

ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

นางสาววัฒนภรณ์ พิบูลาลักษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2549

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM ON RELAPSE PREVENTION BEHAVIOR
IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Wattanaporn Piboonarluk



สถาบันวิทยบริการ

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

Faculty of Nursing

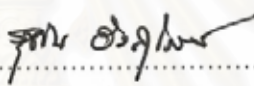
Chulalongkorn University

Academic Year 2006

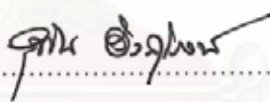
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอบุญวัชชัย

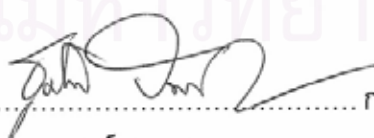
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต


..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์


..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)


..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอบุญวัชชัย)


..... กรรมการ
(อาจารย์ ดร. ชุติศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

วัฒนารณณ์ พินุลอาลักษณ์ : ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการ
ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM ON
RELAPSE PREVENTION BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS)

อ. ที่ปรึกษา: รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 122 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิต
เภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของ
ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ
กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำภายใน 6 เดือน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน จำนวน 60 คน แบ่งเป็น
กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นมี 2 ชุด
คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บ
ข้อมูล คือ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เครื่องมือทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความ
ตรงโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่านและหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามแล้ว ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .81
วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบค่าที (paired t-test และ
independent t-test)

ผลการวิจัยพบว่า

1. คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองภายหลังการใช้
โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญ
ทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้
โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต.....ภัณฑกรณ์ พินุลอาลักษณ์.....
ปีการศึกษา 2549 ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....อ.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย.....

4877596336: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEY WORD: HEALTH PROMOTION PROGRAM / RELAPSE PREVENTION BEHAVIOR / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

WATTANAPORN PIBOONARLUK: EFFECT OF HEALTH PROMOTION PROGRAM ON RELAPSE PREVENTION BEHAVIOR IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS
ADVISOR: ASSOC.PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 122 pp.

The purposes of this research were to study relapse prevention behavior of schizophrenic patients before and after using Health Promotion Program and to compare relapse prevention behavior of schizophrenic patients between the experimental group and control group. Research sample consisted of 60 schizophrenic patients in Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. Samples were assigned to experimental and control groups with 30 patients each. The instruments were developed by researcher Health Promotion Program and relapse prevention behavior questionnaires. The instruments were tested for content validity and reliability for the questionnaires. The reliability of the questionnaires was .81. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation and t-test (paired t-test และ independent t-test).

Major finding were as followings :

1. At the end of experiment, relapse prevention behavior of schizophrenic patients in experimental group after using Health Promotion Program was significantly higher than before those who using Health Promotion Program, at the .05 level.
2. At the end of experiment, relapse prevention behavior of schizophrenic patients in experimental group was significantly higher than control group, at the .05 level.

Field of study Mental Health and Psychiatric Nursing Student's signature *Wattanaorn Piboonarluh*
Academic year 2006 Advisor's signature *Oraphun Lueboonthavatchai*

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความกรุณา จาก รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ คำแนะนำและจัดการอุปสรรคในการทำ วิทยานิพนธ์ ตลอดจนการทำวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

กราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ร.ต.อ.หญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์ ประธานสอบ วิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำชี้แนะให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น คณาจารย์กรรมการสอบโครงร่างวิทยานิพนธ์ทุกท่านที่ชี้แนะให้ เกิดการปรับปรุงแก้ไข ทำให้ผู้วิจัยเกิดความเข้าใจในการทำวิจัย รวมทั้งผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ กรุณาตรวจสอบเครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ให้การ สนับสนุนให้ทำการทดลองเครื่องมือวิจัยและทำการเก็บรวบรวมข้อมูล เจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัย สถาบัน จิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ที่ช่วยประสานงานและให้กำลังใจแก่ผู้วิจัย ตลอดจนผู้บริหารกลุ่ม งานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยทุกท่าน รวมทั้งพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วยที่ให้ ความร่วมมืออย่างดียิ่ง

ขอกราบขอบพระคุณพ่อ คุณแม่ และครอบครัว ที่ช่วยเหลือสนับสนุนสิ่งต่างๆ ขอกราบ ขอบพระคุณหัวหน้าหอผู้ป่วยมะลิวัลย์ คุณนิตยา จันทโรจวงศ์ และเพื่อนร่วมงานทุกท่านที่ให้ ความช่วยเหลือเรื่องเวลาในการศึกษาแก่ผู้วิจัย

ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกท่าน ที่ให้ความรัก ความห่วงใยและให้ความช่วยเหลือผู้วิจัย เสมอมา

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบพระคุณผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่ทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จ ลุล่วงด้วยดี

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	12
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	12
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	15
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	16
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	54
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	54
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	56
ขั้นตอนการวิจัย.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	75
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	86
สรุปผลการวิจัย.....	86
อภิปรายผลการวิจัย.....	87
ข้อเสนอแนะ.....	93
รายการอ้างอิง.....	95
ภาคผนวก	106
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	107
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	108

	หน้า
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย	112
ภาคผนวก ง แบบสอบถามการวิจัย.....	113
ภาคผนวก จ แบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต.....	115
ภาคผนวก ฉ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม.....	118
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	122



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

๗

ตาราง		หน้า
1	ห่อผู้ป่วยและจำนวนคนของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
2	จำนวนและร้อยละโดยแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตาม เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อน ระดับการแสดงอารมณ์ใน ครอบครัว.....	76
3	ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของผู้ป่วยจิตเภทที่ ป่วยซ้ำ จำแนกตาม อายุ ระดับความรุนแรงทางจิต.....	79
4	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิต เภทในด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญ ปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่ม ควบคุม.....	80
5	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิต เภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง.....	81
6	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิต เภทที่ป่วยซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง.....	82
7	เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิต เภท ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง.....	83

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบบ่อยที่สุด จากการศึกษาค้นคว้าพบว่ามี ความชุกชั่วชีวิต (Life time prevalence) ตั้งแต่ 1.9-5.3 ต่อประชากร 1,000 ราย ส่วนความชุกในขณะใดขณะหนึ่ง (Point prevalence) พบได้ตั้งแต่ 1.3-5.6 ต่อประชากร 1,000 ราย (Bijl, Ravelli and Zessen, 1998 : 587- 595; Gosden, Kramp, Gabrielsen et al., 2003: 102-110) จากอุบัติการณ์ของโรคจิตเภทอยู่ระหว่าง 0.1-0.4 ต่อประชากร 1,000 ราย (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547: 113) สำหรับประเทศไทยพบข้อมูลการศึกษาระบาดวิทยาของกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2545 ที่ ได้ทำการศึกษาระบาดวิทยาของปี พ.ศ. 2542 โดยใช้ดัชนีวัดปัญหาสุขภาพหรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (DALYs: Disability-Adjusted Life Years) จัดเป็นภาระโรค (Burden disease) ของระบบสาธารณสุขของประเทศไทย ในอันดับที่ 14 (กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข : 2549 [online]) ดังนั้นโรคจิตเภทจึงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโรคทางจิตเวช

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบได้เป็นช่วงๆ ผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการและป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี (Linstrom and Binge-fors, 2000) สำหรับในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (ฐิติศย์ ปานปรีชา, 2540) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นเรื้อรังนานเท่าใดก็จะมีประจักษ์ภาวะบกพร่องทางเชาวน์ความคิดมากเท่านั้น และยากต่อการแก้ไขในการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตในสังคม การเรียน การประกอบอาชีพและการพัฒนาตนเองในมิติต่างๆ ให้กลับมาปกติ ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดีมีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร (สันชัย วสุนธราภรณ์, 2547) การป่วยซ้ำส่งผลให้สูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและของรัฐ รวมทั้งญาติของผู้ป่วยต้องรับภาระในการดูแล กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตร, 2531 ; ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) แต่โดยปกติแล้วมนุษย์ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลจะต้องกระทำทุกสิ่งทุกอย่างที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Bedworth, 198 : 11 อ้างถึงใน สุดารัตน์ ขวัญเย็น, 2537: 28) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การป้องกันการป่วยซ้ำเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนได้รับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (Meijel, Gaag, Kahn and Grypdock: 2003) แต่ในอดีตระบบสุขภาพของประเทศไทยให้

ความสำคัญกับการรักษาโรคมากกว่าการสร้างเสริมสุขภาพ (วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุวิทย์ วิบุลประเสริฐ, โกมตร จีงเสถียรทรัพย์และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์, 2543: 47) การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจึงเป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจิตมากกว่าที่จะมองว่าเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยจิตเภทที่จะต้องพัฒนาไม่ให้เป็นผู้ป่วยซ้ำ การป้องกันการป่วยซ้ำจึงมุ่งเน้นที่การรักษาเพื่อให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลา ไม่มีอาการกำเริบมากขึ้น เนื่องจากนโยบายตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) และที่จะดำเนินการในอนาคตตามแผนฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเอง การมีภูมิคุ้มกัน และการสร้างสมดุลของการพัฒนาให้เกิดขึ้นในทุกมิติ โดยมีทิศทางการพัฒนาประเทศในการเพิ่มคุณภาพและศักยภาพคน ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคนในทุกมิติ ทั้งด้านจิตใจ สติปัญญา และสุขภาพอนามัย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) ดังนั้นการป้องกันอาการกำเริบจึงเป็นแนวทางลดการป่วยซ้ำ มุ่งเน้นให้ตัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกอาการเตือนและจัดการอาการที่เป็นอาการเตือนได้ด้วยตนเอง โดยการแสวงหาความช่วยเหลือได้เพื่อไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นรวมทั้งสามารถดูแลตนเองในการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับอาการทางจิตไม่ให้เกิดกำเริบ (Baker, 1995 ; Kennedy, Schepp and O'Connor, 2000 ; Birchwood and Spencer, 2001 ; Meijel, Kruitwagan, Gagg, Kahn and Grydonk, 2003 ; Meijel, al et., 2003)

นอกจากนี้มีการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของ เพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 5 ตัวแปร มีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา 2) พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง 3) สถานภาพสมรส 4) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และ 5) แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ แต่มีงานวิจัยที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำเสมอไป (Brown et al, 1972 ; Vaughn et al, 1976 ; ดวงตา อุตุมพฤษพร, 2533 ; Ralph, 2002) และลักษณะประชากร เช่น สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ (Weiss, Smith, Hull, Piper and Hupport, 2002) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา 2 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเอง สำหรับตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำนั้นมีความสอดคล้องกับปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parson (2006)

การจำแนกอาการเตือนก่อนทำให้เกิดอาการกำเริบได้นั้น บ่งบอกได้ว่าอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยทางจิตกำลังขาดสุขภาพที่ดีจึงเป็นตัวที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ (McCandless-Gli,cher, et al., 1986 cited by Brichwood, 2001: 1212) อาการเตือน เป็นการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะของอาการทางด้านลบ (Meijel, et al., 2003 :166) ได้แก่ รับประทานอาหารลดลง ขาดสมาธิ หลับยาก อารมณ์ซึมเศร้าและพฤติกรรมถดถอย อาการทางจิตที่พบได้มากที่สุด ได้แก่ หนูแว่ว พูดคนเดียว หมกมุ่นทางศาสนามาก และ คิดว่ามีคนควบคุมตนเอง (Brichwood and Spencer, 2001)

การเตรียมเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544: 29) สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่าสุขภาพะทางจิตในรายชื่อนำความรู้ที่ได้จากการอ่าน การซักถามและประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีจากผู้ที่มีความรู้หรือจากบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือคนอื่นๆ การดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี และรายชื่อการอ่านเอกสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เช่น หนังสือ แผ่นพับอยู่ในระดับพอใช้ การเตรียมเผชิญปัญหาคัดเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ การเตรียมเผชิญปัญหาเกิดจากความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดขึ้น สามารถระบุอาการเตือนก่อนการเจ็บป่วยได้และแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น ต่อมาผู้ป่วยจะตระหนักถึงอาการผิดปกติที่ทำให้มีอาการทางจิตแย่งและเฝ้าระวังอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Backer, 1995) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามของบุคคลในการกระทำและคิดที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง

การใช้ยาที่ถูกต้อง มีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 50-60 เท่านั้นที่รับประทานยาต่อเนื่อง ในปีแรก และมีแนวโน้มจะลดลงเหลือร้อยละ 15-25 ในปีต่อไป (Perkins, 1999; Ruscher, et al., 1997) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่อง

จะมีอาการรุนแรงขึ้นเพียงร้อยละ 25 (Ayusio-Gutierrez and Del, 1994 cited by Perkins, 1999) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะมีอาการป่วยซ้ำภายใน 2 ปี (Lindstrom and Bingefors, 2000) การใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการมี อาการทางจิตมากขึ้น เพื่อให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และคำแนะนำของทีม บุคลากร นับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทนั้นว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองเพื่อ สังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งมีความรู้เรื่องยาที่ได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคลาย กังวล การใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วยพฤติกรรม ดังต่อไปนี้ คือ การมา รับประทานอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีม บุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่ม มีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำใน ผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี (Johnstone and Geddes, 1994 : 6)

จากการศึกษาโปรแกรมที่ป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยการสอน สุขภาพจิตศึกษาสำหรับการจำแนกอาการเตือนที่ผิดปกติแก่ผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่มผู้ป่วยและ แบบกลุ่มครอบครัวในแผนกผู้ป่วยนอก ของ Herz, Lamberti, Mintz et al. (2000) พบว่ากลุ่ม ทดลองมีจำนวนผู้ป่วยซ้ำ ร้อยละ 39 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีผู้ป่วยซ้ำ ร้อยละ 73 จากการติดตามหลังการทดลอง 18 เดือน นอกจากนี้ Gumley and Grady (2006) ได้ศึกษาจิตบำบัดเชิง ความรู้คิดสติปัญญาและพฤติกรรมต่อการลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโดย มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกอาการเตือนของโรคก่อนเกิดอาการป่วย เมื่อครบ 1 ปี พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองป่วยซ้ำน้อยกว่ากลุ่มควบคุม สำหรับประเทศไทยยังไม่พบโปรแกรมที่มี เป้าหมายช่วยลดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง แต่จะพบว่ามีการศึกษาที่ส่งผลกระทบต่อ การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภททางอ้อมโดยศึกษาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพียงด้านใดด้าน หนึ่ง ได้แก่ การศึกษาของ จารุวรรณ จินตามงคล (2542) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ จะมีความสามารถในการเผชิญปัญหา หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และ การศึกษาของกาญจนา ชัยเจริญ (2547) พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษาหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาล ตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากกฎบัตรออตตาวา (Ottawa Charter) เมื่อปี ค.ศ. 1986 ให้คำจำกัดความของ “Health Promotion” ว่าเป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้คนสามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพ ให้กับตนเองได้ ด้วยเหตุนี้แนวคิดใหม่ของ Health Promotion ซึ่งใช้คำว่า “การสร้างเสริม

สุขภาพ” จะเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายให้คนเกิดสุขภาพะ โดยใช้มาตรการสำคัญในการเพิ่มพลังอำนาจ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพะของตนเองได้มากขึ้น แม้ว่าคนๆนั้นจะเป็นโรคแล้วก็ตาม (ภิรมย์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2549: 297) การสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการยอมรับไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วว่าเป็นวิธีการเพื่อแก้ปัญหาโรคเรื้อรังในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นนโยบายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ประเทศต่างๆตระหนักในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ เป้าหมายสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (รัตนาวดี ชอนตะวัน, ทริยาพรรณ สุงามณี, ณัฐกาญจน์ สุรภักดี และคณะ, 2548) เพื่อให้การดำเนินชีวิตมีความสุขและบรรลุเป้าหมายชีวิตได้อย่างเต็มความสามารถของตนเอง ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะต้องเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องจนกลายเป็นวิถีชีวิต

จากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ได้กล่าวไว้ว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จะสามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีนั้นต้องทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเขาสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ สำหรับปัจจัยที่สำคัญ คือ อิทธิพลส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล และ 6) อิทธิพลจากสถานการณ์ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

แต่เนื่องจากส่วนลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ทั้งยังอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้น้อยและไม่คงที่ (Puttapitukpol, 2001 cited in Limpattanasiri, 2004) สำหรับส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ โดยตัวแปรด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอำนาจทำนายในระดับมาก และเป็นตัวชี้วัดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรง ตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์มีอำนาจทำนายในระดับปานกลาง และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลในส่วนของ การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายในระดับปานกลาง โดยมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนด้านอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

กับความชอบ เป็นตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทดสอบได้ยาก (Pender, 1996 ; Pender, Murdaugh and Parsons, 2002; Shin, Yun, Pender et al., 2005: 122; Pender et al., 2006) และด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์และการตัดสินใจอย่างเฉียบพลัน เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มสังคมมากกว่าเป็นการเรียนรู้เฉพาะของบุคคล เกี่ยวข้องกับวัตถุมากกว่าเรียนรู้จากสัญลักษณ์ เป็นการเรียนรู้ที่มีสถานการณ์เฉพาะมากกว่าการเรียนรู้บนพื้นฐานทฤษฎี และเกิดขึ้นในองค์ประกอบของกิจกรรมบริบทวัฒนธรรมที่เกิดขึ้น (Lave and Wenger, 1991 cited in Herrington, 1997)

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท พบงานวิจัยที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ยาที่ถูกต้อง ดังนั้น การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สามารถป้องกันการมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นการอธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ คือ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ไม่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (เพชร คันธสายบัว, 2544) การศึกษาเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถของตนเองในผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบจำนวน 2 งานวิจัย ซึ่งเป็นการศึกษาของ Ventura, Neuchterlein, Subotnik et al. (2004) ที่ศึกษาความสัมพันธ์ของการรับรู้ความสามารถของตนเองและประสิทธิภาพการรู้คิดต่อการเผชิญปัญหาในการตอบสนองเมื่อเกิดอาการกำเริบของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเลือกใช้วิธีเผชิญปัญหาได้เหมาะสมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .54, p < .001$) และการศึกษาการรับรู้ความสามารถของตนเองกับการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของ Pratt, Mueser, Smith et al. (2005) ที่พบว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการทำหน้าที่ทางจิตสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .23, p < .05$) การศึกษาของ Limpattanasiri (2004) พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการรับประทายยาต่อเนื่องสามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับประทายยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 5.80 งานวิจัยด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่ศึกษาผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีความพึงพอใจต่อการบริการที่ได้รับจะมีการปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทายยา การมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับ

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยสามารถทำนายได้ร้อยละ 22.9 ($R^2 = .229$)

จากการศึกษาดังกล่าว จะเห็นได้ว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสัมพันธ์กับอิทธิพลส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง และ 4) อิทธิพลระหว่างบุคคลเท่านั้น สำหรับการวิจัยที่ใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเภทนั้นยังไม่มีผู้ทำการศึกษา พบเพียงการวิจัยในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางกายของ จินตนา ฤทธารมย์ (2542) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเป็นเวลา 4 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถลดลงกว่า จะเห็นได้ว่าการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีความสำคัญต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคเรื้อรังเพื่อลดการกำเริบของโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งโรคจิตเภทก็มีลักษณะที่เป็นโรคเรื้อรัง (Black, 2003) ดังนั้นการสร้างเสริมสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้

ดังนั้นในการศึกษานี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) โดยใช้ 4 ปัจจัย คือ 1) การอธิบายกลุ่มถึงการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 2) การอธิบายกลุ่มถึงการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 3) การสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองตามแนวคิดของ Bandura (1997) โดยใช้ 4 แนวทาง คือ การให้คำแนะนำและคำพูดชักจูง การใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ผ่านตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ และการจัดประสบการณ์ของความสำเร็จในการลงมือทำกิจกรรมด้วยตนเอง 4) อิทธิพลระหว่างบุคคลโดยการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจิตเภทจำหน่าย มาสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรมคือให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสมได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

“การสร้างเสริมสุขภาพ” จะเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายให้คนเกิดสุขภาพะ โดยใช้มาตรการสำคัญในการเพิ่มพลังอำนาจ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาพของตนเองได้มากขึ้นแม้ว่าคนๆนั้นจะเป็นโรคแล้วก็ตาม (ภิรมย์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2549: 297) การสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการยอมรับไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วว่าเป็นวิธีการเพื่อแก้ปัญหาโรคเรื้อรังในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นนโยบายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ประเทศต่างๆตระหนักในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ เป้าหมายสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (รัตนาวดี ชอนตะวัน, ทริยาพรรณ สุภามณี, ณัฐกาญจน์ สุรภักดี และคณะ, 2548) เพื่อให้การดำเนินชีวิตมีความสุขและบรรลุเป้าหมายชีวิตได้อย่างเต็มความสามารถของตนเอง ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะต้องเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องจนกลายเป็นวิถีชีวิต จากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ได้กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์จะสามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่จะทำให้บุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีนั้นต้องทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าเขาสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญ คือ อิทธิพลส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ประกอบด้วย 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล และ 6) อิทธิพลจากสถานการณ์

การศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Model) ของ Pender et al. (2006) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากแบบจำลองนี้สามารถอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ยากและการดำรงอยู่ของพฤติกรรมในระยะยาวได้

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาในส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และส่วนผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome) เนื่องจากส่วนลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก ทั้งยังอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้น้อยและไม่คงที่ (Puttapitukpol,

2001 cited in Limpattanasiri, 2004) สำหรับส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะ 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้อย่างสม่าเสมอ โดยตัวแปรด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอำนาจทำนายในระดับมาก และเป็นตัวชี้วัดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรง ตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์มีอำนาจทำนายในระดับปานกลาง และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลในส่วนของทางสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายในระดับปานกลาง โดยมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับตัวแปรด้านอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนกับความชอบ เป็นตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทดสอบได้ยาก (Pender, 1996 ; Pender, Murdaugh and Parsons, 2002; Shin, Yun, Pender et al., 2005: 122; Pender et al., 2006) ส่วนด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์และการตัดสินใจอย่างเฉียบพลัน เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มสังคมมากกว่าเป็นการเรียนรู้เฉพาะของบุคคล เกี่ยวข้องกับวัตถุมากกว่าเรียนรู้จากสัญลักษณ์ เป็นการเรียนรู้ที่มีสถานการณ์เฉพาะมากกว่าการเรียนรู้บนพื้นฐานทฤษฎี และเกิดขึ้นในองค์ประกอบของกิจกรรมบริบทวัฒนธรรมที่เกิดขึ้น (Lave and Wenger, 1991 cited in Herrington, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) ที่พบว่า เหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในระดับต่ำมาก ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในส่วนผลลัพธ์พฤติกรรม ผู้วิจัยเลือกศึกษาการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยการทบทวนการศึกษางานวิจัยของ Meijel, et al. (2003) พบว่าการจำแนกอาการเตือนสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ในผู้ป่วยจิตเภท และการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่วิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยเลือกเฉพาะตัวแปรที่มีเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมด้วยตัวผู้ป่วยจิตเภทเองและมีอำนาจจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ตามน้ำหนักลำดับที่หนึ่งและสอง คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท จากปัจจัยจำแนก 5 ด้าน

การศึกษครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างขึ้นจากการประยุกต์แนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ร่วมกับแนวคิดของ Bandura (1997) ในด้านการรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง โดยนำมาจัดเป็นกิจกรรม 4 ด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการวางมโนภาพของผลด้านบวกหรือผลที่เสริมแรง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง สามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และหาทางควบคุมอาการดังกล่าวหรือมีพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา จะสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995; Brichwood and Spencer, 2001; meijel et al, 2003; เพชรี คันธสายบัว, 2544) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและการจำแนกอาการจากอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีการรักษาด้วยยาเป็นหลัก การใช้ยาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับผลของการป้องกันการป่วยซ้ำทั้งประโยชน์ภายในและภายนอกเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติป้องกันการป่วยซ้ำได้

2. ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยวาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริง ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในการกระทำที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้มีอาการกำเริบทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ มีอาการอยู่ในระยะหลงเหลือ ทำให้ไม่สามารถจำแนกความผิดปกติที่หลงเหลือกับอาการเตือนได้ (Brichwood, 2001) การดื่มสุรา เสพยาบ้าและใช้สารเสพติดอื่นๆขณะรับการรักษา เป็นปัจจัยให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (จันจิลา ดวงสลด และคณะ, 2545) การไม่มีสังคม อยู่คนเดียวไม่มีบ้าน หรืออยู่ในครอบครัวที่ไม่สามารถให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญความเครียดค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์แต่ละครั้ง ทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนในการเตรียมเผชิญปัญหา (Kampman and Lehtinen, 1999) อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา (เพชรี คันธสายบัว, 2544 ; Limpattanasiri, 2004) ทำให้ขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น โดย อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้ แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมากขึ้น ดังนั้นผู้วิจัยจัดกลุ่มอภิปรายถึงปัญหาและหาวิธีการแก้ไขเพื่อวางแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้กรอบแนวคิดปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง ตามแนวคิดของ Bandura (1997) มีพื้นฐานมาจาก 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยฝึกทักษะการป้องกันการป่วยซ้ำทั้งการสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องด้วยการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ 2) การใช้ตัวแบบ โดยการใช้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำเป็นแบบอย่างเล่าประสบการณ์พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 3) การใช้คำพูดชักจูง โดยให้การยกย่องและชมเชยที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมในขั้นตอนต่างๆ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยให้กำลังใจผู้ป่วยในความพยายามและความอดทนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในทุกขั้นตอน ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Gecas, 1989: 298) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกอาการเตือนได้ด้วยตนเอง โดยบันทึกการรายงานตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Jorgensen, 1998 cited by Birchwood and Spencer, 2000) รวมทั้งการผ่านประสบการณ์ในการรับประทานยาต้านโรคจิตมาก่อน จะมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ (Limpattanasiri, 2004; 72) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดหมายของผู้ป่วยจิตเภทในความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การมีความรู้ความสามารถไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป้องกันการป่วยซ้ำได้สำเร็จ ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนเอง

4. ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติของบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและสามารถประคับประคองให้ตนเองกระทำการจำแนกอาการเตือน การวางแผนการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและใช้ยาที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ (Kampman and Lehtinen, 1999; van Meijel, et al., 2003; จันจิลา ดวงสลัด และคณะ, 2545 ; จลี เจริญสรรพ และคณะ, 2548) ซึ่งเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยที่มสุขภาพเป็นแหล่งสำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยพยาบาลจิตเวชเป็นแหล่งอิทธิพลสำคัญเมื่อผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายสู่ชุมชน ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กระตุ้นและให้คำแนะนำผู้ป่วยโดยใช้การติดตามโทรศัพท์เยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจำหน่าย

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอาจจะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอาจจะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999:187) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลา 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในหลังจำหน่ายออกจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาครั้งก่อนเป็นระยะเวลา 6 เดือน จำนวน 60 คน ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ในปัจจัยอิทธิพลส่วนบุคคลและความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 2) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ และ 3) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยของ Meijel, al et. (2003) และเพชรี คันธสายบัว (2544) โดยมุ่งเน้นการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ด้าน คือ 1) การจำแนกอาการเตือน 2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และ 3) การใช้ยาที่ถูกต้อง มาสร้างเป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะและการติดตามทางโทรศัพท์ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) **การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ** (จัดกิจกรรมโดยการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ)

เป็นการกระทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเรียนรู้จากการสนทนาร่วมกันของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ โดยมีผู้วิจัยชักจูงให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อความสำคัญของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ตอน คือ ตอนที่ 1 “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 2 “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” และตอนที่ 3 “ผลดีของการป้องกันการป่วยซ้ำ”

2) **การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ** (จัดกิจกรรมโดยการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ)

เป็นการกระทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเรียนรู้จากการสนทนาร่วมกันของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ โดยมีผู้วิจัยชักจูงให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 “ปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 2 “ปัญหาของการจำแนกอาการเตือนด้วยตนเอง” ตอนที่ 3 “ปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา” และตอนที่ 4 “ปัญหาของการใช้ยาตามการรักษา”

3) **การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ** (จัดกิจกรรมโดยการสัมภาษณ์ตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ และจัดกิจกรรมโดยการฝึกการเรียนรู้สร้างประสบการณ์ “การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท”)

เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยการเล่า การถาม-ตอบโดยตรงระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำกับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 “รูปแบบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ” และตอนที่ 2 “ถาม-ตอบ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ”

และเป็นการอธิบาย การแลกเปลี่ยน และการจัดให้ฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 6 ตอน คือ ตอนที่ 1 “ประสบการณ์เดิมที่เคยป้องกันการป่วยซ้ำ”

ตอนที่ 2 “การนำเสนอเนื้อหาสาระพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 3 “การวิเคราะห์ ทบทวนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 4 “การสรุปสิ่งเรียนรู้พฤติกรรมป้องกันการป่วย ซ้ำ” ตอนที่ 5 “การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” และตอนที่ 6 “การส่งต่อคู่มือพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำ”

4) **อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ** (จัดกิจกรรม โดยการ ติดตามทางโทรศัพท์)

เป็นการใช้โทรศัพท์ในการกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรงให้ปฏิบัติพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ด้าน การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วย 3 ตอน ดังนี้ ตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 ตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2-4 และตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5-6

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชปฏิบัติต่อ ผู้ป่วยจิตเภทขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาล 2 ลักษณะ คือ 1) กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำความสะอาด ร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การขับถ่าย การได้รับยา การเตรียม ตรวจส่วนต่างๆ เป็นต้น 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ การสร้างพันธภาพ การทำ กิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้เรื่องโรค การวางแผนจำหน่าย การให้คำแนะนำต่างๆ การให้คำปรึกษา จิตบำบัดประคับประคอง เป็นต้น 3) กิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้าน

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หมายถึง การกระทำในการจำแนกอาการเตือน การ ดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาอย่างถูกต้อง ที่ผู้ป่วยจิตเภทต้องปฏิบัติ ด้วยตนเองด้วยความเต็มใจ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้งในขณะที่พักและเมื่อเกิดภาวะเจ็บป่วย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงตามแนวคิดของ Meijel,et al. (2003) และเพชร คันธ สายบัว (2544) มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1) การจำแนกอาการเตือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะอาการทางจิต ทั้งด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้ง ยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิต เภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

3) การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท และมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน เป็นระยะเวลาน้อยกว่า 6 เดือน เป็นการป่วยซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางการพยาบาลและสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการป่วยซ้ำ
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.3 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.3.1 การจำแนกอาการเตือน
 - 1.3.2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา
 - 1.3.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง
 - 1.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
5. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการป่วยซ้ำ

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรง (Severe psychiatric disorder) เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคเรื้อรังและกำเริบ (Relapse) ได้บ่อย (Warner and Gioramo, 1995; Gelder, Mayou and Geddes, 1999) และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ประมาณกันว่าเฉพาะค่ารักษาทางตรงสำหรับโรคจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาก็มีมูลค่าเทียบเท่าร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศชาติ (gross national product, GNP) (Warner and Gioramo, 1995) ทั้งนี้ยังไม่นับรวม

ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆและยังเป็นโรคที่พบได้ในทุกสังคม ทุกวัฒนธรรม และทุกศาสนา (Jablensky, 1987) ซึ่งรวมทั้งในประเทศไทยด้วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547: 107)

1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) มีสติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 332)

แม้ว่าโรคจิตเภทจะถูกวินิจฉัยได้และรู้จักกันมานาน แต่ก็ยังไม่ทราบว่าจะอะไรคือสาเหตุที่แท้จริง สมมติฐานดั้งเดิมเชื่อว่าเป็นเรื่องของจิตใจ แต่ความก้าวหน้าทางวิทยาการทำให้คนคิดค้นเครื่องมือที่ทันสมัย สามารถตรวจวิเคราะห์หารายละเอียดทั้งในระดับโครงสร้างสมอง ระดับโมเลกุล, เคมีชีววะ ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบทางสถิติพบว่ามีความผิดปกติที่เป็นสาเหตุ ดังนี้

1) กรรมพันธุ์ (Hereditary)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พุกชาชาติคุณากร, 2543: 774) การศึกษาวิจัยปัจจุบันพยายามลงลึกไปถึงตัวยีนหรือโครโมโซม ที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ เช่น โครโมโซมคู่ที่ 1, 5, 6, 8, 13, 15 และคู่ที่ 22 เป็นต้น โดยมีคู่ใดคู่หนึ่งเป็นตัวเด่น โดยเฉพาะคู่ที่ 6, 8, 22 และมีคู่อื่นๆ ที่มีส่วนสมรู้ร่วมคิดโดยยังหาข้อสรุปไม่ได้ (สันชัย วสุนธรา, 2547: 19)

2) เคมีชีววะผิดปกติ (Biochemical abnormality)

หมายถึงสารเคมีในสมองซึ่งผิดปกติไปโดยมีหลายตัวเช่นกันที่เชื่อว่าจะเป็นสาเหตุ โดปามีน (Dopamine) จัดเป็นตัวเด่นที่สุด เชื่อว่าเมื่อโดปามีนที่เพิ่มมากขึ้นในสมอง ทำให้เกิดอาการโรคจิตเภทได้ ทั้งนี้ยืนยันได้จากการตรวจพบสารดังกล่าวทั้งในเนื้อสมองและน้ำไขสันหลังในปริมาณมากผิดปกติ สารสื่อประสาทที่ชื่อว่า เซโรโทนิน (Serotonin) เป็นสารเคมีที่มีบทบาทสำคัญก่อให้เกิดอาการผิดปกติในผู้ป่วยจิตเภท คล้ายสารโดปามีน สารสื่อประสาทสำคัญอีกตัวที่กำลังศึกษากันอยู่ในเวลานี้ก็คือ กลูตาเมต (Glutamate) ซึ่งมีผลต่อเซลล์สมองทุกตัว สารนี้ไม่สามารถผ่านกระแสเลือดเข้าสมองได้แต่ถูกสร้างขึ้นในสมองโดยตรง หากปริมาณ กลูตาเมตลดน้อยลงผู้ป่วยจะแสดงอาการโรคจิตเภท (สันชัย วสุนธรา, 2547: 19)

3) โครงสร้างสมองผิดปกติ (Brain Structural Abnormalities)

พบความผิดปกติของโครงสร้างสมองผิดปกติ เช่น ช่องว่างในเนื้อสมอง (3rd and lateral Ventricle) มีขนาดใหญ่ขึ้น เนื้อสมองหลายส่วนหดเล็กลงกว่าปกติเป็นต้น ส่วนของสมองที่กำลังศึกษากันมากในเวลานี้ คือ บริเวณด้านหน้าสุดของสมองส่วนที่เรียกว่า Prefrontal Cortex กับส่วนของสมองย่อยๆหลายชิ้น บริเวณด้านข้างที่ประสานการทำงานให้เกิดระบบที่เรียกว่า ลิมบิก (Limbic System) ซึ่งมีความสำคัญในเรื่อง อารมณ์ ความจำ และการเรียนรู้ต่างๆ (สันชัย วสุนธรา, 2547: 19)

4) การติดเชื้อระหว่างครรภ์และปัญหาการคลอด

จากการศึกษาพบว่ามารดาผู้ป่วยจิตเภท อาจติดเชื้อไวรัสบางชนิดขณะตั้งครรภ์ได้ 4-6 เดือน ซึ่งเซลล์สมองของทารกอาจถูกไวรัสดังกล่าวเข้าไปโจมตีและเลือกโจมตีเฉพาะบางจุดสำคัญโดยไม่ทิ้งร่องรอยผิดปกติใดๆไว้ให้เห็น และกลุ่มเซลล์ดังกล่าวก็สามารถพัฒนาต่อไปได้ ทั้งนี้ค่อยไปปรากฏอาการเมื่อเป็นหนุ่มสาวในอีก 20 หรือ 30 ปีต่อมา (สันชัย วสุนธรา, 2547: 19-20)

5) สาเหตุด้านจิตใจ (Psychological Factor)

ในยุคนี้นักจิตวิทยาจะให้น้ำหนักไปในทางด้านจิตใจค่อนข้างมาก มีทฤษฎีต่างๆมากมายถูกนำมาอธิบาย ปัจจุบัน ความเชื่อในเรื่องนี้ลดน้อยลง โดยเฉพาะเรื่องของความเครียดหรือความผิดหวังเป็นสาเหตุโรคจิตเภทนั้น เริ่มไม่ค่อยเป็นที่ยอมรับกันแล้วในวงการจิตเวช ปัญหาการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ทศนะคติพ่อแม่ที่มีต่อลูก การเลี้ยงดูแบบตามใจมากเกินไป ปกป้องมากเกินไป บีบบังคับมากเกินไป การสื่อความหมายสองแง่ หรือครอบครัแตกแยกมิใช่สาเหตุที่แท้จริงของโรคจิตเภท แต่จะส่งผลต่อการเจริญพัฒนาการ และปัญหาทางจิตใจในด้านอื่นๆมากกว่า อย่างไรก็ตาม ความเครียดจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหรืออาการกำเริบซ้ำขึ้นมาได้อีก (สันชัย วสุนธรา, 2547 : 20)

1.1.2 ลักษณะอาการ

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ มีการแสดงออกของกลุ่มอาการที่ค่อนข้างแตกต่างและไม่มี ความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน Crow. (1980 อ้างถึงใน สันชัย วสุนธรา, 2547: 37, Taylor, 1994: 245) โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994: 245; Johnson, 1993; 473) คือ

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ได้แก่อาการต่อไปนี้ หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) ประโยคคำพูดฟังไม่รู้เรื่องใช้ศัพท์แปลกๆ (Disorganized Speech) พฤติกรรมผิดปกติมาก (Disorganized Behavior) นั่งไม่เคลื่อนไหว อยู่ในท่าแปลกๆหรือเอะอะโวยวาย (Catatonia)

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) ได้แก่อาการต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดีในร้าย (Affective flattening) พูดน้อย (Alogia) หหมดความกระตือรือร้น (Avolition) ตายด้านไม่สนุกกับชีวิต (Anhedonia) บกพร่องทางเชาว์ความคิด (Cognitive Deficit)

1.1.3 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548: 129-130) ดังนี้

1) ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่งลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจระแวง แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดจะเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยจะดูแล

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามอาการและอาการแสดงดังกล่าวไปแล้วข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสียมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตัวเอง

มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หวนก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นและเสียมลงเรื่อยๆ

อาการด้านบวกจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.1.4 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี โดย มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548: 131-134) อธิบายดังนี้

1) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา และมีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหามากขึ้นนอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2) การรักษาด้วยยา

เพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่ส่วนใหญ่มักมีปัญหาจากการขาดยา การรักษาที่นั่นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง

2.1) ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงอย่างรวดเร็ว ที่อาการวุ่นวายหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรก เกิดจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

2.2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบลง ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

2.3) ระยะอาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก

ผู้ที่ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

3) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง

4) การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้น

จากการทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง สาเหตุการเกิดโรคทางจิตเภทมีหลากหลายสาเหตุทั้งทางด้านกายภาพ สารชีวเคมีในสมอง สภาวะทางจิตหรือสังคมสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในด้านต่างๆลดลง เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบขึ้นบ่อยครั้งย่อมส่งผลให้เกิดเป็นโรคเรื้อรังได้ แต่จากลักษณะการดำเนินโรคพบว่าโรคจิตเภทไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตตลอดเวลา เพราะการดำเนินโรคแบ่งออกได้เป็นระยะก่อนเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบและระยะอาการหลงเหลือ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถป้องกันไม่ให้เกิดระยะอาการกำเริบได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงอาการทางจิตไว้ได้หรือไม่เกิดการกลับป่วยซ้ำ การดูแลรักษาในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นที่การจัดการกับสาเหตุ โดยให้ผู้ป่วยคงอาการในภาวะปกติมากที่สุดด้วยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิต

1.2 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษามีผู้ให้ความหมายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่าน พบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and Sundel, 1999 : 160) เป็นการปรากฏของอาการทางจิตซ้ำหรือมีอาการทางจิตที่รุนแรงเช่นเดิม หลังจากที่ได้รักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่งลงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533 ; Birchwood and Spencer, 2001; เพชร คันธสายบัว, 2544) เป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หลังจากทีพฤติกรรมนั้นๆหยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า (<http://johnrecovery.faithweb.com/relapse.html>, 2006) ไม่สามารถบอกระยะเวลา จำนวนอาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดการป่วยซ้ำได้ (Falloon, 1984 ; Lader, 1995 อ้างถึงใน

Birchwood and Spencer, 2001 : 1212) จากการให้ความหมาย พบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไม่มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน เพราะการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการมากกว่าปรากฏการณ์ การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกได้จากการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรมซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal symptoms) (Baker, 1995; Kennedy et al, 2000 ; Meijel, 2003) จากการศึกษาจะเห็นว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

1.2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ

จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในหนึ่งปีแรก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆเลยกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 70 (Meijel et al., 2003 : 65) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น (Sandock and Sandock, 2000 : 1197-1198) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 40 แต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแต่ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงก็สามารถกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 60 (Tarrier, 1997) นอกจากนี้พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่บ้านเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่แสดงถึงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการอยู่ในชุมชน กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการรักษาโรงพยาบาลแล้วมากกว่า 6 เดือน ถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวอยู่ในสังคม (วรวิรัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุลม 2525 อ้างถึงใน เพชร คันธสายบัว, 2544) และร้อยละ 43 ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายในเวลา 1-6 เดือน (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่ป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถกลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวหลังจำหน่ายได้ดีควรมีช่วงของการอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนจึงถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จที่ไม่ป่วยซ้ำ

1.2.3 ปัจจัยการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลายปัจจัย และเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการจำแนกปัจจัยที่

แสดงถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จึงเป็นสิ่งที่บอกถึงแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จากการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2544) พบว่ามีปัจจัยที่จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ คือ

1) การเตรียมการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหาเป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำหรืออาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ

2) การใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3) สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงข้ามกับการไม่มีคู่สมรสกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักถึงการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากการที่ผู้ป่วยที่แต่งงานมีครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น ทำให้มีความเครียดซึ่งส่งผลต่อการป่วยซ้ำได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรส แต่อยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงานและทำให้สามารถดูแลตัวเองได้ดี โดยไม่มีภาระที่ทำให้เกิดความเครียด

4) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง ซึ่งมีหลายสาเหตุ ได้แก่ ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้ ญาติที่รู้สึกผิด อาจอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป พบบ่อยในญาติที่เป็นบิดามารดามากกว่าญาติที่เป็นสามีภรรยา และเป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำ เป็นการอธิบายถึงลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิต

เกาท์กลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นาน โดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

5) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำในต่างประเทศให้ความสำคัญกับการจำแนกอาการเตือนซึ่งเป็นตัวชี้วัดการตอบสนองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความเครียดบางอย่างขึ้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมซึ่งเป็นตัวที่เริ่มก่อให้เกิดอาการทางจิตที่เสื่อมถอยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการเตือนล่วงหน้า มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-70 ล้วนเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนล่วงหน้าในช่วง 1-4 สัปดาห์ก่อนเกิดการป่วยซ้ำ (Royal Brisbane Hospital, 2003)

1.2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเสี่ยงจะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย (Sandock and Sandock, 2000 :1198) นอกจากนี้การป่วยซ้ำมีผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัว ทำให้รู้สึกเป็นภาระ ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ไม่ดี ทำให้มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความตึงเครียดเป็นสาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536 ; 112) การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งผู้ป่วย แพทย์และระบบบริการสุขภาพจิต ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการป้องกันโรคมักมีความสำคัญเป็นอันดับสอง รองจากการรักษาในระยะเฉียบพลัน การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก การรักษาและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพแต่ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ก็ไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นทั้งโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพจิตและระบบการเงิน ต้องเอื้อประโยชน์สำหรับการป้องกันการเกิดโรคและการป่วยซ้ำ (Kissling, 1994)

อ้างถึงใน เพชรี คันธสายบัว, 2544) ในการป้องกันการป่วยซ้ำในสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นการลดการเจ็บป่วยหรือความพิการอย่างเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การสร้างพฤติกรรมใหม่นับเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด ซึ่งการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีอาการเตือนหรือมีอาการนำมาก่อนที่จะมีอาการทางจิตเกิดขึ้นเสมอ และเป็นลักษณะที่เฉพาะในแต่ละบุคคล

จากการทบทวนแนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท จะเห็นว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่ป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถกลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวหลังจำหน่ายได้ดีควรมีช่วงของการอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนจึงถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จที่ไม่ป่วยซ้ำ นอกจากนี้พบปัจจัยจำแนกของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่ามีปัจจัยสำคัญตามลำดับน้ำหนักมากไปน้อย ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ร่วมกับการจำแนกอาการเตือน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการอาการได้ก่อนเกิดอาการกำเริบ อันส่งผลกระทบไปสู่ตนเองทำให้เกิดบุคลิกภาพเสื่อมถอย ภาวะการดูแลของครอบครัว และการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

