

ผลของการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

The Effect of Using Group Education Program on Self-Care Behaviors of Schizophrenic Patients

สมลักษณ์ เขียวสศ พยม. (Somluck Khieosod, MS.N., RN)*

ทัพบิม อุตตะเดช พยบ. (Tubtim Autadach, B.N., RN)**

วัลลภา แสนศิลา พยบ. (Wanlapa Saensila, B.N.S., RN)**

Abstract

The purpose of this quasi – experimental research using the pretest – posttest design were : 1) to compare self-care behaviors of schizophrenic patients before and after receiving the group education program, and 2) to compare self-care behaviors of schizophrenic patients who received the group education program and those who received regular caring activities. Forty of schizophrenic patients receiving services in psychiatric clinic, Ratchaburi Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group receiving the group education program which researcher was applied based group process of Marram (1978) and the group education program of Chodtiporn Panwattanachai (2547) composed of 3 group activities to improve relevant knowledge and

skills including self-care behaviors. Research instruments were : 1) the group education program, 2) the self-care behaviors scale, and 3) self-test about knowledge of self-care. Statistical techniques used for data analysis were mean, standard deviation and t-test.

The results revealed that after receiving the group education program, the mean score of Self-care behaviors of schizophrenic patients was significantly better than before, at p .05 level. ($t = 28.71$, $P < .05$) and better than those who received regular caring, at p .05 level. ($t = 33.84$, $P < .05$) It was also found that the program's content and activities involved in the group education program were motivation to change or develop better self-care behaviors, which may prevent relapses.

Keywords: schizophrenic patients, self-care, group education program

* Corresponding Author, พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

E-mail: ksomluck@hotmail.com

** พยาบาลวิชาชีพ กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

บทคัดย่อ

การวิจัยทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลองเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม 2) เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มที่ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ร่วมกับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของ โชติพร พันธุ์พัฒนาชัย (2547) ประกอบด้วยการดำเนินกลุ่ม 3 ครั้ง เพื่อพัฒนาความรู้และทักษะที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม 2) แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และ 3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบค่าที

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมในการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 28.71, P < .05$) และสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 ($t = 33.84, P < .05$) แสดงให้เห็นว่าเนื้อหาและกิจกรรมที่ใช้ดำเนินโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเองให้มากขึ้น ซึ่งจะช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม พฤติกรรมในการดูแลตนเอง

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่รุนแรง และเป็นโรคที่ก่อให้เกิดปัญหาอย่างต่อเนื่องต่อมนุษยชาติ สูญเสียค่าใช้จ่าย และมีผลกระทบเป็นภาระต่อผู้ป่วยและครอบครัว จากรายงานสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุดถึงร้อยละ 23.34 (กรมสุขภาพจิต, 2550) และจากข้อมูลรายงานประจำปี 2553 ของโรงพยาบาลราชบุรี พบว่า ในจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จะเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 43.90 (โรงพยาบาลราชบุรี, 2553)

ปัจจุบันรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายจำหน่ายผู้ป่วยสู่ครอบครัวและชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ผู้ป่วยจำเป็นต้องรับผิดชอบโดยตรง ในการดูแลและจัดการกับสุขภาพของตนเอง แต่การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเร็วขึ้น ในขณะที่ยังขาดความพร้อมในการดูแลตนเอง ก่อให้เกิดปัญหาความพร้อมของพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่บ้านตามมา ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของทิพวรรณ น่วมทอง (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทใน

ชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหลายด้าน เช่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ เป็นต้น ซึ่งผลจากการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย คือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น จึงมีความจำเป็นในการดูแลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น เพื่อลดปัญหาการป่วยซ้ำ

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมายเพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) สอดคล้องกับ ฮิลล์ และ สมิธ (Hill and Smith, 1990) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่ซับซ้อน ต้องเกิดจากความสมัครใจในการกระทำเพื่อดูแลตนเอง โดยใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง ซึ่งการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความแตกต่างจากการดูแลตนเองขณะอยู่โรงพยาบาล คือ จำเป็นต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเรื่องความจำเป็นทางด้านร่างกายทั่วไป และความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทต้องเพิ่ม

ขีดความสามารถในการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัด และผู้ป่วยจิตเภทต้องปรับบทบาททางสังคมที่อาจเปลี่ยนแปลงไปจากขณะก่อนป่วย ต้องปรับบทบาทปกติให้ได้มากที่สุดตามกำลังความสามารถเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต และสุขภาพของตน (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) ดังนั้นหากผู้ป่วยมีพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นแล้ว ปัญหาการกลับป่วยซ้ำย่อมลดลง

พยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องช่วยเหลือและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกวิธี จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งความรู้เป็นพฤติกรรมขั้นแรกที่จะก่อให้เกิดทักษะในขั้นต่อไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) วิธีให้ความรู้ที่ได้ผลดีมากที่สุดคือ วิธีให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม (Group process) เป็นการให้ความรู้ในลักษณะการมีส่วนร่วม โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (De Mello, 2001) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องมีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (มณีรัตน์ เรืองโรจน์ และ อาภากร สุปัญญา, 2541)

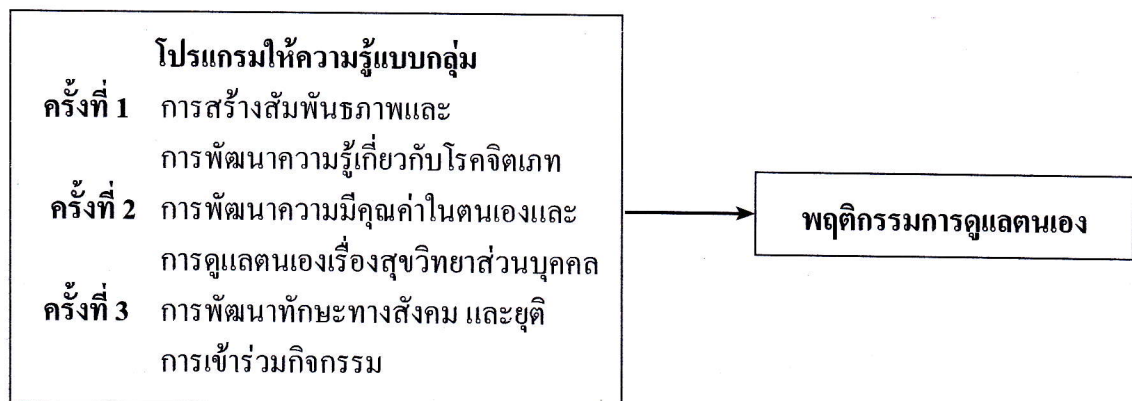
จากการศึกษาของ ลิบรูน, สิงห์ และ ลัก (Lebrun, Singh & Luke, 1991) พบว่าการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีพลังในการที่จะดูแลตนเอง และสอดคล้องกับการศึกษาของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547)

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ดังนั้นการนำเอากระบวนการกลุ่มมาใช้ร่วมกับการให้ความรู้เป็นวิธีที่ก่อให้เกิดผลดีในการพัฒนาความรู้ทักษะเจตคติ ความเชื่อและแรงจูงใจในการกระทำการดูแลตนเอง ซึ่งจะทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองดีขึ้น (Sampson & Martha, 1990 อ้างใน พูนศิริ อรุณเนตร, 2541) คณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม มาใช้ในการเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลตนเองให้เหมาะสมสอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยไม่เกิดอาการทางจิตกำเริบรุนแรง ซึ่งจะช่วยลดการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอย่างถูกวิธี พบว่า

โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนาของกลุ่มของ มาร์แรม (Marram, 1978) เป็นโครงสร้างหลัก ที่แบ่งระยะการพัฒนาเป็น 3 ระยะคือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ส่วนเนื้อหาของโปรแกรมซึ่งเป็นโครงสร้างรองได้พัฒนามาจากโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ซึ่งโปรแกรมนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องโรค รวมทั้งได้รับการส่งเสริมจากสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้อง มีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งผลให้เกิดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (มณีนรัตน์ เรื่องโรจน์ และ อาภากร สุปัญญา, 2541) ซึ่งกรอบแนวคิดในการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มมีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) มีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (Pretest - Posttest Control Group design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีอาการทางจิตสงบ ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีอาการทางจิตสงบ ที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี จำนวน 40 คน โดยมีคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง มีระยะของโรคอยู่ในอาการสงบ มีคะแนนวัดระดับอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 แล้วจึงทำการจับคู่ผู้ป่วยที่มีคะแนนเท่ากันอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ แล้วสุ่มอย่างง่าย (จับสลาก) เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี และผู้วิจัยสอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยอธิบายถึงวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการในการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย และชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย และข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีการนำไปเผยแพร่ หรือระบุชื่อผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง สามารถแจ้งขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ

1. **เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการพัฒนาของกลุ่มของ มาร์แรม (Marram, 1978) เป็นโครงสร้างหลักส่วนของเนื้อหากิจกรรม แต่ละครั้งพัฒนามาจากโปรแกรมการสอนสุขภาพ

จิตแบบกลุ่มของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ผู้วิจัยได้นำมาพัฒนาเป็นการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 3 ครั้ง เนื้อหาของกิจกรรมประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ พัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อน การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคม โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 3 ท่าน และผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกันว่า โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มมีความเหมาะสมในด้านของรูปแบบกิจกรรม จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม และเนื้อหาของกิจกรรม หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 3 คน ดำเนินกิจกรรมกลุ่มจนครบทั้ง 3 ครั้ง เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ และความเหมาะสมของเวลา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ระยะเวลาในการเจ็บป่วย และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 2.2 แบบวัดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ซึ่งได้รับการพัฒนาโดย เพชร คันทสยบัว (2544) ซึ่งสร้างตามแนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของ โอเร็ม (Orem, 2001) และแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกาย และจิตใจของ ฮิลล์ และ สมิธ (Hill & Smith, 1990) ร่วมกับแนวคิดพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ด้าน 37 ข้อ เป็นลักษณะ ประเมินค่า 5 ระดับ คือ ไม่เคยทำ นานๆ ครั้ง บางครั้ง บ่อยครั้ง และทำเป็นประจำ ซึ่งกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ ได้แก่ 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง จำนวน 4 ข้อ 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 5 ข้อ 3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 5 ข้อ 4) การเตรียมการเผชิญปัญหา จำนวน 5 ข้อ 5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 5 ข้อ 6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 5 ข้อ และ 7) การดูแลตนเองด้านร่างกาย จำนวน 8 ข้อ ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach , Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

การแปลผล ทำโดยคิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรายด้านและโดยรวมทุกด้านมาวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและพิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 – 1.49	ปฏิบัติในระดับต่ำสุด
1.50 – 2.49	ปฏิบัติในระดับต่ำ
2.50 – 3.49	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
3.50 – 4.49	ปฏิบัติในระดับดี
4.50 – 5.00	ปฏิบัติในระดับดีมาก

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบทดสอบความรู้การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของ โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) เป็นลักษณะข้อคำถามจำนวน 20 ข้อ ให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือก

ตอบ 1 คำตอบ ให้คะแนนข้อที่ตอบคำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบคำถามผิดให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach, Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .86

การดำเนินการวิจัย ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเตรียมการวิจัย มีการเตรียมการดังนี้ การเตรียมความรู้ของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง และเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างและให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินพฤติกรรมก่อนการดูแลตนเอง (Pre – test) และนัดผู้ป่วยเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลราชบุรี ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยด้านร่างกายและด้านจิตใจ สอดถามข้อมูลการเจ็บป่วย อาการสำคัญที่เกิดขึ้นขณะอยู่ที่บ้าน

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มที่พัฒนาขึ้น โดยดำเนินการกิจกรรมกับกลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน จำนวน 2 กลุ่ม ดำเนินการทั้งหมด 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ดำเนินกิจกรรมที่โรงพยาบาลราชบุรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีรายละเอียดดังนี้

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท กิจกรรมที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ **กิจกรรมที่ 2** ระยะดำเนินการสร้างความตระหนักเรื่องอาการเจ็บป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความสำคัญของการรักษาด้วยยา และฝึกทักษะการจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา อาการเตือนก่อนมีอาการมากขึ้น ฝึกทักษะการสังเกตและวิธีจัดการกับอาการเตือนที่เกิดขึ้น **กิจกรรมที่ 3** ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สรุปสาระสำคัญ นัดหมาย

ครั้งที่ 2 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองและการดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล กิจกรรมที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเนื้อหาครั้งก่อน **กิจกรรมที่ 2** ระยะดำเนินการ การเสริมสร้างคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยโดยใช้กรณีตัวอย่าง ให้ความรู้ ความเข้าใจและความสำคัญของการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย สุขวิทยาส่วนบุคคล และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา **กิจกรรมที่ 3** ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สรุปสาระสำคัญ นัดหมาย

