิต (สถาบันสุขภาพจิต. 2536 : 26-41)

โอบเรม (Orem. 1985 : 84) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมซึ่งบุคคลริเริ่มด้วยตนเองและกระทำด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นปกติสุข ซึ่งคล้ายคลึงกับนักทฤษฎีการพยาบาลอีกหลายท่าน ที่ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองต้องเป็นความเต็มใจที่บุคคลจะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค มนุษย์ทุกคนมีศักยภาพที่จะเรียนรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเอง หรือภายนอกบุคคลนั้นก็ได้ (Hill and Smith. 1990 : 9)

เลวิน และคนอื่น ๆ (เสาวภา วิจิตรวาทิ. 2534 : 12 ; อ้างอิงมาจาก Lewin

and others. 1979) มองการดูแลตนเองว่าเป็นกระบวนการที่บุคคลทำหน้าที่เพื่อก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน และตรวจค้นเกี่ยวกับโรค และการรักษา แต่การที่บุคคลจะสามารถดูแลตนเองได้นั้น ต้องอาศัยปัจจัย 3 ประการ ซึ่งประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แนวความคิดที่บุคคลมีเกี่ยวกับสถานะทางสุขภาพของตน และทักษะในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง กิจกรรมการดูแลตนเองนี้เป็นสิ่งที่มนุษย์เรียนรู้จากการมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและการติดต่อสื่อสาร

เสาวภา วิชิทวาทิ (2534 : 12) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองด้วยความเต็มใจ เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนเอง โดยสามารถตัดสินใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ว่าควรจะเลือกปฏิบัติอย่างไร ทั้งในขณะที่พักติและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย

รัตนา มาศเกษม (2527 : 97) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวเขาในการดำรงไว้หรือทำให้ดีขึ้นเกี่ยวกับชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของเขา

พันธ์ทิพย์ รามสูตร (2537 : 32) กล่าวว่า การดูแลตนเอง คือ การที่บุคคล หรือครอบครัว พยายามพึ่งตนเอง ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพ หรืออาจรวมถึงปัญหาอื่นก็ได้

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเองด้วยความเต็มใจ โดยสามารถตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจภายในตัวบุคคล หรือภายนอกบุคคลนั้น เพื่อคงไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่อันดีของตนเอง

ลักษณะสำคัญของการดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่บุคคลเกิดการเรียนรู้ที่จะสามารถดูแลตนเองได้อย่างสมบูรณ์ เพื่อคงไว้ซึ่งการดำรงชีวิต รูปร่าง หน้าตาในภาวะปกติ พัฒนาศักยภาพ ศักยภาพของตนเอง ป้องกันอันตราย ตลอดจนพยายามรักษาสุขภาพต่าง ๆ ได้

โธเรม (Orem. 1980 : 89) ได้กล่าวถึงแนวคิดหลักในการดูแลตนเองไว้ 6 ประการคือ

1. การดูแลตนเอง (Self care) เป็นพฤติกรรมที่กระทำโดยจงใจของบุคคล ที่มีวิถีภาวะทำให้มีผลต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมชีวิตการทำงานและความเป็นปกติสุข (Well - being)

2. ความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดในช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองความต้องการของมนุษย์ ทำให้เกิดผลดำรงไว้ซึ่งชีวิต ส่งเสริมภาวะสุขภาพ การพัฒนาการและเกิดความเป็นปกติสุข (Well - being)

3. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care agency) เป็นความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเอง เป็นความสามารถที่จะค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตนเอง และสิ่งแวดล้อม เป็นความสามารถในการตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง และรวมถึงความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการที่เกิดขึ้น

4. ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self care deficit) เป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด คือ ผู้ป่วยไม่สามารถจะทำกิจกรรมการดูแลตนเองให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้

5. ความสามารถในการพยาบาล (Nursing system) เป็นความสามารถและความพยายามของพยาบาลที่จะวางแผน จัดเตรียมและดำเนินการในการดูแลตามการรักษาเป็นรายบุคคล ซึ่งมีข้อบกพร่องในการดูแลตนเองตามการรักษาที่ต่างกัน

6. ระบบการพยาบาล (Nursing agency) เป็นระบบการช่วยเหลือที่ต่อเนื่อง โดยพยาบาลจะต้องเป็นผู้ประสานเชื่อมโยงวิถีทางแห่งความช่วยเหลือต่าง ๆ เข้าด้วยกัน เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้นในขณะนั้น หรือเพื่อควบคุมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล

โอบเรม (Orem, 1985 : 90-99) ได้แบ่งความต้องการในการดูแลตนเอง (Self care requisiters) จำแนกออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1. ความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self care requisiters) เป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ในการดำรงชีวิต เพื่อให้สุขภาพสมบูรณ์ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ความต้องการขั้นพื้นฐานเหล่านี้ของมนุษย์ ได้แก่

- 1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- 1.2 การคงไว้ซึ่งการรับถ่าย และระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 1.4 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว

1.5 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และความเป็นปกติสุขของชีวิตมนุษย์

1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการ ให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม

โดยสอดคล้องกับความสามารถของตนเอง และความต้องการที่จะมีความเป็นอยู่อย่างปกติสุข

2. ความต้องการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental self - care requisiters) เป็นการดูแลตนเองขณะเจริญกับขั้นตอนการพัฒนาการต่าง ๆ ในวงจรชีวิต เช่น การเจริญเติบโต การตั้งครรภ์ การเข้าสู่วัยชรา รวมทั้งการเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่มีความสำคัญ เช่น ความตายของบิดา มารดา ญาติสนิท สามี หรือ ภรรยา เป็นต้น ความต้องการด้านนี้มุ่งเพื่อเป้าหมายต่อไป

2.1 คำรงไว้ซึ่งสภาพการเป็นอยู่ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตและส่งเสริมพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ ได้แก่ ระยะที่อยู่ในครรภ์ ระยะคลอด วัยทารก วัยเด็ก และวัยผู้ใหญ่

2.2 ส่งเสริมการดูแลด้านต่าง ๆ รวมทั้งป้องกันการเกิดภาวะที่มีผลทำให้พัฒนาการของบุคคลเสื่อมถอยหรือขาดหาย ได้แก่ ปัญหาการปรับตัวเข้ากับสังคม ปัญหาความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ปัญหาเมื่อมีความเครียดแล้วไม่สามารถที่จะหาวิธีระบายความเครียดได้

3. ความต้องการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self - care requisiters) เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองขณะเจ็บป่วย ได้รับอันตรายหรือทุพพลภาพ อันเป็นสาเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง หรือไม่สามารถกระทำกิจกรรมบางอย่างที่อยู่ภายใต้การรักษาพยาบาลได้ ความต้องการในระยะนี้แบ่งออกเป็น 6 ประเภท ได้แก่

3.1 เสาะแสวงหาบริการทางด้านการรักษาพยาบาล เมื่อเกิดความเจ็บป่วย

3.2 ตระหนักถึงอันตรายที่จะเกิดขึ้น อันเป็นผลมาจากพยาธิสภาพนั้น ๆ

3.3 ปฏิบัติตนได้เหมาะสม ตามแนวทางการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อผลในการป้องกันและรักษา คงไว้ซึ่งหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และการแก้ไขปรับปรุงความพิการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค

3.4 รู้ถึงผลที่เกิดจากการรักษาพยาบาล เช่น ฤทธิ์ข้างเคียงของยา การรู้จักสังเกตอาการผิดปกติที่เป็นผลมาจากการรักษาพยาบาล

3.5 ปรับความรู้สึคนึกคิดเกี่ยวกับตนเอง และภาพลักษณ์ของตนเอง ยอมรับภาวะเจ็บป่วย และยอมรับว่าตนเองอยู่ในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือทางด้านรักษาพยาบาล

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ตามสภาพความเป็นจริง และข้อจำกัดทางสุขภาพอนามัยของตนเอง รวมทั้งมีการดำรง และส่งเสริมสุขภาพกายและจิตใจ

โอบรัม (Orem. 1985 : 89) ได้กำหนดจุดมุ่งหมายการดูแลตนเอง ไว้ดังนี้

1. ประคับประคองกระบวนการของชีวิตและส่งเสริมการทำหน้าที่ของร่างกายให้เป็นไปตามปกติ

2. ดำรงรักษาการเจริญเติบโต และพัฒนาการชีวิตให้เป็นไปตามปกติ

3. ป้องกัน ความคุม หรือรักษาโรค และอันตรายจากการได้รับบาดเจ็บ

4. ป้องกันความพิการ หรือทดแทนสิ่งที่สูญเสียไป

5. ส่งเสริมความปกติสุข

โจเซฟ (Joseph. 1980 : 131 - 132) สรุปลักษณะสำคัญของ การดูแลตนเอง

โดยทั่วไปไว้ดังนี้

1. เป็นการกระทำที่เกิดจากความสมัครใจซึ่งบุคคลนั้นมีความสามารถในการกระทำ
2. เป็นสิ่งที่เกิดจากความคิดหรือการกระทำโดยเจตนา และมีการตัดสินใจกระทำ โดยที่แต่ละคนจะมีหลักในการแนะนำ ชี้แจง หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนให้ดีขึ้น
3. เป็นความต้องการของทุกคน และเป็นความต้องการการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งเป็นความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ เมื่อการดูแลตนเองไม่สามารถคงอยู่ได้ จะก่อให้เกิด การเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ
4. วัยผู้ใหญ่จะมีสิทธิและความรับผิดชอบต่อตนเองมากกว่าวัยอื่น เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ชีวิต และความเป็นอยู่ที่ดี ตลอดจนอาจมีความรับผิดชอบต่อบุคคลภายในบ้าน เช่น เด็ก คนชรา เป็นต้น
5. เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ ความรู้ การปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม
6. เป็นการช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) ภาพลักษณ์แห่งตน (Self - image) ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์ (Self - concept)

#### ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self care capabilities)

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง พลังความสามารถของบุคคลที่จะทำการดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ และสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามสถานการณ์ ฉะนั้น เมื่อบุคคลเกิดความเจ็บป่วยก็จะมีความต้องการในการดูแลตนเอง (Therapeutic self care demands) เกิดขึ้น และจะพยายามใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง บุคคลที่มีการแสดงออกถึงการดูแลตนเองที่สามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างเพียงพอก็จะบรรลุจุดมุ่งหมายของการดูแลตนเอง แต่เมื่อใดก็ตามที่ความต้องการไม่ได้รับการตอบสนองเนื่องจากมีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้มีการขาดการดูแลตนเอง (Self care deficit)

การขาดการดูแลตนเองเป็นภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลมีความบกพร่องหรือขาดความสามารถในการปฏิบัติ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเองที่เกิดขึ้น แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ

1. การขาดการดูแลตนเองอย่างสมบูรณ์ (Complete self care deficit) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสนองความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นได้เลย
2. การขาดการดูแลตนเองบางส่วน (Partial self care deficit) หมายถึง ภาวะที่ผู้ป่วยสามารถสนองความต้องการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นได้บางส่วน ซึ่งผู้ป่วยอาจ

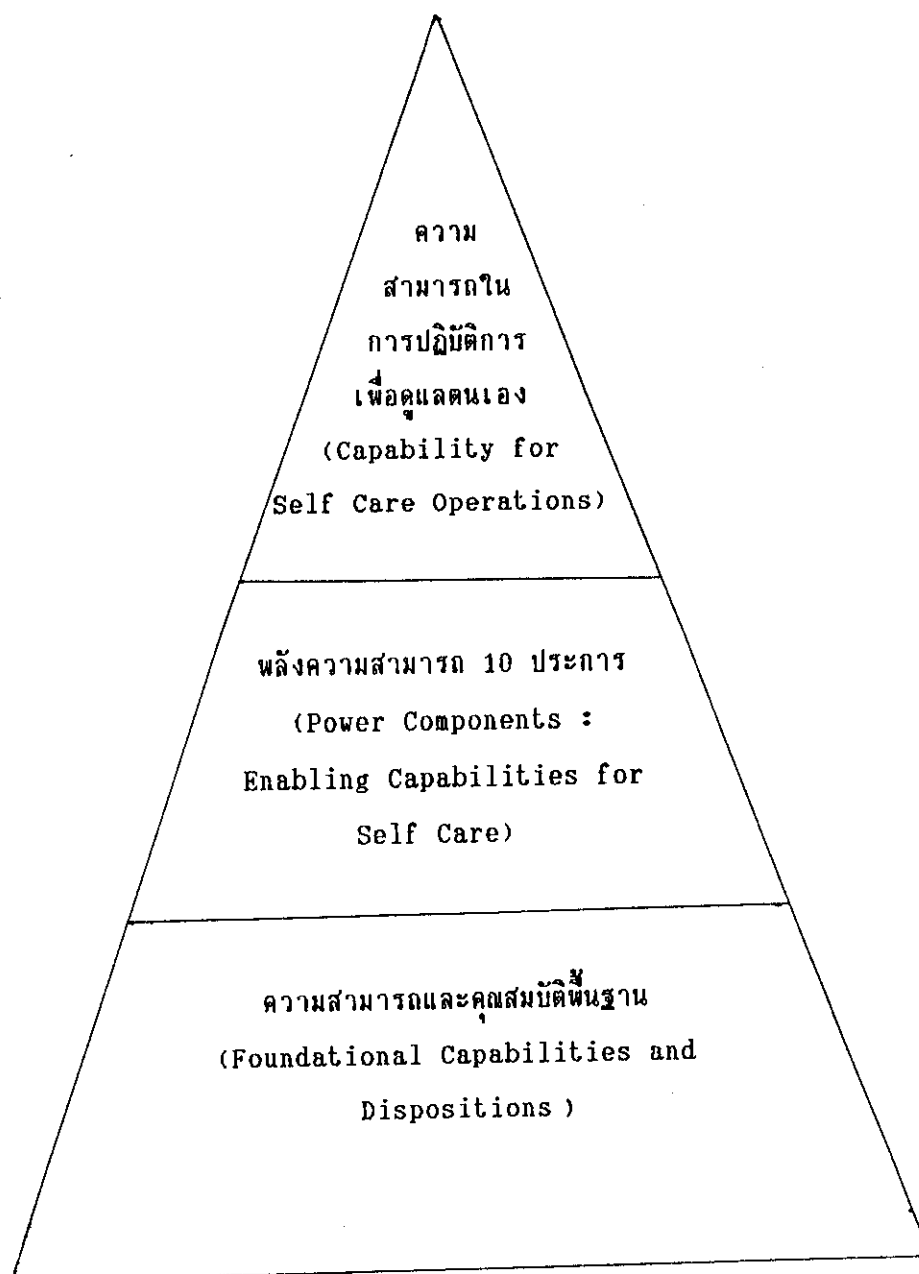
จะอยู่ในภาวะนี้เป็นเวลานาน หรือจำกัดเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่ง

โอรემ (Orem, 1980 : 130) ได้กล่าวถึง การขาดการดูแลตนเองว่าเป็นผล  
เนื่องมาจากสุขภาพของบุคคล หรือมีความจำกัดเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ทำให้ไม่สามารถปฏิบัติ  
การดูแลตนเองหรือบุคคลที่อยู่ในความพึ่งพาของตนเองได้ หรือไม่สามารถปฏิบัติกาดูแลตนเอง  
ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม และโดยทั่วไปบุคคลจะเกิดการขาดการดูแลตนเอง เมื่อมีสภาพการ  
ดังต่อไปนี้

1. ไม่มีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง หรือไม่สามารถปฏิบัติเพื่อสนองความต้องการ  
ดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง
2. มีความจำกัดในความตระหนัก หรือไม่ตระหนักถึงตนเอง สิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิด  
เกิดการพักผ่อนตามธรรมชาติ
3. ไม่สามารถใช้ประสบการณ์ที่ผ่านมาควบคุมเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้
4. มีความจำกัดในการที่จะตัดสินใจในการดูแลตนเอง ซึ่งสัมพันธ์กับการขาดความรู้  
และความไม่คุ้นเคยกับสภาพแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก
5. เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ หรือความบกพร่องของการทำหน้าที่มีผลให้เกิด  
ความต้องการดูแลตนเองขึ้นใหม่ ตามการเปลี่ยนแปลงของสุขภาพ และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง  
ความต้องการดูแลตนเอง โดยทั่วไปจากเดิมเป็นบางส่วน หรือทั้งหมด
6. มีความต้องการดูแลตนเองในเรื่องของคำแนะนำใหม่ ๆ วิธีการดูแลตนเองที่  
ซับซ้อนในระบบการดูแลตนเอง หรือการปฏิบัติที่ต้องการความรู้เฉพาะ และทักษะซึ่งต้องอาศัย  
การฝึกปฏิบัติและประสบการณ์

จะเห็นได้ว่าภาวะขาดการดูแลตนเองนั้น ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความจำกัดในการ  
ดูแลตนเองของบุคคล อันได้แก่ ความจำกัดในด้านความรู้ ความจำกัดในการตัดสินใจแก้ปัญหา  
และความจำกัดในการปฏิบัติอย่างมีเหตุมีผล (Orem, 1980 : 127) ความสามารถของบุคคล  
ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง พัฒนาขึ้นได้โดยอาศัยปัจจัยต่าง ๆ คือ ความรู้ ทักษะ  
เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม และแรงจูงใจ ซึ่งเป็นปัจจัยที่พัฒนาจากองค์ประกอบขั้นพื้นฐาน  
ของมนุษย์นั่นเอง

แกสต์ และคนอื่น ๆ (Gast and others, 1989 : 26-38) ได้วิเคราะห์  
โครงสร้างของมโนคติความสามารถในการดูแลตนเอง และชี้ให้เห็นว่าประกอบด้วยความ  
สามารถ 3 ประการ เรียงลำดับจากความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ  
10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติกาเพื่อดูแลตนเอง ดังแสดงในภาพประกอบ 1  
ซึ่งความสามารถในแต่ละขั้นจะเป็นพื้นฐานของความสามารถในขั้นสูงขึ้นไป



ภาพประกอบ 1 แสดงโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง  
 ที่มา : Gast and others. 1989 : 27

จากภาพประกอบ 1 สามารถอธิบายรายละเอียดได้ดังนี้ คือ

### 1. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions)

เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (Deliberate action) โดยทั่วไปประกอบด้วย

1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลขรวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผล และการใช้เหตุผล

1.2 หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (Sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส

1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตนเอง

1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

1.5 นิสัยประจำตัว

1.6 มีความตั้งใจ

1.7 ความเข้าใจในตนเอง

1.8 ความห่วงใยในตนเอง

1.9 การยอมรับตนเอง

1.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

### 2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components : Enabling capabilities for self care) เป็นตัวเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ที่มีลักษณะการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเอง ได้แก่

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ภาวะแวดล้อมภายใน - ภายนอกตนเอง ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญการดูแลตนเอง

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการริเริ่มหรือปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจ และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ และนำไปปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับสภาพแบบแผนการดำเนินชีวิตในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3. ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (Capabilities for self care operations) ประกอบด้วย

3.1 ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลสุขภาพตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับการดูแลตนเอง

3.2 ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ และควรจะทำเพื่อสนองตอบความต้องการในการดูแลตนเอง

3.3 ปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเอง

นอกจากองค์ประกอบทั้ง 3 ประการแล้ว โอเรม (Orem, 1985 : 220-221) กล่าวว่าปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) ยังเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเอง ไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (Causal relationship) แต่เป็นการพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองทั้งหมด จะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานร่วมด้วย

จากการที่มนุษย์มีลักษณะที่เอื้อต่อการพัฒนาการดูแลตนเองเป็นรากฐานดั้งเดิม ประกอบกับการดูแลตนเองก็เป็นกลวิธีหนึ่งในการแก้ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เป็นปัญหาเรื้อรังในปัจจุบัน นอกจากสภาพการณ์ดังกล่าวแล้วยังพบว่ายังมีปัจจัยบางประการที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองขึ้นดังนี้

1. บุคคล หมายถึง ชีตความสามารถของบุคคลในสังคมในการดูแลตนเอง ดูแลครอบครัว กลุ่มและชุมชน ซึ่งถ้าบุคคลในชุมชนขาดแนวความคิดเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง การส่งเสริมให้เกิดการดูแลตนเองอย่างถูกต้องย่อมเกิดได้ยาก