1.3 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 3 ปัจจัย ได้แก่ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ดังนี้

1.3.1 การจำแนกอาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs)

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ในอนาคต (disability, handicap) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทพึงตระหนักว่าอาการเตือนนี้มี

ลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยแต่ละคน (individualised) และมีความจำเพาะ (specific) สามารถพบอาการเตือนของผู้ป่วยจิต แบ่งเป็น 3 ระดับ (Meijel, et al. , 2003) ดังนี้

- 1) ระดับปกติหรือคงที่: รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังควบคุมและจัดการได้
- 2) ระดับปานกลาง: มีความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นทางกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระแวงคนรอบตัว ไม่รับประทานอาหาร
- 3) ระดับรุนแรง: มีความคิดกลัวหวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อสื่อสารกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน

การจำแนกอาการเตือนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการเตรียมตนเอง จำเป็นต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท ลักษณะอาการเตือน มีแนวทางในการจำแนกอาการเตือน และวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้

1.3.2.1 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา

เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคม และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antai-Otong, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Baker, 1995) กล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีการเตรียมการเผชิญปัญหา (เพ็ชรคันธสายบัว, 2544)

การเตรียมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

1.3.2 การใช้ยาที่ถูกต้อง

การดูแลตนเองในเรื่องการรักษาหรือการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท นับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องใช้เวลานาน และมีการรักษาด้วยยาเป็น

หลัก ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) มีฤทธิ์ข้างเคียง (side effect) ของยาค่อนข้างมากและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และเพื่อการรับประทานยาเป็นเวลานานๆ แต่การรักษาด้วยยาเป็นการควบคุมอาการของโรควิธีเดียวที่สามารถทำได้ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Horwath and Cournos, 1999) การดูแลตนเองในการรับประทานยาและการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยการให้ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วย

พฤติกรรมการใช้ยา เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และคำแนะนำของทีมบุคลากร เป็นการปฏิบัติโดยตั้งใจ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ นับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทนับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองเพื่อสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งมีความรู้เรื่องยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้เองให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความกังวล และการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาดด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Johnstone and Geddes, 1994)

จากการทบทวนการศึกษาของ Meijel, et al. (2003) ร่วมกับการวิจัยของเพชร คันธสายบัว (2544) พบว่ามีพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ก่อนเกิดอาการกำเริบ เมื่อผู้ป่วยจำแนกอาการเตือนได้ด้วยตนเองทำให้สามารถรับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ จึงใช้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ ร่วมกับการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง นับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทนับว่ามีความสำคัญมาก เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

1.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำควรให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและ

ครอบครัวไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.4.1 ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Sandock and Sadock, 2000: 1197)

1.4.2 วางแผนการสอนก่อนจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญและการจัดการกับปัญหา ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.4.3 ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือนของตนเอง โดยให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จามีอาการป่วยซ้ำ

1.4.4 จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันการป่วยซ้ำควรทำไปพร้อมๆกันกับการรักษาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ดังนั้นการนำพฤติกรรมการเรียนรู้ (Cognitive behavior) มาอธิบายการเกิดการป่วยซ้ำ โดยเริ่มจากภาวะเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ ถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น สามารถลดการป่วยซ้ำได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองลดลง เริ่มกลับไปมีอาการหรือความประพฤติแบบเดิมอีก มีโอกาสป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น (Marlatt and Gordon, 1985 cited in Taylor, 1995: 112)

จากการดำเนินการวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ในปัจจัยอิทธิพลส่วนบุคคลและความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ 2) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการป่วยซ้ำ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ และ 3) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยของ Meijel, et al. (2003) และเพทรี คันธสายบัว (2544) โดยมุ่งเน้นการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ด้าน คือ 1) การจำแนกอาการเตือน 2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และ 3) การ

ใช้ยาที่ถูกต้อง มาสร้างเป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนการป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนการป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีหลายแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น

2.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดนี้อธิบายว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าจะเสี่ยงต่อการมีสุขภาพซึ่งเชื่อว่าจะมีความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังบอกไม่ได้แน่ชัดว่าจะเป็นพฤติกรรมแบบใด การเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคน้อย ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้น แต่ถ้าความพร้อมมีน้อยในขณะที่ข้อเสียมีมาก ก็จะไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีมาก แต่ข้อเสียหรืออุปสรรคก็มีมากเช่นกัน ในสถานการณ์เช่นนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง (conflict) และอาจมีปฏิกิริยาออกมาใน 2 ลักษณะ คือ 1) พยายามหนีจากสถานการณ์นั้น หรือ 2) มีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมาก ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยด้านโครงสร้างเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

2.2 ทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy theory) แนวคิดนี้อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นบางอย่างได้สำเร็จ บุคคลใช้กระบวนการทางปัญญาพิจารณาตัดสินความสามารถของตนโดยอาศัยการประเมินข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จของตนเอง ประสบการณ์ของบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และภาวะอารมณ์ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นกลไกที่เชื่อมโยงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะประเมินสมรรถนะของตนเองเมื่อจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากลำบาก

2.3 ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action) อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐาน เจตคติ ความ

ตั้งใจและพฤติกรรม โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและใช้ข้อมูลต่างๆอย่างมีระบบ มีการพิจารณาก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ ปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆจึงอยู่ภายใต้การควบคุมโดยการเลือกหรือการตัดสินใจของบุคคล ตัวกำหนดพฤติกรรมโดยตรงคือความตั้งใจ ซึ่งเกิดจากปัจจัยพื้นฐาน 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เจตคติต่อพฤติกรรมนั้นๆและปัจจัยทางสังคม คือบรรทัดฐานของสังคม

2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นทฤษฎีที่ขยายมาจากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล โดยเพิ่มโน้ตศักรับรู้การควบคุมในการปฏิบัติพฤติกรรมเข้าไป เพื่ออธิบายปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรม ด้วยแนวคิดว่าคุณคนจะปฏิบัติพฤติกรรมต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ และรับรู้ว่าจะตนเองสามารถควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวได้ การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยความตั้งใจและความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม บุคคลจะใช้เวลาพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น เมื่อรับรู้ว่าจะตนเองมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวสูง

2.5 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างความเข้าใจในภาวะคุกคามต่อสุขภาพหรือความกลัวในภาวะคุกคามต่อสุขภาพ โดยเน้นผลที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จุดเน้นคือ การสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการรู้คิด ให้บุคคลตระหนักในความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผลลัพธ์ในพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่ช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะอย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (The Health Promotion Model) เกิดจากการผสมผสานทฤษฎีความคาดหวังในคุณค่า (expectancy-value theory) และ ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (social cognitive theory) มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพที่สำคัญมี 3 ส่วน คือ ส่วนของคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

จะเห็นได้ว่า แนวคิดทฤษฎีต่างๆอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในหลายๆปัจจัยคล้ายกัน เช่น

1) บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลเป็นคุณค่าของผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการพัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจ

เพื่อการป้องกันโรคในช่วงแรกๆพัฒนาขึ้น เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค เน้นผลลัพธ์ที่ป้องกันการเกิดโรคหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพเน้นการสร้างเสริมและป้องกันโรค

2) ทุกแนวคิดทฤษฎีเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการผ่านกระบวนการรู้คิด

3) ทุกแนวคิดทฤษฎียกเว้นทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล ให้ความสำคัญกับการประเมินความสามารถของตนเอง ถ้าบุคคลประเมินว่ากระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ ก็จะเป็นแรงจูงใจและทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

4) ทุกแนวคิดทฤษฎีให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เครือข่ายทางสังคมและการประคับประคองทางสังคม

จะเห็นได้ว่า แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญครอบคลุมทั้ง 4 ข้อว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทั้งนี้เพราะแบบจำลองนี้มีการปรับปรุงและพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 จนปัจจุบัน และมีการทดสอบองค์ประกอบต่างๆว่าสามารถอธิบายและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pender et al., 2006)

3. ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพนี้พัฒนาโดย Nola J. Pender ตั้งแต่ ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา โดยผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคลทุกวัย เป็นแบบจำลองที่มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล (competence-or approach-oriented model) และเชื่อว่าพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการยกระดับสุขภาพของตนเองเน้นพฤติกรรมที่ปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ และการปฏิบัตินั้นมิได้เกิดจากความกลัวสิ่งที่จะเป็นอันตราย (threat) เพราะการปฏิบัติเช่นนี้ บุคคลจะเลิกปฏิบัติเมื่อสิ่งคุกคามหมดไป Pender จึงได้สร้างแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพขึ้น

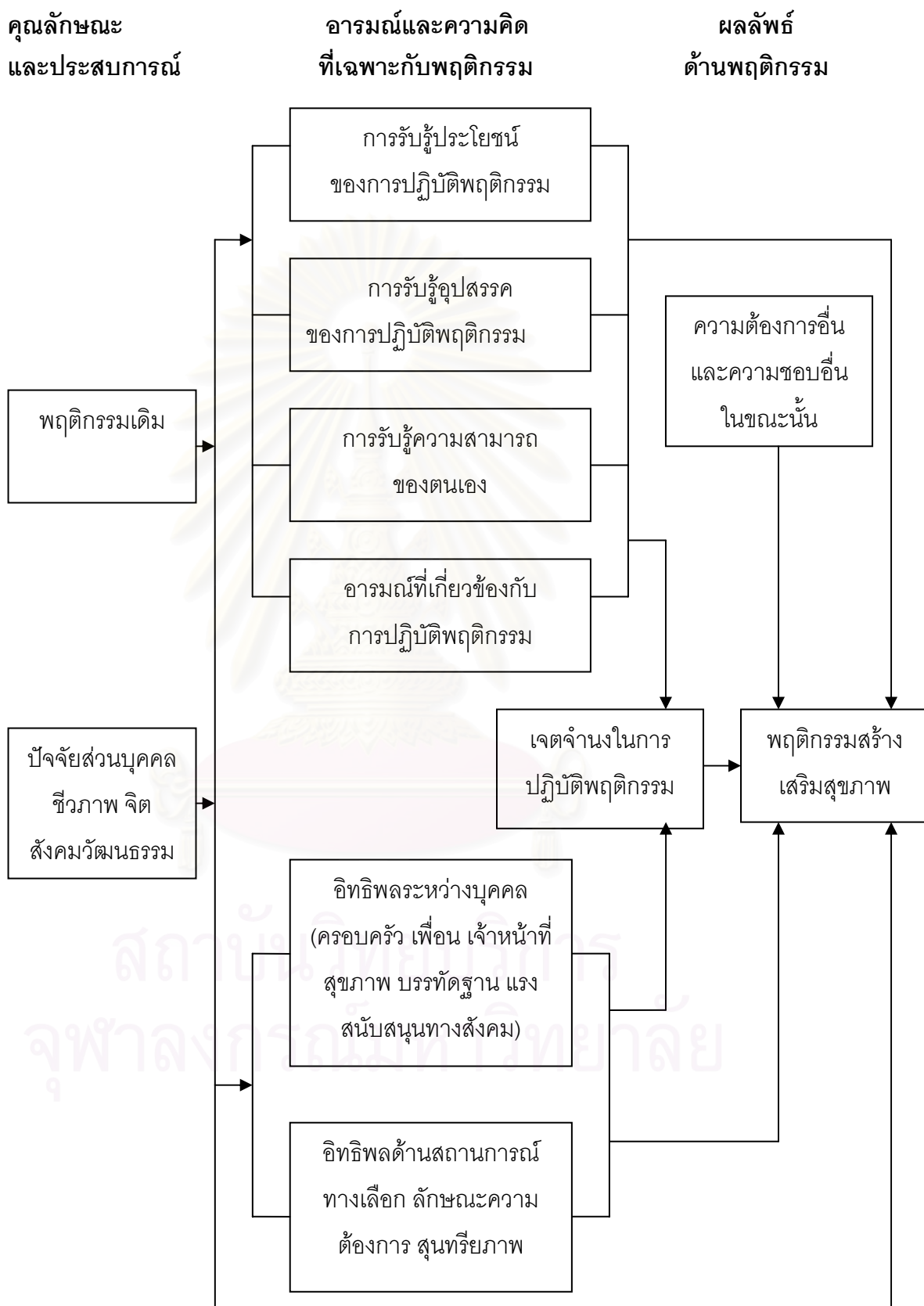
แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (active role) พฤติกรรมเหล่านี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆเข้าไปเป็นวิถีชีวิต (life style) แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender นี้ได้รับการ

ตีพิมพ์ครั้งแรกในปี 1987 ได้รับการปรับปรุงใหม่จนถึงปี 1996 โดยอาศัยผลการวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆ ซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, 1996: 55-56) องค์ประกอบของแบบจำลอง ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavioral Outcome) และในการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2002 และ ค.ศ. 2006 ยังคงใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงในปี ค.ศ.1996 อยู่ต่อไป



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006)



แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social leaning theory) เน้นถึงความสำคัญของกระบวนการรู้คิดที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral Outcome)

3.1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

บุคคลแต่ละคนมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำที่ตามมาภายหลัง คุณลักษณะและประสบการณ์ดังกล่าว คือ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงอาจเกิดจากการสร้างเป็นสุขนิสัย ซึ่งทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างอัตโนมัติโดยไม่ต้องสนใจรายละเอียดของการปฏิบัตินั้นมากนัก

อิทธิพลโดยอ้อมนั้นสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) พฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติจริงและการป้อนกลับจากพฤติกรรมเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถหรือทักษะของตนเอง ส่วนประโยชน์ที่คาดหวังหน้าหรือที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว คือ การคาดหวังผลลัพธ์ ถ้าประโยชน์ในระยะสั้นเกิดขึ้นเร็วบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ นอกจากนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จนั้นจำเป็นต้องเอาชนะอุปสรรคที่เคยประสบและเก็บสะสมไว้ในความทรงจำด้วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์นั้น พบว่า การกระทำพฤติกรรมใดๆ ก็ตามมักมีอารมณ์ต่างๆ เกิดขึ้นร่วมด้วย ทั้งที่เป็นอารมณ์ในทางบวกและทางลบ อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการกระทำพฤติกรรม อารมณ์ดังกล่าวจะถูกบันทึกอยู่ในความทรงจำ เป็นข้อมูลซึ่งจะถูกดึงออกมาเมื่อมีการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมนั้นในภายหลัง

พฤติกรรมเดิมจึงเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งต่อการรู้คิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการปรับความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผ่านมาทางบวก และสร้างเสริมให้รับรู้ความสามารถและอารมณ์ของตนเองในทางบวก โดยผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการป้อนกลับทางบวก

3.1.2 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้

ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological) ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีความหนาของร่างกาย ภาวะการเจริญพันธุ์ ขีดความสามารถในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไวหรือการทรงตัว

ปัจจัยทางจิต (Psychological) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการนิยามสุขภาพ เป็นต้น

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชนชาติ ลักษณะทางวัฒนธรรม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น

ปัจจัยส่วนบุคคลมีมากมาย บางปัจจัยมีอิทธิพลเฉพาะบางพฤติกรรมเท่านั้น เช่น ขีดความสามารถในการทำงานแบบต่อเนื่อง มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้นในการให้การบำบัดทางการพยาบาล ควรพิจารณาเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีข้อสนับสนุนเชิงทฤษฎีว่าสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายได้ และควรคำนึงว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

3.2 อารมณ์และความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ปัจจัยทางด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และยังเป็นแก่นที่สำคัญสำหรับการบำบัด เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการทางการพยาบาล ปัจจัยดังกล่าวได้แก่

3.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

ในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลมักคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การคาดการณ์ดังกล่าวเป็นการวาดมโนภาพของผลด้านบวกหรือผลที่เสริมแรง โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ ประโยชน์ดังกล่าว มีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกตื่นตัว ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มสังคม เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงโดยจูงใจให้คนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน แต่จะมีอิทธิพลมาน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ดังกล่าวและระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและเกิดประโยชน์นั้น

3.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barrier to Action)

การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทั้งต่อความตั้งใจ และการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลคาดหมายไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การสูญเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติ พฤติกรรมรวมทั้งทำให้บุคคลเกิดความสูญเสีย การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงโดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนลดลง

3.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

เป็นแนวคิดที่นำมาจากแนวคิดความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) ของ Bandura (1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเอง ที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน ในคนๆเดียวกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน เช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตาย หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ์นั้น Bandura (1997) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น เป็นการตัดสินใจว่า ผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่า มีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย คือ (Evan, 1989 cited by Bandura, 1997)

(1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาจะสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง นั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกับการทำให้เขารับรู้ว่ เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่ตนเองมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

(2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกระทบที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่ ตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าตนเองพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่ตนเองมีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆโดยที่ให้ผู้ตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นได้

(3). การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่บุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่ การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ยอมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

(4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

3.2.4 อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

ในการปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตามบุคคลจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบเกิดขึ้นด้วย โดยอาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อารมณ์ดังกล่าวจะถูกนิยามตามความรู้ ความเข้าใจที่ถูกเก็บสะสมไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ในภายหลัง การตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรมประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related) ตัวผู้ปฏิบัติพฤติกรรมเอง (self-related) และสิ่งแวดล้อมในขณะปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว (context-related) อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวนี้จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือการดำรงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืนหรือไม่ ตามปกติพฤติกรรมใดที่ปฏิบัติแล้วเกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านบวกมักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านลบมักจะถูกหลีกเลี่ยง อย่างไรก็ตามการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างอาจทำให้เกิดทั้งอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ จึงต้องเปรียบเทียบกัน อารมณ์ข้างต้นนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยอ้อมผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองและเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

3.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งสำคัญที่สุดของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบอย่าง

บรรทัดฐานทางสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติที่คนส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแบบอย่างสามารถแสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

บุคคลแต่ละคนไวต่อความปรารถนา แบบอย่าง และความชื่นชมของบุคคลอื่นแตกต่างกัน อย่างไรก็ตาม ถ้ามีแรงจูงใจเพียงพอบุคคลจะปฏิบัติตามวิถีทางที่สอดคล้องกับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยมักจะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งจะได้รับการชื่นชมและพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน การที่อิทธิพลของบุคคลอื่นจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลใดได้ บุคคลนั้นจะต้องให้ความสนใจต่อพฤติกรรม ความปรารถนา และสิ่งกระตุ้นจากผู้อื่น ทำความเข้าใจและซึมซับสิ่งเหล่านั้นเข้าสู่สมโนภาพ (Cognitive representation) เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ การยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่นอาจแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ

3.2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation Influences)

อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถสร้างเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้อการ และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อมที่พฤติกรรมดังกล่าวจะถูกปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

3.3 ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavior Outcome)

3.3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to a plan of Action)

โดยทั่วไปเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้ เว้นเสียแต่เมื่อมีความต้องการหรือความชอบอื่นที่เหนือกว่า เป็นการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง โดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น และความนึกคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์หรือวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติ ให้เป็นผลสำเร็จและการเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้ามีเพียงเจตจำนงเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีวิธีการที่เหมาะสม มักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

3.3.2 ความต้องการและความชอบในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences)

ความต้องการและความชอบในขณะนั้น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งเข้ามาอย่างกะทันหัน ก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ มีความแตกต่างไปจากอุปสรรค กล่าวคือ ความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อน ขึ้นอยู่กับความต้องการภายนอกหรือเพราะความบังเอิญด้านสภาพแวดล้อม บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างน้อย ส่วนความชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่า บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างสูง ความชื่นชอบในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การที่จะต้านทานความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกัน

ความต้องการและความชอบอื่นที่เข้ามาในขณะนั้น มีผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดเจตจำนงในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม การที่เจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างแข็งแกร่ง

อาจช่วยให้สามารถคงการปฏิบัติพฤติกรรมจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ได้ แม้จะมีความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น

3.3.3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพนี้ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน

4. ปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) พบว่ามี 4 ปัจจัยที่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและอิทธิพลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

4.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived Benefits of Relapse Prevention Behavior)

สำหรับการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรคจิตเภท หรือการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นหลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นแล้ว เป็นการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา ตลอดจนการใช้ยาที่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง สามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และหาทางควบคุมอาการดังกล่าวหรือมีพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาจะสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995 ; Brichwood and Spencer, 2001; Meijel et al, 2003; เพชร คันธสายบัว, 2544) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยามีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและการจำแนกอาการจากอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ดังนั้น

พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะป้องกันการป่วยซ้ำได้ โดยผู้ป่วยจิตเภทจะตกลงใจหรือตั้งใจวางแผนป้องกันการป่วยซ้ำ มักจะคาดหวังถึงประโยชน์และผลที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน เมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติป้องกันการป่วยซ้ำเกิดประโยชน์ช่วยลดความเสี่ยงที่ป่วยซ้ำ ก็จะเป็นเกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง

4.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived barriers of Relapse Prevention Behavior)

เป็นการรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ที่ขัดขวางการปฏิบัติ การดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในการกระทำที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้มีอาการกำเริบทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ มีอาการอยู่ในระยะหลงเหลือ ทำให้ไม่สามารถจำแนกความผิดปกติที่หลงเหลือกับอาการเตือนได้ (Brichwood, 2001) การดื่มสุรา เสพยาบ้าและใช้สารเสพติดอื่นๆ ขณะรับการรักษา เป็นปัจจัยให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (จันจิลา ดวงสัด และคณะ, 2545) การไม่มีสังคม อยู่คนเดียวไม่มีบ้าน หรืออยู่ในครอบครัวที่ไม่สามารถให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญความเครียดค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์แต่ละครั้ง ทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนในการเตรียมเผชิญปัญหา (Kampman and Lehtinen, 1999) อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา (เพชรี คันธสายบัว, 2544; Limpattanasiri, 2004) ทำให้ขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น

ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลทั้งต่อความตั้งใจการลงมือปฏิบัติการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยอุปสรรคเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้

แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกัน การป่วยซ้ำมากขึ้น

4.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived Self-Efficacy of Relapse Prevention Behavior)