ครั้งที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม กิจกรรมที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ ทบทวนเนื้อหาครั้งก่อน **กิจกรรมที่ 2** ระยะดำเนินการ การพัฒนาทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยฝึกทักษะการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยใช้กรณีตัวอย่างและการแสดงบทบาทสมมติ **กิจกรรมที่ 3** ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม สรุปทบทวนสาระสำคัญของกิจกรรมทั้ง 3 ครั้ง ปิดกลุ่ม

หลังจากสิ้นสุดกิจกรรมครั้งที่ 3 ใช้เครื่องมือกำกับการทดลองทันที ใช้เกณฑ์ผ่านร้อยละ 80 หากไม่ผ่าน ผู้วิจัยและผู้ป่วยจะร่วมกันประเมินปัญหา อุปสรรค และหาแนวทางแก้ไขเพิ่มเติมเกี่ยวกับเนื้อหา และกระบวนการของโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มจนกว่าจะมีคะแนนถึงเกณฑ์

3. ระยะประเมินผลการวิจัย

หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยนัดหมายผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อประเมินพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง (Post-test) จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบประเมินก่อนนำไปวิเคราะห์ทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การ

แจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ

2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยใช้สถิติทดสอบ t (Pair t-test)

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม กับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบ t (Independent t-test)

4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม และสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง	กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		
ก่อนการทดลอง	99.65	12.19	28.71	.000
หลังการทดลอง	171.75	4.60		

จากตารางที่ 1 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ($\bar{X} = 171.75$) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 99.65$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

คะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเอง	หลังการทดลอง		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม	171.75	4.60	33.84*	.000*
กลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ	92.65	9.39		

จากตารางที่ 2 แสดงว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มและกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม ($\bar{X} = 171.75$) สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X} = 92.65$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า

1. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากโปรแกรม

ให้ความรู้แบบกลุ่มถูกออกแบบให้ครอบคลุมกิจกรรมหลักที่จะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการพัฒนาทักษะทางสังคม และจากการเข้าร่วมโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความสนใจในการดูแลตนเอง มีความพยายามในการปฏิบัติตน ซึ่งสอดคล้องกับทัศนะของ Orem (1985 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ที่ได้กล่าวถึงความต้องการการดูแลตนเองที่มนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบต่อการดูแลตนเอง นอกจากนั้นแล้วตามขั้นตอนของกระบวนการกลุ่ม ทำให้เกิดกระบวนการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความรู้ สะท้อนความคิดจากกรณีตัวอย่าง และฝึกปฏิบัติ ทำให้ผู้ป่วยรู้และเข้าใจปัญหาของตน

เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bostelman (1994) พบว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งเพื่อใช้ในการรักษา ทำให้ผู้ป่วยยินยอมปฏิบัติตามแผนการดูแลหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สอดคล้องกับการศึกษาของ โชติพร พันธุ์พัฒนาชัย (2547) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้นจากการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หลังจากร่วมกิจกรรมกลุ่มผู้ป่วย บางคนบอกว่า “ผมเพิ่งรู้ว่าโรคของผมเป็นอย่างนี้เอง” “เมื่อก่อนรู้สึกน้อยใจ เสียใจ ต่อโชคชะตาตัวเอง ทำไมเราถึงเป็นโรคนี้อะ แต่ตอนนี้ไม่คิดมากแล้ว คิดว่าถ้าเราดูแลตัวเองดีเราก็สบายดี ไม่กำเริบ ไม่ต้องมาอยู่โรงพยาบาล” ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และสามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าว ได้อย่างเหมาะสม การที่ผู้ป่วยเป็นผู้ให้และได้รับความช่วยเหลือประคับประคองจากพยาบาล และจากสมาชิกในกลุ่ม ทำให้รู้สึกว่าคุณค่าและมีศักดิ์ศรีมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจ อยู่อย่างมีความหวัง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้น เช่นเดียวกับ การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (ชวนขวัญ ลินธิภมร และเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2553) อันส่งผลต่อการกลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาล

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมุติฐานข้อที่ 2 ผลการวิจัยสะท้อนให้เห็นว่าโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มเป็นโปรแกรมที่

ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีประสิทธิภาพ โดยการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ คะแนนจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แล้วจับผลรวมเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยที่พบ จึงสามารถสรุปได้ว่าเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มทั้ง 3 ครั้ง ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยนี้อย่างแท้จริง