2. สิ่งแวดล้อม เป็นส่วนประกอบภายนอกที่มีความสัมพันธ์กับความเป็นอยู่ของประชาชน ถ้าทราบใดที่สังคมส่วนใหญ่ยังละเลยต่อสภาพแวดล้อม มีการทิ้งขยะเลอะเทอะ สภาพความเป็นอยู่แออัด มีแหล่งน้ำโสโครก อากาศเสีย เป็นต้น เมื่อนั้นแม้ว่าจะมีการส่งเสริมให้มีการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีเพียงใด โดยไม่พยายามรักษาสุขภาพส่วนร่วมแล้ว การดูแลสุขภาพตนเองเพื่อสุขภาพอนามัยจะไม่มีทางดีไปได้เลย

3. ปัจจัยด้านสรีระวิทยา จะเป็นตัวกำหนดขอบเขตของกิจกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล อีกทั้งขีดความสามารถของบุคคล ปัญหาด้านสุขภาพนอกจากจะมีวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวกำหนดแล้ว ปัจจัยทางสรีระวิทยาก็มีส่วนกำหนดความสามารถในการดูแล

ตนเอง กล่าวคือ การทำหน้าที่ของอวัยวะต่าง ๆ การทำงานของเซลล์ เนื้อเยื่อ การดูดซึมอาหารและการเผาผลาญอาหารของบุคคลในแต่ละวัยย่อมแตกต่างกัน เช่น ผู้ใหญ่อาจมีสุขภาพของร่างกายดีกว่าคนชราหรือคนพิการ หรือผู้ป่วยด้วยโรคบางชนิด เช่น เบาหวาน ไชข้ออักเสบ และภูมิแพ้ เป็นต้น

4. การเปลี่ยนแปลงบทบาทสตรี จากการเปลี่ยนแปลงทางสังคมที่เกิดขึ้นหลาย ๆ อย่าง เช่น การที่สตรีได้รับสิทธิออกเสียงเลือกตั้งของสตรี การประกอบอาชีพต่าง ๆ ได้เหมือนกับบุรุษ ทำให้สตรีตระหนักว่าตนมีความเสมอภาคเท่าเทียมบุรุษ ผลจากการออกไปทำงานนอกบ้านส่งผลให้ไม่มีเวลาอบรมเลี้ยงดูลูกอย่างใกล้ชิดดังแต่ก่อน ทำให้อำนาจของพ่อแม่ที่มีลูกลดลง เกิดสภาพต่างคนต่างอยู่ และหากภรรยาไม่มีฐานะทางเศรษฐกิจเท่าเทียมสามี การเกรงใจก็ลดลงและนำไปสู่ปัญหาการหย่าร้าง ในที่สุดครอบครัวก็ไม่สามารถทำหน้าที่ด้านสุขภาพอนามัยสมาชิกในครอบครัวจึงจำเป็นต้องพึ่งความช่วยเหลือจากสถาบันการแพทย์

5. การเปลี่ยนแปลงรูปแบบครอบครัว ในอดีตรูปแบบครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวขยายที่ประกอบด้วย พ่อ แม่ ลูก ญาติ พี่น้องที่มีเวลาเพียงพอที่จะให้การช่วยเหลือเอาใจใส่ด้านสุขภาพอนามัยของสมาชิกในครอบครัว แต่เนื่องจากความจำกัดทางเศรษฐกิจ ความต้องการเป็นอิสระและพร้อม ๆ กันนั้นก็มีการใช้เครื่องไฟฟ้าผ่อนแรงเพื่อทำงานบ้าน ทำให้ครอบครัวมีลักษณะเป็นครอบครัวเดี่ยวที่ประกอบด้วย พ่อแม่ และลูก บทบาทของครอบครัวในการหน้าที่การดูแลสุขภาพของสมาชิกจึงเปลี่ยนไปเป็นบทบาทของสถาบันทางการแพทย์มากขึ้น

**ปัจจัยพื้นฐาน** เป็นปัจจัยทางด้านบุคคลที่แสดงถึงคุณสมบัติของบุคคล และบ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการในการดูแลตนเองทั้งหมดที่เกิดขึ้น ประกอบด้วย

1. **เพศและอายุ** โอลเรม (Orem, 1980 : 220) สรุปว่า เพศและอายุเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคล และทำให้ความต้องการบริการพยาบาลของบุคคลแตกต่างกันไปด้วย นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นจะพัฒนาไปตามวัยหรือพัฒนาการรวมทั้งประสบการณ์การเรียนรู้ของบุคคลและจะพัฒนาเต็มที่เมื่อสู่วัยผู้ใหญ่

**เพศ** เป็นปัจจัยที่แสดงถึงค่านิยม และความสามารถตามธรรมชาติของบุคคล เป็นปัจจัยที่ร่วมกำหนดการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และตามพัฒนาการ

**อายุ** เป็นข้อบ่งชี้ถึงวุฒิภาวะ และมีอิทธิพลในการกำหนดความสามารถในการดูแลตนเอง โดยความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลจะค่อย ๆ เพิ่มขึ้นตามอายุ ซึ่งจะสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่ และจะลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย

2. **สถานภาพสมรส** เป็นปัจจัยที่บ่งถึงแรงสนับสนุนทางสังคม ซึ่งพบว่าบุคคลที่มีคู่สมรสจะมีแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่าบุคคลที่เป็นโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่

3. ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระดับการศึกษาเป็นข้อมูลที่แสดงให้เห็นถึงระดับสติปัญญาของบุคคลซึ่งมีผลโดยตรงต่อการเรียนรู้หรือการปรับตัวของบุคคล บุคคลที่มีสติปัญญาแตกต่างกันจะมีความสามารถในการเรียนรู้แตกต่างกัน ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดีจะส่งเสริมให้ได้รับการศึกษาสูง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจภาวะสุขภาพและการดูแลตนเองดีขึ้น และจะช่วยพัฒนาความสามารถในการรับรู้ คิดตัดสินใจที่จะริเริ่มและกระทำการดูแลตนเอง อีกทั้งยังสามารถหาสิ่งที่เป็ประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ดี เช่นเดียวกับผู้ที่มีรายได้สูง นอกจากนี้ อาชีพของบุคคลยังช่วยบอกถึงแผนการดำเนินชีวิต และปัจจัยแวดล้อมของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง

4. ระยะของโรค ช่วยบ่งถึงภาวะสุขภาพ และแสดงถึงการดำเนินของโรค

สรุปได้ว่า ปัจจัยพื้นฐาน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง และเป็นปัจจัยร่วมในการกำหนดคุณสมบัติส่วนบุคคล ซึ่งบ่งบอกถึงความต้องการการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช เป็นกระบวนการที่ผู้ป่วยปฏิบัติบทบาทในส่วนของตนเองอย่างอิสระ ตามความสามารถเฉพาะตน ในรูปแบบของการมีกิจวัตรประจำวัน และความสามารถในสังคม ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชควรได้มีการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ดังนี้ (จลี เจริญสรรพ. 2538 : 11-14)

1. การดูแลตนเองเกี่ยวกับภาวะโภชนาการ โดยการได้รับสารอาหารที่มีคุณค่าตามหลักโภชนาการ และครบทั้ง 3 มื้อในแต่ละวัน ไม่ควรรับประทานจนอิ่มจัดหรือน้อยเกินไป เพราะการรับประทานอาหารที่ไม่ถูกหลักโภชนาการ จะทำให้ร่างกายนิวโทส น้ำตาลในเลือดจะต่ำลง ร่างกายขาดวิตามินและเกลือแร่ ซึ่งเป็นส่วนประกอบสำคัญในการให้พลังงานแก่ร่างกาย ทำให้เกิดความอ่อนเพลีย เกิดความเครียดได้ นอกจากนี้ การที่ผู้ป่วยได้ร่วมรับประทานอาหารเช้าด้วยกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว หรือการรับประทานอาหารเช้าที่ เช่นที่บ้านเพื่อน เป็นการส่งเสริมการมีกิจกรรมในสังคมกับผู้อื่น และเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น

2. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการพักผ่อนและการนอนหลับ การพักผ่อน คือ การที่ร่างกายและจิตใจได้ผ่อนคลายความตึงเครียดต่าง ๆ ซึ่งทำได้หลายวิธี เช่น การนอนหลับ การทำงานอดิเรก การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ การร่วมสนุกและสนุกสนานกับผู้อื่น การนั่งเล่นหรือเดินเล่นตามสวนสาธารณะ เป็นต้น การพักผ่อนโดยการนอนหลับเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการพักผ่อนอย่างจริงจังทำให้ร่างกายสดชื่น แต่ในผู้ป่วยจิตเวช ที่มีความผิดปกติทางร่างกายและจิตใจ จะมีการนอนหลับที่ผิดปกติไปจากเดิม (Tierney, 1986 : 34) เช่น ผู้ป่วยต้นกลางจิต เพราะมีความวิตกกังวล ทำให้ผู้ป่วยนอนไม่หลับ ดังนั้น ผู้ป่วยควรได้นอนหลับอย่างน้อย 7 ชั่วโมง/วัน เพราะจะทำให้ร่างกายและจิตใจที่เครียด มีการผ่อนคลาย และถูกปลดปล่อย

เป็นอิสระ การนอนหลับไม่เพียงพอ จะทำให้หงุดหงิด สมองมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย ก่อให้เกิดความเครียดได้

3. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการออกกำลังกาย โดยเลือกกิจกรรมการออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพ และการประกอบกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ โดยสม่ำเสมอ แจก ชนะศิริ (2533 : 135) กล่าวว่า การออกกำลังกายจะช่วยด้านทานเชื้อโรคได้ และผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอ จะไม่มีความเครียดของจิตประสาท กล่าวคือจะสามารถรักษาสมดุลย์ทางอารมณ์ ได้ดียิ่งกว่าผู้ที่ไม่ได้ออกกำลังกาย

4. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการเข้าสังคม เป็นความสามารถที่ผู้ป่วยสามารถติดต่อสื่อสารกับบุคคลอื่นในเรื่องเกี่ยวกับเป้าหมาย ความปรารถนา และความต้องการของตนเอง รวมถึงความสามารถในการมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น การกระทำตามลำพัง และการปฏิบัติตามข้อผูกพันทางสังคม ในผู้ป่วยจิตเวช เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงสภาพลักษณะจะมีผลต่อการปรับตัวของผู้ป่วยในการเข้าสังคม ผู้ป่วยมักสูญเสียความมั่นใจในตนเอง ปรับตัวลำบาก รู้สึกมีปมด้อย เกิดภาวะเก็บกด ทำให้ไม่ยอมเข้าสังคม แยกตัวเอง

5. การดูแลตนเองตามบทบาทและหน้าที่ ภาวะการเจ็บป่วยทำให้บุคคลมีบทบาทใหม่ที่แตกต่างไปจากคนปกติ คือ จะได้รับการปกป้องดูแล ไม่ต้องรับผิดชอบในเรื่องบางอย่างชั่วคราว ต้องร่วมมือปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล ต้องพึ่งพาอาศัยผู้อื่น ในระยะที่สภาพของการป่วยไข้ ทำให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ มักเกิดความวิตกกังวล ความกลัว และถ้าการป่วยไข้เป็นเวลานาน จะเกิดการถดถอยทางอารมณ์ (Emotional regression) ทำตัวเรียกร้องความสนใจ (เสาวภา วิชิตวาทิ. 2534 : 29) ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่พบว่าไม่มีงานทำ จากการศึกษาของ เดวิส (ภัทรา นิรลภ. 2533 : 62 ; อ้างอิงมาจาก Davis. 1957) พบว่า การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทชาย ขึ้นอยู่กับการไม่มีงานทำ ทำให้เกิดความรู้สึกเสียคุณค่าของตนเอง การที่ผู้ป่วยมีงานทำ หรือมีการฝึกอาชีพ นั้นไม่ได้มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่ผู้ป่วย สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวได้ แต่อยู่ที่การเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Self - esteem) และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การที่ผู้ป่วยอยู่เฉย ๆ โดยไม่ทำอะไรเหมือนกับเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเอง ความสับสนทางอารมณ์ก็จะตามมาทำให้เกิดการป่วยซ้ำขึ้นอีก (จลี เจริญสุรพร. 2538 : 12)

6. การดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีผู้ป่วยจิตเวชบางรายที่จำเป็นต้องได้รับประทานยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การดูแลของจิตแพทย์และมีผู้ป่วยจิตเวชหลายรายที่อาการทุเลาขึ้นอย่างรวดเร็ว และบางรายอาการทางจิตก็หายไปในที่สุด เมื่อได้รับยาทางจิต เพราะยาทางจิตจะช่วยควบคุม ยับยั้งอาการผิดปกติต่าง ๆ อย่างได้ผล จากการศึกษาของ จอห์นสัน (จลี เจริญสุรพร. 2538 : 13 ; อ้างอิงมาจาก

Johnson. 1979) พบว่าผู้ป่วยที่หยุดยาหลังจากที่รักษาติดต่อกันมานาน 3 - 4 ปี มีอัตราการป่วยซ้ำมากกว่า ผู้ป่วยที่ยังคงรักษาอย่างต่อเนื่องอยู่ ดังนั้น ผู้ป่วยจึงต้องดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ตลอดจนการสังเกตพฤติกรรมการแพ้ยาทางจิตนั้น ๆ ด้วย เช่น ตัวแข็ง ลิ้นคัมปาก น้ำลายไหล เดินไม้แกว่งแขน ลิ้นแข็งขณะพูด ตาเหลือกค้าง เป็นต้น เพื่อจะได้รับไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลในการเปลี่ยนแปลงการรักษาให้เหมาะสมต่อไป

### ความสัมพันธ์ระหว่างสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีส่วนสนับสนุนการดูแลตนเองของบุคคลโดย โคเฮน และ วิลส์ (Cohen and Wills. 1985 : 310-357) ได้ทำการศึกษาเพื่ออธิบายกลไกการสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติตนทางด้านสุขภาพ โดยสรุปว่า

1. การสนับสนุนทางสังคมจะทำให้บุคคลมีประสบการณ์ที่ดี มีอารมณ์ที่มั่นคง ส่งผลให้คนมีความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีสุขภาพดีขึ้น และยังมีผลในการเสริมหน้าที่ในการต่อสู้ปัญหาของแต่ละคนให้ดีขึ้น ทำให้ลดความรุนแรงของปัญหาลงได้

2. การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยลดภาวะวิกฤตของชีวิต โดยการสนับสนุนทางสังคมนั้นจะเป็นตัวช่วยลดความเครียด อันจะนำไปสู่ภาวะวิกฤต ความเครียดจะเกิดขึ้นได้เมื่อคนเรารู้สึกว่าไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า ภาวะเช่นนี้จะไปรบกวนสมดุลของระบบต่อมไร้ท่อในระบบประสาทและระบบภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ง่ายต่อการเกิดโรค และจะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมเสี่ยงและเกิดความล้มเหลวในการสนใจสุขภาพของตนเอง

แลงลี (Langlie. 1977 : 252) ได้อธิบายความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลตนเองไว้ 2 ประการ คือ

1. การที่คนมีปฏิสัมพันธ์ในสังคม จะทำให้คนได้รับแรงกดดันจากปทัสถานทางสังคม ก่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติเป็นไปตามปทัสถานนั้น ๆ

2. การที่คนมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม จะทำให้คนเราได้รับข้อมูลข่าวสาร ซึ่งสามารถนำมาใช้ประโยชน์แก่สุขภาพของตนเองได้

ได้มีการศึกษามากมายที่แสดงให้เห็นว่า การมีสุขภาพดีและอายุยืน มีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่ได้รับการสนับสนุนทางสังคมดีจะทำให้อัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายน้อยลง นอกจากนี้ การสนับสนุนทางสังคมที่ดียังช่วยให้บุคคลมีความสามารถดูแลตนเองในทางบวกด้วย (Brown. 1986 : 72 ; citing Broadhead and others. 1983)

การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เป็นความช่วยเหลือระหว่างบุคคลในด้านวัตถุประสงค์ของ การให้ความเชื่อมั่น การแนะนำ การให้ความรู้ผู้ป่วย หรือการประสานสัมพันธ์ระหว่าง

บุคคลในครอบครัวซึ่งทำให้บุคคลรู้สึกมั่นคง และเชื่อว่าตนเองมีคุณค่า เป็นที่ต้องการและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเอง อาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นรูปแบบหนึ่งของสิ่งเร้าร่วมที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพบว่า การสนับสนุนทางสังคมที่มาจากครอบครัว จะเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีคุณค่า และปรับตัวได้ (ภาวดี มโนหาญ. 2536 : 29 ; อ้างอิงมาจาก Kenneth. 1979) บุคคลในครอบครัวจะเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการให้ความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ แก่ผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง โดยอาจสนับสนุนด้าน สิ่งของ เงินทอง ค่ารักษา และช่วยเหลือผู้ป่วยในการประกอบกิจวัตรประจำวัน ให้ความรัก ให้กำลังใจ และเอาใจใส่ดูแลผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนเป็นผู้ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตนแก่ผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดีขึ้น

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวมีผลและเกี่ยวข้องกับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช หรือมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวคิดและพฤติกรรมการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในขอบเขตที่ตนเองสามารถกระทำได้ ไม่แสดงอาการเรื้อรังของความสนใจมากเกินไป และคิดว่าตนยังมีคุณค่า (ภาวดี มโนหาญ. 2536 : 30)

### การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาค้นคว้า

#### การวิจัยในต่างประเทศ

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเอง

เดวิส (Davis. 1974 : 60) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ผู้ป่วยมีลักษณะต้องพึ่งพิงคนอื่น ไม่มีเพื่อนและมีนิสัยในทางสังคมที่ไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-47 ไม่สามารถจะพบปะคนอื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลก ๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย และผู้ป่วยจะปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ผู้ป่วยมักจะใช้เวลาร่างในการนั่งเฉย ๆ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะสมาคมกับคนอื่น ถ้าจะไปเยี่ยมเยียนคนอื่นจะต้องไปกับสมาชิกในครอบครัว กล่าวโดยสรุปว่าผู้ป่วยมีการปรับปรุงด้านการมีส่วนร่วมในสังคมน้อยมาก

ฮับบาร์ด มุชแลนแคมป์ และบราวน์ (Hubbard, Muhlenkamp and Brown. 1984 : 266-269) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีสุขภาพปกติ 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 มีอายุ 55 ปีขึ้นไป

อายุเฉลี่ย 70 ปี จำนวน 97 ราย กลุ่มที่ 2 อายุระหว่าง 25 - 77 ปี อายุเฉลี่ย 44 ปี จำนวน 153 ราย ใช้แบบสอบถามแผนการดำเนินชีวิต (The Lifestyle - questionnaires) ที่สร้างโดย บราวน์ และคนอื่น ๆ และแบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่สร้างโดยแบรด์ และไวเนิร์ต พบว่า การรับรู้ถึงแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และในกลุ่มบุคคลที่มีผู้สมรสจะได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมมากกว่า จึงมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีกว่าคนโสด เพราะการมีคู่ชีวิตจะช่วยลดความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทำให้รู้สึกว่าคุณเองมีผู้ช่วยเหลือ มีความมั่นคงทางอารมณ์ และเห็นคุณค่าในตนเอง ซึ่งจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง

อีฟ และคนอื่น ๆ (Eve and others. 1984 : 586-587) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลระหว่างปี 1970-1974 จำนวน 120 ราย โดยติดตามผลด้านอาการและการกระทำหน้าที่ทางสังคมซึ่งประเมินโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย และญาติหรือบุคคลที่ผู้ป่วยอยู่ ด้วยพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 18 ค่อนข้างมากจนไม่มีอาการให้เห็น และสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างน่าพอใจ ส่วนผู้ป่วยกว่าร้อยละ 50 ยังมีลักษณะของความผิดปกติทางจิตแต่ไม่มีผู้ป่วยที่ต้องการจะกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก และมีญาติเพียงไม่กี่รายที่ต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปรักษาในโรงพยาบาลอีก แต่ทั้งผู้ป่วยและญาติประสบปัญหาด้านการเงิน และมีปัญหายุ่งยากด้านอารมณ์ และสังคม ผู้ป่วยร้อยละ 72 ไม่ได้รับยาอีก และไม่ได้รับบริการสังคมใด ๆ ส่วนการทำหน้าที่ทางสังคมอื่นพบว่า มีน้อยจากการสอบถามญาติพบว่าผู้ป่วยมีการพบปะกับคนอื่นอย่างจำกัดผิดปกติ แต่เนื่องจากผู้ป่วยมีภูมิหลังและอายุต่างกันจึงยากที่จะสรุปลักษณะโดยทั่ว ๆ ไปได้ ด้านการดูแลตัวเองไม่ว่าจากความเห็นของญาติหรือจากการสังเกตของผู้สัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่งหนึ่งที่มีการดูแลตนเองเสื่อมลง แต่มีผู้ป่วยถึง 41 ราย ที่จัดว่าการดูแลตัวเองได้มาตรฐานด้านการทำงานพบว่า ผู้ป่วย 25 ราย สามารถทำงานได้ตามปกติอีก 15 ราย ไม่ได้ทำงาน

จูเลียน และคนอื่น ๆ (Julian and others. 1985 : 302-305)

ได้ศึกษาสภาพแวดล้อมของครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเวชที่กรุงลอนดอน แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีญาติ ชอบวิจารณ์หรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากเกินไป ซึ่งเป็นลักษณะของครอบครัวที่มีความเครียดสูง จะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่ในครอบครัวที่มีความเครียดต่ำ ซึ่งผู้ป่วยที่ใช้เวลาอยู่กับญาติที่มีความเครียดสูงเป็นเวลานานเท่าใด อัตราส่วนของการเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำก็สูงมากขึ้นเท่านั้น และจากการศึกษาถึง เรื่องสิ่งแวดล้อมที่มีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช พบว่าครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์กลัววิตกกังวลและวิพากษ์ผู้ป่วยมากเกินไป จะทำให้ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการปรับตัว แต่ก็ยังมีครอบครัวจำนวนหนึ่งที่มีสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นผลดีต่อผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่ ครอบครัวที่มีความเข้าใจในลักษณะของโรคทางจิตเวช และรู้วิธีแก้ไขเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่รบกวน

มูhlenkamp และ Sayles (Muhlenkamp and Sayles. 1986 : 334-347) ได้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุ จำนวน 98 คน ในพาร์ตเมนต์แห่งหนึ่ง ผลการศึกษา ให้ผลสอดคล้องกันว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้ ยังพบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองในทางอ้อม โดยผ่านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

แมคเนท (Mcnett. 1987 : 98-103) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การคุกคามจากความเจ็บป่วยที่มีผลต่อการปรับตัวในคนพิการ จำนวน 50 ราย พบว่า การสนับสนุนทางสังคมทำให้คนพิการสามารถควบคุมตนเอง และแก้ไขปัญหาได้ตรงจุด แต่ถ้าการสนับสนุนทางสังคมน้อยหรือไม่ได้รับเลย จะทำให้คนพิการเหล่านั้นเกิดความเครียด และมีปัญหาทางสุขภาพตามมา

ไลแนม (อัจฉริยา ปทุมวัน. 2534 : 22 ; อ้างอิงมาจาก Lynam. 1987) ได้ศึกษาพบว่าความต้องการแรงสนับสนุนทางสังคมชนิดใดและจากแหล่งต่าง ๆ จะมีมากน้อยต่างกัน ขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพและความต้องการของบุคคล และผู้ปกครองของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งร้ายอื่น เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีความสำคัญมากในการช่วยให้บิดามารดาของผู้ป่วยเด็กโรคมะเร็งร้ายเผชิญความเครียด อันเนื่องมาจากการเจ็บป่วยและการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลของเด็ก เพราะกลุ่มสนับสนุนเหล่านี้จะเป็นแรงสนับสนุนด้านอารมณ์และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับภาวะของโรคและการรักษา

แกวริทที และ แกวริทที (ลาภาพร เม่าวัฒนา. 2537 : 88-89 ; อ้างอิงมาจาก Garrity and Garrity. 1985) ได้ทำการรวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จากโครงการวิจัยการศึกษาความดันโลหิตสูงแห่งชาติ (Nation High Blood - Pressure Education Research Program) ซึ่งได้ใช้วิธีการเยี่ยมบ้าน โดยเยี่ยมบุคคลที่เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วยด้วย เช่น เพื่อน หรือ สามีภรรยา โดยบุคคลเหล่านี้จะได้รับการสอนเกี่ยวกับเรื่องโรคความดันโลหิตสูง และความต้องการการสนับสนุนของผู้ป่วยในการที่จะควบคุมความดันโลหิตได้ดี จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สามีภรรยาที่ได้รับการสอนและติดตามเยี่ยมบ้าน จะมีการควบคุมความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในช่วงเวลา 5 ปี (เมื่อมีการติดตามผลในระยะเวลา 2 ปี พบว่ายังไม่มีความแตกต่าง) การใช้แรงสนับสนุนวิธีนี้เมื่อใช้ร่วมกับวิธีอื่น เช่น กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความกระตือรือร้นที่จะรับผิดชอบในการดูแลตนเอง การให้ข้อมูลข่าวสาร จะทำให้การควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ เมื่อมีการติดตามผลในระยะเวลา 2 ปี และ 5 ปี

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน และการดูแลตนเอง

เบอร์คฮาร์ดท์ (Burkhardt. 1985 : 11-16) ได้ศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อสุขภาพและพฤติกรรมอนามัย ในผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 94 คน มีอายุระหว่าง 27-98 ปี ซึ่งเลือกแบบเจาะจงจากคลินิกโรคข้อและคลินิกผู้สูงอายุ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมีเครือข่ายทางสังคมใหญ่และหนาแน่นขึ้น แต่มักจะขอความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิดน้อยกว่า

เพนเดอร์ (Pender. 1987 : 58) ได้ศึกษาพบว่า การศึกษายังมีความสัมพันธ์กับรายได้และการประกอบอาชีพ บุคคลที่มีการศึกษาสูงมักได้ประกอบอาชีพที่ดีมีรายได้สูง ในขณะที่คนที่มีการศึกษาน้อยมักมีรายได้น้อย ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสแสวงหาอาหารที่มีประโยชน์

สัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับการประเมินสภาวะสุขภาพ ในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจดีประเมินสภาวะสุขภาพของตนดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้น้อย ทั้งนี้ก็เนื่องจากการมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถแสวงหาอาหารและแหล่งบริการทางสุขภาพได้ดีกว่า

ซิมมอน (Simmon. 1990 : 1162-1163) ได้ศึกษาสภาวะแวดล้อมของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมาโรงพยาบาลอีก พบว่า ผู้ที่กลับมาโรงพยาบาลส่วนใหญ่เป็นผู้ที่กลับไปอยู่ในสังคมโดยลำพัง และยังพบว่าผู้ที่แต่งงานแล้วจะกลับมาโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่โสด และได้มีการศึกษาเกี่ยวกับสิ่งที่เป็ผลตามมาจากกาที่ญาติต้องรับภาระดูแลผู้ป่วย พบว่าญาติของผู้ป่วยโรคจิตเวชประสบปัญหาหลายอย่าง ซึ่งพวกเขาได้ลงความเห็นว่ามีสาเหตุโดยตรงจากการที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วย

เบอร์คฮาร์ดท์ (อัจฉริยา ปทุมวัน. 2534 : 23 ; อ้างอิงมาจาก Burkhardt. 1985) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคข้ออักเสบจำนวน 94 คน มีอายุระหว่าง 27-98 ปี ซึ่งเลือกแบบเจาะจงจากคลินิกโรคข้อและคลินิกผู้สูงอายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม นั่นคือ ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้นมีเครือข่ายทางสังคมใหญ่และหนาแน่นขึ้น แต่มักจะขอความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคลที่ใกล้ชิดน้อยกว่า

วิลลิตส์ และไครเดน (มณฑนา เจริญกุล. 2534 : 24 ; อ้างอิงมาจาก Willits and Criden. 1988) ได้ศึกษาภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและฐานะทางเศรษฐกิจดีจะประเมินภาวะสุขภาพของตนดีกว่าผู้สูงอายุที่มีการศึกษาและรายได้น้อย ทั้งนี้ก็เนื่องจากการมีแหล่งประโยชน์ที่สามารถแสวงหาอาหารและแหล่งบริการทางสุขภาพได้ดีกว่า

สปริทเชอร์ และ เดนซิน (ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. 2534 : 37 ; อ้างอิงมาจาก Splitzer and Denzin. 1968) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโคลัมเบีย

ในปี ค.ศ. 1959 จำนวน 376 ราย พบว่าผู้ที่กลับมารักษาเข้าส่วนมากเป็นชนชั้นต่ำที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษาและครอบครัวก็มีการศึกษต่ำ แสดงว่ามีความรู้ความเข้าใจต่อโรคจิตเวชน้อย และสถานภาพทางเศรษฐกิจเป็นผลให้ญาติไม่มีเวลาดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย

วูดส์ และ เอ็ม (อัจฉริยา ปทุมวัน. 2534 : 24 ; อ้างอิงมาจาก Woods and Earp. 1978) ได้ศึกษาในกลุ่มหญิงที่ได้รับการผ่าตัดเต้านมจำนวน 49 คน พบว่าหญิงที่มีรายได้ของครอบครัวสูงจะมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงด้วย นอกจากนี้รายได้อีกมีความสัมพันธ์กับการศึกษาคือ คนที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสประกอบอาชีพที่ดี ทำให้มีรายได้สูงขึ้น ซึ่งคนที่ฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมระดับสูงจะถูกรับรู้ว่าเป็นผู้มีสติปัญญา และมีการศึกษา จึงได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องการวินิจฉัยและการรักษาที่ชัดเจนกว่าผู้ที่ถูกรับรู้ว่ามีการศึกษาต่ำหรือขาดความเฉลียวฉลาด

ไรอัน และคนอื่น ๆ (เสาวภา วิจิตรวาทิ. 2534 : 71 ; อ้างอิงมาจาก Ryan and others. 1985) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะแขนขาโดยประเมินการปรับตัวจากการสังเกตความก้าวหน้าของความสามารถในการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย การได้รับการสนับสนุนจากสังคม และความสามารถของร่างกายในการทำหน้าที่ได้ตามปกติ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ถูกตัดอวัยวะแขนขา ซึ่งอยู่โรงพยาบาลนาน 6 เดือน สามารถปรับตัวได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนาน 1 เดือน เนื่องจากหลัง 6 เดือนไปแล้ว เป็นช่วงของการฟื้นฟูสมรรถภาพของร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีกำลังใจ ซึ่งมีส่วนช่วยให้การปรับตัวได้ดีขึ้น นอกจากนี้ระยะเวลาที่นานขึ้นจะช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ดีขึ้น มีความมั่นใจในตนเองในการทำกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น

พาดิลลาร์ และแกรนท์ (นิรามัย ไร่เกียรติวงศ์. 2535 : 28 ; อ้างอิงมาจาก Padilla and Grant. 1985) ได้ศึกษาพบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งที่มีโคลอสโตมีย์ โดยให้เหตุผลว่า อายุของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีตที่ส่งผลต่อการปรับตัว บุคคลที่มีอายุต่างกัน จะเลือกใช้วิธีการเผชิญปัญหาที่แตกต่างกัน

แรกส์ดอลล์ และ มอร์โรว์ (เปรมฤทธิ น้อยหมั่นไวศ. 2536 : 43 ; อ้างอิงมาจาก Ragsdale and Morrow. 1990) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 59 คน ที่มีระยะของโรคทั้งระยะไม่มีอาการ (HIV) ระยะมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ (ARC) และระยะเอดส์เต็มขั้น (AIDS) พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระยะของโรคต่างกันจะมีคุณภาพชีวิตต่างกัน โดยผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะไม่มีอาการจะมีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ระยะอื่นอย่างมีนัยสำคัญ

คาเพลน (กุลวราภ วิทยาวงศ์. 2537 : 20 ; อ้างอิงมาจาก Kaplan. 1959) ได้ศึกษาพบว่า เด็กหญิงมีความคับข้องใจ เก็บกดอารมณ์ต่าง ๆ ได้มากกว่าเด็กชาย ส่วนเด็กชายสามารถแสดงออกทางอารมณ์ได้มากกว่าเด็กหญิง ฉะนั้นเด็กหญิงจึงมีการปรับตัว

ได้ยากกว่าเด็กชาย

### การวิจัยในประเทศไทย

การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเอง

พเยาว์ หวานสนิท (2512 : 114) ได้ศึกษาเรื่อง ปัญหาสังคมบางประการที่ทำให้คนชราอยู่บ้านไม่ได้ ญาติต้องส่งเข้าโรงพยาบาลอีก โดยทำการศึกษาคณะชราที่รับครั้งที่สอง จำนวน 100 ราย ในโรงพยาบาลศรีธัญญา เกี่ยวกับสาเหตุที่ญาติต้องส่งผู้ป่วยกลับเข้าโรงพยาบาลอีก พบว่า สาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากการที่ผู้ป่วยได้รับยาไม่สม่ำเสมอ ขาดการติดต่อกับทางโรงพยาบาลเป็นภาระของญาติในการดูแลควบคุม และ เนื่องจากผู้ป่วยสร้างความหวั่นกลัวให้เพื่อนบ้านเป็นภัยแก่สังคม และนำความเดือดร้อนหนักใจให้แก่คนในครอบครัว เป็นเหตุให้ต้องส่งไปรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

จารุวรรณ ค.สกุล (2524 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยศึกษาผู้ป่วย 30 ราย และญาติ 33 ราย ที่มารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า สิ่งแวดล้อมทางครอบครัวมีอิทธิพลต่อการกลับมารักษาซ้ำ ปัจจัยสำคัญคือ ความไม่เข้าใจและการไม่ยอมรับของญาติ เห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม เป็นเรื่องที่น่าอาย และเป็นปมด้อย ตลอดจนเห็นว่าการที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน เป็นภาระและลำบากในการดูแล และผลจากการเจ็บป่วยทำให้กระทบกระเทือนความสัมพันธ์ในครอบครัว และเศรษฐกิจ

อุดม ลักษณะวิจารณ์ และคนอื่น ๆ (2527 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่โรงพยาบาลจิตเวชเกิน 5 ปี โดยการสำรวจข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยจากโรงพยาบาลจิตเวชประจำภาค รวม 4 แห่ง จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 869 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่โรงพยาบาล นานเกิน 5 ปี มีสาเหตุมาจากทางสังคมมากที่สุด ได้แก่ ปัญหาเรื่องที่อยู่อาศัย ปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัว ปัญหาจากบุคคลอื่น และสิ่งแวดล้อม รองลงมาเป็นสาเหตุจากการแพทย์ ส่วนสาเหตุทางกฎหมายน้อยที่สุด

วัชนี หัตถพนม และคนอื่น ๆ (2529 : บทคัดย่อ) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเวชชอนแค้น โดยศึกษาจากผู้ป่วยจิตเวช 75 ราย และญาติ 75 ราย ที่กลับมารักษาซ้ำ พบว่าผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ความเข้าใจในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องขณะอยู่ที่บ้าน และปัจจัยทางสังคม พบว่ามีผู้ป่วยร้อยละ 68 เคยถูกเพื่อนบ้านล้อเลียนว่าบ้า หรือชักชวนผู้ป่วยให้ดื่มสุรา และเสพยาเสพติด ซึ่งมีส่วนผลักดันให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตซ้ำอีก

ครุณี นาทะสิริ และคนอื่น ๆ (มูลนิธิ พรหมทอง. 2530 : 25 ; อ้างอิงมาจาก

ครุณี นาทะสิริ และคนอื่น ๆ. 2521) ได้ศึกษาเรื่อง ความเป็นไปในครอบครัว และ  
 ละแวกบ้าน กับการสงเคราะห์คนไข้โรคจิตทุเลา โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบคนไข้ 2 กลุ่ม  
 คือ กลุ่มผู้ซึ่งผ่านการสงเคราะห์จากสถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิถี กับผู้ซึ่งไม่ได้ผ่านการ  
 สงเคราะห์จากสถานสงเคราะห์ดังกล่าว ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่รับไว้ในโรงพยาบาลตั้งแต่ปี 2520 -  
 2521 พบว่า ในจำนวนผู้ป่วย 100 ราย ญาติของผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นจะตอบว่าทางบ้านและ  
 ละแวกบ้านที่ผู้ป่วยอยู่นั้น เอื้ออำนวยให้ดำเนินชีวิตได้ตามปกติ คือ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดีนั่นเอง  
 ส่วนผู้ที่อาการไม่ดีขึ้นนั้นส่วนใหญ่จะอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี

สมจิต หนูเจริญกุล (2531 : 21-27) ได้ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบริเวณศีรษะ  
 และคอ และผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา จำนวน 112 ราย พบว่า การสนับสนุน  
 ทางสังคมมีความสัมพันธ์ในทางบวกกับการดูแลตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวทำนาย  
 การดูแลตนเองได้ดีที่สุด

เสาวภา วิจิควาที (2534 : 86-109) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกลึก  
 มีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา  
 พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง และความรู้สึกลึก  
 มีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา

มณฑา เจริญกุล (2534 : ก) ได้ศึกษาเรื่อง แรงสนับสนุนทางสังคม ความ  
 สามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง  
 จังหวัดพิษณุโลก จำนวน 100 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ  
 ความสามารถในการดูแลตนเอง และภาวะสุขภาพ นอกจากนี้ ระยะเวลาในการศึกษา ราย  
 ได้ของครอบครัว แรงสนับสนุนทางสังคม และความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถ  
 อธิบายความแปรปรวนของภาวะสุขภาพได้

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534 : 1-3) ได้ศึกษาเรื่อง บทบาทของสมาชิกใน  
 ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 150  
 ราย พบว่า สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่ดี มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับการ  
 ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีร้อยละ 40 และสัมพันธภาพที่ไม่ดีของสมาชิกในครอบครัว มีความสัมพันธ์  
 เชิงบวกกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ดีร้อยละ 32.67 และวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ดีที่สุด คือ  
 การให้กำลังใจ

ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู (นิรามัช ๗๕ เทียมวงศ์. 2535 : 27 ; อ้างอิงมาจาก  
 ลัดดาวัลย์ สิงห์คำฟู. 2532) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแล  
 ตนเอง การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับการ  
 ดูแลตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้รับความช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่าง ๆ จากคู่สมรส  
 และครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยไม่มีโอกาสที่จะกระทำการกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองจนเกิดความ

เคยชินที่จะให้ผู้อื่นทำให้ ทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง

**นิรามิธ วัชโรทัยวงศ์ (2535 : 43-50)** ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลรามารามธิบดี จำนวน 50 ราย พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และระดับความรุนแรงของโรคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเอง

**ภาวดี มโนหาญ (2536 : 1-30)** ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 75 คน พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

#### การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน และการดูแลตนเอง

**จงจิน เฉลิมโรจน์ (2526 : ค-ง)** ได้ศึกษาเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนพาณิชย์การบางนา ตามตัวแปร เพศ ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพของนักเรียนพาณิชย์การบางนา โดยทั่วไปอยู่ในเกณฑ์ที่ถูกต้อง ผลการเปรียบเทียบการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนระหว่างเพศ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 จำนวน 8 เรื่อง คือ การดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับสุขภาพส่วนบุคคล โภชนาการ สวัสดิภาพและการปฐมพยาบาล โรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ สุนัขกบิล เพศ ยาเสพติดให้โทษ การบริการสาธารณสุข และสุขภาพผู้บริโภค ส่วนเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองเกี่ยวกับสุขภาพจิตไม่แตกต่างทุกเรื่อง

**อัจฉรา เกิดมงคล (2528 : บทคัดย่อ)** ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีการดูแลสุขภาพตนเอง อยู่ในเกณฑ์ดี นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชาย

**สุพล รุจิรพิพัฒน์ และคนอื่น ๆ (2528 : 10)** ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่กลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อกลับไปอยู่บ้านมักอยู่เฉย ไม่ทำอะไรเลย รองลงมาคือ ช่วยทำงานบ้างเล็กน้อย และมีส่วนน้อยที่ทำงานได้ตามปกติ