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยจะมี บทบาทสำคัญต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่ๆ หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ ความสามารถของตนเองสูง จะเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการ ป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาการรับรู้ตั้งแต่ เริ่มมีอาการกำเริบ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะประเมินสุขภาพ ของตนเองว่าดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Gecas, 1989 : 298) ผู้ป่วย จิตเภทสามารถจำแนกอาการเตือนได้ด้วยตนเอง โดยบันทึกการรายงานตนเองเพื่อป้องกันการ ป่วยซ้ำ (Jorgensen, 1998 cited by Birchwood and Spencer, 2000) รวมทั้งการผ่าน ประสพการณ์ในการรับประทานยาต้านโรคจิตมาก่อน จะมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถ รับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ Limpattanasiri, 2004 ; 72)

ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสิน ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่กำหนด ภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดหมายของผู้ป่วย จิตเภทในความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่ กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การมีความรู้ความสามารถไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป้องกันการ ป่วยซ้ำได้สำเร็จ ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถ ของตนเอง

4.4 อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Interpersonal Influences of Relapse Prevention Behavior)

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพแม้ภายหลังกลับเข้าสู่ชุมชน มักจะเกิดจาก การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เมื่อมีปัญหาใน การป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยสามารถพูดคุยขอคำแนะนำขณะทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อ แก้ไขปัญหาต่างๆของตนเอง โดยทีมสุขภาพยอมรับฟังและเอาใจใส่ต่อปัญหาการป้องกันการ ป่วยซ้ำที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและสามารถประคับประคองให้ตนเองกระทำการ จำแนกอาการเตือน การวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและใช้ยาที่ถูกต้อง

ได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ (Kampman and Lehtinen, 1999; van Meijel, et al., 2003; จันจิลา ดวงสัด และคณะ, 2545; จลี เจริญสรรพ และคณะ, 2548)

ดังนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยที่มสุขภาพเป็นแหล่งสำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยนั้นจะมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยจำต้องได้รับการดูแลในระยะยาว แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทอาจมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆ แต่มีโอกาที่จะปรับปรุงเพิ่มความสามารถในการกระทำกิจกรรมและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงพฤติกรรมภายนอกต่างๆที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน และพฤติกรรมภายในที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อดำรงรักษาฟื้นฟู ปกป้องหรือปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นที่จะกระทำไม่ให้ตนเองป่วยซ้ำ

5. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งวรรณกรรมต่างๆ พบว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพหลากหลายทฤษฎี ซึ่งอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในหลายๆปัจจัยที่คล้ายกันสำหรับทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ของ Pender et al. (2006) นั้น ให้ความสำคัญครอบคลุมต่อการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมป้องกันโรค รับรู้ถึงอิทธิพลของสังคมและสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล ให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล และจากการทบทวนงานวิจัยที่นำองค์ประกอบต่างๆไปทดสอบสามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยต่างๆตามทฤษฎีสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pender et al., 2006) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าตัวแปรด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอำนาจทำนายในระดับมาก และเป็นตัวชี้วัดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรง ตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์มีอำนาจทำนายในระดับปานกลาง และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลในส่วนของการสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายในระดับปานกลาง โดยมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ สำหรับตัวแปรด้านอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนกับความชอบ เป็นตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทดสอบได้ยาก (Pender, 1996 ; Pender, Murdaugh and Parsons, 2002 ; Shin, Yun, Pender et al., 2005 : 122 ; Pender et al., 2006) ดังนั้นในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงคงไว้ซึ่ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์และการตัดสินใจอย่างเฉียบพลัน เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มสังคมมากกว่าเป็นการเรียนรู้เฉพาะของบุคคล เกี่ยวข้องกับวัตถุมากกว่าเรียนรู้จากสัญลักษณ์ เป็นการเรียนรู้ที่มีสถานการณ์เฉพาะมากกว่าการเรียนรู้บนพื้นฐานทฤษฎี และเกิดขึ้นในองค์ประกอบของกิจกรรมบริบทวัฒนธรรมที่เกิดขึ้น (Lave and Wenger, 1991 cited in Herrington, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงตา อุทุมพุกษ์พร (2533) ที่พบว่าเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในระดัต่ำมาก ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่าผู้วิจัยในต่างประเทศให้ความสำคัญกับอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เพราะเป็นอาการและอาการแสดงเริ่มแรกก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดการป่วยซ้ำได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาการช่วยเหลือเพื่อเตรียมเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนนำไปสู่การป่วยซ้ำ (Baker, 1995 ; Birchwood, Spencer, and McGovern, 2000 ; Herz, Lamberti, Mintz et al, 2000 ; ; Kennedy, Schepp and O'Connor, 2000 Kennedy, Schepp, and O'Connor, 2000 ; Birchwood, 2001 ; Meijel, Gaag, Kahn et al, 2003 ; Meijel, Gaag, Kahn et al., 2003 ; Meijel, Kruitwagen, Gaag et al., 2006) และปฏิบัติตนตามแผนการรักษาในการรับประทานยาให้ถูกต้อง (Limpattanasiri, 2004) มีความสอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์ ตัวแปรจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของของเพชรรัตนสายบัว (2544) พบว่ามี 5 ตัวแปรที่สามารถจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ในครอบครัวและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ แต่มีงานวิจัยที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำเสมอไป (Brown et al, 1972 ; Vaughn et al, 1976 ; ดวงตา อุทุมพุกษ์พร, 2533 ; Ralph, 2002) และลักษณะประชากร เช่น สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ (Weiss, Smith, Hull, Piper and Hupport, 2002) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรรัตนสายบัว ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา 2 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วย

ตนเอง สำหรับตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยช้ำนั้นมีความสอดคล้องกับปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, et al.(2006)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดตามทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่าเสมอ ร่วมกับการนำแนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel, et al. (2003) และตัวแปรการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องของเพรี คันธสายบัว (2544) เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เป็นกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยช้ำ และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำของผู้ป่วยจิตเภทและผลดีของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ ในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เป็นกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ ประกอบด้วย ปัจจัยที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ ปัญหาของการจำแนกอาการเตือนด้วยตนเองเพื่อป้องกันการป่วยช้ำ ปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และ ปัญหาของการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เป็นกิจกรรมซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ตัวแบบผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยช้ำ ประกอบด้วย รูปแบบการป้องกันการป่วยช้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยช้ำ และคำถามที่อยากรู้เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยช้ำ และกิจกรรมรูปแบบการอธิบาย การแลกเปลี่ยน และการจัดให้ฝึกทักษะการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยช้ำในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.4 อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เป็นกิจกรรมโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพหลังจำหน่ายจาก

โรงพยาบาล ในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่

ดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 90 คน โดยศึกษาตัวแปรที่ทำนายการกลับมารักษาซ้ำ คือ รายได้ เหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ฐานะเศรษฐกิจ การแสดงออกทางอารมณ์ และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัว ได้แก่ รายได้ เหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ และภูมิหลังด้านครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในระดับต่ำมาก ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ละเอียด รอดจันทร์และคณะ (2542) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำเกิน 6 เดือน รับไว้ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวนอย่างละ 80 คน รวมทั้งหมด 160 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำ และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำ และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง 3) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำ 4) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลและการวินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .03 ตามลำดับ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประเภทครอบครัว สถานภาพของผู้ป่วยในครอบครัว ผู้รับผิดชอบ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคจิตเวช สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจำนวน 110 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจำนวน 110 คน โดยศึกษาตัวแปรดังต่อไปนี้

พฤติกรรม การดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรม การใช้ยา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการแสดงอารมณ์ของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ที่ทั้งหมด 5 ตัวแปร และมีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ พฤติกรรม การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรม การใช้ยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่า มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่า และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

Baker (1995) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมารับแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนตัน (Moncton) นิวบรันสวิก (New Brunswick) แคนาดา (Canada) จำนวน 15 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพจากการศึกษาสรุปได้ว่า 1) การค้นพบอาการป่วยซ้ำเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ (Cognitive process) ความทุกข์ทรมานที่เป็นปัจจัยในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วย และในที่สุดความกลัวของผู้ป่วยต่อความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ จะเปลี่ยนเป็นการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำที่จะเพิ่มขึ้น 2) การค้นพบในครั้งนี้สามารถอธิบายถึงความก้าวหน้าของปรากฏการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และ 3) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติมารวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องในการที่สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้น อธิบายและควบคุมการป่วยซ้ำได้

Herz , Lamberti , Mintz , et al. (2000) ศึกษาโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 82 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 41 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการรักษาตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การให้ความรู้จิตศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ วิธีจำแนกอาการเตือนและสังเกตพฤติกรรม ทั้งแบบรายครอบครัว และรายกลุ่มครอบครัว สัปดาห์ละ 2 ครั้งนาน 6 เดือน หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ($p=.01$) หรือ ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($P = 0.03$) เมื่อติดตามผลในเดือนที่ 18

Kennedy, Schepp and O'Conner (2000) ศึกษาการจัดการอาการแสดงกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18-55 ปี จำนวน 60 คน ในหน่วยผู้ป่วยระยะแรกรับและระยะเรื้อรังของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ในแปซิฟิกฝั่งตะวันตกเฉียงเหนือ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ในตนเอง การจำแนกอาการแสดง การจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเอง ตามแนวคิดของทฤษฎีการจัดการตนเองและรูปแบบการเผชิญความเครียด พบว่า การจำแนกอาการแสดงกับการจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการจัดการอาการแสดงกับการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใดๆ สามารถสรุปได้ว่าการจำแนกอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการจัดการอาการแสดงได้ด้วยตนเอง และการป้องกันการป่วยซ้ำไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในตนเอง

Meijel, et al. (2006) ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทโดยพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการจากโรงพยาบาลกลางวัน ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากสถานพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 26 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 22 คน โดยโปรแกรมสนับสนุนทางสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะเตรียมความรู้เกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือน ระยะประเมินระดับอาการเตือน และระยะจำแนกอาการเตือนโดยมีพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้แรงเสริมสนับสนุนทางสังคม คือ ให้ความรู้แก่กลุ่มทดลอง พบว่าการติดตามอัตราการป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรม 1 ปี พบว่า กลุ่มทดลองมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 12.5 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่ป่วยซ้ำร้อยละ 26.2 ที่ระดับนัยสำคัญเท่ากับ .12

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่ามีน้อย ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นลักษณะที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพในสาขาการพยาบาลอื่นๆ

จินตนา ฤทธารมย์ และคณะ (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และอายุ ประเมินความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวด การสูญเสียความสามารถและระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินการขั้นตอนการวิจัย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้รับความรู้ได้รับการฝึกการมีท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน การบริหารร่างกาย และการผ่อนคลายความเครียดกับผู้วิจัย จำนวน 2 ครั้ง ในเวลา 4 สัปดาห์ และให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านทุกวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 เปรียบเทียบ

คะแนนความเจ็บปวด และการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Limpattanasiri (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทายยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการรับประทายยาต่อเนื่อง โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2002) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา/รับยาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับประทายยาต่อเนื่องในระดับมาก โดยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคระดับน้อย และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับประทายยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 5.8

อรวรรณ ศรียุคตศุทธ และคณะ (2548) ศึกษาการนำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 198 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์นานกว่า 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูงที่สุดและคะแนนด้านกิจกรรมทางกายต่ำที่สุด ปัจจัยที่ร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.50 ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ที่มี การรับรู้ประโยชน์สูงกว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าและระดับการศึกษาสูงกว่า มีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่า นอกจากนั้นยังพบว่าแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีประโยชน์ในการใช้อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่าอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปตามที่ เพนเดอร์เสนอไว้บางส่วนเท่านั้น

Shin, Yun, Pender and Jang (2005) ศึกษา การทดสอบแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพต่อการยินยอมวางแผนการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศ

เกาหลี โดยทดสอบโครงสร้าง 7 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย ได้แก่ พฤติกรรมเดิม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศเกาหลี จำนวน 400 คน จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ศึกษาที่มีความเหมาะสมต่อการยินยอมวางแผนออกกำลังกาย ร้อยละ 54 โดยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และประโยชน์ของการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากที่สุด

Ronis, Hong and Lusk (2006) ศึกษาการเปรียบเทียบแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม (Pender et al, 1987) กับแบบปรับปรุง (Pender et al., 1996 ; Pender et al., 2002) ต่อการทํานายการใช้เครื่องป้องกันเสียงของผู้ประกอบอาชีพที่ประสบเสียงดัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบอาชีพที่ประสบเสียงดัง ได้แก่ ช่างไม้ วิศวกรภาคสนาม และ ช่างท่อประปา ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 703 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและการทํานายการนำไปใช้ของแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม (Pender, 1987) กับแบบปรับปรุง (Pender, 1996 ; Pender et al., 2002) ต่อการนำไปประยุกต์ใช้เครื่องป้องกันเสียงของคนงานในโรงงาน ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างของแบบจำลองทั้งสองแบบมีความเหมาะสม แต่แบบปรับปรุงใหม่มีความเหมาะสมและอธิบายตัวแปรการป้องกันได้ร้อยละ 28 มากกว่าแบบดั้งเดิม ที่มีความเหมาะสมและอธิบายตัวแปรการป้องกันได้ร้อยละ 18

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่นำมาสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

กานดา จรดล (2542) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการฝึกอบรมตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมของแบนดูราที่มีต่อการเสริมสร้างสมรรถภาพการสอนสำหรับครูประถมศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดนนทบุรี จำนวน 43 คน โดยใช้การฝึกอบรมตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมของแบนดูรา 3 รูปแบบ ได้แก่ การนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการทำกับตนเอง การนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการทำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การฝึกอบรมภาคทฤษฎี 5 วัน และการสอนจริง 1 เดือน มีขั้นตอนดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการฝึกอบรม 2) ให้ได้รับความรู้ทฤษฎีการสังเกตจากตัวแบบ 3) ให้ได้รับความรู้เนื้อหาด้วยการปฏิบัติจริง 4) สาธิตการสอนโดยตัวแบบ 5) เลียนแบบพฤติกรรมการสอน 6) ให้ความรู้เรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองและการทำกับตนเอง 7) วางแผนการสอนในการปฏิบัติการสอนจริง 8) ฝึกปฏิบัติการสอนจริง 9) ติดตามผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 10)

ประเมินผลการปฏิบัติการสอนจริง ผลการวิจัยพบว่า หลังการฝึกอบบรมครูกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องทื่อบรม มีเจตคติต่อการฝึกอบบรม สามารถพัฒนาทักษะทางการสอนในเรื่องที่ฝึกอบบรมดีขึ้น มีการกำกับตนเองในการสอน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนเรื่องทื่อบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบบรมและก่อนการปฏิบัติการสอนจริงและครูกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบบรมโดยการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการกำกับตนเองและครูกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบบรมโดยการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนเรื่องทื่อบรมไม่แตกต่างกัน

ธราทิพย์ วงศ์พันธ์ (2543) ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์วิถีทัศน์ร่วมกับกลุ่มการอภิปรายต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบเปื่้องตันกลุ่มเดียววัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพธิ์ไทร จำนวน 15 คนผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยรวมของพยาบาลประจำการหลังการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้วิถีทัศน์ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มดีกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความเห็นอกเห็นใจของพยาบาลประจำการหลังและก่อนการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความสามารถในการดูแลของพยาบาลประจำการดีกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความเชื่อมั่นไว้ใจของพยาบาลประจำการดีกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสำนึกความถูกต้องทางศีลธรรมจรรยาของพยาบาลประจำการไม่สามารถสรุปได้ดีกว่าก่อนการเรียนรู้ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความยึดมั่นผูกพันในการปฏิบัติงานการดูแลของพยาบาลประจำการดีกว่าก่อนการเรียนรู้ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

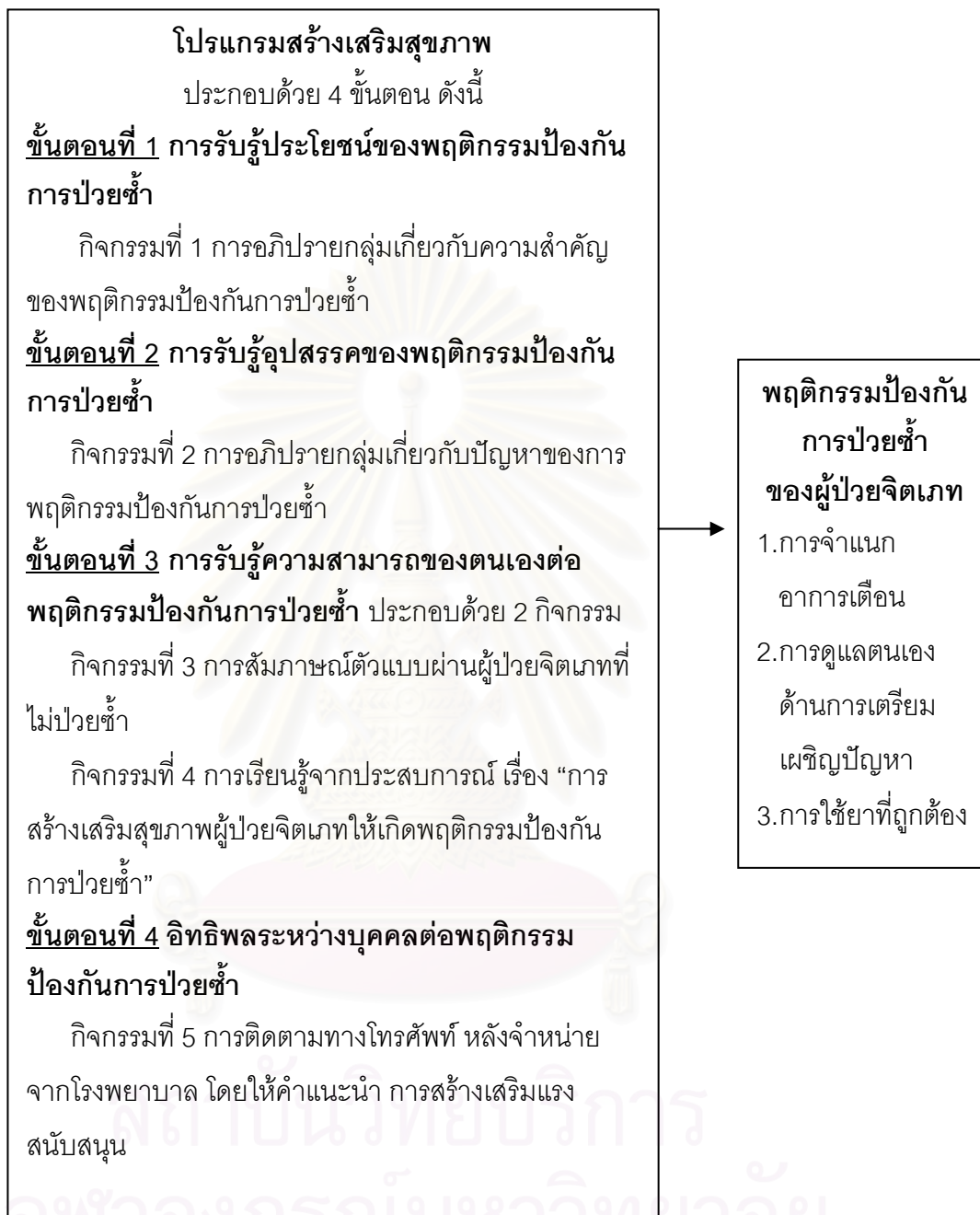
รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและจำหน่ายในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2544 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์
มากกว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบ การศึกษาแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) (Polit & Hungler, 1999:187) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรูปแบบของการทดลอง ดังนี้

O1		O2	กลุ่มควบคุม
O3	X	O4	กลุ่มทดลอง
O1	คือ	พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนให้การพยาบาลตามปกติ	
O2	คือ	พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำหลังให้การพยาบาลตามปกติ	
X	คือ	การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ	
O3	คือ	พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำก่อนให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ	
O4	คือ	พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำหลังให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ	

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
- 2) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ตั้งแต่ 18-36 คะแนน โดยอาการทางจิตทั้ง 18 ด้าน ต้องมีค่าระหว่าง 1-2 คะแนน

- 3) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด
- 4) มีอายุ ระหว่าง 20-59 ปี
- 5) มีโทรศัพท์ใช้ในบ้านของตนเอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดข้างต้น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ยึดทฤษฎีแนวโน้มเข้าสู่ส่วนกลาง (Central Limit Theorem) กลุ่มตัวอย่างต้องมีขนาดตั้งแต่ 30 ขึ้นไป จึงจะถือเป็นกลุ่มตัวอย่างขนาดใหญ่ (บุญธรรม กิตปรีดาบริสุทธิ์, 2549: 86) ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน เพื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาตามคุณสมบัติที่กำหนด

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้

1. ใช้วิธีจับฉลากหอยผู้ป่วยสามัญ 7 หอ เพื่อแบ่งเป็นหอผู้ป่วยควบคุม จำนวน 3 หอ และหอผู้ป่วยทดลอง จำนวน 4 หอ
2. เลือกตัวอย่างโดยมีคุณลักษณะในหอผู้ป่วยควบคุมและทดลองให้มีความเหมือนกันเป็นจำนวนใกล้เคียงกัน ดังนี้
 - 2.1 เพศเดียวกัน
 - 2.2 สถานภาพสมรสเหมือนกัน
 - 2.3 ระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัวระดับเดียวกัน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 หอผู้ป่วยและจำนวนคนของกลุ่มตัวอย่าง

อันดับ	หอผู้ป่วย	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	เฟื่องฟ้า (ช)	-	7
2	ราตรี (ช)	-	8
3	รสสุคนธ์ (ช)	7	-
4	พยับหมอก (ช)	8	-
5	พวงชมพู (ญ)	-	15
6	ลดาว์ลย์ (ญ)	7	-
7	จามจุรี (ญ)	8	-
รวม		30	30

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ชนิด คือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบวัดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

การสร้างเครื่องมือ

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองโดยมีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องว่ามีปัจจัยส่วนบุคคลใดบ้างที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

2) ผู้วิจัยสร้างเครื่องมือ โดยมีลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกตอบและเติมคำจำนวน 9 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาระยะเวลาการเจ็บป่วย ระยะเวลาดำเนินการเข้ารักษาครั้งก่อน และ ระยะเวลาดำเนินการ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีขั้นตอนในการสร้างเครื่องมือ ดังนี้

1) ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยผู้วิจัยพัฒนาจากแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) ในด้านการจำแนกอาการเตือนและพัฒนาจากแบบสอบถามของเพชรี คันธสายบัว (2544) ในด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมจำนวน 14 ข้อ ดังต่อไปนี้

ด้านที่ 1 การจำแนกอาการเตือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะอาการทางจิตทั้งด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น จำนวน 5 ข้อ