สรุปได้ว่า การใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มทำให้พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น จากผลการวิจัยครั้งนี้ พยาบาลควรตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะการให้ความรู้ โดยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม เน้นความพร้อมของผู้ป่วยในการที่จะดูแลตนเอง ทำให้ผู้ป่วยได้คิดและตัดสินใจที่จะนำไปปฏิบัติด้วยตนเอง โดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่จะช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้แสดงออกทั้งความรู้สึกร่างกายและความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะปรับเปลี่ยนหรือพัฒนาตนเองได้มากขึ้น ยังเป็นการลดปัญหาในการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้ ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว สังคม และลดการสูญเสียในทุกๆ ด้าน

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มซึ่งใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดความรู้ และทักษะในการ

ดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควร มีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุน ให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติในระหว่าง การดำเนินชีวิตจริงในชุมชน

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมให้ ความรู้แบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการ รักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการเตรียมความ พร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปชุมชน

3. ควรจัดให้พยาบาล ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ จิตและจิตเวช โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยนำโปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มไปประยุกต์ ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อส่งเสริม ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่มี ประสิทธิภาพ ลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ หรือการ กลับเข้ารับการรักษาซ้ำได้

4. จากประสบการณ์ในการใช้โปรแกรมให้ ความรู้แบบกลุ่มผู้วิจัยพบว่าการสร้างสัมพันธภาพ รายบุคคลก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการมา เข้ากลุ่ม หากยังไม่มีใจไว้วางใจ ดังนั้นผู้วิจัยขอ เสนอแนะให้สร้างสัมพันธภาพรายบุคคลเพื่อให้ ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจก่อนการเข้ากลุ่ม

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2550). สถิติผู้ป่วยที่มาใช้บริการ โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ

ประชาชนภาคกลาง. โครงการวิจัยพฤติกรรม สุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยหน้าใหม่.

ชวนขวัญ สนิธัมมร และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553).

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน อำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี. วารสาร การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 24 (ฉบับพิเศษที่ 1), 121-134.

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี. โครงการ ศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพวรรณ น่วมทอง. (2547). การศึกษาการใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนอำเภอไชย จังหวัดอ่างทอง. โครงการ ศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขา วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทักษะการวัดการ เปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: พีระพัสณา.

ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเอง ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษารักษา ในโรงพยาบาล. การค้นคว้าอิสระ สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

พูนศิริ อรุณเนตร. (2541). ผลของการสอนโดยใช้ กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พฤติกรรมการดูแลตนเองและการควบคุมโรค

ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

มนิรัตน์ เรืองโรจน์ และ อาภากร สุปัญญา. (2541). ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. *วารสารกองการพยาบาล*, 25(2), 45-57.

ราชบุรี, โรงพยาบาล. (2553). *รายงานประจำปี 2553 โรงพยาบาลราชบุรี*. โรงพยาบาลราชบุรี.

สุนันท์ ทรงจรีนทร์. (2548). *การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา*. โครงการศึกษาอิสระ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมณฑา บุญชัย. (2545). *พฤติกรรม的自我ดูแลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Baker, C. (1995). The development of self-care

ability to detect early signs of relapse among individual who have schizophrenia. *Archive of Psychiatric Nursing*, 9(5), 261-268.

Bostelman, S. (1994). A community project to encourage compliance with mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archive General Psychiatry*, 48, 239-246.

Crenshaw, B. T. (1989). Groups and group therapy. In B.S. Gohnson (ed). *Psychiatric mental health nursing: adaptation and growth*. Philadelphia: Lippincott.

De Melo, F. (2001). *Support group for PLWHA in India*. The Fifth International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS.

Hill, L. and Smith, N. (1990). *Self-care nursing : promotion of health*. 2nd ed. New Jersey : Appleton & Lange.

Kaplane, H. L. and Sadock, B. J. (1998). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.

Lebrun, L. J., Singh, M. L. & Luke, A. (1991). Schizophrenic outpatient education. *The Canadian Nurse*, 87(5), 25-27.

Marram, G. D. (1978). *The group approach in nursing practice*. 2nd ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.

Orem, D. E. (2001). *Nursing concept of practice*. 6th ed. Saint Louis: Mosby Year Book.

Sandock, J. B. and Sandock, A. V. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.