**สุภาภรณ์ ดั่งแสง (2531 : ก)** ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายที่รักษาโดยวิธีการจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง จำนวน 70 ราย พบว่า การสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย

**สมจิต หนูเจริญกุล (2531 : 104)** ได้ศึกษาผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ป่วย

มะเร็งปากมดลูกที่ได้รับรังสีรักษา พบว่า ระยะเวลาในการศึกษา รายได้ อาชีพ มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต ซึ่งระยะเวลาในการศึกษาช่วยบ่งบอกถึง ประสิทธิภาพ และความสามารถในการเรียนรู้ของบุคคล ผู้ที่มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมดี จะส่งเสริมให้ได้รับการศึกษาสูง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจภาวะสุขภาพและแผนการรักษาดีขึ้น และจะช่วยพัฒนาความสามารถในการรับรู้ คิดตัดสินใจที่จะริเริ่มและกระทำการดูแลตนเอง อีกทั้งยังสามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเองได้ดี เช่นเดียวกับผู้ที่มีรายได้สูง

ภัทรา ภิรลภ (2533 : 59) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณี : โรงพยาบาลศรีวิชัย โดยเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 160 ราย กับผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ จำนวน 52 ราย พบว่า สภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษาและการกลับมารักษาซ้ำ มีความสัมพันธ์กับการสูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม และการไม่มีงานทำ

สุภาพ ไบนแก้ว (เสาวภา วิชิตวาทย์. 2534 : 70 ; อ้างอิงมาจาก สุภาพ ไบนแก้ว. 2528) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากขึ้น จะสามารถปรับตัวต่อภาวะความเจ็บป่วยได้ดีกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย ๆ เนื่องจากสามารถทำความเข้าใจต่อแผนการรักษา และสนใจดูแลเอาใจใส่ในเรื่องสุขภาพได้ดีกว่า แต่เมื่ออายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป ความเอาใจใส่ต่อสุขภาพ ร่างกายจะลดลง

ทัศนีย์ จินางกูร (นิรามิต ไข่เทียมวงศ์. 2535 : 21 ; อ้างอิงมาจาก ทัศนีย์ จินางกูร. 2530) ได้ศึกษาความต้องการการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุแตกต่างกัน มีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 30-50 ปี และอายุมากกว่า 50 ปี เนื่องจากในวัยต่ำกว่า 30 ปี เป็นวัยที่เริ่มสร้างหลักฐาน การเจ็บป่วยและการรักษา มีผลกระทบต่อการสร้างหลักฐานในชีวิตเป็นอย่างมาก ในขณะที่ผู้ป่วยวัยกลางคน ซึ่งอยู่ในวัยที่มีฐานะมั่นคงในการทำงาน แม้จะเจ็บป่วยก็ยังได้รับความช่วยเหลือ และในกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป แม้จะมีภาวะสุขภาพที่เลวลง แต่มีหลักฐานความมั่นคง

เกศรินทร์ ศรีสง่า (นิรามิต ไข่เทียมวงศ์. 2535 : 23 ; อ้างอิงมาจาก เกศรินทร์ ศรีสง่า. 2534) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเอง และความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลรามาชิตี จำนวน 100 ราย พบว่า ในด้านปัจจัยพื้นฐาน ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์ทางลบ กับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง

สนธยา พิษกุล (เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวรส. 2536 : 40 ; อ้างอิงมาจาก

สนธยา พิชัยกุล. 2533) ได้ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ที่พบว่า เพศหญิงจะรับรู้ความพาสักในปัจจุบันสูงกว่าเพศชายหรือมีคุณภาพชีวิตที่ดี ซึ่งอาจเป็นผลเนื่องจากเพศชายและเพศหญิงมีค่านิยมและทัศนคติต่อการเจ็บป่วยแตกต่างกัน

ประภา รัตนเมฆานนท์ (เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวศ. 2536 : 43 ; อ้างอิงมาจาก ประภา รัตนเมฆานนท์. 2532) ได้ศึกษาผู้ป่วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจตายที่พบว่าความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต ผู้ที่มีความรุนแรงของการสูญเสียหน้าที่ทางร่างกายน้อย จะมีคุณภาพชีวิตที่ดี

จากการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยทั้งต่างประเทศ และในประเทศจำนวนมากทำให้ผู้วิจัยได้แนวคิดในการตั้งสมมติฐาน ดังนี้

### สมมติฐานในการศึกษาค้นคว้า

1. แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
2. ผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับอายุแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน
4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสแตกต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน
5. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน
6. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน
7. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน
8. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระยะของโรคที่ต่างกัน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้ระเบียบการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีรายละเอียดของวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้าดังนี้

#### แหล่งข้อมูลและกลุ่มตัวอย่าง

##### ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และครั้งนี้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 3,473 คน/เดือนจากสถิติผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมาเข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของปีงบประมาณ 2538 โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และครั้งนี้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เป็นการเลือกแบบเจาะจง ซึ่งพิจารณาตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิต ทุกเพศ ทุกวัย และเคยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินโดยใช้แบบประเมินลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยของกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จากคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อยู่ในระดับที่ 4 คือ ผู้ป่วยที่ไม่ต้องพึ่งคนอื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ และระดับที่ 5 คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย สื่อความหมายเข้าใจกันได้ มีการรับรู้ดี

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ได้จาก จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มีคุณสมบัติดังกล่าวข้างต้นทั้งหมด ใช้เวลาเก็บข้อมูล 1 เดือน โดยคำนวณจากสูตรยามานะ.

จากสูตร ยามานะ (Yamane, 1969 : 886) ให้มีความคลาดเคลื่อนได้ .05

ดังสูตร

$$\begin{aligned} n &= \frac{N}{1 + Ne^2} \\ &= \frac{3473}{1 + 3473 (.05)^2} \\ &= 358 \end{aligned}$$

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 358 คน

เมื่อ	n	แทน	ขนาดกลุ่มตัวอย่าง
	N	แทน	ประชากร (คน/เดือน)
	e	แทน	ความคลาดเคลื่อน

จำนวนผู้ป่วยจากการสุ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร ยามานะ ได้ 358 คน และเลือก สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงอีกครั้งหนึ่ง เพื่อให้ได้ผู้ป่วยที่มีระดับอาการและพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ 4 และ ระดับที่ 5 จะได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 145 คน

ตาราง 2 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มาบริการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาล  
ส่วนสาธารณสุข จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตาม รหัสโรค (ICD10) ผู้ป่วยเก่า-ใหม่  
เพศ และอายุ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2537 - 30 กันยายน 2538

รหัสโรค ICD0	Male							Female							Total		
	0-19		20-OVER		Total			0-19		20-OVER		Total			New	Old	Total
	New	Old	New	Old	New	Old	Total	New	Old	New	Old	Total					
F00-09	17	31	213	447	230	478	708	16	24	143	336	159	360	519	389	838	1227
F10-19	65	90	471	604	536	694	1230	23	17	48	46	71	63	134	607	757	1364
F20-29	109	440	1589	11615	1698	12055	13703	103	348	971	7507	1074	7855	8929	2772	19910	22682
F30-39	16	28	204	837	220	865	1085	15	51	386	1429	401	1480	1881	621	2345	2966
F40-49	61	189	826	3251	887	3440	4324	47	95	1658	4189	1705	4284	5989	2592	7724	10316
F50-59	1	15	15	41	16	56	72	1	9	23	45	24	54	78	40	110	150
F60-69	2	1	6	4	8	5	13	-	2	7	2	7	4	11	15	9	24
F70-79	56	94	25	81	81	175	256	35	47	24	64	59	111	170	140	286	426
F80-89	6	22	2	11	8	33	41	2	13	1	12	3	25	28	11	58	69
F90-98	5	7	4	5	9	12	21	-	-	3	1	3	1	4	12	13	25
F99	-	-	-	1	-	1	1	-	-	-	-	-	-	-	-	1	1
G40-41	55	257	107	1014	162	1271	1433	55	371	86	855	141	1226	1367	303	2497	2800
G00-99	63	54	496	850	559	904	1463	64	55	671	913	735	968	1703	1294	1892	3166
R56	15	59	20	192	35	251	286	15	53	21	125	36	178	214	71	429	500
Other	448	301	979	1894	1427	2195	3622	191	221	2239	2419	2430	2640	5070	3857	4835	8692
รวม	919	1588	4957	20847	5876	22435	28311	567	1306	6281	17943	6848	19249	26097	12724	41684	54408

ที่มา : งานสถิติโรงพยาบาลส่วนสาธารณสุข. 2538.

## เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

### ลักษณะของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มี 2 ลักษณะ คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ของ กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้มาของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือ ผู้ป่วยจิตเวช ที่อยู่ในระดับกลุ่มที่ 4 กับกลุ่มที่ 5

2. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 เกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นคุณสมบัติเฉพาะของผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะของโรค

ตอนที่ 2 เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นโดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวออกเป็น 5 ด้าน คือ

- การสนับสนุนด้านอารมณ์
- การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
- การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน หรือ แรงงาน
- การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
- การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และคุณค่า

มีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า ตามสภาพที่เป็นจริง 5 ระดับ โดยในแต่ละระดับมีค่าน้ำหนักคะแนน ดังนี้

ค่าตอบที่มีลักษณะเชิงนิมิต	ให้คะแนนดังนี้
มากที่สุด	5 คะแนน
มาก	4 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
น้อย	2 คะแนน
น้อยที่สุดหรือไม่เคยเลย	1 คะแนน

ค่าตอบที่มีลักษณะเชิงนิเสธ	ให้คะแนนดังนี้
มากที่สุด	1 คะแนน
มาก	2 คะแนน
ปานกลาง	3 คะแนน
น้อย	4 คะแนน
น้อยที่สุดหรือไม่เคยเลย	5 คะแนน

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของเบส์ท์ (Best. 1970 : 257) ดังนี้

4.50 - 5.00	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ดีมาก
3.50 - 4.49	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวดี
2.50 - 3.49	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว ปานกลาง
1.50 - 2.49	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว น้อย
1.00 - 1.49	หมายถึง	ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว น้อยที่สุดหรือไม่เคยได้รับเลย

ตอนที่ 3 เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในด้านต่าง ๆ คือ

- การดูแลตนเองด้านภาวะโภชนาการ
- การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ
- การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย
- การดูแลตนเองด้านการเข้าสังคม
- การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตามบทบาทและหน้าที่
- การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาทางจิตและการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

มีลักษณะ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าของลิเกิร์ต (Likert Type Scale) ตามสภาพที่เป็นจริง

3 ระดับ คือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมนั้นผู้ตอบได้ปฏิบัติทุกครั้ง และ/หรือ ทุกวัน อย่างสม่ำเสมอ
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นผู้ตอบได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง
ไม่เคยปฏิบัติเลย	หมายถึง	กิจกรรมนั้นผู้ตอบไม่เคยปฏิบัติเลย

การให้คะแนนพิจารณาตามเกณฑ์ดังนี้

ข้อที่ปฏิบัติ		เชิงนิมิต	เชิงนิเสธ
ปฏิบัติเป็นประจำ	ให้คะแนน	2	0
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	1	1
ไม่เคยปฏิบัติ	ให้คะแนน	0	2

ประเมินค่าเฉลี่ยโดยใช้เกณฑ์ของเบสต์ (Best. 1959 : 159) ดังนี้

1.34 - 2.00	หมายถึง	การปฏิบัติดี
0.67 - 1.33	หมายถึง	การปฏิบัติพอใช้
0.00 - 0.66	หมายถึง	การปฏิบัติต้องปรับปรุง

#### การหาคุณภาพเครื่องมือ

1. ศึกษาหลักเกณฑ์และวิธีสร้างแบบสัมภาษณ์จากตำรา เอกสาร และผลงานวิจัย
2. สร้างแบบสัมภาษณ์ตามหลักเกณฑ์ให้ครอบคลุมเนื้อหา และขอบเขตของการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเอง
3. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเสนอต่อคณะกรรมการควบคุมการทำปริญญาโทเพื่อขอคำแนะนำและแก้ไขปรับปรุงให้ดีขึ้น
4. นำแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นไปให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน พิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรง (Validity) ของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (IC) โดยเลือกข้อสอบที่มีค่า IC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่มีความเที่ยงตรงตามเนื้อหา
5. นำแบบสัมภาษณ์ที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไข แล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ปวยจิตเวช ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน นำมาหาค่าอำนาจจำแนกเป็นรายข้อ ด้วยการทดสอบค่า ที (t - test) เทคนิคร้อยละ 50 ของ เอ็ดเวิร์ด (Edwards. 1975 : 152) ข้อที่มีค่ามากกว่าหรือเท่ากับค่าวิกฤต หรือ มีค่าตั้งแต่ 1.75 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้
6. นำแบบสัมภาษณ์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปหาค่าความเชื่อมั่นโดยวิธีสุคร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบาค (Cronbach) ถ้าได้ค่า มากกว่า .60 ขึ้นไป ถือว่านำไปใช้ใน การศึกษารังนี้ได้

#### วิธีดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ขอนหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยนำแบบประเมินสภาวะผู้ปวยจิตเวช ไปทดสอบผู้ปวยจิตเวช เพื่อคัดเลือกรวมตัวอย่างที่มีลักษณะตรงตามคุณสมบัติที่กำหนด หลังจากได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการจึงใช้แบบสัมภาษณ์ที่เกี่ยวข้องกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ปวยจิตเวช สัมภาษณ์ผู้ปวยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

### 3. ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลประมาณ 1 เดือน

#### วิธีจัดการกับข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรม SPSS\* (Statistical package for the social sciences) โดยกำหนดระดับความมีนัยสำคัญเท่ากับ .05 และมีรายละเอียดในการวิเคราะห์ดังต่อไปนี้

1. แจกแจงความถี่และคิดอัตราร้อยละของลักษณะข้อมูลปัจจัยพื้นฐาน
2. คำนวณค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard-deviation) ของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
3. คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
4. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้การทดสอบค่า t (t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่มีตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มโดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way analysis of variance)

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่
  - 1.1 หาค่าร้อยละ
  - 1.2 หาค่าเฉลี่ย โดยใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 102)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
	$\sum X$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

- 1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 103)

$$S = \sqrt{\frac{N \sum X^2 - (\sum X)^2}{N(N-1)}}$$

เมื่อ	S	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนน
	$\sum X^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนแต่ละตัวยกกำลังสอง
	$(\sum X)^2$	แทน	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง
	N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

## 2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพแบบสัมภาษณ์

2.1 หาค่าดัชนีความสอดคล้องของผู้เชี่ยวชาญ เพื่อหาความเที่ยงตรงเนื้อหา โดยใช้ สูตร (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2529 : 214)

$$IC = \frac{\sum R}{N}$$

เมื่อ	IC	แทน	ดัชนีความสอดคล้องของข้อทดสอบ
	R	แทน	ผลรวมคะแนนความคิดของผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด
	N	แทน	จำนวนผู้เชี่ยวชาญ

2.2 หาค่าอำนาจจำแนก (Discrimination) ของแบบสัมภาษณ์เป็นรายข้อ โดยใช้สูตร ทดสอบค่า ที (t - test) เทคนิคร้อยละ 50 ของ เอ็ดเวิร์ด (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 94)

$$t = \frac{\bar{X}_H - \bar{X}_L}{\sqrt{\frac{S^2_H}{n_H} + \frac{S^2_L}{n_L}}}$$

เมื่อ	t	แทน	ค่าความแตกต่างระหว่างคะแนนแต่ละข้อของกลุ่มสูง
	$\bar{X}_H$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มสูง
	$\bar{X}_L$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของคะแนนในกลุ่มต่ำ

$S^2_H$	แทน	ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มสูง
$S^2_L$	แทน	ค่าความแปรปรวนของการกระจายคะแนนในกลุ่มต่ำ
$n_H$	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มสูง
$n_L$	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มต่ำ

2.3 การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสัมภาษณ์ โดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha-coefficient) ของครอนบัก (บุญชม ศรีสะอาด. 2535 : 96) โดยใช้สูตร

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[ 1 - \frac{\sum S^2_i}{S^2_u} \right]$$

เมื่อ	$\alpha$	แทน	สัมประสิทธิ์ของความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์
	$k$	แทน	จำนวนข้อสอบของแบบสัมภาษณ์
	$S^2_i$	แทน	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนในแต่ละข้อของแบบสัมภาษณ์
	$S^2_u$	แทน	ความแปรปรวนของคะแนนแบบสัมภาษณ์ทั้งฉบับ

### 3. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน

3.1 คำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่าง แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งมีสูตรดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2529 : 259)

$$r_{xy} = \frac{n \sum xy - (\sum X)(\sum y)}{\sqrt{\left[ n \sum X^2 - (\sum X)^2 \right] \left[ n \sum y^2 - (\sum y)^2 \right]}}$$

เมื่อ	$r_{xy}$	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว กับ การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
	X	แทน	คะแนนของแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว
	Y	แทน	คะแนนของการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
	N	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จากนั้นนำมาทดสอบความมีนัยสำคัญของสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ที่คำนวณได้โดยการทดสอบค่า t (t - test) ซึ่งมีสูตรดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2529 : 315)

$$t = \frac{r \sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

เมื่อ	N	แทน	ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง
	df	แทน	N-2
	r	แทน	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

3.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระจากกัน โดยการทดสอบค่า t (t - test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2527 : 246)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2}}}$$

$$df = \frac{\left( \frac{S^2_1}{n_1} + \frac{S^2_2}{n_2} \right)^2}{\frac{\left( \frac{S^2_1}{n_1} \right)^2}{n_1-1} + \frac{\left( \frac{S^2_2}{n_2} \right)^2}{n_2-1}}$$

เมื่อ $t$	แทน	ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
$\bar{X}_1, \bar{X}_2$	แทน	คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
$S^2_1, S^2_2$	แทน	ความแปรปรวนของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
$n_1, n_2$	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2
df	แทน	ขั้นแห่งความเป็นอิสระ (Degree of freedom)

3.3 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรมากกว่า 2 กลุ่มขึ้นไป โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-Way Analysis of Variance) หรือทดสอบค่า เอฟ (F - test) โดยใช้สูตร (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2527 : 332)

$$F = \frac{MS_b}{MS_w} ; df = k-1, N-k$$

เมื่อ $F$	แทน	ค่าที่ใช้พิจารณาใน f - distribution
$MS_b$	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองระหว่างกลุ่ม
$MS_w$	แทน	ค่าเฉลี่ยของผลบวกยกกำลังสองภายในกลุ่ม
$k-1$	แทน	ขั้นของความเป็นอิสระของ $MS_b$
$N-k$	แทน	ขั้นของความเป็นอิสระของ $MS_w$

ถ้าพบว่าผลการทดสอบมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะตรวจสอบความแตกต่างเป็นรายคู่ โดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe) (ชูศรี วงศ์รัตนะ. 2527 : 369)

$$S = \sqrt{(k-1) \cdot F \cdot (MS_w) (2/n)}$$

เมื่อ	k	แทน	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
	F	แทน	ค่า F ที่เปิดจากตาราง
	$MS_w$	แทน	ความแปรปรวนภายในกลุ่ม
	n	แทน	จำนวนหน่วยตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่าง

ถ้าจำนวนตัวอย่างในแต่ละกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากัน จะต้องใช้  $\left[ \frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right]$  แทน

(2/n) เมื่อ  $n_1$  และ  $n_2$  แทนจำนวนหน่วยตัวอย่างในกลุ่มตัวอย่างต่าง ๆ

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูลศึกษาค้นคว้า

#### ข้อตกลงเกี่ยวกับการวิเคราะห์และแปลผล

##### สัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

$\bar{X}$	แทน	ค่าคะแนนเฉลี่ย
N	แทน	จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง
f	แทน	ความถี่ของคะแนนดิบ
SD	แทน	ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$S^2$	แทน	ความแปรปรวน
t	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน t - distribution
F	แทน	ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาใน F - distribution
SS	แทน	Sum of Square
MS	แทน	Mean Square
df	แทน	degree of freedom
r	แทน	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
*	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
**	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01
***	แทน	มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

#### การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จากข้อมูลที่รวบรวมได้ โดยใช้แบบสัมภาษณ์กับผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 145 คน เป็นชาย 107 คน เป็นหญิง 38 คน ผู้วิจัยได้นำข้อมูลดังกล่าววิเคราะห์หาค่าทางสถิติแล้วนำเสนอผลการวิเคราะห์ ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามตัวแปรที่ศึกษา โดยแจกแจงความถี่เป็นร้อยละและเสนอเป็นตารางประกอบความเรียง

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ข้อมูลแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามขั้นตอนดังนี้

2.1 หากค่าสถิติพื้นฐานของคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีเพศต่างกัน คือ เพศชายและเพศหญิง เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 2 โดยการทดสอบค่า ที (t-test)

2.3 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีช่วงอายุต่างกัน คือ อายุ 14-20 ปี อายุ 21-40 ปี อายุ 41-60 ปี และอายุมากกว่า 60 ปี เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 3 โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test)

2.4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน คือ โสด คู่หมั้นหย่าร้าง/แยกกันอยู่ เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 4 โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test)

2.5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน คือ ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 5 โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test)

2.6 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีรายได้ต่างกัน คือ รายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน รายได้ 3,001-8,000 บาทต่อเดือน รายได้ 8,001-20,000 บาท และรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 6 โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test)

2.7 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีอาชีพต่างกัน คือ ไม่ประกอบอาชีพ เกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง รับราชการ และธุรกิจส่วนตัว เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 7 โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test)

2.8 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระยะของโรคต่างกัน คือ ต่ำกว่า 6 เดือน 6 เดือน - 2 ปี และมากกว่า 2 ปี เพื่อทดสอบสมมติฐานข้อที่ 8 โดยการทดสอบค่า เอฟ (F-test)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการหาค่า

สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient )

ผลการศึกษาค้นคว้า

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของผู้ป่วยจิตเวช ตามตัวแปรที่ต้องการศึกษา โดยการแจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง ดังปรากฏตามตาราง 3

ตาราง 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และระยะของโรค

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1 เพศ		
ชาย	107	73.80
หญิง	38	26.20
รวม	145	100.00
2 อายุ		
14-20 ปี	7	4.80
21-40 ปี	94	64.80
41-60 ปี	34	23.40
มากกว่า 60 ปี	10	6.90
รวม	145	100.00

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>3 สถานภาพสมรส</b>		
โสด	89	61.40
คู่	39	26.90
หม้าย	4	2.80
หย่าร้าง/แยกกันอยู่	13	9.00
<b>รวม</b>	<b>145</b>	<b>100.00</b>
<b>4 ระดับการศึกษา</b>		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	2.10
ประถมศึกษา	84	57.90
มัธยมศึกษา	41	28.30
อุดมศึกษา	17	11.70
<b>รวม</b>	<b>145</b>	<b>100.00</b>
<b>5 รายได้ต่อเดือน</b>		
ต่ำกว่า 3,000 บาท	94	64.80
3,001 - 8,000 บาท	38	26.20
8,001 - 20,000 บาท	11	7.60
มากกว่า 20,000 บาท	2	1.40
<b>รวม</b>	<b>145</b>	<b>100.00</b>

ตาราง 3 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
<b>6 อาชีพ</b>		
ไม่ประกอบอาชีพ	39	26.90
เกษตรกรรวม	56	38.60
ค้าขาย	9	6.20
รับจ้าง	34	23.40
รับราชการ	4	2.80
ธุรกิจส่วนตัว	3	2.10
รวม	145	100.00
<b>7 ระยะของโรค</b>		
ต่ำกว่า 6 เดือน	8	5.50
6 เดือน - 2 ปี	18	12.40
มากกว่า 2 ปี	119	82.10
รวม	145	100.00

จากตาราง 3 แสดงว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีผู้ป่วยจิตเวชชายมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิง โดยมีผู้ป่วยจิตเวชชายจำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 73.80 และมีผู้ป่วยจิตเวชหญิง จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 26.20

ผู้ป่วยจิตเวชมีอายุในช่วง 21-40 ปี มากที่สุด โดยมีจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 64.80 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 41-60 ปี มีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 23.40 ช่วงอายุมากกว่า 60 ปี มีจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 6.90 และน้อยที่สุด คือ ช่วงอายุ 14-20 ปี โดยมีจำนวน 7 คน คิดเป็นร้อยละ 4.80

ผู้ป่วยจิตเวชมีสถานภาพสมรส โสดมากที่สุด โดยมีจำนวน 89 คน คิดเป็นร้อยละ 61.40 รองลงมา คือ สถานภาพสมรส คู่ มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 26.90 สถานภาพ

สมรส หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีจำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 9.0 และน้อยที่สุด คือ สถานภาพสมรส หม้าย มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80

ผู้ปวยมีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษามากที่สุด โดยมีจำนวน 84 คน คิดเป็นร้อยละ 57.90 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา มีจำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 28.30 ระดับอุดมศึกษา มีจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 11.70 และน้อยที่สุด คือ ระดับต่ำกว่าประถมศึกษา มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.10

ผู้ปวยจิตเวชมีรายได้ต่อเดือนอยู่ในช่วงต่ำกว่า 3,000 บาท มากที่สุด โดยมีจำนวน 94 คน คิดเป็นร้อยละ 64.80 รองลงมา คือ รายได้ 3,001 - 8,000 บาท มีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 26.20 คน รายได้ 8,001 - 20,000 บาท มีจำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 7.60 และน้อยที่สุด คือ รายได้มากกว่า 20,000 บาท มีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.40

ผู้ปวยจิตเวชประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด โดยมีจำนวน 56 คน คิดเป็นร้อยละ 38.60 รองลงมา คือ ไม่ประกอบอาชีพใด ๆ มีจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 26.90 ประกอบอาชีพรับจ้าง มีจำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 23.40 ประกอบอาชีพค้าขายมีจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.20 ประกอบอาชีพรับราชการ มีจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 2.80 และน้อยที่สุด คือ ประกอบอาชีพธุรกิจส่วนตัว มีจำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 2.10

ผู้ปวยจิตเวชมีระยะของโรคมมากกว่า 2 ปี มากที่สุด โดยมีจำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 82.10 รองลงมา คือ มีระยะของโรคอยู่ในช่วง 6 เดือน - 2 ปี มีจำนวน 18 คน เป็นร้อยละ 12.40 และน้อยที่สุด คือ มีระยะของโรคต่ำกว่า 6 เดือน มีจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 5.50

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

2.1 ค่าสถิติพื้นฐานคะแนนแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตาราง 4 ค่าคะแนนเฉลี่ย และความเบี่ยงเบนมาตรฐานของแรงสนับสนุนทางสังคมของ  
ครอบครัว การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตัวแปร	จำนวนข้อคำถาม	N	ค่าเฉลี่ย ( $\bar{X}$ )	ความเบี่ยงเบน มาตรฐาน(SD)	ระดับ
แรงสนับสนุนทางสังคม ของครอบครัว	20	145	3.32	.61	ปานกลาง
การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเวช	22	145	1.42	.34	ดี

ตาราง 4 แสดงว่า คะแนนเฉลี่ยทางด้านแรงสนับสนุนของครอบครัว มีค่าเท่ากับ  
3.32 จากเกณฑ์ประเมินสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวที่ตั้งไว้ สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชจะ  
ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในระดับปานกลาง ส่วนตัวแปรทางด้าน การดูแลตนเอง  
ของผู้ป่วยจิตเวช มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.42 จากเกณฑ์ประเมินระดับการดูแลตนเองที่ตั้งไว้  
แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีการดูแลตนเองอยู่ในระดับที่ดี

2.2 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช  
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีเพศต่างกัน

ตาราง 5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช  
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามเพศ

เพศ	N	$\bar{X}$	SD	t
ชาย	107	1.4325	.322	.65
หญิง	38	1.3900	.401	

ตาราง 5 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวชชายและผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 ที่ว่า  
ผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.3 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีอายุต่างกัน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ตาราง 6 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามอายุ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.8640	.2880	2.5150
ภายในกลุ่ม	141	16.1454	.1145	
รวม	144	17.0093		

ตาราง 6 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุอยู่ในช่วง 14-20 ปี ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุอยู่ในช่วง 41-60 ปี และผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุมากกว่า 60 ปี มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 ที่ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.4 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ตาราง 7 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามสถานภาพสมรส

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.1745	.0582	.4871
ภายในกลุ่ม	141	16.8348	.1194	
รวม	144	17.0093		

ตาราง 7 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรส โสด ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรส คู่ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรส หย่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรส หย่าร้างหรือแยกกันอยู่ มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 ที่ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.5 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ตาราง 8 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามระดับการศึกษา

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.3667	.1222	1.0357
ภายในกลุ่ม	141	16.6426	.1180	
รวม	144	17.0093		

ตาราง 8 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นประถมศึกษา ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษา และผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นอุดมศึกษา มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 ที่ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

2.6 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีรายได้ต่างกัน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ตาราง 9 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามรายได้

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	3	.9896	.3299	2.9034*
ภายในกลุ่ม	141	16.0197	.1136	
รวม	144	17.0093		

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 9 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้อยู่ในช่วง 3,001-8,000 บาทต่อเดือน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้ในช่วง 8,001-20,000 บาทต่อเดือน และผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 ที่ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

เพื่อให้ทราบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ที่จำแนกตามรายได้เป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's method) พบว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีรายได้ต่างกัน ไม่มีคู่ใดที่แตกต่างกันอย่างชัดเจน

2.7 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีอาชีพต่างกัน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ตาราง 10 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามอาชีพ

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	5	2.0165	.4033	3.7389**
ภายในกลุ่ม	139	14.9928	.1079	
รวม	144	17.0093		

\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ตาราง 10 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ไม่ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยจิตเวชที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ค้าขาย รับจ้าง รับราชการ และ ธุรกิจส่วนตัว มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ที่ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

เพื่อให้ทราบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ที่จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่ จึงทำการทดสอบโดยวิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's method) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีอาชีพต่างกันอย่างน้อย 1 คู่ มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน ดังปรากฏตามตาราง 11

ตาราง 11 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช  
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามอาชีพเป็นรายคู่

อาชีพ	ไม่ประกอบอาชีพ	ค้าขาย	ธุรกิจส่วนตัว	รับจ้าง	เกษตรกร	รับราชการ	
	1.2413	1.3485	1.4545	1.4906	1.4984	1.6477	
ไม่ประกอบอาชีพ							
อาชีพ	1.2413	-	0.1072	0.2132	0.2493	0.2571*	0.4064
ค้าขาย	1.3485		-	0.106	0.1421	0.1499	0.2992
ธุรกิจส่วนตัว	1.4545			-	0.0361	0.0439	0.1932
รับจ้าง	1.4906				-	0.0073	0.1571
เกษตรกร	1.4984					-	0.1493
รับราชการ	1.6477						-

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 11 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ไม่ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองแตกต่างจากผู้ป่วยจิตเวชที่ประกอบอาชีพเกษตรกร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ส่วนคู่อื่น ๆ พบว่า ไม่แตกต่างกัน

2.8 วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระยะของโรคต่างกัน โดยวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว

ตาราง 12 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนของคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำแนกตามระยะของโรค

แหล่งความแปรปรวน	df	SS	MS	F
ระหว่างกลุ่ม	2	.3429	.1715	1.4610
ภายในกลุ่ม	142	16.6664	.1174	
รวม	144	17.0093		

ตาราง 12 แสดงว่าผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระยะของโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งแสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระยะของโรค ต่ำกว่า 6 เดือน ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระยะของโรคอยู่ในช่วง 6 เดือน - 2 ปี และผู้ป่วยจิตเวชที่มีระยะของโรคมมากกว่า 2 ปี มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 ที่ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระยะของโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน ดังปรากฏตามตาราง ดังนี้

ตาราง 13 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ความสัมพันธ์ระหว่าง	N	r
แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช	145	.5387***

\*\*\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตาราง 13 แสดงว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีค่าเท่ากับ .5378 นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กันในเชิงนิมิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

## บทที่ 5

### บทย่อ สรุปผล อภิปราย และข้อเสนอแนะ

#### บทย่อ

ความมุ่งหมายของการศึกษาค้นคว้า

1. เพื่อศึกษาแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ ระยะของโรค กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

#### วิธีดำเนินการศึกษาค้นคว้า

##### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และครั้งนี้มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 145 คน ได้มาโดยการเลือกแบบเจาะจง โดยการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างมาจากสูตรยามานะ (Yamane) ซึ่งพิจารณาตามคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิต ทุกเพศ ทุกวัย และเคยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป
2. เป็นผู้ป่วยที่ผ่านการประเมินโดยวิธีแบบประเมินลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วยของกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข จากคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน อยู่ในระดับที่ 4 คือ ผู้ป่วยที่ไม่ต้องพึ่งคนอื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ และระดับที่ 5 คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ ช่วยเหลือผู้อื่นได้
3. สามารถเข้าใจภาษาไทย สื่อความหมายเข้าใจกันได้ มีการรับรู้ดี

### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ มี 2 ลักษณะ คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ประเมินลักษณะอาการและพฤติกรรมของผู้ป่วย ของกองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ได้มาของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ คือผู้ป่วยจิตเวช ที่อยู่ในระดับกลุ่มที่ 4 กับกลุ่มที่ 5
2. เครื่องมือที่ใช้ในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ตอน คือ
  - ตอนที่ 1 เกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐาน ซึ่งเป็นคุณสมบัติเฉพาะของผู้ป่วยที่มารับบริการ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และระยะของโรค
  - ตอนที่ 2 เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแบ่งการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว ออกเป็น 5 ด้าน คือ
    - การสนับสนุนด้านอารมณ์
    - การสนับสนุนด้านการมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
    - การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน หรือแรงงาน
    - การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร
    - การสนับสนุนด้านการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า
  - ตอนที่ 3 เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชในด้านต่าง ๆ คือ
    - การดูแลตนเองด้านภาวะโภชนาการ
    - การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ
    - การดูแลตนเองด้านการออกกำลังกาย
    - การดูแลตนเองด้านการเข้าสังคม
    - การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่
    - การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาทางจิตและการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลได้ใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS\* (Statistical Package for the Social Sciences)

1. วิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างโดย แจกแจงความถี่ คิดเป็นร้อยละ และเสนอเป็นตาราง
2. หาค่าสถิติพื้นฐาน แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
3. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ที่เป็นอิสระจากกัน โดยใช้การทดสอบ ค่าที (t-test)

4. ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 2 กลุ่ม โดยใช้วิธีวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบ 1 ตัวประกอบ (One-way analysis of variance)

5. เมื่อทดสอบค่า เอฟ (F-test) มีนัยสำคัญทางสถิติ จึงเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยเป็นรายคู่โดยใช้วิธีของ เชฟเฟ (Scheffe's method)

6. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้วิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient)

#### สรุปผลการศึกษาค้นคว้า

1. ลักษณะข้อมูลปัจจัยพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง เป็นชายร้อยละ 73.80 เป็นหญิงร้อยละ 26.20 ส่วนใหญ่ร้อยละ 64.80 มีอายุระหว่าง 21-40 ปี ร้อยละ 61.40 มีสถานภาพสมรส โสด ร้อยละ 57.90 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 64.80 มีรายได้ต่ำกว่า 3,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 38.60 ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรม และร้อยละ 82.10 มีระยะของโรคตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

2. ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีระดับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง และการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี

3. เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า

3.1 ผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.2 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.3 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.4 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

3.5 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.6 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่ไม่ประกอบอาชีพ มีการดูแลตนเองแตกต่างกันจากผู้ป่วยจิตเวชที่ประกอบอาชีพเกษตรกรกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.7 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระยะของ

· ไตรค่าต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน

4. แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว มีความสัมพันธ์เชิงนิมิตกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .5378

## อภิปรายผล

ตอนที่ 1 ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง ทั้งนี้เป็นเพราะเพศชายมักจะเป็นคนที่ชอบเก็บกดอารมณ์ ไม่ค่อยแสดงออกหรือระบายให้ใครฟังเวลามีปัญหา หรือบางคนอาจจะระบายออกด้วยการใช้สารเสพติดต่าง ๆ ซึ่งยิ่งจะเป็นสาเหตุให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น และผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่จะมีอายุอยู่ในช่วง 21-40 ปี เป็นเพราะว่าวัยนี้เป็นวัยผู้ใหญ่ มีความรับผิดชอบมากขึ้น ทั้งในด้านหน้าที่การงานหรือด้านครอบครัว เป็นวัยที่ต้องพบกับปัญหามากมาย ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิตได้ง่ายขึ้น ส่วนในด้านแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว โดยได้คะแนนเฉลี่ย 3.32 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .61 ซึ่งจัดว่าอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช มีคะแนนเฉลี่ย 1.42 ความเบี่ยงเบนมาตรฐาน .34 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติในการดูแลตนเองดี

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตามตัวแปร

2.1 ผู้ป่วยจิตเวชชายและผู้ป่วยจิตเวชหญิง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ จงจิณ เฉลิมโรจน์ (2525: ค-ง) ซึ่งศึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนพานิชย์การบางนา ตามตัวแปรเพศ ผลการศึกษาพบว่า การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนระหว่างเพศแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ อัจฉรา เกิดมงคล (2528: บทคัดย่อ) ซึ่งศึกษาเรื่องการดูแลตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 มีการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในเกณฑ์ดี นักเรียนชายและนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยนักเรียนหญิงมีการดูแลสุขภาพตนเองดีกว่านักเรียนชาย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิงได้รับความรู้ คำแนะนำในการปฏิบัติตัวขณะกลับไปอยู่ในครอบครัวก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจากบุคลากรทางฝ่ายงานจิตเวช ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เหมือน ๆ กัน ซึ่งในขณะที่ผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิงเข้ารับการรักษาดังกล่าวในโรงพยาบาลจะมีการบำบัดรักษาโดยใช้กิจกรรมกลุ่ม และกลุ่มการให้คำปรึกษาแนะนำก่อนกลับบ้านก็เป็นกิจกรรมหนึ่งที่จะทำกันทุกคืนผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิงมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองที่ไม่แตกต่างกัน

2.2 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีอายุต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 3 และไม่สอดคล้องกับการ

ศึกษาของ ทศนีย์ จินางกูร (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. 2535: 21; อ้างอิงมาจาก ทศนีย์ จินางกูร. 2530) ซึ่งศึกษาความต้องการการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุต่างกันมีคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี มีคุณภาพชีวิตต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีอายุ 30-50 ปี และอายุมากกว่า 50 ปี และการศึกษาของ เสาวภา วิจิตวาทิ (2534: 99) ซึ่งศึกษา ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา ผลการศึกษาพบว่า อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กล่าวคือ ผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขาที่มีอายุน้อยจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดี และผู้ป่วยที่มีอายุมากจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองน้อยลง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษารั้งนี้ จะมีลักษณะอาการและพฤติกรรมอยู่ในระดับที่ 4 และ 5 และส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเรื้อรังมานานกว่า 2 ปี จึงทำให้ผู้ป่วยมีประสบการณ์การเรียนรู้และเกิดทักษะในการดูแลตนเอง