ด้านที่ 2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถแก้ปัญหาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนอาการทางจิตเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จำนวน 4 ข้อ

ด้านที่ 3 การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ จำนวน 5 ข้อ

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วน 5 อันดับ โดยกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

- | | | | |
|---|-------|---------|--|
| 5 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด |
| 4 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมาก |
| 3 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านปานกลาง |
| 2 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อย |
| 1 | คะแนน | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อยที่สุด |

แบบสอบถามการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีค่าคะแนนอยู่ในช่วง 14-70 คะแนน

2. เครื่องมือในการทดลอง

ประกอบด้วย โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et

al. (2006) โดยสร้างเนื้อหาในโปรแกรมตามแนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel, et al. (2003) และการวิเคราะห์ ตัวแปรที่ป่วยซ้ำ 2 ตัวแปร คือการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ของเพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งมีขั้นตอนในการสร้าง ดังนี้

2.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006) 4 ปัจจัย คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ และ Bandura (1997) และ 4) อิทธิพลระหว่างบุคคล แนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel, et al. (2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของเพชรี คันธสายบัว (2544) 2 ตัวแปร คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง จากนั้นจึงกำหนดเนื้อหาตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

2.2 สร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) มี 4 ปัจจัย ดังรายละเอียด คือ

2.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งจัดกิจกรรมดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 1 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที กิจกรรมนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ” ได้แก่ ความหมายของการป่วยซ้ำ ปัจจัยจำแนกการป่วยซ้ำ และผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

ตอนที่ 2 “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” ประกอบด้วย การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

ตอนที่ 3 “ผลดีของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ได้แก่ ผลดีต่อตนเอง ครอบครัวและสังคม

2.2.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งจัดกิจกรรมดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้เวลาประมาณ 45 นาที กิจกรรมนี้ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ขั้นตอน คือ

ตอนที่ 1 “ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ได้แก่ ความพร้อมในการกระทำด้วยตนเอง การประเมินการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ปัจจัยอื่นๆที่เอื้อต่อการกระทำ

ตอนที่ 2 “ปัญหาของการจำแนกอาการเตือน” ได้แก่ ขาดทักษะและความรู้ในการจำแนกอาการเตือนด้วยตนเอง การปฏิเสธอาการเตือนที่เกิดขึ้น และขาดแหล่งสนับสนุนในการช่วยจำแนกอาการเตือน

ตอนที่ 3 “ปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา” ได้แก่ ขาดทักษะในการแก้ไขหรือหลีกเลี่ยงปัญหาที่เกิดขึ้น ขาดข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อเกิดอาการเตือน

ตอนที่ 4 “ปัญหาของการใช้ยาที่ถูกต้อง” ได้แก่ ความรู้สึกเบื่อหน่ายการรับประทานยาตลอดชีวิต อาการข้างเคียงของยาส่งผลกระทบต่อกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาทำให้รู้สึกว่าเป็นคนป่วยตลอดเวลาและการปรับเปลี่ยน/ลด/หยุดยาเอง

2.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งจัดกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 3 การสัมภาษณ์ตัวแบบผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ใช้เวลาประมาณ 60 นาที กิจกรรมนี้ประกอบด้วยเนื้อหาการสัมภาษณ์ ดังนี้ ประสพการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำต่อการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้องหลังจำหน่าย ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการป้องกันการป่วยซ้ำและการจัดการปัญหาจากการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเลือกตัวแบบที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง ที่แบนดูรา (Bandura, 1986) นำเสนอ ดังนี้

1) ความเหมือนกับตัวแบบ คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและหญิง อายุระหว่าง 20-60 ปี สถานภาพโสดหรือคู่ ครอบครัวยังมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงหรือต่ำ

2) ความหลากหลายของตัวแบบ คัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2 คน ที่มีความแตกต่างทั้งเพศ สถานภาพสมรสและ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

ในการเตรียมตัวแบบดังกล่าวข้างต้น มีขั้นตอนดังนี้

1) เลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำภายใน 6 เดือน ที่อายุระหว่าง 20-60 ปี ที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่แผนกผู้ป่วยนอกของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2) อธิบายเกี่ยวกับ “โปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” เน้นที่กิจกรรมที่ 4 แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบและผู้ดูแล

3) ชี้แจงให้ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบและผู้ดูแลทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมดำเนินการวิจัย และการตอบรับหรือปฏิเสธหรือการยกเลิกการเข้าร่วมดำเนินการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและการรับบริการที่จะได้รับจากสถาบันฯ รวมทั้งข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับเฉพาะกับกลุ่มทดลองเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบและผู้ดูแลตอบรับ ให้เขียนหนังสือยินยอมผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

4) ประเมินการแสดงผลออกทางอารมณ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบ โดยเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบครัวมีการแสดงผลออกทางอารมณ์สูง หรือการแสดงผลออกทางอารมณ์ต่ำ สถานภาพโสดหรือสมรส โดยเป็นเพศชาย 1 คน และเพศหญิง 1 คน

5) แจกลักษณะทั่วไปและจำนวนผู้เข้าร่วมวิจัยให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบ

6) ชี้แจงเกี่ยวกับเนื้อหาเกี่ยวกับประสบการณ์ของตัวแบบที่ผ่านมาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

7) ชี้แจงรูปแบบการนำเสนอตัวแบบให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นตัวแบบ ว่าเป็นลักษณะการเล่าประสบการณ์และการอภิปรายร่วมกับผู้เข้าร่วมการวิจัยจำนวน 30 คน แบ่งเป็น 3 ครั้งๆละ 10 คน

8) แจกใบนัดวัน เวลา สถานที่ที่จัดกิจกรรมและการติดต่อผู้วิจัย

กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้จากประสบการณ์ เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ใช้เวลาประมาณ 120 นาที โดยแบ่งเป็น 2 ครั้งๆละ 60 นาที ครั้งที่ 1 ประกอบด้วยตอนที่ 1-3 ครั้งที่ 2 ประกอบด้วยตอนที่ 4-6 ซึ่งผู้วิจัยใช้ขั้นตอนกระบวนการเรียนรู้จากประสบการณ์ของ Tittly (1994) จำนวน 6 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 “ประสบการณ์ที่เคยป้องกันการป่วยซ้ำ” (Experience) จะเป็นการกระตุ้นให้กลุ่มทดลองได้ทบทวนจากประสบการณ์เดิมให้ผู้ปวยมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ประสบการณ์ โดยผู้วิจัยต้องกระตุ้น สร้างแรงจูงใจ โดยใช้รูปแบบกลุ่มอภิปรายเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ส่วน คือการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องที่ผ่านมา

ตอนที่ 2 “การนำเสนอเนื้อหาสาระพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” (Content input) ผู้วิจัยต้องนำเสนอเนื้อหาสาระให้ผู้เรียนรับรู้ โดยใช้การบรรยายตามคู่มือเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” โดยใช้ขั้นตอนการเขียนคู่มือ ดังนี้

1) กำหนดวัตถุประสงค์ว่า จะเขียนในรูปแบบเน้นสาระให้ควมรู้

2) วางแนวคิดหรือแก่นเรื่อง ผู้วิจัยเน้นการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผ่านเนื้อหาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ส่วน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

3) กำหนดการส่วนประกอบของคู่มือ ได้แก่ ความหมายของการป้องกันการป่วยซ้ำ ความรู้ทั่วไปและการปฏิบัติป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ส่วน คือ 1. การจำแนกอาการเตือน 2. การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และ 3. การใช้อายาที่ถูกต้อง

4) กำหนดความยาวของคู่มือว่าจะใช้ประมาณกี่หน้า ขนาดรูปเล่ม หน้าปก ลักษณะตัวอักษร ขนาดตัวอักษรที่ใช้

5) ลงมือเขียนเนื้อหาอย่างละเอียด

6) ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อเรื่องในคู่มือ เมื่อตรวจสอบคู่มือแล้ว ผู้วิจัยนำมาปรับปรุงแก้ไข โดยนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบความถูกต้องอีกครั้ง

7) ผู้วิจัยจัดทำคู่มือ “การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” จำนวนทั้งหมด 30 เล่ม ซึ่งคู่มือดังกล่าว 1 เล่ม มีลักษณะดังนี้ คือ เป็นคู่มือขนาดกลาง 14.6×21 เซนติเมตร ที่มีลักษณะแนวตั้ง ใช้ตัวอักษร Cordia new ขนาด 18-32 พอยต์ จำนวน 8 แผ่น หน้าและหลังรวมทั้งสิ้นจำนวน 16 หน้า จัดเรียงตามลักษณะภาษาไทยจากบนลงล่าง

ตอนที่ 3 “การวิเคราะห์บทวนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” (Analysis) เป็นการวิเคราะห์บทวนประสบการณ์ โดยการใช้ข้อมูล “การสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” ที่ผู้วิจัยได้นำเสนอ การวิเคราะห์นี้ใช้เทคนิคกลุ่มอภิปรายเพื่อหาข้อยุติ

ตอนที่ 4 “การสรุปสิ่งเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” (Generalization) เป็นการสรุปภาพรวม หลังจากได้ข้อสรุปของแนวคิดและประสบการณ์ใหม่ เพื่อเป็นการตรวจสอบและยืนยันในประสบการณ์ที่ได้รับ โดยใช้ตัวแทนกลุ่มทดลองจากกลุ่มอภิปรายสรุปหาข้อยุติ

ตอนที่ 5 “การฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” (Practice or tryout) เป็นการทดลองปฏิบัติจริงในลักษณะกลุ่มย่อย กลุ่มละ 5 คน เมื่อได้ผลสรุปของแนวคิดหรือประสบการณ์ใหม่ เพื่อเป็นการตรวจสอบและยืนยันในประสบการณ์ที่ได้รับเกี่ยวกับ “การสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” โดยการใช้สื่อการสอนที่เหมาะสมกับการสอนแบบปฏิบัติการ (ไพฑูรย์ สินลารัตน์ และคณะ, 2537) คือ

1) ตัวอย่างกิจกรรมปฏิบัติการ โดยการสร้างสถานการณ์จำลองที่เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้อายาที่ถูกต้องผ่านใบตัวอย่าง 2 ชุด

2) การลงมือปฏิบัติการ โดยการปฏิบัติกิจกรรมตามใบสั่งงานโดยใช้วัสดุที่ใช้ฝึกปฏิบัติที่ผู้วิจัยกำหนด และใช้ความรู้จากตัวอย่างกิจกรรมปฏิบัติการ

ตอนที่ 6 “การส่งต่อคู่มือการสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” (Transfer) เป็นการนำประสบการณ์ใหม่ไปใช้ในชีวิตประจำวัน เป็นการนำความรู้ที่ได้เรียนรู้ไปใช้จริงในสถานการณ์ต่างๆและจะนำไปสู่การเกิดประสบการณ์ใหม่ๆอย่างต่อเนื่องเป็นวงจรการเรียนรู้ผ่านการอธิบายการใช้คู่มือเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” และแจกให้กลุ่มทดลองเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ทั้งกิจกรรมที่ 3 และ 4 จะมีการใช้คำพูดชักจูงเป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ และการกระตุ้นทางอารมณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจที่จะปฏิบัติตามกิจกรรมนั้นๆให้ประสบความสำเร็จ

2.2.4 อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งจัดกิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 5 การติดตามทางโทรศัพท์ ซึ่งทบทวนจากกรอบแนวคิดการวิจัยเรื่อง “ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย” ของ รัชนี ศรีหิรัญ (2544) จะติดตามเมื่อกลุ่มทดลองจำหน่ายออกจากสถาบันภายใน 1 สัปดาห์ และมีการติดตามซ้ำ 2 ครั้งต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามนาน 4 สัปดาห์ ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้ง 15-20 นาที ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 โดยปฏิบัติ ดังนี้

- 1) ชี้แจงรายละเอียดการติดตามทางโทรศัพท์
- 2) เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้พูดระบายปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรกหลังจำหน่ายจากสถาบัน และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่วิกฤต
- 3) สรุปผลการติดตามทางโทรศัพท์และนัดหมายวันติดตามครั้งต่อไป

ตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2-5 โดยปฏิบัติ ดังนี้

- 1) เริ่มต้นโดยการพูดเรื่องทั่วไป
- 2) ผู้วิจัย ติดตาม กระตุ้นและแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ส่วน คือการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ร่วมกับการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชย ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นถึงผลทางบวกที่เกิดขึ้น

- 3) สรุปผลการติดตามทางโทรศัพท์และนัดหมายวันติดตามครั้งต่อไป

ตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 6 โดยปฏิบัติ ดังนี้

- 1) เริ่มต้นโดยการพูดเรื่องทั่วไป

2) ผู้วิจัย ติดตาม กระตุ้นและแนะนำเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ส่วน คือการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยา ที่ถูกต้อง พร้อมทั้งเตรียมการยุติความสัมพันธ์ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 7

3) สรุปผลการติดตามทางโทรศัพท์ พร้อมกับยุติสัมพันธภาพในการติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 6

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การหาความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 2 ท่าน

พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในคลินิก จำนวน 2 ท่าน

พยาบาลจิตเวชผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จำนวน 1 ท่าน

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความครอบคลุม ความสอดคล้องและความถูกต้องของเนื้อหา ดังนี้ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา ตรวจสอบความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความแต่ละข้อ การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา โดยใช้เกณฑ์ดังนี้ คือ

1) ใช้เกณฑ์ $CVI > 0.8$ (Polit and Hungler, 1999; 2001)

Content validity index = $\frac{\text{จำนวนของผู้เชี่ยวชาญเห็นว่าค่อนข้างสอดคล้องหรือสอดคล้องมาก}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

สำหรับแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและแบบสอบถามการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลดังนี้

1.1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท $CVI = 8/8 = 1$

1.2) แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท $CVI = 12/14 = 8.5$

2) ใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน สำหรับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกัน 4 ท่าน แต่มีคำแนะนำเพิ่มเติม ปรับปรุงภาษาที่ใช้แก้ไขเนื้อหาบางส่วน เพิ่มเติมเนื้อหาบางส่วน และจัดเรียงลำดับเนื้อหาบางส่วน

หลังจากนำผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิแล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเสนออาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อตรวจสอบความสมบูรณ์อีกครั้ง

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 10 คน โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient of Alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .81

ขั้นตอนการวิจัย

การดำเนินการวิจัย แบ่งเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

1) สร้างและปรับปรุงเครื่องมือที่จะใช้ในการวิจัยดังที่กล่าวมาแล้วในขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

2) ขอนหนังสือจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

3) ประสานงานกับศูนย์วิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขอพิจารณาจริยธรรมการดำเนินการวิจัย

4) เตรียมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้พิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยซึ่งมีคุณสมบัติเป็นพยาบาลจิตเวช มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอย่างน้อย 5 ปี มีความเต็มใจที่จะช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

5) ผู้วิจัยอธิบายรายละเอียดและขั้นตอนการวิจัย และรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถาม พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ให้เข้าใจถูกต้องตรงกัน ดังนี้คือ

5.1) อธิบายขั้นตอนในการวิจัย คือ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน วัดการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ระยะเวลาในการทดลอง 5 สัปดาห์ หลังจากผู้ช่วยผู้วิจัยวัดการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการทดลองแล้ว ส่งแบบสอบถามคืนผู้วิจัย ต่อจากนั้นอีก 2 สัปดาห์ ผู้ช่วยวิจัยคนเดิมต้องมารับแบบสอบถามหลังการทดลองตามเวลาที่ผู้วิจัยกำหนดให้ โดยผู้ช่วยวิจัย 1 คน จะสอบถามตามแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประมาณ 30 คน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5.2) อธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้ อธิบายความหมายของข้อคำถามในแต่ละข้อให้เข้าใจตรงกัน และสอบถามผู้ช่วยวิจัย เพื่อตรวจสอบความเข้าใจซ้ำเพื่อให้เข้าใจตรงกัน

5.3) วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ช่วยผู้วิจัยต้องปฏิบัติดังนี้

5.3.1) ศึกษาแบบสอบถามป้องกันการป่วยซ้ำให้เข้าใจให้ถูกต้อง

5.3.2) รวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยเพื่อบันทึกแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

5.3.3) อธิบายวัตถุประสงค์ในการสอบถาม คือ เพื่อศึกษาการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

5.3.4) ทวนซ้ำคำถามและคำตอบของผู้ป่วยให้แน่ใจว่าผู้ป่วยต้องการตอบคำตอบนั้นแน่นอน

6) ตรวจเวลาที่เหมาะสมและวางแผนในการทดลอง ซึ่งกำหนดไว้ดังนี้ คือ ช่วงเช้า เวลา 10.00-11.00 น. และช่วงบ่ายเวลา 13.30-14.40 น.

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยนำหนังสือการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์และการใช้สัตว์ทดลองในการวิจัย ซึ่งแจ้งบุคลากรพยาบาลในหอผู้ป่วยเพื่อขอคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนทำการศึกษา เวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัย จะไม่มีผลต่อการ

รับการรักษาและรับบริการต่างๆที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับจากเจ้าหน้าที่ของสถาบัน ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะถือเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม ซึ่งจะมีคุณค่าต่อการพัฒนาและปรับปรุงให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยต่อไป แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา ก่อนที่การวิจัยจะสิ้นสุดโดย ไม่ต้องให้เหตุผลใดๆโดยไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรับการรักษาและการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ ให้เขียนใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการทำหนังสือแนะนำตัวและขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลโดยมีรายละเอียด ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง

- 1) สุ่มหอยผู้ป่วยโดยวิธีจับสลาก โดยนำรายชื่อผู้ป่วยทั้งหมดมาใส่ในกล่อง จากนั้นใช้วิธีการจับสลากให้ได้จำนวนผู้ป่วยครบตามจำนวนที่ต้องการ ได้เป็นผู้ป่วยควบคุมจำนวน 3 หอ ได้แก่ หอผู้ป่วยเฟื่องฟ้า หอผู้ป่วยราตรีและหอผู้ป่วยพวงชมพู หอผู้ป่วยทดลองจำนวน 4 หอ ได้แก่ หอผู้ป่วยรสุคนธ์ พยับหมอก ลดาวัลย์และจามจุรี
- 2) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยผู้วิจัยขอความร่วมมือจากหัวหน้าหอผู้ป่วย เพื่อทำการคัดเลือกผู้ป่วย จากนั้นสร้างสัมพันธภาพและประเมินอาการผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน BPRS
- 3) นัดเวลาในการพบผู้ป่วย สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ขณะอยู่ในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา (อังคาร-พฤหัสบดี, พุธ-ศุกร์) ครั้งละ 60-90 นาที
- 4) นัดเวลาในการโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจำหน่าย 1 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง (จันทร์-พุธ, อังคาร-พฤหัสบดี, ศุกร์-อาทิตย์, เสาร์-จันทร์) ครั้งละ 15-20 นาที ช่วงเวลา 17.00-20.00 น. โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กำหนดวันและช่วงเวลาเอง
- 5) ให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง โดยใช้แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปและแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ระยะที่ 2 ขั้นตอนการทดลอง

ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ช่วงเดือนมกราคม – มีนาคม 2550 ดังรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง

พบกับผู้ป่วยตามเวลาที่นัดหมาย ให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ดังรายละเอียดดังนี้

1. ด้านการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 1 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 1 เวลาทั้งสิ้น 45 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

เนื้อหาสำคัญ

- 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ
- 2) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภท
- 3) ผลดีของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม

1) ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับ การป่วยซ้ำตามการรับรู้ของตนเองได้แก่ ความหมายของการป่วยซ้ำ ปัจจัยการป่วยซ้ำ ผลกระทบของการป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

2) ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้งด้านการจำแนกการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้องตามการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

3) ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับ ผลดีของการป้องกันการป่วยซ้ำตามการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับการป่วยซ้ำ
- 2) ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3) ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

2. ด้านการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 1 รวมเวลาที่ใช้ทั้งสิ้น 45 นาที

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ปวยรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

เนื้อหาสำคัญ

- 1) ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 2) ปัญหาของการจำแนกอาการเตือนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3) ปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา
- 4) ปัญหาของการใช้ยาที่ถูกต้อง

ลักษณะกิจกรรม

1) ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตามประสบการณ์และการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

2) ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาของการจำแนกอาการเตือนเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำตามประสบการณ์และการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

3) ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำตามประสบการณ์และการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

4) ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับปัญหาของการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำตามประสบการณ์และการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ป่วยตระหนักถึงปัจจัยที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 2) ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับปัญหาของการจำแนกอาการเตือน
- 3) ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาได้
- 4) ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับปัญหาการใช้ยาอย่างถูกต้องได้

3. ด้านการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 1

กิจกรรมที่ 3 การสัมภาษณ์ตัวแบบผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 2 รวมเวลาทั้งสิ้น 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ

เนื้อหาสำคัญ

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ ดังนี้

- 1) ประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำต่อการจำแนกอาการเตือนหลังการจำหน่าย
- 2) ประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำต่อการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาหลังการจำหน่าย
- 3) ประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำต่อการใช้จ่ายที่ถูกต้องหลังการจำหน่าย
- 4) ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการป้องกันการป่วยซ้ำ
- 5) การจัดการปัญหาจากการป้องกันการป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม

ให้สมาชิกในกลุ่มสัมภาษณ์ตัวแบบ ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์โดยไม่มีตัวแบบสัมภาษณ์ แต่จะมีการวางร่างหัวข้อเป็นแนวทางการหาข้อมูลที่ยืดหยุ่นได้ เป็นการสัมภาษณ์ที่มีความเป็นกันเองสูง มีลักษณะการพูดคุย ไม่บันทึกตลอดเวลา คำถามอาจดัดแปลงตามความเหมาะสมเพื่อให้ได้เนื้อหาตามจุดมุ่งหมาย โดยให้ครอบคลุมเนื้อหาที่ได้กำหนด

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ป่วนำการเรียนรู้ที่ได้จากการสัมภาษณ์ นำมาวางแผนการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 2) ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้จากประสบการณ์ เรื่อง “การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเพื่อไม่ให้ป่วยซ้ำ”

สัปดาห์ที่ 2 แบ่งเป็น 2 ครั้ง

ครั้งที่ 3 รวมเวลาที่ใช้ทั้งสิ้น 60 นาที

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

เนื้อหาสำคัญ

- 1) ประสบการณ์พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 2) การนำเสนอเนื้อหาสาระพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3) การวิเคราะห์บทพจนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม

1. ให้สมาชิกอภิปรายเกี่ยวกับประสบการณ์พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตามการรับรู้ของสมาชิกแต่ละคน โดยผู้วิจัยเป็นผู้จัดบันทึกประเด็นที่ได้จากการอภิปรายและสรุปประเด็นการอภิปราย
2. ให้สมาชิกศึกษาคู่มือคู่มือเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” และอภิปรายตามหัวข้อในคู่มือตามการรับรู้ของตนเอง โดยผู้วิจัยเป็นผู้สรุปเนื้อหาประเด็นความรู้ที่สำคัญในแต่ละหัวข้อ
3. ให้สมาชิกอภิปรายวิธีของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ต่อการนำมาประยุกต์เพื่อแก้ไขอุปสรรคที่ได้อภิปรายร่วมกันในกิจกรรมที่ 2 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ทบทวนข้อมูลจากกิจกรรมที่ 2 แก่สมาชิก จัดบันทึกและสรุปการวิเคราะห์ของสมาชิก

ครั้งที่ 4 รวมเวลาที่ใช้ทั้งสิ้น 60 นาที

เนื้อหาสำคัญ

- 1) การสรุปสิ่งเรียนรู้พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 2) การฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 3) การส่งต่อคู่มือพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม

- 1) ให้ตัวแทนสมาชิก 3 ท่าน สรุปกิจกรรมที่ 4 / ครั้งที่ 1 โดยสมาชิก ท่านที่ 1 สรุปประเด็นการจำแนกอาการเตือน สมาชิกท่านที่ 2 สรุปประเด็นการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและสมาชิกท่านที่ 3 สรุปประเด็นการใช้ยาที่ถูกต้อง และให้สมาชิกในกลุ่มกล่าวชมเชยตัวแทนสมาชิก
- 2) แบ่งสมาชิกออกเป็น 2 กลุ่มๆละ 5 ท่าน แจกใบกิจกรรมที่ 1 ให้สมาชิกกลุ่มที่ 1 และใบกิจกรรมที่ 2 ให้สมาชิกกลุ่มที่ 2 โดยให้แต่ละกลุ่มเลือกประธานและเลขาฯของกลุ่มเป็นผู้นำเสนอและบันทึก
- 3) อธิบายขั้นตอนในใบกิจกรรม เวลาในการให้ฝึกทักษะ 20 นาที และการนำเสนอแก่สมาชิกกลุ่มละ 5 นาที
- 4) ผู้วิจัยบันทึกและสรุปประเด็นของสมาชิกแต่ละกลุ่มขณะและหลังสิ้นสุดการนำเสนอ
- 5) ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์การใช้คู่มือเรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” และแจกให้กลุ่มทดลองวันที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
- 2) ผู้ป่วยได้ซักถามเกี่ยวกับคำถามที่อยากรู้เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ

- 3) ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้
- 4) ผู้ป่วยสรุปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้
- 5) ผู้ป่วยเลือกแนวทางพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้

4. อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 3-5

กิจกรรมที่ 5 การติดตามทางโทรศัพท์

ครั้งที่ 5-10 รวมเวลาทั้งสิ้น 20 นาที/ครั้ง

วัตถุประสงค์

เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ลักษณะกิจกรรม

ตอนที่ 1 ระยะเริ่มต้น เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 1 โดยปฏิบัติ ดังนี้

- 1) ชี้แจงรายละเอียดการติดตามทางโทรศัพท์
- 2) เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้พูดระบายปัญหาที่เกิดขึ้นในสัปดาห์แรกหลังจำหน่ายจากสถาบัน และร่วมกันแก้ไขปัญหาที่วิกฤต
- 3) สรุปผลการติดตามทางโทรศัพท์และนัดหมายวันติดตามครั้งต่อไป

ตอนที่ 2 ระยะดำเนินการ เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 2-4 โดยปฏิบัติ ดังนี้

- 1) เริ่มต้นโดยการพูดเรื่องทั่วไป
- 2) ผู้วิจัย ติดตาม กระตุ้นและแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาตามการรักษา ร่วมกับการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชย ให้กำลังใจ และชี้ให้เห็นถึงผลทางบวกที่เกิดขึ้น

- 3) สรุปผลการติดตามทางโทรศัพท์และนัดหมายวันติดตามครั้งต่อไป

ตอนที่ 3 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5-6 โดยปฏิบัติ ดังนี้

- 1) เริ่มต้นโดยการพูดเรื่องทั่วไป
- 2) ผู้วิจัย ติดตาม กระตุ้นและแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาตามการรักษา พร้อมทั้งเตรียมการยุติความสัมพันธ์ในการติดตามทางโทรศัพท์ครั้งที่ 5

- 3) สรุปผลการติดตามทางโทรศัพท์ พร้อมกับยุติสัมพันธภาพในการติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งที่ 6

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างต่อเนื่อง

ทั้งนี้ผู้ป่วยกลุ่มทดลองจะได้รับการพยาบาลตามปกติ ยกเว้น การเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ ที่จัดขึ้นพร้อมกับเวลาที่ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ผู้วิจัยจัดบันทึกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยในการทดลอง เพื่อนำมาสรุปกิจกรรมที่กลุ่มผู้ป่วยได้ร่วมกันอภิปรายและประเมินโปรแกรมในแต่ละกิจกรรม

กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติ ตามตารางกิจกรรมประจำหอผู้ป่วยนั้นๆ ซึ่งในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ช่วงเช้า 10.00-11.00 น. ช่วงบ่าย 13.30-14.30 น. จะมีกิจกรรมพอสรุปโดยรวมได้ดังนี้ คือ

เวลา 09.30 -10.00 น. เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มอ่านหนังสือพิมพ์ กลุ่ม Morning talk การมีปฏิสัมพันธ์ตัวต่อตัวกับพยาบาล

เวลา 10.00 -11.00 น. เข้ากลุ่มจิตบำบัด กลุ่มวางแผนจำหน่าย กลุ่มนัดหมายการบำบัด กลุ่มอาชีพบำบัด

เวลา 13.30 -14.30 น. เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มอ่านหนังสือ กลุ่มกีฬา กลุ่มอาชีพบำบัด เป็นต้น

สำหรับผู้ป่วยที่มีการกลับป่วยซ้ำภายในเวลา 28 วัน จะได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลจิตเวชชุมชน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มทดลอง

ให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 5 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชุดเดิมผ่านทางโทรศัพท์

กลุ่มควบคุม

ให้ผู้ช่วยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว 5 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทชุดเดิมผ่านทางโทรศัพท์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่
2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท นำมาวิเคราะห์โดย
 - 2.1 คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired-t test
 - 2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent-t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สรุปขั้นตอนในการดำเนินการทดลอง

หอผู้ป่วยใน 7 หอ

หอผู้ป่วยทดลอง 4 หอ

กลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน

วัดการป้องกันการป่วยซ้ำ (Pre-test)

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

ระยะเวลาการทดลองในโรงพยาบาล 2 สัปดาห์

สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 4 ครั้ง

1. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับ
ความสำคัญของการป้องกันการป่วยซ้ำ

2. การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหา
ของการป้องกันการป่วยซ้ำ

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การสัมภาษณ์ตัวแบบผ่าน
ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้จากประสบการณ์
เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการ
ป่วยซ้ำ”

ระยะเวลาในการทดลองหลังจำหน่าย 3 สัปดาห์

สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 6 ครั้ง

4. อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ

ครั้งที่ 5-10 กิจกรรมที่ 5 การติดตามทางโทรศัพท์
ให้คำแนะนำ สร้างเสริมแรงสนับสนุนทางสังคมหลัง
จำหน่ายจากโรงพยาบาล

หลังจำหน่าย สัปดาห์ที่ 5 ประเมินการป้องกันการป่วยซ้ำ (Post-test)

หอผู้ป่วยควบคุม 3 หอ

กลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

วัดการป้องกันการป่วยซ้ำ (Pre-test)

การพยาบาลตามปกติ

1. กิจกรรมการดูแลทั่วไป เกี่ยวกับ
การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำ
ความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การนอนหลับ การ
ขับถ่าย การได้รับยา การเตรียมตรวจ
ส่วนต่างๆ เป็นต้น

2. กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ คือ
การสร้างพันธมิตรภาพ การทำ
กิจกรรมบำบัดต่างๆ เช่น การให้ความรู้
เรื่องโรค การให้คำแนะนำต่างๆ การให้
คำปรึกษา จิตบำบัดระดับประจักษ์
 เป็นต้น

3. กิจกรรมการดูแลหลังจำหน่าย คือ
การติดตามเยี่ยมบ้าน

หลังจำหน่าย สัปดาห์ที่ 5 ประเมินการป้องกันการป่วย
ซ้ำ (Post-test)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับการรักษายาภายใน 6 เดือน แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 30 คน กลุ่มทดลองจำนวน 30 คน โดยการสุ่มหาผู้ป่วยเป็นหอผู้ป่วยควบคุมและหอผู้ป่วยทดลอง ผลการวิจัยนำเสนอตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละโดยแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่จำหน่ายจาก โรงพยาบาลครั้งก่อน ระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	15	50.00	15	50.00
หญิง	15	50.00	15	50.00
สถานภาพสมรส				
โสด	24	80.00	24	80.00
คู่	6	20.00	6	20.00
การศึกษา				
ประถมศึกษา	2	6.70	4	13.40
มัธยมศึกษาตอนต้น	10	33.30	10	33.30
มัธยมศึกษาตอนปลาย	11	36.70	13	43.30
อนุปริญญา	6	20.00	2	6.700
ปริญญาตรี	1	3.30	1	3.30
อาชีพ				
ค้าขาย	3	10.00	5	16.70
พนักงานบริษัท	1	3.30	-	-
รับจ้างทั่วไป	4	13.40	-	-
เกษตรกร	1	3.30	-	-
ว่างงาน	21	70.00	24	80.00
อื่นๆ (พระภิกษุ)	-	-	1	3.30
ระยะเวลาในการเจ็บป่วย				
<1-5 ปี	10	33.30	10	33.30
>5-10 ปี	12	40.00	12	40.00
<10 ปี	8	26.70	8	26.70

ตารางที่ 2 (ต่อ) จำนวนและร้อยละโดยแสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อน ระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัว

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาล				
ครั้งก่อน				
< 1 เดือน	9	30.00	9	30.00
> 1-2 เดือน	1	3.30	2	6.70
> 2-3 เดือน	8	26.70	7	23.35
> 3-4 เดือน	4	13.40	4	13.30
> 4-5 เดือน	1	3.30	1	3.30
> 5-6 เดือน	7	23.30	7	23.35
ระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัว				
น้อย				
น้อย	6	20.00	7	20.00
ปานกลาง	12	40.00	12	40.00
มาก	12	40.00	11	40.00

จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและเพศหญิงมีจำนวนเท่ากัน คือ มีจำนวน 30 คน อย่างละเท่าๆกัน สถานภาพสมรสมีจำนวนมากที่สุด คือ 48 คน

ด้านระดับการศึกษา อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายมากที่สุด มีจำนวน 24 คน รองลงมา อยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น มีจำนวน 20 คน และน้อยที่สุดอยู่ในระดับปริญญาตรี มีจำนวน 2 คน

ส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างว่างงาน มีจำนวน 45 คน รองลงมาคือ อาชีพค้าขาย มีจำนวน 8 คน และน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรม มีจำนวนเท่ากัน คือ 1 คน

ระยะเวลาในการการเจ็บป่วย ส่วนใหญ่มีระยะเวลามากกว่า 5-10 ปี มีจำนวน 24 คน รองลงมามีระยะเวลาน้อยกว่า 1-5 ปี มีจำนวน 20 คน และน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลามากกว่า 10 ปี จำนวน 16 คน

ระยะเวลาที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลครั้งก่อน ส่วนใหญ่มีระยะเวลาน้อยกว่า 1 เดือน จำนวน 18 คน รองลงมามีระยะเวลามากกว่า 2-3 เดือน จำนวน 17 คน และน้อยที่สุดของกลุ่มตัวอย่างมีระยะเวลามากกว่า 4-5 เดือน จำนวน 2 คน

ระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 24 คน รองลงมาอยู่ในระดับมาก จำนวน 23 คน และส่วนน้อยอยู่ในระดับน้อย จำนวน 13 คน



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 3 ค่าสูงสุด (Max) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าเฉลี่ย (Mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) ของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำแนกตาม อายุ ระดับความรุนแรงทางจิต

ข้อมูลส่วนบุคคล	Max	Min	$\bar{X}$	SD
อายุ				
กลุ่มทดลอง	58	20	37.37	9.76
กลุ่มควบคุม	58	20	37.40	10.08
ระดับความรุนแรงอาการทางจิต (BPRS)				
กลุ่มทดลอง	28	19	23.27	2.40
กลุ่มควบคุม	27	20	23.27	2.15

จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่างมีอายุมากที่สุด คือ 58 ปี และน้อยที่สุด คือ 20 ปี โดยกลุ่มควบคุม มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 37.37 ปี และกลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 37.40 ปี

จากระดับความรุนแรงอาการทางจิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรุนแรงอาการทางจิต มีค่าสูงสุด คือ 28 คะแนน และต่ำที่สุดคือ 19 คะแนน โดยกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีระดับความรุนแรงอาการทางจิตเฉลี่ย เท่ากับ 23.27

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		df	t	p-value
	(n=30)		(n=30)				
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการจำแนกอาการเตือน	13.73	3.87	16.37	1.93	29	4.48	.00
ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา	12.13	3.35	13.70	2.39	29	3.75	.00
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	17.47	3.59	18.83	2.10	29	2.99	.00
รวม	42.50	7.83	49.17	4.60	29	6.01	.00

จากตารางที่ 4 พิจารณาโดยรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง เท่ากับ 42.50 และหลังการทดลอง เท่ากับ 49.17 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) คือ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการจำแนกอาการเตือนของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 13.73 และหลังการทดลองเท่ากับ 16.37 ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 12.13 และหลังการทดลอง เท่ากับ 13.70 ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง เท่ากับ 17.47 และหลังการทดลองเท่ากับ 18.83 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) คือ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง (n=30)		หลังการทดลอง (n=30)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการจำแนกอาการเตือน	13.70	3.47	21.40	1.57	29	-10.68	.00
ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา	12.10	3.26	17.40	1.16	29	-8.15	.00
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	17.03	3.39	22.87	1.14	29	-9.04	.00
รวม	42.83	6.57	61.67	2.84	29	-13.06	.00

จากตารางที่ 5 พิจารณาโดยรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพก่อนการทดลอง เท่ากับ 42.83 และหลังการทดลองเท่ากับ 61.67 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) คือ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการจำแนกอาการเตือนของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง เท่ากับ 13.70 และหลังการทดลองเท่ากับ 21.40 ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง เท่ากับ 12.10 และหลังการทดลอง เท่ากับ 17.40 ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง เท่ากับ 17.03 และหลังการทดลองเท่ากับ 22.87 เมื่อนำมาเปรียบเทียบ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้านแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$) คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

ส่วนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการจำแนกอาการเตือน	13.73	3.87	13.70	3.48	58	.03	.97
ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา	12.13	3.35	12.10	3.26	58	.39	.97
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	17.47	3.59	17.03	3.39	58	.48	.63
รวม	42.50	7.83	42.83	6.58	58	.18	.86

จากตารางที่ 6 พิจารณาโดยรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลองเท่ากับ 42.50 คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพก่อนการทดลองเท่ากับ 42.83 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการจำแนกอาการเตือนของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 13.73 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 13.70 ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 12.13 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 12.10 ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 17.47 และ กลุ่มทดลอง เท่ากับ 17.03 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
ด้านการจำแนกอาการเตือน	16.37	1.93	21.40	1.57	58	-11.06	.00
ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา	13.70	2.40	17.40	1.16	58	-7.61	.00
ด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง	18.83	2.10	22.87	1.14	58	-9.24	.00
รวม	49.17	4.60	61.67	2.85	58	-12.66	.00

จากตารางที่ 7 พิจารณาโดยรวมพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เท่ากับ 49.17 และค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เท่ากับ 61.67 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ด้านการจำแนกอาการเตือนของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 16.37 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 21.40 ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 13.70 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 17.40 ด้านการใช้ยาที่ถูกต้องของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 18.83 และ กลุ่มทดลอง เท่ากับ 22.87 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกัน พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมคะแนนป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>.05$)

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ที่เข้ารับการรักษายาในหอผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้คือ เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุ ระหว่าง 20-59 ปี มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ตั้งแต่ 18-36 คะแนน โดยอาการทางจิตทั้ง 18 ด้าน ต้องมีค่าระหว่าง 1-2 คะแนน มีโทรศัพท์ที่ใช้ในบ้านของตนเอง ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 2 ประเภท คือ

(1) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง และแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) ในด้านการจำแนกอาการเตือน และพัฒนาจากแบบสอบถามของเพชรี คันธสายบัว (2544) ในด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการใช้ยา

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำไปให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนและนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 10 คน นำค่าคะแนนที่ได้มาหาค่าความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงของแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป เท่ากับ 1 และได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .85

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ปรับปรุงแล้วมีจำนวนทั้งสิ้น 14 ข้อ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุ 20-60 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยพิเศษ จำนวน 10 คน โดยมีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา หลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient of Alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .81

(2) เครื่องมือในการทดลองมี 1 ชุด คือ โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) 4 ปัจจัย คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม 2) การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติพฤติกรรม 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรม ร่วมกับแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura (1997) และ 4) อิทธิพลระหว่างบุคคล แนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel, et al. (2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ของเพชรี คันธสายบัว (2544) 2 ตัวแปร คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยา ที่ถูกต้อง จากนั้นจึงกำหนดเนื้อหาตามแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้วิจัยนำโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้าน

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบ และนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมมาวิเคราะห์ โดยใช้คอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS /FW Version 13 โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ และหาค่าร้อยละ
2. ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท นำมาวิเคราะห์โดย

2.1 คำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.2 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองโดยใช้สถิติ paired-t test

2.3 เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ independent-t test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง คือ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง และพิจารณารายด้าน พบว่า พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 4)

2. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง คือ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของ

คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลอง คือ คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง (ตารางที่ 5)

3. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไม่แตกต่างกัน และพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 6)

4. ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกัน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้องแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกัน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการสร้างเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (ตารางที่ 7)

สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1
- 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

โดยสรุป จากการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำมาอภิปรายดังนี้

1) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 1

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรม สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นโรคทางจิตเวชที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังมีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ (Linstrom and Bingefors, 2000) ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำเกิดจากขาดการสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีเพิ่มขึ้น จึงพบว่า แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006) เป็นแนวคิดที่สามารถทำให้นักคนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่จะให้บุคคลกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีนั้นต้องทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญ คือ อิทธิพลส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) โดยจากการการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ จากการศึกษาดังกล่าวที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) พบว่ามี 4 ปัจจัยที่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและอิทธิพลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

การจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หรือมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีเพิ่มขึ้นได้ โดยมีการบูรณาการ (Integrate) จากการศึกษาแนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel, et al. (2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของเพอร์รี่ คันทสเลย์บาว (2544) 2 ตัวแปร คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง มาช่วยสนับสนุนโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใน 4 ปัจจัย ของ Pender et al. (2006) โดยจัดกิจกรรมการอภิปราย เกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ การสัมภาษณ์ตัวแบบผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ การอภิปรายกลุ่มการเรียนรู้จากประสบการณ์ เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทเพื่อเกิด

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” และมีการติดตามทางโทรศัพท์ หลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ต่อปัจจัยการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้านคือ ด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาอย่างถูกต้อง

โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำนี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเกิดเป็นแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้ โดยผู้ป่วยจิตเภทจะตกลงใจหรือตั้งใจวางแผนปฏิบัติการป้องกันการป่วยซ้ำ มักจะคาดหวังถึงประโยชน์และผลที่ได้รับจากการพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน เมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเกิดประโยชน์ช่วยลดความเสี่ยงที่ป่วยซ้ำ ก็จะเป็นเกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ จะเห็นได้จากคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น

“ถ้าไม่ป่วยซ้ำๆจนต้องมานอนในโรงพยาบาลก็ดี ผมจะได้ไปทำงาน แม่จะได้ไม่ต้องเสียเวลามาเยี่ยมบ่อยๆ เอาเวลาไปทำมาหากินจะดีกว่า”

“สังเกตเหมือนกันว่าเวลากินยาต่อเนื่องจะไม่ค่อยได้มานอนโรงพยาบาล ไม่ทำให้มีอาการมาก”

“ถ้าเราจัดการตั้งแต่เริ่มมีอาการได้ เราก็คงจะไม่ต้องมานอนโรงพยาบาล”

สามารถสรุปได้ว่าการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ สามารถป้องกันการมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง (เพชร คันธสายบัว, 2544) และเป็นความคาดหวังจากการปฏิบัติของบุคคลที่เป็นความเชื่อมากกว่าความเป็นจริง

การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลทั้งต่อความตั้งใจการลงมือปฏิบัติต่อการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยอุปสรรคเหล่านี้อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้ แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมากขึ้น จะเห็นได้จากคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น

“บางทีอยากมาหาหมอแต่ไม่มีเงินค่ารถก็เลยไม่มาดีกว่า”

“เวลามีอาการที่ไร ผมไม่รู้ตัวเลยว่าทำอะไรบ้าง มารู้ตัวอีกทีก็โดนตำรวจจับมาที่นั่นแล้ว”

“ที่บ้านต่างคนต่างอยู่ไม่มีใครเขามาใส่ใจเราหรอกว่าจะเป็นอะไรยังงี้”

“เวลากินยาทีหมอสั่งทำให้ง่วงนอน ไม่อยากทำอะไร ทำงานก็ไม่ได้ ไม่กินดีกว่า”

สามารถสรุปได้ว่าการรับรู้อุปสรรคต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ถึงการกระทำที่ขัดขวางการดูแลตนเองในการป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง (เพชรี คันธสายบัว, 2544: 92) ที่พบบ่อยได้แก่ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรคจิต การไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษา การไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้เมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และการไม่สามารถหาแหล่งให้ความช่วยเหลือจากครอบครัวได้

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดหมายของผู้ป่วยจิตเภทในความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การมีความรู้ความสามารถไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้สำเร็จ ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนเอง จะเห็นได้จากคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น

“พี่ชู้ยเขาต้องดูแลตัวเองกับเมียที่ป่วยลำบากกว่าผมอีก แคมยังไม่ต้องมานอนโรงพยาบาล ถ้าออกจากโรงพยาบาลผมก็จะพยายามดูแลตัวเองไม่ให้มานอนโรงพยาบาลอีก”

“เมื่อก่อนหนูไม่รู้ว่าจะอะไรคืออาการเตือน แล้วต้องทำยังไง ก็เพิ่งรู้ว่าอาการพวกนี้เป็นอาการเตือน จะได้บอกคนในบ้านให้รู้ด้วย จะได้ไม่ต้องมาอยู่โรงพยาบาล”

“หมอก็คเคยบอกให้กินยาสม่ำเสมอ ไม่ให้ขาดยา ผมก็กินอย่างหมอบอก แต่ก็ยังต้องมานอนโรงพยาบาลอีก ผมก็งวยงงว่าป่วยอีกได้ยังไง คราวหน้าถ้ากินยาแล้วไม่ดีขึ้น ผมคงต้องรีบมาหาหมอให้ปรับยา”

การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการป่วยซ้ำเป็นการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพตามความคาดหวัง เกิดจากการที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็น

และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติต่อป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยที่สุขภาพเป็นแหล่งสำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ จะเห็นได้จากคำพูดของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ เช่น

“พยาบาลช่วยเตือนแม่หนูด้วยนะว่าจะต้องพาหนูไปหาหมอวันไหน”

“วันก่อนพยาบาลที่พยาบาลว่าให้เลื่อนยามือก่อนนอนมาเร็วขึ้น ผมก็ทำตามแล้วนะ เปลี่ยนจากกินตอน 4 ทุ่ม มาเป็น 2 ทุ่มแทน ทำให้ไม่ตื่นสายจนถูกบ่น”

จะเห็นได้ว่าการติดตามทางโทรศัพท์โดยทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองที่ถูกต้องในสภาวะการณ์ที่เผชิญอยู่จริง

จึงสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพมีคะแนนการป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2) ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สามารถอธิบายได้ว่า การนำแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006) มาสร้างเป็นโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ร่วมกับการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในด้านการจำแนกอาการเตือนของ Meijel et al.(2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของเพรี คันธสายบัว (2544) 2 ตัวแปร คือ ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาปัจจัยทางด้านอารมณ์และความคิดเฉพาะกับพฤติกรรมที่เป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และยังเป็นเกณฑ์สำคัญสำหรับการบำบัด ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการทางการพยาบาล (สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ, 2543) ดังที่อธิบายในข้อที่ 1 ไว้แล้ว ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น มีผลทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ได้แก่ การดูแลเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การดูแลความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการนอนหลับ เป็นต้น การดูแลเกี่ยวกับการได้รับยา การปฏิบัติการพยาบาลอื่นๆ เช่น การทำแผล การทายาผื่นคัน เป็นต้น ส่วนอีกกิจกรรมหนึ่ง คือ กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ ได้แก่ การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มวาดรูป กลุ่มอาชีวบำบัด กลุ่มนันทนาการ เป็นต้น และการให้คำปรึกษา อย่างไรก็ตามในด้านการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ป้องกันการป่วยซ้ำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจให้เกิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมยังขาดการพัฒนาในกลุ่มควบคุม และการพยาบาลตามปกติ พบว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลแบบ “Task Oriented” โดยมุ่งที่การทำงานประจำให้เสร็จสิ้นในแต่ละเวร

ไม่มีการดำเนินสัมพันธภาพกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบชัดเจน การสื่อสารเป็นแบบการสื่อสารทางเดียวจากพยาบาลสู่ผู้ป่วยในรูปคำสั่ง คำสอนและคำแนะนำ (ศิริพร จิรวัฒนกุล, 2540) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอยู่ในสภาพของการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติไม่ได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ แม้ว่าจำได้รับความรู้และฝึกทักษะในการดูแลตนเองหลังจำหน่ายในโรงพยาบาลมาแล้ว แต่เนื่องจากขณะอยู่ในโรงพยาบาลกลุ่มควบคุมอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่คุ้นเคย มีความวิตกกังวลสูงจากการเจ็บป่วย การได้รับข้อมูลใหม่จำนวนมากและความต้องการกลับบ้าน นอกจากนั้นกลุ่มควบคุมยังขาดการติดตาม การกระตุ้น การแนะนำ การดูแลตนเองในด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง และขาดการเสริมแรงทางสังคม จึงทำให้ความรู้ไม่สามารถคงอยู่ได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้ว สอดคล้องกับ Nicklin (1986 อ้างถึงใน รัชนี้ ศรีหิรัญ, 2544) ที่กล่าวว่า ความรู้บางอย่างไม่สามารถคงอยู่ได้ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การติดตามและการเสริมแรงเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในการกระตุ้นให้มีความรู้การคงอยู่

จะเห็นได้จากกลุ่มควบคุมที่กล่าวกับผู้วิจัย ดังเช่น

“กลับมาบ้านก็เป็นอย่างนี้แหละ เมื่อไหร่หมอจะให้หยุดยาซะที เคยกินประจำเหมือนที่พยาบาลบอกแต่ก็ยังป่วยอีก ไม่รู้ว่าทำไม เมื่อการกินยามาก ถ้าหายก็จะเลิกกินซะที”

“ไม่อยากจะเชื่อหรือที่คนอื่นว่าเราอาการไม่ดี บางคนก็ใส่ร้ายเรา จะรู้ดีกว่าตัวเราได้ยังไงว่ามีอาการยังไง”

“ถ้ายาหมด แม่จะเป็นคนไปเอายามาให้ ไม่ค่อยได้ไปหาหมอเองหรอก”

และเห็นได้จากที่กลุ่มทดลองได้กล่าวกับผู้วิจัย ดังเช่น

“ผมเองก็ไม่เคยรู้หรือว่าอาการเตือนคืออะไร รู้แต่ว่าถ้ามีอาการที่ไรหมอก็สั่งให้นอนโรงพยาบาลทุกที ถ้ารู้ว่าอาการเตือนเกิดขึ้นแล้วต้องรีบจัดการ เราเองก็จะได้ไม่ต้องมาอยู่โรงพยาบาล”

“ได้คุยกับเพื่อนในกลุ่ม ทำให้รู้ว่าไม่ใช่เราคนเดียวที่มีปัญหาจากการกินยา ใครๆก็มีปัญหาเหมือนกันแต่เขาก็กินยาอยู่ ไม่ช้อนยาเหมือนเรา”

“พยาบาลมีเบอร์โทรศัพท์สายด่วนมาให้รีเปลา เวลาเครียดจะได้โทรมาปรึกษา”

“วันก่อนแม่ทักว่าผมโมโหง่าย ผมว่าผมคงเริ่มมีอาการเตือนเหมือนในคู่มือที่พยาบาลให้มา ก็เลยต้องพยายามควบคุมตัวเองไว้ไม่ให้โมโหอีก”

กลุ่มทดลองกล่าวขณะได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ว่า

“พยาบาลคุยกับพ่อผมหน่อยสิว่าอาการเตือนที่พยาบาลพูดเป็นยังไง เวลาผมผิดปกติพ่อจะได้ช่วยผมได้”

“สบายดีค่ะ ตอนนี้อะไรก็ไม่ได้ทำอะไร ก็กินยาตามหน้าของยาทุกวัน กลางคืนก็หลับได้ แต่บางทีก็เบื่อที่ไม่มีอะไรทำ”

จากพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ได้จากแบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เห็นได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยจิตเภทรุ่นทดลอง และกลุ่มควบคุมยังแสดงถึงว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

จากเหตุผลดังกล่าวจะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่ได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ สอดคล้องกับงานวิจัยของจินตนา ฤทธารมย์ และคณะ (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยที่พบว่าโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ดีเพิ่มขึ้นได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลประจำหอผู้ป่วย พยาบาลประจำหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรจะพิจารณาแนวทางการพยาบาลร่วมกันในการนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเป็นรายกลุ่มหรือเป็นรายบุคคล เมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการรับข้อมูล หรือก่อนทำการจำหน่ายผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการดูแลตนเองด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง และจัดกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หลังผู้ป่วยจำหน่ายเพื่อช่วยสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำได้ถูกต้องและมีความต่อเนื่อง

2) ด้านการบริหาร ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปวางแผนแนวทางการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำป้องกันการป่วยซ้ำ ที่ทีมพยาบาลในหอผู้ป่วยสามารถกระทำเองได้ในทุกกิจกรรม และมีการติดตามได้อย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ ซึ่งเป็นหน้าที่อิสระของ

พยาบาลในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องหลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล

3) ด้านการศึกษา อาจารย์พยาบาลสามารถนำโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นองค์ความรู้ใหม่ ใช้สอนนักศึกษาทั้งภาคทฤษฎี และการฝึกภาคปฏิบัติได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการฝึกปฏิบัติงานวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จะช่วยให้นักศึกษามีจุดประสงค์และแนวทางที่ชัดเจนในการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังสิ้นสุดโปรแกรมอย่างต่อเนื่องเป็นระยะๆ เช่น ทุก 1 เดือน ทุก 3 เดือน
- 2) ควรมีการทำการวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่ออัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล 6 เดือน
- 3) ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต, 2542. เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. นนทบุรี: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ [Online]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/trend.asp> [2006, August 5].
- กาญจนา ชัยเจริญ. 2547. การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กานดา จรดล. 2542. ผลของการใช้กระบวนการฝึกอบรมตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมของแบนดูราที่มีต่อการเสริมสร้างสมรรถภาพการสอนสำหรับครูประถมศึกษา. วิทยานิพนธ์ดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. 2536. โรคจิตเภท. ใน เกษม ตันติผลาชีวะ (บรรณาธิการ), ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1, หน้า 331-347. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กฤษณ์ชลี เพียรทอง. 2547. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. 2544. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 4(มกราคม-มิถุนายน): 49-168.
- จันจิลา ดวงสลัด, สมศักดิ์ ภูมิจีน และ สุนิสสา พันธุ์สงวนสุข. 2547. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ 4(7): 32-40.
- จารุวรรณ จินตามงคล. 2542. ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ฤทธารมย์, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ, วรณี สัตยวิวัฒน์ และคณะ. 2545. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วย

- ปวดหลังส่วนล่าง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 20(2): 13-22.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. 2547. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี. 2536. การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว 6: 195-125.
- ชูพิศย์ ปานปรีชา. 2540. การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท. คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: Advisory Board โครงการ Prelapse.
- ฐปัท ศิริธาราธิคุณ และธนา นิลชัยโกวิท. 2543. Preventing Relapse in Schizophrenia: PRELAPSE. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (อัดสำเนา)
- ดวงตา อุทุมพุกษ์พร. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดำรงค์ ทิพย์โยธา. 2548. การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติด้วย SPSS for windows version 12. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธราทิพย์ วงศ์พันธ์. 2545. ผลของการเรียนจากตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้วีดิทัศน์ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการศึกษาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธีระ ลีลำนันทกิจ, พิเชฐ อุดมรัตน์ และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. 2542. ผลของโครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย เปรียบเทียบหนึ่งปีก่อนและหลังเริ่มโครงการ. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44: 3-11.
- ทัศน์ี ประสพกิตติคุณ. 2544. การวัดการรับรู้สมรรถนะของตนเองในงานวิจัยทางการพยาบาล. วารสารสุขภาพพยาบาล 16 (4): 1-11.
- นที เกื้อกูลกิจการ. 2541. การสอนผู้รับบริการในโรงพยาบาล. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- น้ำค้าง ว่องเกษญา. 2540. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ความสามารถของตนและการรับรู้ภาวะสุขภาพกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูญเสียแขนขา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- บัณฑิต ศรไพศาล. 2547. บูรณาสุขภาพจิต: ทิศทางใหม่ในงานสุขภาพ. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12: 120-127.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. 2547. ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2546. คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. 2549. สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- ประยงค์ ลิ้มตระกูล, สมบัติ ไชยวัฒน์, ละออ ดันติศิริพันธ์ และคณะ. 2544. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพของชาวเขาในพื้นที่ปฏิบัติงานโครงการแม่แอ อำเภอมะแม จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย.
- ปาริชาติ สุขสวัสดิพร. 2543. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ค่านิยมทางสุขภาพ และสภาพแวดล้อมในสถาบันกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของนักศึกษาพยาบาล สถาบันการศึกษายาบาลเขตกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรียะดา ภัทรสัจจธรรม. 2546. ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองที่เน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชฐ อุดมรัตน์. 2542. ความก้าวหน้าของโครงการป้องกันก้ำาเจ็บของโรคจิตเภทในประเทศไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 44: 171-179.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และคณะ. 2547. ระบาดวิทยาของปัญหาสุขภาพจิตและโรคทางจิตเวชในประเทศไทย. สงขลา: ลิบบราเดอร์การพิมพ์.
- พิศมร เดชดวง. 2545. การศึกษาสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. 2548. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19 (1): 1-9.

- เพลินตา พรหมบัวศรี. 2545. การพัฒนาการเรียนการสอนตามแนวคิดการเรียนรู้เชิงสถานการณ์ เพื่อเสริมสร้างความสามารถทางวิชาชีพการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต. สาขาหลักสูตรและการสอน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพฑูรย์ สีนลารัตน์ และคณะ. 2537. คู่มืออาจารย์ ด้านการเรียนการสอน. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร. 2534. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล และ วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. 2549. แนวคิดใหม่เกี่ยวกับ “สุขภาพ” และ “การสร้างเสริมสุขภาพ”. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 50 (พฤษภาคม): 291-302.
- มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช. 2532. เอกสารการสอนชุดวิชา การเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่ 1-7. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2548. จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์ เอนเตอร์ไพรส์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13(2): 1-9.
- รัตนาวดี ขอนตะวัน, ทริยาพรรณ สุภามณี, ณัฐกาญจน์ สุรศักดิ์ และคณะ. 2548. ภาวะสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุน. กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานการวิจัย.
- รัชนี้ ศรีหิรัญ. 2544. ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรมвол นันท์ศุภวัฒน์. 2547. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เวทีนี สุขมาก, อัจฉรี ศิริสุนทรและ ประภาพร มีนา. 2545. ความเที่ยงตรงของแบบสอบถามรับรู้ในความสามารถตนเอง. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 47(1): 31-37.
- วิพุธ พูลเจริญ, สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์, สุวิทย์ วิบุลประเสริฐและคณะ. 2543. สู่การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: นนทบุรี. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2544. สุขภาพ อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ศิริมา วงศ์แหลมทอง. 2542. ปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ของผู้สูงอายุ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2537. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลป์ทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ.พรินติ้ง.

สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. 2543. การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิด ทฤษฎี และการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2539. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. 2549. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สวัสดิ์ ภูทอง. 2546. การพัฒนารูปแบบการเรียนรู้จากประสบการณ์เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ใหญ่ในชุมชนชนบทภาคเหนือ. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชา การศึกษานอกระบบโรงเรียน บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สันชัย วสุนธรา. 2547. จิตเวช. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.

สุภารัตน์ ขวัญเย็น. 2537. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองกับวิถีทางดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลแม่และเด็ก บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนทนา บุญชัย. 2545. พฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. การค้นคว้าอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เสรี ลาขโรจน์. 2537. หลักเกณฑ์และวิธีการวัดผลและประเมินผลการศึกษาในโรงเรียน. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาวัดและประเมินผลการศึกษา หน่วยที่ 3. นนทบุรี: มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมมาธิราช.

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549. แนวคิดและยุทธศาสตร์ การพัฒนาประเทศ ในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554). ใน เอกสารการ สัมมนาระดมความคิดเห็นเฉพาะกลุ่ม (Focus Group). (กุมภาพันธ์): 1-16.

ละเอียด รอดจันทร์, วัชรภรณ์ อุทโยภาส และจันทร์พญ์ สุทธิชัยโชติ. 2542. ปัจจัยสัมพันธ์กับการ มารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. กรุงเทพมหานคร: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.

- อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์ และนันท์วัน สุวรรณรูป. 2547. การวิเคราะห์ความตรงและความเชื่อมั่นของแบบวัดวิถีชีวิตการดำเนินชีวิตเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ-II ฉบับภาษาไทย. วารสารสมาคมพยาบาล 19 (3): 47-63.
- อรพรรณ ลีอนุญวณิชัย, พิษณุภรณ์ มูลศิลป์, ชนกพร จิตปัญญาและคณะ. บทควมวิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวในชุมชนเมือง. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19 (1): 72-88.
- อรวมน ศรียุคตศุทธ, วันดี โตสุขศรี, พิสมัย ไผ่ทอง และคณะ. 2548. การนำแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์. วารสารพยาบาลศาสตร์ 23(3): 43-54.
- อลิสา วัชรสินธุ. 2549. ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต แนวทางการเสริมสร้าง พัฒนา ป้องกัน และแก้ไขสุขภาพจิตของคนไทย. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Antai-Otong, C.N. 1999. Understanding the cause of schizophrenia. The New England Journal of Medication 340 (8): 645-647.
- Asawachaisuwikrom, W. 2002. Concept Analysis: Self-Efficacy. Thai Journal of Nursing Research 6 (October-December): 214-248.
- Baker, C. 1995. The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. Archives of psychiatric nursing 9(5): 261-268.
- Bandura, A. 1977. Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review 84: 191-215.
- Bandura, A. 2004. Health Promotion by Social Cognitive Means. Health Education & Behavior 31: 143-164.
- Bedworth, A.E. and Bedworth, D.A. 1982. Health for human effectiveness. New Jersey: Printice-Hall.
- Bijl, RV., Ravelli A, Van Z G. 1998. Prevalence of psychiatric disorder in the general

- population: Result of the Netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology 33: 587-595.
- Birchwood, M. 2001. Early Intervention in Psychotic Relapse. Clinical Psychology Review 21: 1211-1226.
- Birchwood, M., Spencer, E. and McGovern, D. 2000. Schizophrenia: early warning signs. Advances in Psychiatric Treatment 6: 93-101.
- Black, M. 2003. Importance of Research and Treatment to Reduce Relapse Rates in Schizophrenia. Journal of Applied Rehabilitation Counseling 34: 9-13.
- Brown, G.W., Birley J.L.T. and Wing J.K. 1972. Influence of family life on the course of schizophrenia disorder: a replication. British Journal Psychiatry 121: 241-258.
- Caraher, M. 1998. Patient education and health promotion: clinical health promotion the on conceptual link. Patient Education and Counseling 33: 49-58.
- Eva, F.J. and Puri, B.K. 1995. Expressed Emotion and a Hypothetical Model of Relapse in Schizophrenia. Medical Hypothesis 45 : 99-105..
- Falloon, I.R., Held, T., Roncome, R. et al. 1998. Optimal treatment strategies to ensure recovery from schizophrenia. Australia Newzeland Journal Medication 32, 43–49.
- Gecas, V. 1989. The social psychology of self-efficacy. Annual Review of Sociology 15: 291-316.
- Gelder, M., Mayou R. and Geddes, J. 1999. Psychiatry. 2nd. Oxford: University Press: 159-183.
- Gleeson, F.J., Rawlings, D., Jackson, J.H. and McGorry, D.P. 2005. Early warning signs of relapse following a first episode of psychosis. Schizophrenic Research 80: 107-111.
- Gosden, NP., Kramp P., Gabrielsen G. and Sestoft D. 2003. Prevalence of mental disorders among 15-17-year-old male adolescent remand prisoners in Denmark. Acta Psychiatrica Scandinavia 107: 102-110.
- Gumley, A., Grady, O., McNay, L., et al. 2003. Targeted cognitive behavioral therapy may reduce relapse in people with prodromal symptoms of schizophrenia. Psychology Medicine 33: 419-431.
- Horwath, E. and Cournors, F. 1999. Psychiatry. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Herington, J.G. and Ron O. 1997. Critical characteristics of situated learning: Implications for the instructional design of multimedia [Online]. Available from e-mail: J.herington@cowan.edu.au [2006, May 28]
- Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, et al. 2000. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. Archieve General Psychiatry 57:277-83
- Horan, P. W. and Blanchard, J. J. 2003. Emotional responses to psychosocial stress in schizophrenia: the role of individual differences in affective traits and coping. Schizophrenia Research 60: 271– 283.
- HUI, WH. C. 2004. The Health-Promoting Lifestyles of Undergraduate Nurses in Hong Kong. Health Education and Behavior 31 (2): 143-164.
- Isohanni, M., Lauronen, E., Moilanen, K., et al. 2005. Predictors of schizophrenia. The British Journal of Psychiatry 187: 4-7.
- Jabensky, A. 1987. Multicultural studies and the nature of schizophrenia: A review. Journal Royal Social Med 80:162-167.
- Johnstone, E.C. and Geddes, J. 1994. How high is relapse rate in schizophrenia. Acta psychiatric scandinevia 89(supply 382): 6-10.
- Kampman, O. and Lehtinen, K. 1999. Compliance in psychoses. Acta Psychiatric Scandinevia 100: 167-175.
- Kear, M. 2000. Concept Analysis of Self-Efficacy [Online]. Available from: <http://graduateresearch.com/Kear.html> [2006, July 21]
- Kelly, R. A., Zyzanski S. J. and Alemagno S. A. 1991. Prediction of Motivation and Behavior Change Following Health Promotion: Role of Health Beliefs, Social Support, and Self-Efficacy. Social Science Medication 32: 311-319.
- Kennedy, G.M., Schepp, G.K. and O'Connor W.F. 2000. Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 14: 266-275.
- Kunsongkeit, W. and McCubbin, M. A. 2002. Spirituality: A Concept Analysis. Thai Journal of Nursing Research 6(October-December): 231-240.
- Lehman, A.F., 1999. Improving treatment for persons with schizophrenia. Psychiatric Quality 70, 259–272.
- Linstrom , E and Bingefors, K. 2000. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Phamacoeconomics, 18: 105-124.