2.3 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีสถานภาพสมรสต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 4 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศรินทร์ ศรีสง่า (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. 2535: 23; อ้างอิงมาจาก เกศรินทร์ ศรีสง่า. 2534) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลรามาชิปต์ ผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเอง และการศึกษาของ สุภาภรณ์ ค้างแพง (2531: ก) ได้ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรส กับการดูแลตนเองในผู้ป่วยไตวายที่รักษาโดยวิธีการจัดของเสียออกทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเองจำนวน 70 ราย พบว่าการสนับสนุนจากคู่สมรสมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการศึกษาของ แกกริทธิ และแกกริทธิ (อาภาพร เพ่าวัฒนา. 2537: 88-89; อ้างอิงมาจาก Garrity and Garitty. 1985) ได้ทำการรวบรวมผลงานวิจัยเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม จากโครงการวิจัยการศึกษาของผู้ป่วยด้วย เช่น เพื่อนหรือภรรยาสามี จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับแรงสนับสนุนจากคู่สามีภรรยาที่ได้รับการสอนและติดตามเยี่ยมบ้าน จะมีการควบคุมความดันโลหิตดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ไม่ได้ขึ้นอยู่กับสถานภาพสมรส แต่ขึ้นอยู่กับบุคคลในครอบครัว บุคคลในสังคมที่จะให้การยอมรับ เอาใจใส่ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีกรปฏิบัติตัวได้เหมาะสมมากขึ้นเพียงไร รวมทั้งสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย และบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเวชด้วย ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวและดูแลตนเองได้เหมาะสมเพียงไร และจากประสบการณ์ของผู้วิจัย พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ยังคงอาศัยอยู่กับบิดามารดา ญาติพี่น้อง และบุตรหลาน ซึ่งสมาชิกภายใน

ครอบครัวยังคงมีการช่วยเหลือเกื้อกูล ให้การดูแลเอาใจใส่อยู่ทำให้ผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรส โสด หม้าย หย่าร้างหรือแยกกันอยู่

2.4 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระดับการศึกษาต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 5 และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของ สมจิต หนูเจริญกุล (2531: 104) ซึ่งทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา พบว่า ระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ เกศรินทร์ ศรีสง่า (นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. 2535: 23; อ้างอิงมาจาก เกศรินทร์ ศรีสง่า. 2534) ได้ศึกษาเรื่องการดูแลตนเองและความพึงพอใจในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ในโรงพยาบาลรามายิปดี จำนวน 100 ราย พบว่าระยะเวลาในการศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชขึ้นอยู่กับความเต็มใจในการที่จะเลือกปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ซึ่งอาจเกิดจากแรงจูงใจภายในตัวผู้ป่วยหรือภายนอกตัวผู้ป่วยเอง นอกจากนี้ถ้าผู้ป่วยจิตเวชปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์พยาบาล ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้น โดยไม่ได้ขึ้นอยู่กับระดับการศึกษา

2.5 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 6 โดยที่ผู้ป่วยจิตเวชเหล่านี้มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างไม่เด่นชัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย (2536: 74) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กล่าวคือ ผู้ที่มีรายได้สูงจะมีความพร้อมในการดูแลตนเองน้อยกว่าผู้ที่ไม่มียาได้ และการวิจัยของ สมจิต หนูเจริญกุล (2531: 104) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งศีรษะและคอ และผู้ป่วยมะเร็งที่เข้ารับรังสีรักษา พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต และการศึกษาของ จิรภา หงษ์ตระกูล (เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวย. 2536: 75; อ้างอิงมาจาก จิรภา หงษ์ตระกูล. 2532) ซึ่งศึกษาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534: 48) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ ผลการศึกษา พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้ดีย่อมจะเอื้ออำนวยต่อการแสวงหาแหล่งประโยชน์ที่ช่วยให้สามารถดูแลตนเองได้ ในขณะที่ผู้ที่ไม่มียาได้หรือมีรายได้น้อยจะมีข้อจำกัดในด้านการเงิน หรือแหล่งประโยชน์ที่ช่วยส่งเสริมการดูแลตนเอง และทั้งนี้จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่จะอาศัยร่วมกับบิดามารดา ญาติพี่น้องคนอื่น ๆ

ก็จะได้รับเงินสนับสนุนจากครอบครัวและได้รับการเลี้ยงดูอย่างสม่ำเสมอ อีกทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล การซื้อยาไปรับประทาน ผู้ป่วยจิตเวชบางคนก็สามารถที่เบิกค่ารักษาพยาบาลจากต้นสังกัดของบุตรได้ และนอกจากนี้ก็มีผู้ป่วยจิตเวชจำนวนไม่น้อยที่ใช้บริการจากหน่วยสังคมสงเคราะห์ของรัฐบาล จึงทำให้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้ต่างกันนี้ ไม่มีความแตกต่างกันมากนัก

2.6 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 7 ผลปรากฏว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่ประกอบอาชีพ แต่ผู้ป่วยที่ประกอบอาชีพอื่น ๆ มีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันอย่างไม่ชัดเจน ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมั่นไว (2536: 74) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า อาชีพมีความสัมพันธ์กับความพร้อมในการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากการศึกษาของ เดวิส (ภัทรา ภิรลภ. 2533: 62; อ้างอิงมาจาก Davis. 1957) พบว่า การกลับเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทชายขึ้นอยู่กับการทำงาน และการศึกษาของ กัทธ พริ่งศุลกะ (2509: 117-184) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยการให้ผู้ป่วยมีงานทำร่วมด้วย มีอาการทางจิตทุเลาขึ้นมากกว่าผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ทั้งนี้เป็นเพราะว่า การที่ผู้ป่วยไม่มีงานทำจะทำให้เกิดความรู้สึกเสียคุณค่าของตนเอง และถ้าผู้ป่วยมีงานทำหรือมีการฝึกอาชีพ ซึ่งก็ไม่ได้มีเป้าหมายสำคัญอยู่ที่ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวได้เท่านั้น แต่จะเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองด้วย ผู้ป่วยจะเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง รู้จักรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น ไม่รู้สึกว่า เป็นภาระของใคร สามารถใช้ความสามารถของตนที่มีอยู่ทำประโยชน์ให้แก่ตนเองและผู้อื่น และเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยไม่หมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองนาน ๆ แล้วยังช่วยลดความกดดันทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยลงได้ และจากการศึกษาในครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะประกอบอาชีพเกษตรกรรม ซึ่งเป็นอาชีพหลักของภูมิภาคนี้ในเขตภาคใต้ด้วย การประกอบอาชีพเกษตรกรรมจะต้องใช้กำลังพอสมควร ทำให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายไปด้วยวิธีหนึ่ง และสามารถที่จะหยุดพักผ่อนได้เมื่อมีอาการเหนื่อยเหนื่อย อีกทั้งการออกกำลังกายก็เป็นวิธีการระบายความเครียดประการหนึ่งด้วย

2.7 ผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่มีระยะของโรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 8 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤทัย น้อยหมั่นไว (2536: 76) ซึ่งผลการศึกษาพบว่า ระยะของโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์ และการศึกษาของ นิรามัย ใช้เทียมวงศ์ (2535: 67) ที่ศึกษาเกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พบว่า ระดับความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับการดูแลตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ เสาวภา วิจิตรวาทิ

(2534: 98) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา พบว่าระยะเวลาที่สูญเสียแขนขามีความสัมพันธ์ทางลบ กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการที่ผู้ป่วยจิตเวชจะมีการดูแลตนเองดีหรือไม่ดีนั้น ยังจะต้องอาศัยแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว บุคคลในสังคม สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วยด้วยว่าจะให้การยอมรับ การให้กำลังใจ การเอาใจใส่ ให้การช่วยเหลือต่อผู้ป่วย มากน้อยเพียงใด เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าและสามารถที่จะดูแลตนเองได้ และจาก ประสพการณ์ของผู้วิจัยเอง พบว่า ผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาย้ำในโรงพยาบาลส่วนใหญ่เกิดจาก สิ่งแวดล้อมทางครอบครัว สังคม นั่นคือ ความไม่เข้าใจและการไม่ยอมรับของญาติเห็นว่าการ เจ็บป่วยด้วยโรคนี้เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม เป็นเรื่องที่น่าอายและเป็นปมด้อย เป็นภาระและ ลำบากในการดูแล จึงเห็นได้ว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยนั้นไม่ขึ้นอยู่กับระยะของโรค

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแล ตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี พบว่าแรงสนับสนุน ทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชมีความสัมพันธ์เชิงนิมิตอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ .5378 หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวดี ก็จะมี การดูแลตนเองดีด้วย ผลการศึกษาครั้งนี้มีความสอดคล้องกับการศึกษาของเสาวภา วิจิตวาที (2534: 95) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา และการศึกษาของ มณฑนา เจริญกุล (2534: 38) พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ และการศึกษาของเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย (2536: 59) พบว่า การสนับสนุน ทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้ในผู้ป่วย จิตเวช ผลกระทบจากความผิดปกติทางจิตทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดทางด้านความสามารถในการ ดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน รวมทั้งความสามารถในการแสดงบทบาทของตนเองที่มีต่อ ครอบครัวและอาชีพการงาน ผู้ป่วยอาจจะมีปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากรายได้จากการ ประกอบอาชีพอาจจะลดลงหรือไม่มีเลย ซึ่งเป็นผลจากสภาพทางร่างกายและจิตใจที่ผิดปกติ ไปทำให้ทำงานได้น้อยลงหรือไม่ได้ทำงาน ผู้ป่วยจึงต้องการความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง และแรงงาน ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต รวมทั้งการได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จากบุคคลรอบข้างในครอบครัว จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่ามีคนรักและห่วงใย มีคนคอยดูแล เอาใจใส่ให้ความเห็นอกเห็นใจ ได้รับการยอมรับ และเห็นคุณค่า นอกจากนี้การมีสัมพันธภาพ ระหว่างบุคคลและการแบ่งปัน เป็นความรู้สึกที่สำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพและความปกติสุข นำไปสู่การดูแลตนเองที่ดี เพราะการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่ต้องเรียนรู้โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์และ การติดต่อสื่อสาร การได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารหรือคำแนะนำจากบุคคลในครอบครัว

หรือบุคลากรในทีมสุขภาพ เป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยทราบแนวทางในการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ไม่รู้สึกว่าจะถูกทอดทิ้ง (เสาวภา วิจิตรวาทิ. 2534: 96) ทำให้เกิดกำลังใจที่จะติดตามการรักษาและรับประทานยาทางจิตอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการออกกำลังกาย การเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การพักผ่อนและการนอนหลับที่เพียงพอ รวมทั้งสามารถที่จะปรับตัวในการลดความเครียดได้อย่างเหมาะสม สามารถที่จะตัดสินใจแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสมโดยไม่มีเป็นภาระของสังคมและสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติสุขด้วย

## ข้อเสนอแนะ

### ด้านบริการพยาบาล

พยาบาลในระดับปฏิบัติการ ควรได้ตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยเน้นการปฏิบัติดังนี้

1. พยาบาลควรเป็นผู้ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว สังคม อย่างเพียงพอ กล่าวคือ

1.1 เป็นผู้ส่งเสริมและพัฒนาให้บิดามารดา คู่สมรส ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ได้เห็นถึงความสำคัญของตนเองในการสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ การยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่าในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชมีการดูแลตนเองที่ดีให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ให้การช่วยเหลือเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง เหมาะสม ตลอดจนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

1.2 เป็นผู้ส่งเสริมและแนะนำบุคคลในครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ให้การสนับสนุนผู้ป่วยจิตเวชในการเข้ากิจกรรมต่าง ๆ ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้ควรมีการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช ที่ถูกต้องให้บุคคลทั่วไปได้รับทราบ เพื่อการปรับเปลี่ยนทัศนคติและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้เป็นไปในทางที่ดีขึ้น

1.3 เป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ เช่น ให้กำลังใจ แสดงความห่วงใย นอกจากนี้ควรให้ข้อมูลข่าวสาร การให้คำปรึกษา ตลอดจนการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม

2. พยาบาลควรเป็นผู้ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองให้ดีขึ้น ดังนี้

2.1 ให้ข้อมูลที่เป็นจริงเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรคจิต การบำบัดรักษาและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ถูกต้อง เกิดการยอมรับสภาพของตนเองและมีการปรับตัวให้ดำรงชีวิตอยู่ได้โดยปกติสุข

2.2 ส่งเสริมออกกำลังกายและกิจกรรมกลุ่มที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพทางร่างกายและส่งเสริมการอยู่ร่วมกัน การทำงานร่วมกันกับผู้อื่นในสภาวะที่เป็นจริง ซึ่งมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยได้เข้าใจถึงกฎเกณฑ์และเงื่อนไขของการอยู่ร่วมกันในสังคม

2.3 ให้คำแนะนำแก่บุคคลในครอบครัวในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยการให้ความสำคัญแก่ผู้ป่วย ปฏิบัติกับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคล ไม่แสดงกิริยาวาจาให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ตลอดจนการยอมรับฟังปัญหา ความคิดเห็น ความรู้สึก และการให้คำแนะนำในการแก้ไขปัญหาหรือการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

3. พยาบาลเป็นผู้จัดโครงการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยจิตเวช และญาติ เพื่อเตรียมผู้ป่วยและญาติในการที่ผู้ป่วยจะกลับไปอยู่บ้าน โดยการสอน แนะนำ เป็นรายบุคคลหรือเป็นกลุ่มอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนบริการตอบปัญหาให้ผู้ป่วยและญาติด้วย

4. มีการติดตามและประเมินผลผู้ป่วยเป็นระยะ โดยการเยี่ยมบ้าน เพื่อรับทราบ ปัญหาและนำมาวางแผนแก้ไข เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีและเหมาะสมต่อไป

#### ด้านบริหารการพยาบาล

ผู้บริหารการพยาบาลสามารถส่งเสริมการพยาบาลที่เปี่ยมหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชได้ โดยการจัดให้มีการฝึกอบรมบุคลากรทางการพยาบาล เน้นถึงปัจจัยที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และบุคคลอื่น ๆ ในสังคม ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วย รวมถึงการจัดทำเอกสาร วัสดุทัศนูปกรณ์ ในการเผยแพร่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วย และการให้ความช่วยเหลือ การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่เหมาะสม

#### ด้านการศึกษาพยาบาล

ในการจัดการเรียนการสอน ควรสอนให้นักศึกษาตระหนักถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช นั่นคือ แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว การมีงานทำ และ รายได้ของผู้ป่วย ตระหนักถึงบทบาทของตนในการเป็นผู้ให้ความรู้ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและญาติ นอกจากนี้จะต้องเสริมสร้างเจตคติที่ดีแก่นักศึกษา และเน้นการเป็นผู้ประสานงานที่ดีในทีมจิตเวช

#### ด้านสุขภาพจิต

ควรมุ่งเน้นที่การป้องกันไม่ให้เกิดโรคความผิดปกติทางจิตแก่คนในชุมชน โดยแบ่งเป็น 3 ขั้นตอน ดังนี้

1. การป้องกันโรคความผิดปกติทางจิตปฐมภูมิ (Primary prevention of mental disorders) เป็นการป้องกันการเริ่มเกิดโรคหรือความผิดปกติทางจิต โดยการลดอุบัติการณ์ นั่นคือการกำจัดสาเหตุของการเกิดโรค การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค สร้างเสริมสุขภาพจิตที่ดีของคนในชุมชน โดยการร่วมมือกับบุคลากรวิชาชีพอื่น ๆ เช่น ครู ผู้นำชุมชน พระ หัวหน้าครอบครัว และหน่วยราชการต่าง ๆ เพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิตของคนทุกเพศ ทุกวัยในชุมชน

2. การป้องกันโรคความผิดปกติทางจิตทุติยภูมิ (Secondary prevention of mental disorders) เป็นการลดจำนวนความชุก โดยการค้นหาผู้ที่เริ่มมีอาการทางจิตและรับให้การรักษาที่ถูกต้องโดยเร็ว โดยเฉพาะในช่วงระยะเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงของชีวิต เช่นระยะเด็กเริ่มเข้าโรงเรียน ระยะวัยรุ่น ระยะหมดประจำเดือน ฯลฯ ควรมีการให้ความรู้แก่ชุมชนในการสังเกตอาการแปรปรวนทางจิตที่กำลังจะเกิดขึ้น เพื่อการบำบัดรักษาได้

กันทางที่

3. การป้องกันโรคความผิดปกติทางจิตตติยกรรม (Tertiary prevention of mental disorders) เป็นการลดความพิการหรือความบกพร่องของผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตเวชแล้ว โดยจัดให้มีการฟื้นฟูและติดตามผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ชุมชนและดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข อาจจัดในรูปแบบของนิเวศน์บำบัด กิจกรรมบำบัด จิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดกลุ่ม เน้นทนาการบำบัด การประชุมระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ให้การรักษายาบาล เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก็มีการติดตามดูแล เชื่อมบ้านอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาค้นคว้าเปรียบเทียบความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างผู้ป่วยจิตเวชและญาติผู้ป่วย เพื่อศึกษาถึงความแตกต่างของข้อมูลที่ได้รับ และการดูแลตนเองของผู้ป่วยในทรรณะที่ต่างกัน
2. ควรมีการศึกษาถึงปัจจัยอื่น ๆ ที่อาจมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช เช่น การสนับสนุนจากชุมชน คุณภาพชีวิต การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ความหวัง อคติในทัศนคติเกี่ยวกับตนเองของผู้ป่วย เป็นต้น
3. ควรมีการนำผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นแนวทางร่วมพิจารณาในการศึกษาวิจัยที่จะนำเอาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองไปใช้ในการวิจัยเชิงทดลองหรือเชิงคุณภาพ
4. ควรมีการศึกษาค้นคว้าที่เน้นเกี่ยวกับการนำไปใช้ในการแก้ปัญหาให้มากขึ้น

**บรรณานุกรม**

## บรรณานุกรม

- "การบริการ ส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิต ประจำปี 2536," สถาบันสุขภาพจิต. 2(1) : 40-41 ; เมษายน 2527.
- การแพทย์, กรม. แผนงานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539). กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, อัดสำเนา.
- ✓ กิตติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์. "ครอบครัวที่มีคุณภาพ," การประชาสัมพันธ์. 29(6) : 27-28 ; พฤศจิกายน - ธันวาคม 2529.
- กิติกร มีทรัพย์. การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์ วิเคราะห์เชิงระบาดวิทยาสังคม. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524. อัดสำเนา.
- กุลวราภรณ์ วิทยาวงศ์วิจิ. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลตนเองในการป้องกันโรคไวรัสตับอักเสบบี ของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.
- กำธร พริ้งสุลกะ. "จิตเภทเรื้อรัง," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 11 : 117-184 ; กันยายน 2509.
- จงจิน เฉลิมโรจน์. การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนพาณิชย์การบางนา. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2526. อัดสำเนา.
- จลี เจริญสรรพ. รายงานการวิจัยปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. สรุปรายงานนี้ : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2538.
- จารุวรรณ ต. สกล. "ปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 26(2) : บทคัดย่อ ; มิถุนายน 2524.
- จริยาวัตร คมพาศน์. "แรงสนับสนุนทางสังคม : มโนทัศน์และการนำไปใช้," พยาบาลศาสตร์. 6 : 96-106 ; เมษายน - มิถุนายน 2531.
- แจ่มจันทร์ พลมหาราช. การดูแลสุขภาพของผู้นำนักเรียนฝ่ายนักเรียนฝ่ายส่งเสริมอนามัยสังกัดสำนักงานการประถมศึกษา จังหวัดมุกดาหาร. วิทยานิพนธ์ กศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2537. อัดสำเนา.

- จำลอง ดิษขวณิช. จิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2520.
- เอก ชนะศิริ. ทำอย่างไรชีวิตจะยืนยาวและมีความสุข. พิมพ์ครั้งที่ 51. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์เปลวสีเงิน, 2533.
- ชูศรี วงศ์รัตนะ. เทคนิคการใช้สติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจริญผล, 2527.
- ครุณี นาทะศิริ และคนอื่น ๆ. "ความเป็นไปในครอบครัวและละแวกบ้านกับการสังเคราะห์คนใช้โรคจิตทะเลา," ใน รายงานการประชุมวิชาการสุขภาพจิต ครั้งที่ 31. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา, 13-18 กุมภาพันธ์ 2521. อัดสำเนา.
- นิรามัย ใช้เทียมวงศ์. แรงสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535. อัดสำเนา.
- บุญเยี่ยม ตระกูลวงษ์. "จิตวิทยาสังคมกับการสาธารณสุข," ใน เอกสารการสอนชุดวิชาสังคมวิทยาการแพทย์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2528.
- บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2535.
- เบญจพร ปัญญาสง. "การสื่อสารในครอบครัว," ศูนย์สุขภาพจิต. 17(1) : 88-93 ; มีนาคม 2537.
- ปรีดีหทัย แก้วฉวีรัตน์. การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534. อัดสำเนา.
- เปรมฤทัย น้อยหมั่นไวช. แรงสนับสนุนทางสังคม ความพร้อมในการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536. อัดสำเนา.
- ผุสดี พรหมทอง. การศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคจิตระหว่างกลุ่มที่มาติดต่อตามผลการรักษา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล : ศึกษาเฉพาะกรณี โรงพยาบาลศรีรัษฎา. วิทยานิพนธ์ สค.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530. อัดสำเนา.
- ฝน แสงสิงแก้ว. จิตเวชชุมชนและสุขภาพจิตชุมชน. สุขภาพจิตศึกษา ศูนย์สุขภาพจิต. 2519.
- \_\_\_\_\_ . "ประวัติการแพทย์จิตเวชและสุขภาพจิตในประเทศไทย," จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2520.

- พงษ์สวัสดิ์ สวัสดิพงษ์. "ความสัมพันธ์ทางสังคมกับสุขภาพ โครงการการวิเคราะห์เชิงสังคมวิทยา," สังคมวิทยา มานุษยวิทยา. ฉบับฉลองครบรอบ 25 ปี 2533.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูตร. "การช่วยเหลือตนเองของชุมชนในการดูแลผู้พิการ อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดอุดรธานี," สาขารณสังคมมูลฐานและการพัฒนา. 7(1) : 30-43 ; มกราคม - มิถุนายน 2537.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. เอกสารคำสอนวิชาวิจัย 521. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร, 2529.
- พะเยาว์ หวานสนิท. "ปัญหาสังคมบางประการที่ทำให้คนไข้อยู่บ้านไม่ได้ ญาติต้องส่งเข้าโรงพยาบาลอีก," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 14(2) : 114 ; เมษายน - มิถุนายน 2512.
- ✓ ภาวดี มโนหาญ. ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการปรับตัวในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ วท.ม. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2536. อัดสำเนา.
- ภัทรา ภิรลภ. การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีรัษฎา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2530. อัดสำเนา.
- \_\_\_\_\_ . "การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีรัษฎา," จิตวิทยาคลินิก. 21(1) : 59-62 ; มกราคม - มิถุนายน 2533.
- มณฑนา เจริญกุล. แรงสนับสนุนทางสังคม ความสามารถในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- มะลิ ชูโต. การติดตามศึกษาผู้ป่วยจิตเวชที่ติดเชื้อโรคเอดส์ภายหลังการรับคำปรึกษาจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ ศศ.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2535. อัดสำเนา.
- ธาวใจ สิทธิมงคล. "ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานการวิจัย," พยาบาลศาสตร์. 13(1) : 19-25 ; มกราคม - มีนาคม 2538.
- วชิระ เพ็งจันทร์ และสมจิตต์ ลุประสงค์. "ระบบบริการสุขภาพจิตในประเทศไทย," สถาบันสุขภาพจิต. 2(3) : 3-6 ; ธันวาคม 2537.
- วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ไทยวัฒนาพานิช, 2526.

- วีระ ไชยศรีสุข. สุขภาพจิต. กรุงเทพฯ : ต้นอ้อ, 2533.
- วิชนี หัตถพนม และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น, 2529. เอกสารอัดสำเนา.
- รัตนา มาศเกษม. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอัตมโนทัศน์และปัจจัยบางประการกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยโรคลมบ้าหมู. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2527. อัดสำเนา.
- ✓ สมจิต หนูเจริญกุล. ผลของการให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลตนเองต่อคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการรังสีรักษา. วิทยานิพนธ์คณะศึกษาศาสตร์ : Wayne State University. 2531.
- \_\_\_\_\_ . ทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม. กรุงเทพฯ : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- \_\_\_\_\_ . การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ : บริษัทอินเตอร์โพลีกราฟ จำกัด, 2534.
- สมชาย จักรพันธ์. "นโยบายด้านสุขภาพจิต," สถาบันสุขภาพจิต. 1(1) : 26-41 ; เมษายน 2536.
- \_\_\_\_\_ . "จิตเวชชุมชน," สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 25(1) : 44 ; มีนาคม 2533.
- สมภพ เรืองตระกูล และคนอื่น ๆ. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2536.
- สถิติแห่งชาติ, สำนักงาน. การสำรวจภาวะเศรษฐกิจและสังคมของครัวเรือน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎมนตรี, 2530.
- \_\_\_\_\_ . รายงานผลการสำรวจแรงงาน. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎมนตรี, 2536.
- \_\_\_\_\_ . สถิติการศึกษาและสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎมนตรี, 2537.
- \_\_\_\_\_ . สถิติประชากรทั่วประเทศ. กรุงเทพฯ : สำนักงานกฤษฎมนตรี, 2537.
- สุขภาพจิต, กรม. คู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรมศาสนา, 2533.
- สุจริต สุวรรณชีพ. "ปัจจัยทางสังคม จิตใจ และสุขภาพ," สถาบันสุขภาพจิต. 2(1) : 2-4 ; เมษายน 2537.
- สุณีย์ ชีรดากร. จิตวิทยาพัฒนาการ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สานสงเคราะห์หญิงปากเกร็ด, 2526.

- สุพล รุจิรนิพนธ์. "การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตเวช : ปัญหาแนวคิดที่ต้องแก้ไข,"  
สารจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. 100 ปี สุขภาพจิตไทย ฉบับพิเศษ :  
 65 ; 2532.
- .....  
 . รายงานการวิจัยการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล.  
 โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์, 2528. อัดสำเนา.  
 สุพัฒนา เดชาติวงศ์ และคนอื่น ๆ. สถานการณ์ของงานสุขภาพจิตในการสาธารณสุขมูลฐาน.  
 กรุงเทพฯ : 2527.
- .....  
 . จิตเวชศาสตร์ของสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ : 2520.
- สุภา มาลากุล ณ อยุธยา. "สุขภาพจิตของครอบครัวไทยในยุคไฮเทค," ศูนย์สุขวิทยาจิต.  
 17(1) : 35-36 ; มีนาคม 2537.
- สุภาภรณ์ ดวงแพง. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ การสนับสนุนจากคู่สมรสกับการดูแลตนเอง  
ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีจิตของเสียทางเยื่อช่องท้องด้วยตนเอง.  
 วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2531. อัดสำเนา.
- สุวิทนา อารีพรศ. ความผิดปกติทางจิต. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
 2524.
- เสาวภา วิจิตวาทย์. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ที่มีคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนทางสังคม  
กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ วท.ม.  
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- ลาภาพร เพ่าวัฒนา. ประสิทธิผลของการเข้าร่วมกระบวนการกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความ  
สามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ  
โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ วท.ม.  
 กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537. อัดสำเนา.
- อุดม ลักษณะวิจารณ์ และคนอื่น ๆ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่  
โรงพยาบาลจิตเวชเกิน 5 ปี. กองสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2527.
- อัจฉรียา ปทุมวัน. แรงสนับสนุนทางสังคมและความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กป่วย  
โรคมะเร็งเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส. วิทยานิพนธ์ วท.ม. กรุงเทพฯ :  
 มหาวิทยาลัยมหิดล, 2534. อัดสำเนา.
- อัจฉรา เกิดมงคล. การดูแลสุขภาพตนเองของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6  
ในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ ค.ม. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย,  
 2528. อัดสำเนา.

- ✓ Brown, J.P. and M.A. Mc Greedy. "The Hale Elderly : Health Behavior and its Correlates," Research in Nursing and Health. 9 ; December, 1986.
- Burckhart, C. "The Impact of Arthritis on Quality of Life," Nursing Research. 34 : 11-16 ; January - February, 1985.
- Best, John W. Research in Education. New Jersey : Prentice-Hall Inc., 1970.
- \_\_\_\_\_. Research in Education. New Delhe : Prentice-Hall of India, 1959.
- ✓ Cobb, S. "Social Support as a Moderator of Life Stress," Psychosomatic Medicine. 38 : 300-314 ; September - October 1976.
- Cohen, S. and T.A. Wills. "Stress, Social Support, and the buffering Hypothesis," Psychological Bullentin. 98 : 310-357 ; February, 1985.
- Creer, C. and J. Wing. "Living with a schizophrenic patient," Br J of Hosp Med. 7 : 73-82 ; 1975.
- Cronenwett, L.R.H. Relationship among Social Network Structure, Perceived Social Support and Psychological Outcomes of Pregnancy. Ph.D. Dissertation. The University of Michigan, 1983.
- Davia, L.L. "Illness Uncertainly, Social Support, and Stress in Recovering Inivuals and Family Care Givers," Applied Nursing Research. 3 : 366-372 ; May, 1990.
- Davis, A.E. Schizophrenics in the New Custodial Community. Ohio State University Press, 1974.
- Eve, C. Johnstone and others. "Schizophrenia Patients Discharged from Hospital - A follow - up study," British Journal of Psychiatry. 145 : 586-587 ; December, 1984.
- Farber, B.A. Stress and Burnout in the Human Survice Professions. New York : Perganon Press Inc., 1983.

- Gast, H.L. and others. "Self - Care Agency : Conceptualizations and Operationalizations," Advance Nursing Science. 12 : 26-38 ; October, 1989.
- Hatfield, AB. Families as caregivers : A historical perspective. in Hatfield AB & Lefley HP (Eds.). Families of the mentally ill : coping and adaption. New York : The Guilford Press, 1987.
- Hill, S.L. and M.N. Nancy, Smith. Self Care Nursing : Promotion of Health. 2ed. Connecticut : Appleton & Lange, 1990.
- Hubbard, P. and others. "The Relationship between Social Support and Self - Care Practices," In The Relationship of Theory and Research. Edited by J. Fawcett. and F.S. Down. Norwalk : Appleton - Century Crofts, 1986.
- Hubbard, P., A.F. Muhlenkamp and N. Brown. "The Relationship between Social Support and Self - care Practices," Nursing Research. 33 : 266-269 ; September - October, 1984.
- Jones, S.L. and M. Dimon. "Family Theory and Family Therapy Models : Comparative Review with Implications for Nursing Practice," Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 20 : 12-19; October, 1982.
- Joseph, L.S. "Self - Care and the Nursing Process," Nursing Clinic of North America. 15 : 131-143 ; March, 1980.
- Julian, Jeff and Richard Warner. Recover from Schizophrenia. London : Rontledge Kogan Pank, 1985.
- ✓ Kane, C.F. "Family Social Support : Toward a Conceptual Model," Avances in Nursing Science. 10 : 18-25 ; January, 1988.
- Lambert, V.A. and C.E. Lambert. "Amputation," Psychosocial care of the Physically III : What every nurse should know. p.51-70. 2nd ed. Englewo Cliffs : Prentice - Hall, Inc., 1985.
- Langlie, J.K. "Social Network, Health Beliefs, and Preventive Health Behavior," Health and Social Behavior. 18 : 244-260 ; September, 1977.

- Linsey, A.M. "Social Support : Conceptualizations an Measurement Instruments," Instruments for Clinical Nursing Research. p.107-119. Edited by M. Frank - Stramberg. Norwalk : Appleton & Lange, 1988.
- ✓ Mcquire, L. Understanding Social Network. Beverly Hills : Sage Publications, 1983.
- Mcdowell, I and C.Newell. Measuring Health : A Guide to Rating Scales and Questionnaires. New York : Oxford University press, 1987.
- Mcnett, S.C. "Social Support, Threat and Coping Response and Effectiveness in The Functionally Disabled," Nursing Research. 36 : 98-103 ; March - April, 1987.
- Muhlenkamp, A.F. and J.A. Sayles. "Self - Esteem, Social Support, and Positive Health Practices," Nursing Research. 35 : 334-338 ; November - December, 1986.
- Mullis, M.R. and Byers, P.H. "Social Support in Suicidal Inpatients," Psychosocial Nursing and Mental Health Survices. 25 : 16-19 ; April, 1987.
- Norbeck, J.S. "Social Support : A Model for Clinical Research and Application," Advances in Nursing Science. 3 : 43-59 ; July, 1981.
- Orem, D.E. Nursing Concepts of Practice. 2 nd ed. New York : Mc, Graw Hill Co., 1980.
- \_\_\_\_\_. Nursing Concepts of Practice. 3 rd ed. New York : Mc, Graw Hill Co., 1985.
- ✓ Pender, N.J. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. California : Appleton & Lange, 1987.
- Pilisuk, M. "Delivery of Social Support : The Social Inoculation," American Journal Orthopsychiatry, 52 : 20-30 ; January, 1982.
- Simmons, S.J. "The Health - Promoting Self - Care System Model : Directions for Nursing Research and Practices," Journal of Advanced Nursing. 15 : 1162-1163 ; October, 1990.

- Thoits, P.A. "Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress," Journal of Health and Social Behavior. 23 : 145-149 : June, 1982.
- Tierney, A.J. Recent Advance in Nursing : Clinical Nursing Practice. Edinburgh : Churchill Living Stone, 1986.
- Tilden, V.P. "Issue of Conceptualization and Measurement of Social Support in the Construction of Nursing Theory," Research in Nursing and Health. 8 : 199-206 ; June, 1985.
- Weinert, C. and B.G. Tilden. "Measures of Social Support : Assesment of Validity," Nursing Research. 39 : 212-216 ; 1990.
- Willis, F.K. and D.M. Criden. "Health Rating an Life Satisfaction in the Later Middle Years," Journal of Gerontology. 43 : 172-176 : September, 1988.

**ภาคผนวก**

ภาคผนวก ก  
(หนังสือขอความอนุเคราะห์)



ที่ ทม 1007/0370

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 มกราคม 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวเสาวลักษณ์ พัฒนาเวชกิจ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท  
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์  
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
จิตเวช

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

รศ. สัจฉิ์ ปรีชามารท ประชาน

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ เชิญท่าน, นายแพทย์สุเมธ ฉายศิริกุล, นางวนิดา  
ชนินทรทรวงศ์, และ คุณวรารัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจแบบสัมภาษณ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี และขอขอบคุณ  
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตวิทยาลัยด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.พิสิทธิ์ สารวิจิตร)

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119



ที่ ทม 1007/0370

บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 มกราคม 2539

เรื่อง ขอลาขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวเสาวลักษณ์ พัฒนาเวชกิจ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท  
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้นี้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำปฏิญานิพนธ์  
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
จิตเวช

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

รศ. สุจินต์ ปรีชาमारก ประธาน

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ ขอให้ผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการ แผนกผู้ป่วยนอกตอบแบบ  
สัมภาษณ์ในระหว่างเดือน มกราคม - มีนาคม 2539 เพื่อเป็นข้อมูลในการทำปฏิญานิพนธ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ  
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่ นิสิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ. ดร. พิสิทธิ์ สารวิจิตร)

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ที่ ทม 1007/0370



บัณฑิตวิทยาลัย

มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

สุขุมวิท 23 กรุงเทพฯ 10110

16 มกราคม 2539

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

บัณฑิตวิทยาลัย ขอรับรองว่า นางสาวเสาวลักษณ์ พัฒนาเวชกิจ เป็นนิสิตระดับปริญญาโท  
วิชาเอกสุขศึกษา ของมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร

นิสิตผู้มีความประสงค์จะมาติดต่อขอความช่วยเหลือในการศึกษาค้นคว้า เพื่อทำวิทยานิพนธ์  
เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วย  
จิตเวช

ทั้งนี้อยู่ในความควบคุมของ

รศ. สุจินต์ ปรีชาमारณ ประชาน

ผศ. วินัส ปัทมภาสพงษ์ กรรมการ

สิ่งที่นิสิตใคร่ขอความอนุเคราะห์ คือ เชิญท่าน, นายแพทย์สุเมธ ฉายศิริกุล, นางวนิดา  
ชนินทสุขวงศ์, และ คุณวรารัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุล เป็นผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบสัมภาษณ์

บัณฑิตวิทยาลัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าท่านจะกรุณาให้ความร่วมมือในครั้งนี้ และขอขอบคุณ  
ในความช่วยเหลืออนุเคราะห์ใด ๆ ที่ท่านจะโปรดให้แก่บัณฑิตผู้นี้ด้วย

ขอแสดงความนับถือ

(ผศ.ดร.พิสิทธิ์ สารวิจิตร)

รักษาราชการแทนคณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

บัณฑิตวิทยาลัย

โทร. 2584119

ภาคผนวก ข

(เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล)

**แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวช**  
**กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข**

ท่านคิดว่า ลักษณะอาการและพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยเป็นอย่างไร

1. ความคิดเห็นต่อผู้อื่นและสังคม
  1. ทำที่ไม่เป็นมิตร ทวาดระวาง กลัวคนมาทำร้าย
  2. ไม่ชอบให้ใครมาเกี่ยวข้องกับเรื่องของตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
  3. ทำที่เป็นมิตร สนใจสิ่งแวดล้อมและความเป็นไปรอบตัว
  4. รู้จักผูกมิตร
  5. คิดช่วยเหลือผู้อื่นได้
2. ความสามารถในการควบคุมอารมณ์
  1. ควบคุมอารมณ์ไม่ได้ เช่น โกรธ กลัว ตื่นตระหนกหรือแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสม
  2. เฉยเมย ไม่ยินดียินร้าย
  3. พยายามควบคุมอารมณ์ เช่น รู้จักเกรงใจ รู้จักฟังความคิดเห็นของผู้อื่น
  4. ควบคุมอารมณ์ได้
  5. แสดงอารมณ์เหมาะสม
3. ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกทางวาจา
  1. ไม่พูดกับใครเลย
  2. ถาม-ไม่ตอบ
  3. ถามคำ-ตอบคำ
  4. ร่วมสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็นได้
  5. ร่วมเสนอความเห็นให้คำแนะนำแก่ผู้อื่นได้
4. การแสดงออกทางวาจา
  1. พูดจากร้าว
  2. ไม่บอกความต้องการ
  3. บอกความต้องการของตนเองต่อผู้ใกล้ชิดได้
  4. รู้จักถามทุกข์สุขของผู้อื่น รู้จักกักทายน
  5. ใช้คำพูดได้เหมาะสมกับกาลเทศะ

5. ลักษณะพฤติกรรมที่แสดงออกทางท่าทาง
  1. ทำตามความพอใจของตัวเอง
  2. แยกตัวเอง
  3. แสดงการรับรู้การทักทายจากผู้อื่น
  4. ต้อนรับผู้ที่มาเยี่ยมเยียนได้
  5. แสดงความยินดีอย่างเต็มใจ
6. การแสดงออกของท่าทาง
  1. คู้ชาย
  2. ไม่สบตาผู้อื่น
  3. สภาพ อ่อนโยน
  4. ยิ้มแย้มแจ่มใส
  5. กระตือรือร้น
7. ความสามารถในการเข้าสังคม
  1. ไม่ยอมให้ผู้อื่นเข้าใกล้-ไล่คนรอบข้าง
  2. ไม่ยุ่งกับใคร
  3. สนับสนุน เฉพาะคนในครอบครัวรวมทั้งการสนทนา/ในเรื่องผู้ป่วย
  4. ร่วมงานบุญกุศล/เข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่าง ๆ
  5. รู้จักมารยาทของสังคม
8. การรับประทานอาหาร
  1. รับประทานอาหารเองไม่ได้
  2. รับประทานอาหารเองได้ แต่ยังประกอบอาหารเองไม่ได้/รับประทานอาหารเองได้ แต่ต้องคอยกระตุ้น
  3. ช่วยประกอบอาหารเองได้ ประกอบอาหารง่าย ๆ /รับประทานอาหารเองได้ โดยไม่ต้องกระตุ้น
  4. ร่วมประกอบอาหารได้และเก็บล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ได้/รับประทานอาหารเอง เก็บล้างภาชนะที่ใส่อาหารได้

5. กำหนดรายการอาหารเองได้ ไปจ่ายตลาดเองได้ ประกอบอาหารเองได้และเก็บล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ได้/รับประทานอาหารเองได้ และช่วยเหลือเพื่อนผู้ป่วยได้ด้วย
9. การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว
    1. ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่ยอมอาบน้ำและแปรงฟัน
    2. ต้องบอกให้ทำความสะอาดตัวเอง แต่งตัว กิน อยู่ หลับ นอน
    3. สามารถดูแลทำความสะอาดตัวเอง แต่งตัวเองได้ และรู้เวลากิน อยู่ หลับ นอน
    4. สามารถซักเสื้อผ้าของตัวเองได้/เก็บส่งเสื้อผ้าที่ใช้แล้วซักและเก็บเสื้อผ้าที่สะอาดแล้วเข้าที่
    5. สามารถดูแลช่วยเหลือคนในครอบครัวได้/ช่วยเหลือดูแลสุขภาพอนามัยของเพื่อน ๆ ได้
  10. การช่วยเหลืองานบ้าน/ติดผู้ป่วย
    1. ไม่ยอมทำอะไรเลย
    2. รู้จักเก็บข้าวของเข้าที่ แต่ต้องคอยบอก
    3. ช่วยเหลืองานบ้านได้ตามที่ได้รับมอบหมาย
    4. รู้จักจัดข้าวของให้เป็นระเบียบ
    5. จัดหา ดูแล บำรุงรักษาบ้านและของใช้ในบ้านได้
  11. ความสามารถในการประกอบอาชีพ
    1. ไม่สามารถประกอบอาชีพ/ไม่สามารถดูแลครอบครัวได้
    2. ทำงาน/ดูแลครอบครัวได้บ้างเป็นครั้งคราวตามที่สั่ง
    3. สามารถช่วยเหลือทำงานกับครอบครัวได้/ช่วยเหลือดูแลครอบครัวได้
    4. ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้/ดูแลครอบครัวได้
    5. ประกอบอาชีพและเลี้ยงดูผู้อื่นด้วย/ดูแลครอบครัวได้และช่วยแก้ไขปัญหาครอบครัวได้

12. การเคลื่อนไหวไปมาในหมู่บ้าน/โรงพยาบาล
1. เดินเรื่อยเปื่อยไม่รู้จักทิศทาง
  2. เดินไปมาเฉพาะในบ้านได้
  3. เดินทางไปสถานที่ใกล้ ๆ หรือคุ้นเคยได้
  4. สามารถเดินทางไปที่ไหนก็ได้โดยอิสระด้วยตัวเอง
  5. สามารถบอกทิศทางแก่ผู้อื่นได้

#### การให้คะแนน

ให้คะแนน	1	คะแนน	ถ้าหากคุณมีความเห็นว่าพฤติกรรมของผู้ป่วยที่สูงสุดขณะนั้นอยู่ในข้อ	1
"	2	"	"-	2
"	3	"	"-	3
"	4	"	"-	4
"	5	"	"-	5

รวมคะแนนที่ได้ทั้งหมด ทารด้วย 12 คะแนน จะได้ค่าเฉลี่ยออกมา

ถ้าค่าเฉลี่ย	ระหว่าง	0 - 1.5	จัดอยู่ในระดับ 1	คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และรบกวนความสงบผู้อื่น
"	"	1.5 - 2.5	"	2 คือ ผู้ป่วยที่อยู่ตามลำพัง ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใครและช่วยเหลือตัวเองไม่ได้
"	"	2.5 - 3.5	"	3 คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง
"	"	3.5 - 4.5	"	4 คือ ผู้ป่วยที่ไม่พึ่งคนอื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้
"	"	4.5 ขึ้นไป	"	5 คือ ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้ช่วยเหลือผู้อื่นได้

## แบบสัมภาษณ์

0 1 2

เลขที่แบบสัมภาษณ์

--	--	--

ตอนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล  
คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงข้อมูลส่วนตัวของท่าน ขอให้ท่านโปรดพิจารณา  
คำถามและตอบคำถามข้อที่ตรงกับตัวท่านตามสภาพเป็นจริงเพียงข้อเดียว

- |                             | ช่องนี้สำหรับผู้วิจัย    |
|-----------------------------|--------------------------|
| 1. เพศ                      | 3                        |
| ( 1 ) ชาย                   | <input type="checkbox"/> |
| ( 2 ) หญิง                  | <input type="checkbox"/> |
| 2. อายุ                     | 4                        |
| ( 1 ) 14 - 20 ปี            | <input type="checkbox"/> |
| ( 2 ) 21 - 40 ปี            | <input type="checkbox"/> |
| ( 3 ) 41 - 60 ปี            | <input type="checkbox"/> |
| ( 4 ) 60 ปีขึ้นไป           | <input type="checkbox"/> |
| 3. สถานภาพสมรส              | 5                        |
| ( 1 ) โสด                   | <input type="checkbox"/> |
| ( 2 ) คู่                   | <input type="checkbox"/> |
| ( 3 ) หม้าย                 | <input type="checkbox"/> |
| ( 4 ) หย่า/แยกกันอยู่       | <input type="checkbox"/> |
| 4. ระดับการศึกษา            | 6                        |
| ( 1 ) ต่ำกว่าประถมศึกษา     | <input type="checkbox"/> |
| ( 2 ) ประถมศึกษา            | <input type="checkbox"/> |
| ( 3 ) มัธยมศึกษา            | <input type="checkbox"/> |
| ( 4 ) อุดมศึกษา             | <input type="checkbox"/> |
| 5. รายได้ต่อเดือนของผู้ป่วย | 7                        |
| ( 1 ) ต่ำกว่า 3,000 บาท     | <input type="checkbox"/> |
| ( 2 ) 3,001 - 8,000 บาท     | <input type="checkbox"/> |
| ( 3 ) 8,001 - 20,000 บาท    | <input type="checkbox"/> |
| ( 4 ) 20,000 บาทขึ้นไป      | <input type="checkbox"/> |

ช่องนี้สำหรับผู้วิจัย

## 6. อาชีพ

- ( 1 ) ไม่ประกอบอาชีพ (ไม่มีงานทำ)
- ( 2 ) เกษตรกรรม  
(เช่น ทำนา ทำสวน ทำไร่ เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น)
- ( 3 ) ค้าขาย
- ( 4 ) รับจ้าง (ผู้ที่ทำงานโดยรับค่าจ้างจากนายจ้างซึ่ง  
ไม่ใช่หน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
- ( 5 ) รับราชการ  
(ทำงานในหน่วยงานราชการหรือรัฐวิสาหกิจ)
- ( 6 ) ธุรกิจส่วนตัว

8

## 7. ระยะของโรค (ตั้งแต่เริ่มมีอาการผิดปกติจนถึงปัจจุบัน)

- ( 1 ) ต่ำกว่า 6 เดือน
- ( 2 ) 6 เดือน - 2 ปี
- ( 3 ) ตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป

9

ตอนที่ 2 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว

- คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบว่าท่านได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือ และ ประคับประคองจากบุคคลต่าง ๆ ภายในครอบครัว ได้แก่ บิดา มารดา บุตร หลาน สามี ภรรยา พี่น้อง เป็นต้น โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้อ อย่างรอบคอบว่าตรงกับความรู้สึกที่แท้จริงของท่าน แล้วเลือกตอบเพียง คำตอบเดียว (โปรดตอบทุกคำถาม) โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ ดังนี้
- มากที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ที่เกิดขึ้นมากที่สุด
- มาก หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ที่เกิดขึ้นเป็นส่วนใหญ่
- ปานกลาง หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ที่เกิดขึ้นปานกลาง
- น้อย หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความรู้สึก ที่เกิดขึ้นเล็กน้อย
- น้อยที่สุด หมายถึง ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก ที่เกิดขึ้นเลย

ลำดับ ที่	ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	ช่องนี้สำหรับ ผู้วิจัย
	<u>การช่วยเหลือประคับประคองและ สนับสนุนด้านอารมณ์</u>						
1.	ท่านมีคนที่วางใจได้และสามารถ พูดคุยปัญหาต่าง ๆ ได้						----- (1)
2.	คนในครอบครัวทำให้ท่านรู้สึก อบอุ่น มั่นใจ และปลอดภัย						----- (2)
3.	คนในครอบครัวจะไม่รับฟังความ รู้สึกของท่าน						----- (3)
4.	ท่านรู้สึกมีความสุขที่ได้อยู่ร่วมกับ ครอบครัว						----- (4)

ลำดับ ที่	ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	ช่องสำหรับ ผู้วิจัย
	<u>การได้รับการยอมรับ ยกย่อง และ เห็นคุณค่า</u>						
5.	คนในครอบครัวให้ความเคารพ นับถือในตัวท่าน						----- (5)
6.	คนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะขอ คำปรึกษา คำแนะนำ หรือความ ช่วยเหลือจากท่าน						----- (6)
7.	ท่านได้รับความไว้วางใจให้รับ ผิดชอบงานต่าง ๆ ที่ท่านสามารถ ทำได้						----- (7)
8.	คนในครอบครัวเอาใจใส่ต่อความ เป็นอยู่ของท่าน						----- (8)
	<u>การมีส่วนร่วมและเป็นส่วนหนึ่ง ของสังคม</u>						
9.	ตั้งแต่ป่วยถึงปัจจุบัน ท่านยังคงไปมา หาอยู่กับคนอื่น ๆ						----- (9)
10.	ท่านมีโอกาสดำเนินแสดงความคิดเห็น หรือตัดสินใจร่วมกับคนในครอบครัว ในเรื่องเกี่ยวกับความประพฤติและ การศึกษาของสมาชิกในครอบครัว ตลอดจนค่าใช้จ่ายภายในครอบครัว						----- (10)
11.	คนในครอบครัวสนับสนุนให้ท่านได้ พบปะ หุคคุย สัมผัสกับเพื่อนฝูง						----- (11)
12.	คนในครอบครัวสนับสนุนท่านในการ ทำกิจกรรมต่าง ๆ						----- (12)

ลำดับ ที่	ข้อความ	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด	ช่องนี้สำหรับ ผู้วิจัย
	<u>การช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ แรงงาน และบริการ</u>						
13.	เมื่อท่านมีอาการไม่สบายหรืออาการ ของโรคกำเริบ คนในครอบครัวจะ คอยช่วยเหลือดูแล						----- (13)
14.	คนในครอบครัวให้ความช่วยเหลือ และดูแลให้ท่านไปพบแพทย์ตามนัด ทุกครั้ง						----- (14)
15.	คนในครอบครัวพร้อมที่จะไปไหนมา ไหนกับท่านเมื่อท่านต้องการ						----- (15)
16.	คนในครอบครัวให้การช่วยเหลือ และสนับสนุนท่านในการปฏิบัติงาน ต่าง ๆ						----- (16)
	<u>การช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร</u>						
17.	คนในครอบครัวให้ความรู้ต่าง ๆ เกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยของท่าน						----- (17)
18.	คนในครอบครัวให้คำแนะนำและ เสนอแนะแนวทางที่เป็นประโยชน์ ต่อการดำเนินชีวิตของท่าน						----- (18)
19.	เมื่อท่านเริ่มมีพฤติกรรมผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ, หงุดหงิด คน ในครอบครัวให้คำแนะนำแก่ท่านใน การดูแลตนเอง						----- (19)
20.	เมื่อท่านมีปัญหาหรือไม่สบายใจ คน ในครอบครัวจะให้คำแนะนำที่ เหมาะสมในการแก้ปัญหา นั้น ๆ ได้						----- (20)

- ตอนที่ 3 แบบสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลตนเอง  
คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์นี้ต้องการทราบถึงการปฏิบัติตัวของท่าน โปรดพิจารณาคำถามแต่ละข้ออย่างรอบคอบว่าตรงกับพฤติกรรมที่ท่านปฏิบัติอยู่ แล้วตอบเพียงข้อเดียว (โปรดตอบทุกคำถาม) โดยการเลือกตอบให้ถือเกณฑ์ดังนี้

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติทุกครั้ง และ/หรือ ทุกวันอย่างสม่ำเสมอ  
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง กิจกรรมนั้นได้ปฏิบัติเป็นบางครั้ง  
ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง กิจกรรมนั้นไม่เคยปฏิบัติเลย

ลำดับที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นบางครั้ง	ไม่เคยปฏิบัติ	ช่องนี้สำหรับผู้วิจัย
	<u>ด้านภาวะโภชนาการ</u>				
1.	ท่านรับประทานอาหารประเภทเนื้อสัตว์ ข้าว ไขมัน ผัก และผลไม้ในแต่ละวัน				----- (1)
2.	ท่านรับประทานอาหารด้วยตนเอง โดยไม่ต้องให้ใครบอก หรือกระตุ้น				----- (2)
	<u>ด้านการพักผ่อนและการนอนหลับ</u>				
3.	ท่านนอนหลับได้สนิท ได้มากกว่าวันละ 6 ชั่วโมง				----- (3)
4.	ท่านมักนอนตอนดึก ๆ และตื่นเช้า				----- (4)
5.	ท่านกินยานอนหลับเพื่อช่วยให้นอนหลับ				----- (5)
	<u>ด้านการออกกำลังกายและการประกอบกิจวัตรประจำวัน</u>				
6.	ท่านออกกำลังกายสม่ำเสมอตามความเหมาะสมของร่างกาย				----- (6)

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ช่องนี้สำหรับ ผู้วิจัย
7.	ท่านทำงานที่ใช้กำลังพอควร เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง				----- (7)
8.	ท่านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสม่ำเสมอ เพราะเป็นการผ่อนคลายความตึงเครียดวิธีหนึ่ง				----- (8)
<u>ด้านการเข้าสังคม</u>					
9.	ท่านทำตัวให้เข้ากับทุก ๆ คนในสังคม				----- (9)
10.	ท่านออกงานสังคมต่าง ๆ ได้อย่างเป็นปกติ โดยไม่ก่อความรำคาญให้กับผู้อื่น				----- (10)
11.	ท่านสามารถปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมั่นใจ				----- (11)
<u>ด้านบทบาทและหน้าที่</u>					
12.	ท่านทำหน้าที่ของสมาชิกในครอบครัว เช่น สามี ภรรยา บิดา มารดา บุตร เป็นต้น ครบถ้วน				----- (12)
13.	ท่านหมั่นสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดกับตัวท่าน				----- (13)
14.	ท่านช่วยเหลืองานบ้านด้วยความเต็มใจ				----- (14)
15.	ท่านมักจะยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม				----- (15)
16.	ท่านพยายามฟังตัวเองให้มากที่สุด				----- (16)
17.	ท่านปฏิบัติงานอาชีพของท่านได้ด้วยตนเอง				----- (17)

ลำดับ ที่	ข้อความ	ปฏิบัติเป็น ประจำ	ปฏิบัติเป็น บางครั้ง	ไม่เคย ปฏิบัติ	ช่องนี้สำหรับ ผู้วิจัย
	<b><u>ด้านการรับประทานยาและการรับ การรักษาอย่างต่อเนื่อง</u></b>				
18.	ท่านรับประทานยาที่แพทย์ให้มาอย่าง ถูกต้องและต่อเนื่องไม่เคยขาด				----- (18)
19.	ท่านตรวจสอบความถูกต้องก่อน รับประทานยา				----- (19)
20.	ท่านจะปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล ทุกครั้งเมื่อเกิดอาการผิดปกติหลัง รับประทานยา เช่น หลับมากเกินไป ตัวแข็ง				----- (20)
21.	ท่านไปพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				----- (21)
22.	ท่านไปรับยาทุกครั้งตามเวลาที่ แพทย์นัดหรือเมื่อยาใกล้จะหมด				----- (22)

ตาราง 14 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับแรงสนับสนุน  
ทางสังคมของครอบครัว

ข้อ	t
1	2.283
2	4.73
3	2.364
4	3.019
5	3.11
6	4.124
7	3.425
8	2.724
9	4.049
10	4.534
11	2.606
12	3.986
13	3.859
14	2.094
15	3.989
16	3.135
17	3.452
18	2.936
19	2.170
20	1.791

ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.9293

ตาราง 15 ค่าอำนาจจำแนกและค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับการดูแลตนเองของ  
ผู้ป่วยจิตเวช

ข้อ	t
1	1.723
2	1.745
3	2.524
4	2.348
5	4.009
6	1.853
7	5.169
8	2.975
9	1.983
10	1.710
11	3.041
12	3.967
13	1.804
14	2.089
15	1.790
16	3.232
17	2.449
18	1.706
19	2.848
20	1.716
21	1.818
22	1.714

ค่าความเชื่อมั่นมีค่าเท่ากับ 0.8734

## ประวัติย่อของผู้วิจัย

ชื่อ นางสาว เสาวลักษณ์ นิพัฒนาเวชกิจ

เกิดวันที่ 15 เดือน กันยายน พุทธศักราช 2510

สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดสุราษฎร์ธานี

สถานที่อยู่ปัจจุบัน บ้านเลขที่ 81 ถนนตลาดล่าง ตำบลตลาด อำเภอเมือง  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

ตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพระดับ 5

สถานที่ทำงานปัจจุบัน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ตำบลท่าข้าม อำเภอพุนพิน  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

## ประวัติการศึกษา

พ.ศ. 2528 มัธยมศึกษาปีที่ 6 จากโรงเรียนสุราษฎร์พิทยา  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พ.ศ. 2532 ประกาศนียบัตรวิชาชีพพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง จาก  
วิทยาลัยพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พ.ศ. 2537 ศศ.บ. (สุขศึกษา) จากสถาบันราชภัฏสุราษฎร์ธานี  
จังหวัดสุราษฎร์ธานี

พ.ศ. 2539 กศ.ม. (สุขศึกษา) จากมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ  
ประสานมิตร

ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

บทคัดย่อ

ของ

เสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวศิกิจ

เสนอต่อมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต วิชาเอกสุขศึกษา

สิงหาคม 2539

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อศึกษาระดับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช  
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศึกษาเปรียบเทียบตามตัวแปร ด้านเพศ  
อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ และระยะของโรค และเพื่อทราบ  
ความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยมารับการรักษาใน  
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี ตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และครั้งนี้มารับบริการ  
ที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 145 คน ซึ่งได้มา  
โดยการเลือกแบบเจาะจง เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบสัมภาษณ์เป็นแบบตรวจรายการ  
และมาตราส่วนประมาณค่า การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ความเบี่ยงเบน  
มาตรฐาน การวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว การทดสอบค่าที และการวิเคราะห์  
หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า

1. ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวอยู่ในระดับ  
ปานกลาง และการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี
2. ผู้ป่วยจิตเวช ที่มีเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา และระยะของ  
โรคต่างกัน มีการดูแลตนเองไม่แตกต่างกัน
3. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้ต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ  
ทางสถิติที่ระดับ .05
4. ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาชีพต่างกัน มีการดูแลตนเองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง  
สถิติที่ระดับ .01 และผู้ป่วยจิตเวชที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีการดูแลตนเองดีกว่าผู้ป่วย  
จิตเวชที่ไม่ประกอบอาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. แรงสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว และการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช มี  
ความสัมพันธ์กันเชิงนิมิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์  
เท่ากับ 0.5378

THE RELATIONSHIP BETWEEN SOCIAL SUPPORT OF FAMILY AND  
SELF CARE OF PSYCHIATRIC PATIENTS

AN ABSTRACT

BY

SAOWALUK PIPUTTHANAWASHAKIT

Presented in partial fulfillment of the requirements for the  
Master of Education degree in Health Education  
of Srinakharinwirot University

August 1996

The objectives of this study were to investigate the level of the self care of psychiatric patients regarding to variables namely sex, age, marital status, education level, income, type of occupation, disease stage and to analyses the relationship between social support of family and self care of psychiatric patients

The samples in this study were case who were cured in Saunsaranrom Hospital and 145 psychiatric patients were out patients. Purposive sampling method was used. The instrument used for collecting data was check list and rating scales interviews. The statistics employed for the analysis were percentile, mean, standard deviation, t-test, One-way analysis of variance and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results reveal that :

1. Most of the psychiatric patients had the social support of family at fair level and their self care were at high level
2. The psychiatric patients of varies in their sex, age, marital status, education level and disease stage showed no difference in their self care.
3. The psychiatric patients of varies in their income showed difference in their self care at the .05 levels of significance.
4. The psychiatric patients of varies in their type of occupation showed difference in their self care at .01 levels of significance. The psychiatric patients with agricultural background had better self care than the psychiatric patients with no occupation at .05 levels of significance.
5. There was a significant relationship between the social support of family and self care of psychiatric patients at .001 levels of significance, and the correlation coefficient was .5378.