- Limpattanasiri, J. 2004. Factor Affective Medication Adherence Among Schizophrenia Patients. Master's Thesis. Psychiatric-Mental Health Nursing, Faculty of Graduate Studies, Mahidol University.
- Malla, A.K., Norman, R.M.G., McLean, T.S., Cheng, S., Rickwood, A., McIntosh, E., Cortese, L., Diaz, K. & Voruganti, L.P. 1998. An integrated medical and psychosocial treatment program for psychotic disorders: patient characteristics and outcome. Canadian Journal Psychiatry 43, 698– 705.
- McCreadie, R.G., Kelly, C., Connally, M. et al. 2005. Dietary improvement in people with schizophrenia. The British Journal of Psychiatry 187: 346-351.
- Meijel, V.B., Gaag V.D.M., Kahn, S.R. et al. 2003. Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 17: 117-125.
- Meijel, V.B., Gaag V.D.M., Kahn, S.R. et al. 2003. Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia: The Application of an Intervention Protocol in Nursing Practice. Archives of Psychiatric Nursing 17 (August): 165-172.
- Meijel, V.B., Kruitwagen, C., Gaag V.D.M., et al. 2006. An intervention Study to Prevent Relapse in Patients With Schizophrenia. Journal of Nursing Scholarship 38: 42-49.
- Kennedy, G.M., Schepp. G.K. and O'Connor, O.W. 2000. Symptom Self-self-Management and Relapse in schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 14: 266-275.
- National Institutes of Health. Clinical Guidelines of the Identification and treatment of overweight in Adult. NIH.Publication.No.98-4083. September. 1998.
- Norman, R. M.G., Malla A.K., McLean T. S., McIntosh E. M., Neufeld. R.W.J. Voruganti L. P. & Cortese L. 2002. An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. Schizophrenia Research 58 (2002) 293–303.
- Orem, D.E. 2001. Nursing Concepts of Practice 6th ed. St.louis: Mosby.
- Os, J. V., Marcelis, M., Germeys, I., et al. 2001. High Expressed Emotion: Marker for a Caring Family. Comprehensive Psychiatry 42(November-December): 504-507.
- Pender, N. J. 1987. Health Promotion in Nursing Practice. 2nd ed. New Jersey: Upper Saddle River
- Pender, N. J. 1996. Health Promotion in Nursing Practice. 3rd ed. New Jersey: Upper

Saddle River.

- Pender, N. J., Mardaugh, C.L. and Parsons, M.A. 2002. Health Promotion in Nursing Practice. 4th ed. New Jersey: Upper Saddle River.
- Pender, N. J., Mardaugh, C.L. and Parsons, M.A. 2006. Health Promotion in Nursing Practice. 5th ed. New Jersey: Upper Saddle River.
- Perkins, D.O. 1999. Adherence to antipsychotic medications. Journal Clinical Psychiatry 60: 25-30.
- Polit, D.F. And Hungler, B.P. 1999. Nursing Research Principle and Methods. 6th ed. New York: Lippincott.
- Pratt, S.I., Mueser, K.T., Smith, T.E., et al. 2005. Self-efficacy and psychosocial functioning in schizophrenia: A mediational analysis. Schizophrenia Research 78: 187-197.
- Ronis, L.D., Hong, Oisaeng and Lusk, L.S. 2006. Comparison of the Original and Revised Structures of the Health Promotion Model in Predicting Construction Workers' Use of Hearing Protection. Research in Nursing & Health 29: 3-17.
- Royal Brisbane Hospital. 2003. Early Warning Signs. [Online]. Available from: www.nmna.org [2006, September 28].
- Sandock, J.B. and Sandock, A.V. 2000. Comprehensive Textbook of Psychiatry Philadelphia: Lippincott Williams & Wikons.
- Scazufca, M. and Kuipers, E. 1999. Coping strategies in related of people with schizophrenia before and after psychiatric admission. The British Journal of Psychiatry 174: 154-158.
- Simon, E.G., Ludman, J.E., tutty, S., Operskalski, B. and Korff, V.M. 2004. Telephone Psychotherapy and Telephone Care Management for Primary Care Patients Starting Antidepressant Treatment. Journal American Medicine Association 292: 935-942.
- Shin, YunHee., Yun, SaugKyun., Pender N. J. et al. 2005. Test of the Health Promotion Model as a Causal Model of Commitment Among Korean Adults With Chronic Disease. Research in Nursing & Health 28: 117-125.
- Stuifbergen, A.K. and Becker, H.A. (1994). Predictors of health promotion lifestyles in persons with disabilities. Research in Nursing and Health 17: 3-13.

- Taylor, M.C. 1994. Essentials of Psychiatric Nursing. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Tittley, M. 1994. Experiential Learning. . [Online]. Available from: <http://www.people.uleth.ca/craisi/whatis.html> [2006, October 12].
- Ventura, J., Neuchterlein, K. H., Subotnik, K. L., et al. 2004. Self-efficacy and neurocognition may be related to coping responses in recent-onset schizophrenia. Schizophrenia Research 69: 343-352.
- Vaughn, C.E and Leff, J.P. 1976. The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic and depressed neurotic patients. British Journal Psychiatry 129: 125-137.
- Warner, R. and de Girolamo, G. 1995. Schizophrenia. Geneva: World health Organization: 1-16.
- Weiss, K.A., Smith, T.E., Hull, J.W., Piper, A.C. and Huppert, J.D. 2002. Predict of risk of adherence in outpatients with schizophrenia and other psychotic disorders. Schizophrenia Bulletin 28(2): 341-349.
- Wied, C.C.G. 2000. Stress in schizophrenia: an integrative view. European Journal of Pharmacology 405: 375–384.
- Yuan, Haobin. 2000. Self-Efficacy and Health Behaviors Among Myocardial Infraction Patients. Master's Thesis. Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University.
- Zhao, Dongyan. 2000. Self-Efficacy and Compliance with Medical Regimen among Hypertensive Patients. Master's Thesis. Medical and Surgical Nursing, Graduate School, Chiang Mai University.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รุ่งนภา ภาณิตรรัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	อาจารย์ประจำภาควิชา สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
นางเพชรี คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพ 7 ประจำกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางจลิ เจริญสรรพ	พยาบาลวิชาชีพ 7 ประจำกลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
นางสาวจรงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ	พยาบาลวิชาชีพ 6 ประจำกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 3
3. สถานที่ปฏิบัติงาน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
โทรศัพท์ที่ทำงาน 024-370-200 ต่อ 4373 โทรศัพท์ที่บ้าน 024-370-200
วิทยุติดตัว ไม่มี โทรศัพท์เคลื่อนที่ 085-940-5872
E-mail : baimai_79@yahoo.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆ ที่ให้แก่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้

1.โครงการนี้เกี่ยวข้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเหตุผลในการศึกษา ดังนี้ โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง จะมีอาการและป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดีมีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร การป่วยซ้ำส่งผลให้สูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและของรัฐ รวมทั้งญาติของผู้ป่วยต้องรับภาระในการดูแล กระทบต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นการป้องกันอาการกำเริบจึงเป็นแนวทางลดการป่วยซ้ำ มุ่งเน้นให้ตัวผู้ป่วยจิตเภทสามารถประเมินอาการนำและจัดการอาการที่เป็นอาการนำได้ด้วยตนเองโดยการแสวงหาความช่วยเหลือได้เพื่อไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นรวมทั้งสามารถดูแลตนเองในการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับอาการทางจิตไม่ให้กำเริบ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง จากแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) พบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่สำคัญ คือ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ดังนั้นผู้วิจัยจึงศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อ

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสร้างเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ดีและสามารถปฏิบัติดูแลตนเองในการป้องกันการป่วยซ้ำ

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ และเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental design) ที่ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆเกิดขึ้นกับผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คำตอบและข้อมูลทุกอย่างจากการดำเนินโปรแกรมทุกอย่างจะถือเป็นความลับ

4. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ

4.1 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท โดยขอ **อนุญาตในการดูแลระยะเบิน** ซึ่งป่วยซ้ำและเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนเป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีเคยเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในอย่างน้อย 3 ครั้ง ซึ่งมีคุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

- 1) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
- 2) มีอายุ ระหว่าง 20-59 ปี
- 3) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ทั้ง 18 ด้าน ตั้งแต่ 18-36 คะแนน
- 4) มีโทรศัพท์ใช้ในบ้านของตนเอง
- 5) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การได้ยิน การพูด

4.2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จากหอผู้ป่วยชาย 4 หอ และหอผู้ป่วยหญิง 3 หอ ทั้งเพศชายและเพศหญิง จำนวน 60 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 30 คน แต่ละคนใช้เวลาที่เข้าร่วมดำเนินการวิจัย 5 สัปดาห์

กลุ่มที่ 1 ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาตามแผนการรักษา การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต จะได้รับการประเมินการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที จำนวน 2 ครั้ง คือ

ก่อนเข้าร่วมการวิจัยโดยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองขณะอยู่ในโรงพยาบาล และ หลังจำหน่ายกลับบ้าน 1 สัปดาห์ โดยตอบแบบสอบถามผ่านทางโทรศัพท์

กลุ่มที่ 2 ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามปกติเมื่อมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การดูแลกิจวัตรประจำวัน การรับประทานยาตามแผนการรักษา การเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด การให้คำปรึกษาทางสุขภาพจิต ร่วมกับโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จากผู้วิจัย ณ แผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวมทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

ดังรายละเอียดกิจกรรมดังนี้

ก่อนเข้าร่วมการวิจัย การประเมินพฤติกรรมสุขภาพป้องกันการป่วยซ้ำ โดยตอบแบบสอบถาม จำนวน 14 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที

สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การอธิบายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 2 การอธิบายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ใช้เวลา 60 นาที

กิจกรรมที่ 3 การสัมภาษณ์ตัวแบบผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 4 การเรียนรู้จากประสบการณ์ เรื่อง “การสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” ใช้เวลา 60 นาที

สัปดาห์ที่ 3-5 กิจกรรมที่ 5 การติดตามทางโทรศัพท์ จำนวน 6 ครั้งๆละ 20 นาที

หลังสิ้นสุดการวิจัย 1 สัปดาห์ การประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยตอบแบบสอบถามผ่านทางโทรศัพท์ จำนวน 14 ข้อ ใช้เวลา 15 นาที

5. หากผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีข้อสงสัยให้สอบถามข้อมูลเพิ่มเติมได้ และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์และโทษเกี่ยวกับการวิจัยนี้ผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบอย่างรวดเร็ว

6. การวิจัยนี้จะดำเนินโปรแกรมวันอังคารกับวันพฤหัสบดี หรือวันพุธกับวันศุกร์ และได้รับการติดตามเยี่ยมบ้านทางโทรศัพท์หลังจำหน่าย ซึ่งถ้าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยไม่สะดวก สามารถถอนการเข้าร่วมวิจัยได้ทันที

7. กรณีผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยมีอาการมากขึ้น ท่านจะได้รับการส่งต่อไปยังผู้มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาทันที

8. ผู้เข้าร่วมการวิจัยจะได้รับการดูแลรักษาด้วยยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างต่อเนื่อง การวิจัยนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาล การปรับเปลี่ยนการรักษา และการเข้ารับการรักษาในครั้งต่อไป

9. ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับค่าตอบแทนในการเข้าร่วมกิจกรรมที่ 1-4 ท่านละ 50 บาท/ครั้ง

10. การเข้าร่วมเป็นผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยในโครงการวิจัย เป็นโดยสมัครใจ และผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยอาจปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องได้รับโทษ หรือสูญเสียประโยชน์ซึ่งพึงได้รับ

11. ผู้กำกับดูแลการวิจัย ผู้ตรวจสอบ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมและคณะกรรมการที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมการรักษา สามารถเข้าไป ตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อเป็นการยืนยันถึงขั้นตอนในการวิจัยทางคลินิก และข้อมูลอื่นๆ โดยไม่ล่วงละเมิดเอกสิทธิ์ในการปิดบังข้อมูลของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยตามกรอบที่กฎหมาย และกฎระเบียบได้อนุญาตไว้ นอกจากนี้โดยการเห็นให้ความยินยอมของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย หรือผู้แทนตามกฎหมายจะมีสิทธิตรวจสอบ และมีสิทธิที่จะได้รับข้อมูลเช่นกัน

12. ข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเปิดเผยตัวของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดและยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้ โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์ ชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างในการวิจัยหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะต้องได้รับการปกปิดอยู่เสมอโดยมีข้อความระบุว่าผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยหรือผู้แทนตามกฎหมายจะได้รับแจ้งโดยทันตแพทย์ ในกรณีที่มิใช่ข้อมูลใหม่ซึ่งอาจใช้ประกอบการตัดสินใจของประชากร ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยว่าจะยังคงเข้าร่วมในโครงการวิจัยต่อไปได้หรือไม่

13. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และนำมาใช้ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเท่านั้น ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ การเปิดเผยชื่อและที่อยู่ของประชากรตัวอย่างหรือผู้เข้าร่วมการวิจัยนั้นจะกระทำเฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางกฎหมายเท่านั้น

ภาคผนวก ก

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

ของผู้ป่วยจิตเภท

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้วิจัย ชื่อ นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์ ที่อยู่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถ. สมเด็จพระเจ้าพระยา เขตคลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะ แนวทางการศึกษาวิจัย การเข้าถึงเวชระเบียน รวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียง และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้อย่างละเอียดถี่ถ้วนแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้โดยสมัครใจ และอาจปฏิเสธจากการเข้าร่วมการศึกษาเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลซึ่งจะไม่มีผลต่อการรักษาใดๆ ที่ข้าพเจ้าได้รับอยู่ และข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้วิจัย เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาวินิจฉัยครั้งนี้ โดยผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการวิจัย การเปิดเผยข้อมูลของข้าพเจ้าต่อหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องโดยกระทำได้เฉพาะกรณีจำเป็นด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
 (.....)
 สถานที่ / วันที่ ลงนามประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

 (.....)
 สถานที่ / วันที่ ลงนามผู้วิจัยหลัก

 (.....)
 สถานที่ / วันที่ ลงนามผู้วิจัยหลัก

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ
ของผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ หรือเติมข้อความในช่องว่างในข้อที่ตรงกับข้อมูลทั่วไป
ของผู้ป่วยจิตเภท

- | | | |
|---|--|--|
| 1. เพศ | ☐ ชาย | ☐ หญิง |
| 2. อายุ |ปี | |
| 3. สถานภาพสมรส | ☐ โสด | ☐ คู่ |
| | ☐ หม้าย | ☐ หย่า |
| | ☐ แยกกันอยู่ | ☐ อื่นๆ |
| 4. การศึกษา | ☐ ประถมศึกษา | ☐ อนุปริญญา ปวช. |
| ปวส. | ☐ มัธยมศึกษาตอนต้น | ☐ ปริญญาตรี |
| | ☐ มัธยมศึกษาตอนปลาย | ☐ ปริญญาโท |
| | ☐ อื่นๆ..... | |
| 5.อาชีพ | ☐ ค้าขาย | ☐ รับจ้าง |
| | ☐ รับราชการ | ☐ เกษตรกรรม |
| | ☐ พนักงานบริษัท | ☐ รัฐวิสาหกิจ |
| | ☐ ว่างงาน | ☐ อื่นๆ ระบุ..... |
| 6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง | | |
| 7. ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรก.....ปี | | |
| 8. การรักษาในโรงพยาบาลครั้งนี้ มีระยะเวลาห่างจากวันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน
.....เดือน | | |

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง : แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ ซึ่งจะสอบถามถึงพฤติกรรม หรือการกระทำของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งจะแบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|---|
| 5 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมากที่สุด |
| 4 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านมาก |
| 3 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | ข้อความนั้นตรงกับพฤติกรรมของท่านน้อย |
| 1 | หมายถึง | ข้อความนั้นไม่ตรงกับพฤติกรรมของท่านเลย |

: โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ที่ระดับของพฤติกรรมซึ่งตรงกับการปฏิบัติที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำ

ข้อคำถาม	ระดับพฤติกรรมหรือการกระทำ				
	5	4	3	2	1
1. ท่านบอกกับตนเองเมื่ออารมณ์ของท่านเริ่มเปลี่ยนแปลง เช่น กำลังรู้สึกหงุดหงิด หรือ ซึมเศร้า					
2. ท่านบอกกับตนเองเมื่อความคิดของท่าน กำลังเปลี่ยนแปลง เช่น คิดว่าตนเองกำลังอยู่ในอันตราย คิดว่าตนเองไร้ค่า					
14. แม้ท่านได้รับผลกระทบจากภาวะข้างเคียงของยา เช่น ง่วงนอนมาก มือสั่น กระสับกระส่าย น้ำลายไหล ลิ้นแข็ง ท่านยังคงรับประทานยาต่อไป					

ภาคผนวก จ

แบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

คำอธิบายแบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

ที่มา เป็นการประเมินอาการรุนแรงทางจิตที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเรียนรู้-คิดของผู้ป่วย โดยประยุกต์แบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale) จากการพัฒนาของ Overall and Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วยอาการรุนแรงทางจิต 18 อาการ ผู้วิจัยเลือกใช้ในการประเมินทั้งหมด 18 อาการ ได้แก่ Somatic concern, Anxiety, Emotional withdrawal, Conceptual disorganization, Guilt Feeling, Tension, Mannerism and posturing, Grandiosity, Depressive mood, Hostility, Suspiciousness, Hallucination behavior, Motor retardation, Uncooperativeness, Unusual thought, Blunted affect, Excitement และ Disorientation

รายละเอียดการใช้ ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินโดยการสัมภาษณ์และการสังเกตอาการของผู้ป่วย ตามแบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยต้องเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนน 18-36 โดยมีเกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- 1 = ไม่มีอาการ
- 2 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
- 3 = มีอาการเล็กน้อย
- 4 = มีอาการปานกลาง
- 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- 6 = มีอาการรุนแรง
- 7 = มีอาการรุนแรงมาก

แบบประเมินอาการรุนแรงทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)

คำชี้แจง จงทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

อาการและอาการแสดง	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. Somatic concern : คุณรู้สึกว่าคุณป่วยเป็นโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety : ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม ความคิดนี้รบกวนจิตใจบ่อยไหม รู้สึกมีอาการใจสั่น เหงื่อออก อาการที่ บอกมีผลต่อการทำงานของของคุณไหม							
3. Emotional withdrawal : มีลักษณะแยกตัวไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบ กับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย							
4. Conceptual disorganization : พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อมไม่ต่อเนื่อง (ดูใน 15 นาทีแรก)							
5. Guilt Feeling : คุณรู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่ง ที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension : มองจากท่านั่งรู้สึกตึงเครียด ขณะพูดมีการกระตุก เสียง สั่น							
7. Mannerism and posturing : มีท่าทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็น ธรรมชาติ เก้งก้าง ดูแปลกๆ							
8. Grandiosity : คุณรู้สึกมีความสามารถพิเศษบางอย่างหรือไม่/ที่ผ่าน มาคิดว่าเป็นใครที่มีชื่อเสียงหรือไม่							
9. Depressive mood : คุณรู้สึกว่าคุณไม่มีความสุข หรือเศร้าไหม รู้สึกเศร้าบ่อยแค่ไหน /สามารถเบนความสนใจไปเรื่องอื่นได้ไหม/ ความรู้สึกนี้รบกวนการทำงานของของคุณไหม							
10. Hostility : ใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสีย บ่อยๆแค่ไหน/ เคยมีปัญหาขัดแย้งหรือทะเลาะกับคนอื่น/สัมพันธ์ภาพ กับผู้อื่น คนในครอบครัวเพื่อนร่วมงานเป็นอย่างไร							
11. Suspiciousness : คุณรู้สึกเหมือนมีคนมาคอยจับผิด มีคนคิดร้าย บ้างไหม โดยวิธีใด / รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบ้างไหม							

อาการและอาการแสดง	ระดับคะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
12.Hallucination behavior : คุณได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วยโดยไม่เห็นตัวหรือไม่ คุณมองเห็นหรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึกรู้สึก / ประสบการณ์นี้มีผลกระทบต่อชีวิตประจำวันบ้างหรือไม่							
14.Uncooperativeness : มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15.Unusual thought content : ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ							
16.Blunted affect : สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17.Excitement : ท่าทีที่ลุกโลกหลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข							
18.Disorientation : ถามวันที่ สถานที่ เวลา บุคคล							
รวม.....คะแนน							

เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

- 1 = ไม่มีอาการ 2 = มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง
 3 = มีอาการเล็กน้อย 4 = มีอาการปานกลาง
 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง 6 = มีอาการรุนแรง 7 = มีอาการรุนแรงมาก

สถาบันวิทยบริการ
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ
ค่าความเที่ยง (Reliability)
ของแบบสอบถามการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

1. Reliability ด้านการจำแนกอาการเดือน (ข้อที่ 1-5)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.844	.854	5

Inter-Item Correlation Matrix

	r1	r2	r3	r4	r5
r1	1.000	.822	.297	.394	.430
r2	.822	1.000	.397	.441	.597
r3	.297	.397	1.000	.896	.601
r4	.394	.441	.896	1.000	.518
r5	.430	.597	.601	.518	1.000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
r1	12.0000	10.000	.575	.695	.836
r2	11.8000	10.622	.729	.748	.798
r3	11.6000	10.711	.679	.840	.808
r4	12.8000	10.178	.683	.826	.803
r5	12.2000	9.067	.653	.534	.817

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
15.1000	15.211	3.90014	5

2. Reliability ด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา (ข้อที่ 6-9)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.804	.820	4

Inter-Item Correlation Matrix

	r6	r7	r8	r9
r6	1.000	.611	.625	.361
r7	.611	1.000	.501	.399
r8	.625	.501	1.000	.699
r9	.361	.399	.699	1.000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
r6	10.0000	6.667	.642	.527	.760
r7	9.3000	6.678	.578	.411	.779
r8	9.7000	3.789	.770	.649	.704
r9	10.3000	6.011	.621	.510	.754

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
13.1000	9.656	3.10734	4

3. Reliability ด้านการใช้จ่ายที่ถูกต้อง (ข้อที่ 10-14)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.818	.818	5

Inter-Item Correlation Matrix

	r10	r11	r12	r13	r14
r10	1.000	-.060	.181	.040	.000
r11	-.060	1.000	.877	.776	.819
r12	.181	.877	1.000	.776	.629
r13	.040	.776	.776	1.000	.693
r14	.000	.819	.629	.693	1.000

The covariance matrix is calculated and used in the analysis.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
r10	14.1000	16.989	.042	.315	.912
r11	13.9000	11.878	.839	.917	.726
r12	13.9000	11.878	.839	.877	.726
r13	14.1000	9.433	.770	.677	.732
r14	14.4000	10.933	.716	.757	.748

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
17.6000	18.267	4.27395	5

4. Reliability แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (ข้อที่ 1-14)

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	10	100.0
	Excluded(a)	0	.0
	Total	10	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.856	.866	14

Scale Statistics

Mean	Variance	Std. Deviation	N of Items
45.8000	73.511	8.57386	14

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาววัฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์ เกิดวันที่ 1 มิถุนายน 2522 สถานที่เกิดอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ประวัติการศึกษา จบจากมหาวิทยาลัยพายัพ จังหวัดเชียงใหม่ หลักสูตรพยาบาล ศาสตรบัณฑิต ปีการศึกษา 2544 สถานที่ทำงานปัจจุบัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร กลุ่มงานการพยาบาล ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 3



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย