

ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษา  
ของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก



นางสาวยุภาพร มีหนองหว่า

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
ปีการศึกษา 2552

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF USING HEALTH PROMOTION BEHAVIOR GROUP  
PROGRAM ON COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS,  
OUTPATIENT DEPARTMENT



Miss Yupaporn Meenongwar

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2009

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อ  
ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก

โดย

นางสาวยุภาพร มีหนองหว้า

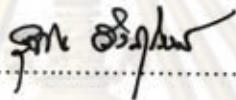
สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

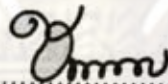
รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็น  
ส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต



.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร. ยุพิน อังสุโรจน์)

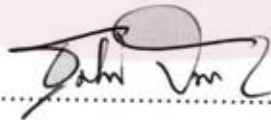
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชนกพร จิตปัญญา)



.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย)



.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมภลสิทธิ์)

ศูนย์เวชศาสตร์พยาบาล

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ยุทธการ มีหนองหว้า : ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก (THE EFFECT OF USING HEALTH PROMOTION BEHAVIOR GROUP PROGRAM ON COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, OUTPATIENT DEPARTMENT) อ.ที่ปรึกษา  
 วิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 134 หน้า.

การวิจัยเชิงทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนอกจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 40 คน ซึ่งจัดแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน ด้วยการจับคู่คะแนนความร่วมมือในการรักษา กลุ่มทดลองได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แบบสอบถามถึงสัมพันธภาพพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เขียวโสธร (2545) และแบบวัดความตั้งใจมาตรวจตามนัด ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงของแบบวัดโดยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .92 และ .86 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที่ t-test

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
2. คะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..... ลายมือชื่อนิสิต...ยุทธการ มีหนองหว้า  
 ปีการศึกษา...2552..... ลายมือชื่ออ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....

## 5077640836: MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: HEALTH BEHAVIOR PROMOTING / COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, OUTPATIENT DEPARTMENT.

YUPAPORN MEENONGWAR: THE EFFECT OF USING HEALTH PROMOTION BEHAVIOR GROUP PROGRAM ON COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, OUTPATIENT DEPARTMENT. THESIS ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., 134 pp.

The purposes of this quasi – experimental research were; to compare the compliance of schizophrenic patients outpatient department before and after their participation in the health behavior promoting group program, and to compare the compliance of schizophrenic patients outpatient department between schizophrenic patients outpatient department who participate in the health promotion behavior group program and those who participated in regular caring activities. Research samples were forty schizophrenic patients outpatient department, randomly assigned into one experimental group and one control group by matching the compliance of schizophrenic patients scale. Research instruments were; the health promotion behavior group program, the intention follow up scale developed by the researcher and medication adherence behaviors scale developed by Sarintorn Chiewsothorn. These instruments were tested for content validity by panel of 7 experts. The reliability of the medication adherence behaviors scale and the intention follow up scale were tested by Cronbach's alpha coefficients which were .92 and .86 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings of this study were as follows:

1. The compliance of schizophrenic patients, outpatient department after participating in the health promotion behavior group program was significantly higher than before, at the .05 level.
2. The compliance of schizophrenic patients, outpatient department who participated in the health promotion behavior group program was significantly higher than that of schizophrenic patients who participated in the regular caring activities, at the .05 level.

Field of Study : ... Mental Health and Psychiatric Nursing...  
Academic Year: ...2009.....

Student's Signature : *Yupaporn*  
Advisor's Signature : *Oraphun Lueboonthavatchai*

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งจาก รองศาสตราจารย์ ดร.อรพวรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้สละเวลาให้ คำปรึกษาและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ตลอดจนช่วยแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความ ห่วงใยและเอาใจใส่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านจึงขอกราบ ขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชนกพร จิตปัญญาประธานกรรมการสอบ วิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำแนะนำที่ทำให้ วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น และกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะ พยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และประสบการณ์การเรียนการสอนตลอด ระยะเวลาการศึกษา

ขอกราบขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ในการปรับปรุง แบบสอบถามที่ใช้ในการทำวิทยานิพนธ์ และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และหัวหน้าหอผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวช ตึก ภปร. ชั้น 12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ที่ให้ความ อนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณกัลยาณมิตรพี่สาวที่แสนดีพี่อสิพร พี่ปุมและพี่สุภาวดีที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้โอกาสผู้วิจัยได้เข้าศึกษาเพื่อเพิ่มพูนความรู้และ ประสบการณ์ในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งน้องเฮงๆที่คอยให้กำลังใจเป็นอย่างดีเสมอมา

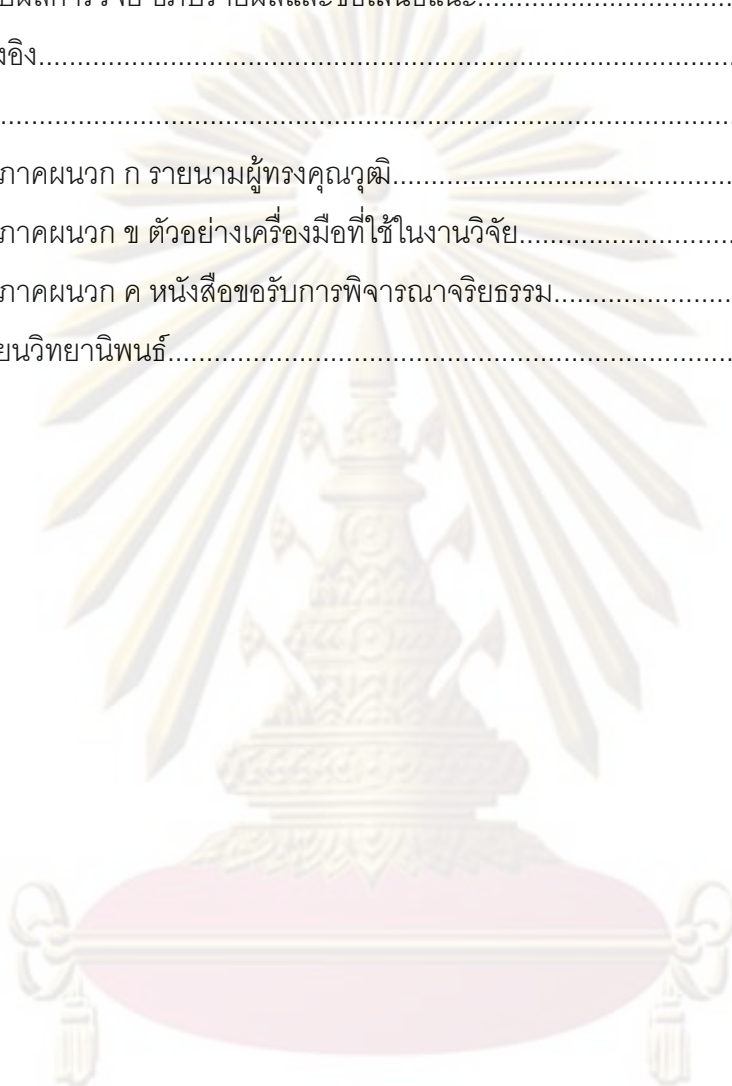
ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณแม่ลำใย และคุณพ่อคำมายผู้เป็นที่รักและเคารพยิ่ง รวมทั้งพี่ๆ ที่ให้ความรัก ให้กำลังใจและคอยดูแลเอาใจใส่ สนับสนุนผู้วิจัยด้วยดีเสมอมาจนทำให้วิทยานิพนธ์ ครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย.....	8
สมมติฐานการวิจัย.....	13
ขอบเขตของการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	16
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	17
ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการพยาบาล.....	18
ความร่วมมือในการรักษา.....	28
แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา.....	39
ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์.....	46
โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ.....	54
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	57
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	62
3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	63
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	63
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	66
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	88

บทที่	หน้า
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	89
5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ.....	95
รายการอ้างอิง.....	106
ภาคผนวก.....	121
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	122
ภาคผนวก ข ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	124
ภาคผนวก ค หนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรม.....	131
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	134



# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



## สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ตามคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับต่ำ (1.5 – 2.49) ถึงระดับปานกลาง (2.5-3.49) .....	84
2	ลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ตามคะแนนความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดระดับต่ำ (1.5 – 2.49) ถึงระดับปานกลาง (2.5-3.49).....	85
3	ลักษณะคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนดำเนินการทดลองและหลังดำเนินการทดลอง.....	86
4	ลักษณะคะแนนความตั้งใจมาตรวจตามนัด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนดำเนินการทดลองและหลังดำเนินการทดลอง.....	87
5	แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม.....	90
6	เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Independent t-test).....	91
7	เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (Paired - t test).....	92
8	เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (Independent t-test).....	93
9	เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม (Paired - t test).....	94

ศูนย์วิจัยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทพบมากที่สุดในบรรดาโรคจิตทั้งหมด อัตราความชุกของโรคจิตเภทมีประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548) องค์การอนามัยโลก (WHO, 2006) ประมาณการว่ามีประชากร 24 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคจิตเภทในประเทศไทยพบว่าคนทั่วไป 100 คนจะพบผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 0.3 – 1 คนและในทุกปีจะมีผู้ป่วยใหม่เกิดขึ้น 1 คนต่อประชากร 1 หมื่นคน หรือปีละประมาณ 6,000 คน (สำนักงานสาธารณสุขและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2549) โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมการตัดสินใจร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2006) อาการมีทั้งแบบเฉียบพลันรุนแรงและการดำเนินโรคเรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2005)

ปัจจุบันการบำบัดรักษาด้วยยามีการพัฒนาไปมาก ยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพสูงในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทร้อยละ 80 ได้รับการรักษาด้วยยาในลักษณะผู้ป่วยนอก (Kaplan and Sadock, 1996; Kumar and Sedwick, 2001) ปัญหาที่พบบ่อยของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกคือการไม่ร่วมมือในการรักษา (Sullivan, Well, Morgenstern, and Leake, 1995) อัตราการไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอกพบร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 55 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสูงกว่ากับการมาตรวจตามนัดครั้งแรก เทียบเท่ากับการมาตรวจตามนัดครั้งต่อไป (Kruee and Hales, 1988; Solomon and Gordon, 1988; Campbell et al., 1991; Sparr et al., 1993; Miner et al., 1997; Dobscha et al., 1999; Centorrino et al., 2001) ซึ่งลักษณะพฤติกรรมที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือการใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของการรักษา ใช้ยาไม่ต่อเนื่อง หยุดใช้ยาหรือใช้ยาเฉพาะเวลารู้สึกว่าตนเองมีความผิดปกติ ใช้ยามืดเวลาใช้น้อยหรือเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา (Farragher, 1999; เพชร คันธสายบัว, 2544) รวมทั้งการไม่มารับการตรวจตามนัด (Davidhizar, 1982) มีผู้ป่วยจิตเภทเพียงร้อยละ 50 – 60 เท่านั้นที่รับประทานยาต่อเนื่องในปีแรก และมีแนวโน้มจะลดลงเหลือร้อยละ 15-25 ในปีต่อไป (Perkins, 1999; Ruscher, et. al., 1997) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Gillmer et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 26 หยุดรับประทานยาในระหว่างปีแรกของการรักษา จากการศึกษาพบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษามีมากมาย เช่น การใช้แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด บุคลิกภาพที่ผิดปกติ

สถานะภาพตกต่ำทางเศรษฐกิจและจำนวนครั้งการกลับมารักษาในโรงพยาบาล (Fenton et al., 1997; Lacro et al., 2002; Sleath et al., 2003) มีความรู้ไม่เข้าใจถึงความจำเป็นที่ต้องรับประทานยารักษาอาการทางจิต คิดว่าตนเองหายแล้วไม่รู้สึกสิ้นเปลืองที่ต้องรับประทานยาทุกวัน และไม่ยอมรับรับประทานยา (ราตรี อินทรีย์, 2541) ปัญหาทางเศรษฐกิจทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถร่วมมือในการรักษา เนื่องจากยามีราคาแพง หรือค่าใช้จ่ายอย่างอื่นทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ (อำไพชนิษฐ สมานวงศ์ไทย, 2541) ทศนคติของสังคมต่อการรักษาทางจิตซึ่งผู้ป่วยจะได้รับผลกระทบจากการรู้สึกรังเกียจ ถูกตีตราจากสังคม ผู้ป่วยจึงพยายามหลีกเลี่ยงการแสดงให้บุคคลอื่นรู้ว่าตนเองป่วยทางจิต เช่น การมาตรวจที่โรงพยาบาล การรับประทานยารักษาอาการทางจิต (Oehl et al., 2000) เกิดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาจิตเวช เช่น ตัวแข็ง คอแข็ง ง่วงนอน ปากคอแห้ง น้ำหนักเพิ่มและมีความผิดปกติทางเพศสัมพันธ์ (Marder, 2003) ปฏิเสธการรักษาเนื่องจากอาการทางจิต (Putten, 1974 cited in Marder, 2003; Kumail et. al., 2004) ทศนคติเชิงลบต่อการรักษาด้วยยา ขาดการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม ปัญหาการส่งต่อและราคาของยา (Weidenetal, 1994; Fentonetal, 1997; Lacroetal, 2002; Velliganetal, 2003)

ด้านปัญหาที่สำคัญของการไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้าน คือ ปัญหาการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของการไม่มาตรวจตามนัดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่ามีหลายปัจจัย อาทิ กาญจนา เหมะรัตและคณะ (2549) ที่ศึกษาเกี่ยวกับสาเหตุของการไม่มาตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันสมเด็จเจ้าพระยา พบว่า เกิดจาก 1) ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา 2) ปัญหาด้านความร่วมมือในการรักษา 3) ปัญหาด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2542) ที่พบว่าอุปสรรคหรือปัญหาของพฤติกรรมการมาตามนัดของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา คือ เรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางและเวลาที่ต้องสูญเสียไปในการเดินทางมาพบแพทย์ตามนัด นอกจากนี้การศึกษานี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาของ Krues & Rohland (2002) ที่ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้ คือ ระยะทางในการเดินทางไปโรงพยาบาล หลักประกันสุขภาพในการรักษา สถานะการเงิน ความรุนแรงของความเจ็บป่วย และระยะห่างของการนัด สอดคล้องกับการศึกษาของ Deyo & Inui (1998) พบว่า การ

รับรู้เรื่องโรคและการรักษา และความเชื่อในประสิทธิภาพของการรักษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการมาตามนัด

การที่ผู้ป่วยไม่มาพบแพทย์ตามนัด ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้รับยาไปรับประทานอย่างต่อเนื่อง โอกาสที่ผู้ป่วยจะเกิดอาการกำเริบจึงมีสูงกว่าผู้ป่วยที่มาพบแพทย์ตามนัดและได้รับยาไปรับประทานอย่างสม่ำเสมอ (ธีระ ลีลา นันทกิจ และคณะ, 2542) สอดคล้องกับการศึกษาของ Pang et al. (1999) ที่ติดตามศึกษาผู้ป่วยจิตเวชในฮ่องกง ซึ่งเป็นผู้ป่วยนอกและไม่มาพบแพทย์ตามนัด ผู้ป่วยจำนวน 258 ราย ถูกติดตามศึกษาเป็นระยะเวลา 6 เดือน หลังจากที่ไม่นำมาตามนัดพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 50 ย้อนกลับไปรับการรักษาอีกและใช้ระยะเวลาในการรักษานานมากขึ้น แต่อีกร้อยละ 50 ไม่กลับเข้าไปรักษาอีกเลย

หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษามาตรวดตามนัด จะเกิดผลดี คือผู้ป่วยได้รับการติดตามการรักษาจากแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดความเสี่ยงของการกลับเป็นซ้ำหรือมีอาการกำเริบเนื่องจากการขาดยา ลดอัตราการเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายหรืองบประมาณที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยอีกด้วย (มาลี แจ่มพงษ์, 2542) นอกจากนี้การมาตรวจตามนัดยังเกิดผลดีคือทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษาด้วยยา ร่วมกับการทำจิตสังคมบำบัดจากแพทย์และเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ รวมทั้งวิธีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อคงสภาพของการรักษา (Krues & Rohland, 2002)

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่องจะทำให้มีอาการกำเริบทางจิตบ่อยครั้ง และแต่ละครั้งต้องเสียเงินและเวลาในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2534 อ้างใน ทศนี้อย ทัพย์สูงเนิน, 2544) สอดคล้องกับการศึกษาของ Sulligan (cited in Dubyna & Qunin, 1996) ซึ่งพบปัญหาผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลมีอาการทางจิตกำเริบจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาถึงร้อยละ 50 -70 และพบว่าอย่างน้อยร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาต้องกลับเข้ารับการรักษาอาการกำเริบทางจิตในโรงพยาบาลเช่นเดียวกับการศึกษาของ Gaultiere (1999) ซึ่งพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องหยุดยาเองทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 มีอาการกำเริบทางจิตและป่วยซ้ำ นอกจากนี้การศึกษาของ Marland & Cash (2001) ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องตามแผนการรักษา ร้อยละ 30 จะต้องกลับมารักษาในโรงพยาบาลภายใน 1 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่าภายใน 2 ปี การศึกษาของ O'Donnell et al. (2003) ที่พบว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องจะมีอาการทางจิตรุนแรงขึ้นเพียงร้อยละ 25 (Ayusio-Gutierrez and Del, 1994 cited by Perkins, 1999) เพราะ

การรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลทางชีวเคมีในร่างกายควบคุมอาการของผู้ป่วย ลดความรุนแรงของโรค (Howarth & Coumos, 1999; Kumar & Sedgwick, 2001) ยาที่มีผลลดอาการทางจิตได้ถึงร้อยละ 75 ป้องกันการกลับมาซ้ำ (Sin & Gamble, 2003) ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเวช สามารถอยู่ในชุมชนได้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Sadock & Sadock, 2000)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดอาการกำเริบทางจิตบ่อยครั้ง แต่ครั้งละครั้งมีผลทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้อย่างถาวร (สันชัย วสุนธราภรณ์, 2547) เกิดปัญหาในเรื่องการเรียนหรือการปฏิบัติหน้าที่ที่ทำงาน การดูแลตนเอง ลดลง การแต่งกายสกปรกแปลกประหลาด สูญเสียทักษะทางสังคม (Moller & Murphy, 2001) กลายเป็นการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังที่เป็นสาเหตุของความพิการทางจิต (Gray et al, 2001; Marder, 2003; Leucht & Heres, 2006) เกิดผลกระทบต่อประเทศชาติเนื่องจากรัฐต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ สูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนเงินมากกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2542 อ้างใน สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548) ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทถือเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังทางจิต (Baker, 1989: 32) ที่ถึงแม้ว่าจะไม่เป็นสาเหตุของการตาย แต่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ญาติและรัฐที่ต้องสูญเสียทั้งเวลาและค่า ใช้จ่ายในการรักษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม (สมชาย จักรพันธ์, 2543) องค์การอนามัยโลกเปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเทียบเท่าผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตแขนขาทั้งสองข้าง (Quadriplegia) สร้างความสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539) จึงนับได้ว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่มาตรวจรับยาตามนัดเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มาตรวจตามนัด จึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งชนิด ขนาด เวลา ถูกต้องครบถ้วนอย่างสม่ำเสมอ (Farragher, 1999 อ้างถึงในเพชร คันธสายบัว, 2544) การศึกษาของ Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 4 ด้าน 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านการรักษา 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ ซึ่งอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้นำ

แนวคิดของ Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) มาศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีจะทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หากผู้ป่วยรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวสูงจะทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาลดลง อาการด้านลบการใช้แอลกอฮอล์ ทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาลดลง การรับรู้ความรุนแรงของโรครวมทั้งรับรู้โอกาสเสี่ยงป่วยซ้ำทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น และฤทธิ์ข้างเคียงของยา หากผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมานจากอาการข้างเคียงของยาจิตเวช ทำให้เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาลดลง สอดคล้องกับของการศึกษาของ Adams & Scott (2000) ซึ่งใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker & Maiman (1975) ซึ่งพบว่า 1) การรับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท 2) รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ 3) รับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองสูง 4) รับรู้อุปสรรคการดูแลตนเองต่ำ จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ความร่วมมือในการรักษาสูงขึ้น นอกจากนี้การศึกษานี้เกี่ยวกับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีมากมายเช่นการศึกษาของ Favrod (1993) พบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ การศึกษาของปรารธนา คำมีสินนท์ (2550) ซึ่งศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษา และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสอนและการเรียนรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดกลุ่มบำบัด พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยชงโค โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยา และพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูงและมีอาการทางจิตลดลง ในระยะติดตามประเมินผล 1 เดือนและ 3 เดือน

การศึกษาดูผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของ สรินทร เขียวโสธร (2545) พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และการศึกษาของ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซ็นและพิชานายน์ (1980) ผลพบว่าทัศนคติต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และความตั้งใจในการ

ให้ความร่วมมือในการรักษามือถือที่พลทางตรงต่อความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาความไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน การศึกษาส่วนใหญ่เน้นการจัดกระทำเฉพาะสาเหตุไม่ครอบคลุมทั่วถึงการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟู ในปัจจุบันยังพบว่า ปัญหาไม่ร่วมมือในการรักษาไม่หายตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทยังคงเป็นปัญหาสำคัญ ที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบป่วยซ้ำ (O' Donnell et al., 2003) อีกทั้งโรคจิตเภทถือเป็นโรคเรื้อรัง (Baker, 1989: 32) ซึ่งปัจจุบันพบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง มุ่งเน้นการสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายให้คนเกิดสุขภาวะ สามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาวะของตนเองได้มากขึ้น (ภิรมย์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจริญจรัสรังสี, 2549: 297) ซึ่งประเด็นสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (รัตนาวดี ขอนตะวัน และคณะ, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะสามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยดังนี้ 1)คุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ประกอบด้วย พฤติกรรมเดิมและปัจจัยส่วนบุคคล 2)อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior – Specific Cognition and Affect) ประกอบด้วย การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถ อารมณ์ที่เกี่ยวข้อง อิทธิพลระหว่างบุคคล และอิทธิพลระหว่างสถานการณ์ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค ด้วยกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) เป็นผลให้บุคคลนั้นๆ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง การปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง และต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ เข้าไว้เป็นวิถีชีวิต (Life Style)

ดังนั้นจากที่กล่าวข้างต้น ถ้าจะให้เกิดความร่วมมือในการรักษาโดยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนในผู้ป่วยจิตเภท การดูแลให้การพยาบาลต้องมุ่งเน้นการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค และอิทธิพลต่อความตั้งใจจะทำพฤติกรรม และความตั้งใจจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา

พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ตามแนวคิดการกระทำอย่างมีเหตุผลของ Ajzen & Fishbein (1980) และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) โดยโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพนี้ จะมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค ด้วยกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) โดยใช้การดำเนินแบบกลุ่มที่เน้นกิจกรรม ดังนี้ 1) การมุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มความมีสติในการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคทางจิต (Raising Consciousness) 2) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับโรคทางจิต (Reevaluation the Self) 3) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพของตนเองให้เหมาะสมกับโรคทางจิต (Promoting Self-Efficacy) 4) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีรับรู้ประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับโรคทางจิต (Enhancing the Benefits of Change) 5) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเองให้เหมาะสมกับโรคทางจิต (Controlling the Environment) 6) การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทการจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้เหมาะสมกับโรคทางจิต (Managing Barriers to Change) โดยทุกขั้นตอนของการดำเนินกิจกรรมเน้นกิจกรรมอภิปรายกลุ่ม กระตุ้นการแสดงความคิดเห็น สะท้อนความรู้ ความเข้าใจผ่านประสบการณ์การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งผู้วิจัยคาดหวังว่าผลลัพธ์ของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพนี้จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดพฤติกรรมทำลายสุขภาพเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นวิถีการดำเนินชีวิต ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก สามารถควบคุมและลดความรุนแรงของโรค ลดอาการกำเริบป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยและใช้ชีวิตในชุมชนกับครอบครัวได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ รัฐบาลลดค่าใช้จ่ายในการดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบป่วยซ้ำ

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



### คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจะมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนเข้าโปรแกรมหรือไม่
2. ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพจะมีความร่วมมือในการรักษามากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหรือไม่

### แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

โรคจิตเภทถือเป็นโรคเรื้อรังทางจิต (สมชาย จักรพันธุ์, 2543; Baker, 1989: 32) มีลักษณะการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไปไม่หายขาด (Lindstrom and Bingefors, 2000) ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ปัจจุบันนี้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังมุ่งเน้นสร้างเสริมสุขภาพเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายให้คนเกิดสุขภาวะ สามารถควบคุมและเพิ่มพูนสุขภาวะของตนเองได้มากขึ้น (ภิรมย์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจียมจรัสรังสี, 2549: 297) ประเด็นสำคัญคือ การทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (รัตนาวดี ซอนตะวัน และคณะ, 2548) ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ที่กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะสามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ เป็นผลให้บุคคลนั้นๆ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง ทำให้พฤติกรรมที่ยากในการปรับเปลี่ยนยังคงอยู่ได้ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen & Fishbein (1980) ซึ่งได้อธิบายว่า พฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ ซึ่งรวมทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคนั้น ไม่ได้ถูกควบคุมด้วยสิ่งจูงใจที่ขาดสติสัมปชัญญะ หรือขาดความคิดของบุคคล แต่บุคคลตัดสินใจที่จะร่วมหรือไม่ร่วมในพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างหนึ่ง โดยพิจารณาอย่างละเอียดถึงองค์ประกอบหลายอย่างของพฤติกรรมการปฏิบัตินั้น ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความเชื่อจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงทั้งสององค์ประกอบนี้จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม และความตั้งใจนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อ ดังนั้นอาจจะสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงความเชื่อควรจะทำให้มีขึ้นถ้าจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับบรรทัดฐาน (norms) และทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรม และความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพฤติกรรมการป้องกันโรค และการวัดพฤติกรรมของบุคคลอาจวัดได้จากความ

ตั้งใจ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ด้วยการถามบุคคลถึงความตั้งใจที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้น และเพื่อให้การประเมินความตั้งใจบังเกิดผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมตามผลที่คาดไว้ในอนาคต จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงแนวทางการวัดความตั้งใจ ตามทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล สามารถแยกได้ออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นทัศนคติต่อการกระทำ และส่วนที่เป็นบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (อุษณีย์ วรรณาลัย, 2548)

ปัจจุบันนี้ความไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่ทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ยังคงเป็นปัญหาสำคัญ จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในประเทศและต่างประเทศ พบว่าการศึกษาส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึงพร้อมกันทั้ง 4 ด้านของปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท เช่นการศึกษาของ Adams & Scott (2000) ซึ่งใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า 1) การรับรู้ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท 2) รับรู้โอกาสเสี่ยงป่วยซ้ำ 3) รับรู้ประโยชน์การดูแลตนเองสูง 4) รับรู้อุปสรรคการดูแลตนเองต่ำ จะส่งผลต่อพฤติกรรมทำให้ความร่วมมือในการรักษาสูง ในประเทศไทย อุมภาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของประเทศไทย พบว่าตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค รับรู้โอกาสเสี่ยงป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งการศึกษาของ Favrod (1993) ซึ่งนำการศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ทศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา พบว่าทัศนคติต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษามีอิทธิพลทางตรงต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมุ่งเน้นส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการร่วมมือในการรักษาโดยเน้นการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ผู้วิจัยจึงเลือกสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of

Reasoned Action) ของ Ajzen & Fishbein (1980) และการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เนื่องจากสามารถอธิบายให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยาก คือการมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และดำรงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆเป็นไปในระยะยาว ผ่านกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) ซึ่งครอบคลุมปัจจัยทั้ง 4 ด้านที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย 2) ปัจจัยด้านการรักษา 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม 4) ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ (Oehl, Hummer & Fleischhacker, 2000) โดยโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพที่ใช้ศึกษาครั้งนี้ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค ผ่านกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) ดำเนินการเป็นกลุ่มดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มความตระหนักรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Raising Consciousness) เป็นผลการเสริมแรงทางบวก อาทิการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามแผนการรักษาสัมพันธ์กับการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยา เนื่องจากยามีความสำคัญและเป็นรูปแบบที่ใช้ในการรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ดังนั้นผู้วิจัยจึงจัดกลุ่มอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากความเจ็บด้วยโรค จิตเภท อาการ การรักษา และประสบการณ์ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประเด็นปัญหาจากความเจ็บป่วยของตนเอง นำไปสู่ความเข้าใจ รับรู้ปัญหาร่วมกันในกลุ่ม และผู้วิจัยได้ให้ความรู้แบบกลุ่ม เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา การดูแลตนเอง มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความเจ็บป่วยของตนเอง รวมถึงบทบาทการรับผิดชอบตนเอง หลังจากนั้นเปิดอภิปรายกลุ่มร่วมวิเคราะห์แนวทางแก้ปัญหาและประโยชน์ที่จะเกิดกับสมาชิกเมื่อให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและใช้แรงเสริมภายในกลุ่มเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกมีสติมากขึ้นรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเกิดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

2. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภททบทวนประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Reevaluation the Self) เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเอง รับรู้ถึงพฤติกรรมที่เสีย

ทำลายสุขภาพ โดยการกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง อาทิ การบันทึกรายงานอาการของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อสามารถกลับมาประเมินจำแนกอาการเตือนได้ด้วยตนเองก่อนเกิดอาการกำเริบ (Jorgensen, 1988 cited by Brichwood and Spencer, 2000) ดังนั้นผู้วิจัยได้จัดการอภิปรายกลุ่มให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การปฏิบัติตน ด้านพฤติกรรมการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดที่ผ่านมาและร่วมกันประเมินว่าการปฏิบัติใดเป็นพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เหมาะสมกับสถานะความเจ็บป่วยจากโรคจิตเภท ใช้พลังกลุ่มเป็นจุดกระตุ้น ให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ประโยชน์การกลับมาประเมินตนเอง พร้อมอำนวยความสะดวกด้วยการแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ยาตามเกณฑ์ส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เกิดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

3. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Promoting Self-Efficacy) เป็นการใช้แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ผ่านประสบการณ์ตัวเองที่ประสบความสำเร็จ ในการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาจัดการกับอาการข้างเคียงของยา การแก้ปัญหาที่เป็นอุปสรรคของการมาตรวจตามนัด ผ่านการใช้ตัวแบบ โดยให้ผู้ป่วยที่ร่วมมือในการรักษาสมาเสมอเล่าประสบการณ์การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจรับยาตามนัด ผลที่เกิดขึ้นหลังดำเนินพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา รวมทั้งการใช้คำพูดยกย่องชมเชยการปฏิบัติพฤติกรรมเหมาะสม พร้อมกระตุ้นอารมณ์ให้โดยให้กำลังใจผู้ป่วยในความพยายามที่จะปฏิบัติพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา เช่นการศึกษาของ Limpatanasiri (2004) ผู้ป่วยผ่านประสบการณ์ในการรับประทานยาต้านโรคจิต มีความเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถรับประทานยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถจำแนกอาการเตือนและจัดการอาการที่เป็นอาการเตือนได้ด้วยตนเอง โดยการแสวงหาความช่วยเหลือได้ เพื่อไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นรวมทั้งสามารถดูแลตนเองในการรับประทานยาเพื่อควบคุมระดับอาการทางจิตไม่ให้กำเริบ (Baker, 1995; Kennedy, Schepp and O'Connor, 2000; Birchwood and Spencer, 2001; Meijel, Kruitwagan, Gagg, Kahn and Grydonk, 2003 ; Meijel al et., 2003)

4. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทพึงพอใจผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Enhancing the Benefits of Change) ผ่านการนำเสนอผลด้านบวก ผ่านตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้ความร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรม

ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด และให้สมาชิกร่วมวิเคราะห์ผลด้านบวกที่เกิดขึ้นกับตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา เช่น การศึกษาของ Litrell (1996 cited in Marland, 1999) ที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และรับรู้การรักษา ทราบว่ายาสามารถควบคุมชีวิตให้ปกติ ส่งผลให้มีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยา

5. ด้านการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Controlling the Environment) เป็นการมุ่งเน้นการอภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนส่งเสริมให้เกิด และไม่เกิดความร่วมมือในการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถวางแผนจัดสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษา อาทิ การเลือกช่วงเวลารับยา การเลือกสถานพยาบาลที่สะดวกในการมาตรวจรับยาต่อเนื่อง การเดินทางที่มีความสะดวกในการมาตรวจรับยาตามนัด และหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น ผู้ป่วยที่ตื่นสายแต่เลือกเข้ารับบริการคลินิกที่เปิดช่วงเวลาเช้ามาก เมื่อมารับบริการต้องทำกิจกรรมที่เกิดความคับข้องใจ เช่น การเป็นกรณีศึกษาให้นิสิตแพทย์ทั้งชั้นปี ในกิจกรรมนี้จะครอบคลุมเกี่ยวกับการมุ่งส่งเสริมสัมพันธภาพระหว่างผู้รับบริการและผู้ให้บริการในทีมสุขภาพ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเกิดความตั้งใจในการมาตรวจรับยาตาม อาทิ การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (อุมาพร กาญจนรักษ์ , 2545) สัมพันธ์กับสัมพันธภาพกับทีมการพยาบาล

6. ด้านการส่งเสริมการจัดการปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา ด้านใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Managing Barriers to Change) เป็นกิจกรรมอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับอุปสรรคการร่วมมือในการรักษา อาทิ การศึกษาของ เพซรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้อาการข้างเคียงของยา จะสามารถดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและมีการรับประทานยาที่ถูกต้อง ดังนั้นผู้วิจัยเปิดให้มีการอภิปราย เกี่ยวกับอุปสรรคของการร่วมมือรักษาพร้อมประสบการณ์การแก้ไขที่ผ่านมา ได้แก่ อาการข้างเคียงของยา ระยะเวลาที่ต้องรักษา ระยะเวลาที่ต้องมาตรวจรับยา เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้วิธีการแก้ไขปัญหาของตนเองร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ผู้ป่วยมีแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเอง ส่งผลให้มีการรับรู้ปัญหาและอุปสรรคลดลง สนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาโดยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมีความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

### สมมติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทหลังเข้าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) โดยเป็นการวิจัยแบบการศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอกทั้งเพศชายและเพศหญิง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ ความร่วมมือในการรักษา

### คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**ความร่วมมือในการรักษา** หมายถึง การที่ผู้ป่วยในกลุ่มตัวอย่างปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์และบุคลากรในทีมรักษา ครอบคลุมถึงการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งชนิด ขนาด เวลา และความต่อเนื่องของการรับประทานยาที่ถูกต้อง พร้อมกับการมาตรวจตามกำหนดของแพทย์ ซึ่งในการวิจัยนี้มุ่งเน้นความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญคือ ด้านการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด โดยได้ศึกษาตามแนวคิด Dracup & Meleis (1982) ประเมินโดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เขียวใสธร (2545) ที่สร้างจากแนวคิดของ Farragher (1999) และประเมินความตั้งใจมาตรวจตามนัดโดยพัฒนาจากแบบสอบถามความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของศรายุทธ อินทร์รักษ์ (2549) ประกอบด้วย

**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการการใช้ยารักษาอาการทางจิตตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งประยุกต์จากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร

เชียวโธธร (2545) ที่สร้างจากแนวคิดของ Farragher (1999) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาคือการรับประทานยาถูกต้องแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การมารับยาตามนัดสม่ำเสมอ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาแก่ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

**ความตั้งใจมาตรวจตามนัด** หมายถึง กระบวนการคิดของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกถึงความต้องการจะกระทำพฤติกรรมมาตรวจตามกำหนดนัดของแพทย์ ประเมินโดยพัฒนาจากแบบสอบถามความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของศรายุทธ อินทร์ักษ์ (2549)

**โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ** หมายถึง กิจกรรมที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมีความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค สามารถควบคุมอาการของโรค และลดความรุนแรงของโรคจิตเภท โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ครอบคลุมปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior – Specific Cognition and Affect) ซึ่งมี 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ 2) การรับรู้อุปสรรค 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ ผ่านกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 2 กลุ่มๆ ละ 8-12 คน เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ดำเนินการเป็นกลุ่มตามแนวคิดของ Gazda (1975) สนับสนุนช่วยให้สมาชิกกลุ่มสำรวจค้นหาและเผชิญปัญหาใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเน้นการเชื่อมโยงสถานการณ์สะท้อนแนวคิด สร้างความเข้าใจให้ความรู้แบบกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกรู้เท่าทันตนเอง เกื้อหนุนกันแก้ปัญหาเพื่อบรรลุศักยภาพของตนเองเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมสุขภาพและมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น ดำเนินการ 6 กิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** เพิ่มความตระหนักรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Raising

Consciousness) หมายถึงการให้สมาชิกทุกคนแนะนำตนเอง เริ่มจากผู้วิจัย โดยเปิดให้อภิปราย แลกเปลี่ยนประสบการณ์จากความเจ็บของโรคจิตเภท นำไปสู่ความเข้าใจยอมรับซึ่งกัน และให้ความรู้แบบกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท เปิดอภิปรายกลุ่มร่วมวิเคราะห์แนวทางแก้ปัญหาและประโยชน์ที่จะเกิดกับสมาชิกเมื่อให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด

**กิจกรรมที่ 2** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Reevaluation the Self) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เป็นกิจกรรมที่เน้นการอภิปรายกลุ่ม ใช้พลังกลุ่มเป็นจุดกระตุ้นให้ตระหนักถึงประโยชน์การกลับมาประเมินตนเอง พร้อมอำนวยความสะดวกด้วยการแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพการใช้ยาตามเกณฑ์

**กิจกรรมที่ 3** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Promoting Self-Efficacy) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เป็นกิจกรรมที่นำเสนอตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้มีความร่วมมือในการรักษาใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด พร้อมเปิดให้อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทพึงพอใจผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้มีความร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Enhancing the Benefits of Change) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เป็นกิจกรรมที่เน้นการนำเสนอผลด้านบวกผ่านตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้มีความร่วมมือในการรักษาใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภตร่างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Controlling the Environment) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เป็นกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมทำลายสุขภาพ ทำให้ไม่ร่วมมือรักษา ก่อให้เกิดการรับรู้ถึงแนวทางการควบคุมสิ่งแวดล้อมส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท

**กิจกรรมที่ 6** ส่งเสริมการจัดการปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด (Managing Barriers



to Change) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที เป็นกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาที่เป็นอุปสรรคของสมาชิกในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด และกระตุ้นให้สมาชิกเสนอวิธีแก้ปัญหาพร้อมกัน

**การพยาบาลตามปกติ** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการ ประกอบด้วย การประเมินคัดกรองเชิงรุกเพื่อเฝ้าระวังป้องกันความเสี่ยง การให้สุขศึกษาเป็นรายกลุ่มก่อนพบแพทย์ เรื่องโรคจิตเวช การรักษา โรคทางกายอื่นๆ และขั้นตอนการเข้ารับบริการ และการให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล หลังพบแพทย์แนะนำเป็นรายบุคคลเรื่องโรค การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน และการใช้ยา

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพการดูแลตนเอง ครอบครัวมีความเข้มแข็ง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ไม่เกิดอาการกำเริบป่วยซ้ำ
2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกให้ความร่วมมือในการรักษามีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เกิดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 2

### เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับคือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการพยาบาล
  - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
  - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท
  - 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท
  - 1.2 การดำเนินโรคและความเรื้อรังของโรคจิตเภท
  - 1.3 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ความร่วมมือในการรักษา
  - 2.1 ความหมายความร่วมมือในการรักษา
  - 2.2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 2.5 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
  - 2.6 ความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด
    - 2.6.1 ความหมายความตั้งใจ
    - 2.6.2 ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action)
3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษา
  - 3.1 ทฤษฎีการสอนและการเรียนรู้
  - 3.2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)
  - 3.3 กลุ่มบำบัด
4. ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)
5. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษา

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการพยาบาล

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตใจชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมที่ตัดสิ้นใจ ร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม อาการแสดงมักจะปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมักจะเกิดอยู่นานอย่างน้อย 6 เดือน (WHO, 2006) ปัจจุบันยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ แพทย์จะใช้ประวัติ และการสังเกตพบอาการหลายๆอย่างในการให้การวินิจฉัยผู้ป่วยโรคนี้ (นันทิกา ทวีชาติ, 2548)

#### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาวน์ปัญญาปกติอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) เมื่อป่วยนาน และกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรืองตระกูล (2543) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนมาก เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์และความรู้สึก พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ลักษณะการดำเนินโรคเป็นแบบโรคจิตเรื้อรังส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

## 1.2 สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1996) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ แต่ปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

### 1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ประกอบด้วย

1) พันธุกรรม (Genetic factors) การศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสป่วยเป็นโรคนี้สูงกว่าประชากรทั่วไป ยิ่งมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทสูงกว่าคนทั่วไป

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือสมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่าการหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งสมมติฐานนี้ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor, 1994) การเกิดพยาธิสภาพของสมองส่วนต่างๆ ได้แก่ Limbic system ที่มีหน้าที่เกี่ยวกับความจำ สมาธิ การแสดงออกทางอารมณ์และการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น Frontal cortex ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวตามความตั้งใจ สติปัญญาขั้นสูง เช่นการวางแผนและแก้ปัญหา Basal ganglia ที่ทำหน้าที่ควบคุมการเคลื่อนไหวทำงานร่วมกับ Cerebellum Frontal cortex และ Thalamus ในการควบคุมความตั้งใจของกล้ามเนื้อประสานการเคลื่อนไหวให้เป็นไปอย่างราบเรียบ (ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ, 2547)

4) ด้านประสาทสรีรวิทยาพบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

### 1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางสัมพันธ์

ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียด

ทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 และ Taylor, 1994)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีวิตไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือจากการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) อธิบายว่า เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมา ไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ แต่พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค ในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีที่ทำไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

จากที่กล่าวข้างต้นสรุปได้ว่าปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคนี้เป็นกลุ่มอาการซึ่งมาจากหลายๆสาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับในปัจจุบัน คือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยโรคนี้มีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้วเมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้น โดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยา จิตใจ สังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน

### 1.3 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาดส่วนใหญ่มีกาอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ อาการช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง (อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543) ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา โดยมีรายละเอียดอาการดังนี้ (สมภพ เรืองตระกูล, 2543)

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิดทั้งด้านเนื้อหาและขาดความเชื่อมโยงของเหตุผลไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ร่วมกับความผิดปกติของการรับรู้ อาการแสดงที่เด่นชัดคือความคิดหลงผิด (Delusions) อาการประสาทหลอน (Hallucinations) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganized speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่

ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน เช่นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมวุ่นวายในลักษณะต่างๆ อาจไม่สนใจดูแลตนเอง แต่งตัวประหลาด บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) คือผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติ หรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิวนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic or Waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ที่พบบ่อย มักแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือมีอารมณ์เฉยเมย (Blunt หรือ Flattening) สีหน้าเรียบเฉยขาดการแสดงออกของอารมณ์ (Affective flatten) มีความคิดลดลง (Decreased thought) ไม่มีการสบตาแสดงกิริยาท่าทางพูดน้อยหรือไม่พูด (Alogia) ขาดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (Avolition)

สรุปได้ว่าลักษณะอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านการรับรู้ อารมณ์ ความคิด การสื่อสาร พฤติกรรมการแสดงออก โดยจะแสดงออกในลักษณะที่มากเกินไปหรือน้อยเกินไป ซึ่งแสดงไว้ชัดเจนเป็นกลุ่มอาการทางบวกและทางลบ

#### 1.4 การดำเนินของโรคผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (APA, 1994)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน (Herz et al., 1989)

2) ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คืออาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรมและการเคลื่อนไหว

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมักจะมีอาการกลับ

#### 1.5 การรักษาโรคจิตเภท

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงมักใช้วิธีการหลายอย่างทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นลดอัตราการป่วยซ้ำ โดยมีวิธีการรักษาต่างๆดังนี้

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drug) ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพสูงถูกนำมาใช้ในการรักษามากที่สุด ยาสามารถปรับภาวะสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกายและพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วยช่วยลดความรุนแรงและลดอัตราป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยการให้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองบริเวณที่กำหนด เพื่อกระตุ้นให้เกิดการชักแบบทั้งตัว (Generalized Seizure) ซึ่งเชื่อว่าจะทำให้มีการเปลี่ยนแปลงทางชีวเคมีของสมองลดความผิดปกติทางจิตแต่ในผู้ป่วยจิตเภทการรักษาด้วยไฟฟ้าไม่ได้ผลดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้าที่รุนแรง (Severe Depression) ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534 อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) การรักษาด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึงกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความรัก และพฤติกรรมชนิดของกลุ่มจิตบำบัด เช่น กลุ่มสอนให้ความรู้ไปสู่การอภิปราย กลุ่มพบปะสังสรรค์ กลุ่มแสดงออกอย่างเสรี เป็นต้น

2) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึงการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith et al., 1992) เนื่องจากการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกรกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้ในกลุ่ม ผู้ช่วยผู้ในกลุ่ม และสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะการริเริ่ม เพื่อให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษาภา

กตिका การเป็นตัวแบบที่ดีอย่างจริงใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งการเงี่ยบ (Trotzer, 1977)

3) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และมีวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษา คุ่มกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ

จากการที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ป่วยที่มีความพร้อมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ลักษณะของโรคมีอาการทางจิตเรื้อรัง การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายคือ การใช้ยาและการรักษาด้านจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด ดังนั้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา โดยเฉพาะการรับประทานยาตามแผนการรักษา การมาตรวจตามนัด ซึ่งเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองทำให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันในชุมชนอย่างมีความสุขได้ตามอัตถภาพ

### 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื้อรัง มีลักษณะความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือการเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride & Austin, 1996) ส่งผลกระทบทั้งต่อผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งในการที่จะหาวิธีการหรือแนวทางปฏิบัติการพยาบาลเพื่อดูแลช่วยเหลือให้ผู้ป่วย จิตเภทสามารถดูแลตนเองได้และดำเนินชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุขตามศักยภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่

#### ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่า มีผู้ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชจำนวนมาก และได้มีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชไว้หลายท่าน ดังนี้

Leininger (1994) กล่าวถึง การพยาบาลเป็นการดูแลและเป็นกระบวนการช่วยเหลือผู้อื่น การสนับสนุนส่งเสริม และการเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มทั้งในครอบครัวและในชุมชน ด้วยความเอาใจใส่ โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพต้องมียังคงความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางวิชาการ ละความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละ



ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม โดยการดูแลจะตอบสนองความต้องการที่มุ่งการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ทั้งในการดำเนินชีวิต และความตายที่พึงพอใจของบุคคล

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การให้ความรู้ความเข้าใจให้คำแนะนำช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัด รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และให้การบำบัดรักษาอื่นๆ ร่วมกับบุคคลากรในทีมจิตเวช

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาล ซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชเป็นบุคคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการเพื่อบำบัดอาการของโรคพร้อมกับให้การดูแล “บุคคล” สำระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลคือ

1) เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมาย นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลต้องครอบคลุมการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเจ็บป่วยคือช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแล บำบัด รักษา บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or

Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ

1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (primary prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดีอยู่ในสังคมและทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคือ การให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเลือกคู่ครอง การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัย การเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of mental health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจและความวิตกกังวลได้

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลคือ การให้ความรู้แก่บุคคลทั่วไปในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม การปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การคิดทางบวก การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดำเนินโรคและการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ป่วย เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตสูง

3) การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of mental health) การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทได้ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล คือ จัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างเสริมสัมพันธภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง

แนวทางการปฏิบัติกรพยาบาล คือ การฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การรักษาบำบัดอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ รวมทั้งการใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดดังกล่าวข้างต้นมาผสมผสานให้การฟื้นฟูเพื่อขจัดความไม่สามารถต่างๆ เสริมสร้างความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

แนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลโดยยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ ดังกล่าว เน้นส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและการฟื้นฟู ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นแล้ว และในกลุ่มบุคคลทั่วไป เพื่อให้มีสุขภาพทั้งกายและจิตที่ดี ไม่เกิดการเจ็บป่วย

ดังนั้นการปฏิบัติกรพยาบาลเป็นลักษณะบริการพยาบาลที่วิชาชีพการพยาบาลพึงมีต่อสังคมโดยการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพของบุคคล ครอบครัวและชุมชนเพื่อให้บุคคลมีสุขภาพดี (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543)

สรุปได้ว่าแนวทางในการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลควรคำนึงถึงโรค การดำเนินโรค ปัญหาอุปสรรคต่างๆจากการเจ็บป่วยที่ได้รับ เป็นการมุ่งเน้นที่การพิจารณาและการจัดการกับสาเหตุของปัญหา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ นำไปสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติมากที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข สามารถพึ่งตนเองได้

#### **การพยาบาลผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท**

การให้การรักษายาแบบผู้ป่วยนอกนี้ ถือเป็นงานสำคัญยิ่งของโรงพยาบาลที่ต้องดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้มาใช้บริการ งานบริการนี้จะครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพ (เพลิน เสียงไชค้อย, 2547) บทบาทของพยาบาลในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนอก ซึ่งมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้และดำเนินชีวิตอย่างปกติสุข

ดังนั้นการปฏิบัติกรพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย สามารถคงสภาพความเจ็บป่วยไม่ให้มีอาการทางจิตเพิ่มขึ้น และจากการศึกษาพบว่ากรรักษาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุดและมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Kumar and Sedwick, 2001) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทมีพฤติกรรม

สุขภาพพร้อมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยมีพฤติกรรมใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มาตรวจตามนัด จึงเป็นหัวใจสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### **ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ**

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพหลากหลาย และแตกต่างกัน ดังนี้

แฮริส และกลูเตน (Haris & Gluten, 1979 cited by Pender, 1987) ให้ความหมายของพฤติกรรมสุขภาพเน้นที่การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพเพื่อดำรงภาวะสุขภาพที่ดีและเป็นการแสดงถึงศักยภาพของมนุษย์

Palang (1991) กล่าวว่า พฤติกรรมสุขภาพ เป็นพฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง ในแต่ละช่วงอายุ เพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความภาคภูมิใจแห่งตน

Pender (Pender, 1987; 1996) เป็นพฤติกรรมเชิงบวกมี 2 อย่าง คือพฤติกรรมการปกป้องสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่เพ็นเดอร์ไม่ได้ให้คำจำกัดความของคำว่า พฤติกรรมสุขภาพ แต่กล่าวถึงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพไว้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ไม่มุ่งเน้นโรคหรือปัญหาสุขภาพใดโดยเฉพาะ และมุ่งเพิ่มศักยภาพของบุคคลด้านบวกที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี อีกทั้งเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติจนเป็นส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิต เพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีและเพิ่มความเป็นอยู่ที่ดี และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขทั้งตนเอง ครอบครัว และชุมชน

Pender (Pender et al., 2006) กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จะสามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ เป็นผลให้บุคคลนั้นๆ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง ทำให้พฤติกรรมที่ยากในการปรับเปลี่ยนยังคงอยู่ได้

สรุปได้ว่าพฤติกรรมสุขภาพ คือ การปฏิบัติกิจกรรมใดๆเป็นพฤติกรรมเชิงบวก เพื่อปกป้องสุขภาพและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มุ่งเพิ่มศักยภาพของบุคคลด้านบวก โดยบุคคลนั้นมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ เป็นผลให้บุคคลนั้นๆ เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่จะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี สามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ พฤติกรรมที่ยากในการปรับเปลี่ยนยังคงอยู่ กลายเป็นวิถีชีวิต

## 2. ความร่วมมือในการรักษา

2.1 ความหมายความร่วมมือในการรักษา ได้มีผู้ให้ความหมายของความร่วมมือในการรักษา ดังนี้

Dracup & Meleis (1982) ให้ความหมายความร่วมมือในการรักษาว่า คือพฤติกรรมของบุคคลที่เลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษา ซึ่งจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเดิมและรับพฤติกรรมใหม่ ในทางกลับกันความไม่ร่วมมือในการรักษาจึงหมายถึงพฤติกรรมเดิม หรือการกระทำที่ขัดแย้งกับแผนการรักษาหรือคำแนะนำ ซึ่งอาจเป็นไปในลักษณะไม่ปฏิบัติตามหรือปฏิบัติ นอกเหนือแผนการรักษา สอดคล้องกับคำอธิบายของ Malahy (1966 อ้างถึงใน Blackwell, 1976) ลักษณะการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยมี 4 ลักษณะ ได้แก่ 1) ละเลยการรับประทานยาตามแผนการรักษา 2) รับประทานยาผิดวัตถุประสงค์ของการรักษา 3) การรับประทานยาผิดขนาดแผนการรักษาของแพทย์ 4) จำนวนมือของการรับประทานยาไม่ตรงตามแผนการรักษา

Hens (อ้างใน Klinger, 1984, p. 32) ให้ความหมายที่ค่อนข้างเฉพาะเจาะจง หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในเรื่องการรับประทานยา การเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำเนินชีวิต

Sackett, Haynes, and Tugwell (1985) ให้ความหมายว่า ความร่วมมือในการรักษา คือ พฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงเพื่อการรักษา ไม่ได้หมายความว่าเพียงการรับประทานยา แต่หมายถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปเพื่อการรักษาทั้งความยินยอมในการรักษาตามแผนการรักษา การไปตรวจตามนัด

McCord (1986) ให้ความหมายความร่วมมือในการรักษาหมายถึง การที่ผู้รับบริการยินยอมที่จะปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ข้อบังคับ หรือข้อเสนอแนะที่ผู้ให้บริการแนะนำให้ปฏิบัติเพื่อผลดีของการรักษา และยังคงครอบคลุมถึงการที่บุคคลเห็นพ้องกับคำแนะนำของแพทย์หรือบุคลากรทางการแพทย์ในเรื่องพฤติกรรมต่างๆ เช่นการใช้น้ำ การควบคุมอาหาร การปฏิบัติตัวต่อการเปลี่ยนแปลงต่างๆ เป็นต้น

Draine (1997) กล่าวว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาประกอบด้วย 2 ส่วน คือการรับประทานยาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์

Kaplan & Sadock (2000) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาเป็นความเห็นชอบใน พฤติกรรมของบุคคลต่อการใช้น้ำยาการรับประทานยาหรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อให้ สอดคล้องกับการรักษาหรือคำแนะนำด้านสุขภาพ

Leonard Holmes (2003) กล่าวว่าความร่วมมือในการรักษาหมายถึง ระดับของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งความร่วมมือในการรักษาที่ดีของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยปฏิบัติ

ตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลาที่รับประทานในแต่ละวันใส่ใจในอาการของตนเองและติดตามกระบวนการรักษาอย่างระมัดระวัง

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ในเรื่องของการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมรวมถึงวิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลง โดยการยินยอมปฏิบัติของผู้รับบริการที่สอดคล้องกับข้อแนะนำของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งในงานวิจัยครั้งนี้การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทครอบคลุมการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งชนิด ขนาด เวลา ความต่อเนื่องของการรับประทานยาที่ถูกต้อง และการมาตรวจตามกำหนดนัดของแพทย์

## 2.2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท

สาธุพร พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยาร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

Razali & Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อภายในเวลา 2 สัปดาห์ หรือไม่ขาดการมาตรวจตามนัดเกิน 2 ครั้ง

สรินทร เขียวใสธร (2545) กล่าวว่า เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วย เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยารวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

Farragher (1999) กล่าวถึงลักษณะของพฤติกรรมที่ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทว่า แสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ 1.) การใช้ยาไม่ต่อเนื่อง เช่นการหยุดใช้ยา หรือการ

ใช้ยาเฉพาะเมื่อรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดปกติ 2.) การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา 3.) การใช้ยามิถเวลา 4.) การใช้ยาน้อยกว่าแผนการรักษา 5.) การใช้ยาเพิ่มมากกว่าแผนการรักษา

Kumar & Seagwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสามารถอธิบายได้ด้วยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้ บางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1 – 2 ครั้ง / สัปดาห์ ยังถือเป็นการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้ามีพฤติกรรมใช้ยาเฉพาะ เมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรง หรือหยุดใช้ยาจะแสดงถึงการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พอจะสรุปความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้ว่า เป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกซึ่งการปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาได้ โดยแสดงพฤติกรรมออกมา 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา โดยอาจผิดพลาดได้ แต่ไม่เกิน 2 มื้อติดต่อกัน หรือไม่เกิน 2 มื้อสัปดาห์ การใช้ยาถูกขนาด โดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เขียวใสธร (2545) ที่สร้างจากแนวคิดของ Farragher (1999) ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ 1) การใช้ยาตามแผนการรักษาคือการรับประทานยาถูกต้องแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ การมารับยาตามนัดสม่ำเสมอ 2) ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา คือการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาแก่ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง

**2.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือหรือไม่ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ วิธีการรักษา ลักษณะของผู้ป่วย ลักษณะครอบครัว สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด (Corrigum et al, 1991; Fleischucker et al, 1994) ดังรายละเอียดดังนี้

1) วิธีการรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวกับการรักษาที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ ได้แก่ ความยุ่งยากในวิธีการรักษา ในการรักษาโรคจิตเภทจะได้ยาหลายตัว ประสิทธิภาพของยา ฤทธิ์

ข้างเคียงที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ได้แก่ อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ ปากแห้ง มองภาพไม่ชัด ง่วงซึม แขนขาเกร็ง การเคลื่อนไหวช้า ความรู้สึกกระวนกระวาย อีกทั้งขนาดของยาและระยะเวลาในการรักษาก็ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษา

2) ลักษณะของผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทถ้ามีอาการทางจิต ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และปฏิเสธการเจ็บป่วย อาการทางจิตยิ่งมากเท่าไรการให้ความร่วมมือก็ยิ่งน้อยลงมากเท่านั้น

3) ลักษณะครอบครัว ทัศนคติของบุคคลในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือหรือไม่ในการรักษา ถ้าสมาชิกในครอบครัวที่มีภาวะวิตกกังวล สับสน เกิดความไม่พึงพอใจ มีภาวะเครียดในการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท สมาชิกในครอบครัวขาดการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม จะทำให้ขาดการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและสนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา

4) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้บำบัด สัมพันธภาพไม่ดีของผู้ป่วยกับผู้บำบัดส่วนใหญ่เกิดจากการมีทัศนคติที่ไม่ดีที่ผู้บำบัดมีต่อผู้ป่วย จากการศึกษาทัศนคติของผู้บำบัดในการทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีความรุนแรงและกลับมาเป็นบ่อยครั้งพบว่า ร้อยละ 85 เชื่อว่าผู้ป่วยไม่สมัครใจในการรักษา และแสดงกริยาหลีกเลี่ยงที่จะติดต่อกับผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยไปรักษาต่อที่อื่น ได้มีการสำรวจทัศนคติของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื่องร้องพบว่า พยาบาลส่วนใหญ่มีทัศนคติด้านลบ (Negative) ต่อผู้ป่วย ซึ่งทัศนคติด้านลบก็จะส่งผลต่อการสร้างสัมพันธภาพที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ด้วยสัมพันธภาพที่ไม่ดีทั้งจากแพทย์ผู้รักษาและพยาบาลทำให้ผู้ป่วยขาดความไว้วางใจและทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำตามแผนการรักษา

5) ระบบการรักษา ระบบการรักษาทั้งการที่ต้องรอนาน เจ้าหน้าที่ขาดความเต็มใจในการดูแลขาดความใส่ใจ ความไม่สะดวกในการมารับบริการก็ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา

#### 2.4 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

Oehl, Hummer & Fleischhacker (2000) กล่าวว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีหลายปัจจัยแตกต่างกัน แบ่งกลุ่มปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเป็น 4 ด้าน

1) ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย เป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงออกถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคลที่ส่งเสริมให้มีการแสดงพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำ หลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ เป็นปัจจัย



ที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

1.1 ลักษณะประชากร จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆพบลักษณะประชากรที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ประการ คือ

1) อายุ ซึ่งเป็นจำนวนระยะเวลาทั้งหมดของการนับตามปฏิทิน ตั้งแต่แรกเกิดจนถึงปัจจุบัน (Orem, 2001) อายุของบุคคลมีอิทธิพลต่อการดูแลตนเอง เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองจะถูกพัฒนาขึ้นตามอายุจากวัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ ซึ่งมีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงสุด และจะลดลงและมีข้อจำกัดเมื่อเข้าสู่วัยชรา ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีอาการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่เพิ่มขึ้นของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Hoffman (1994 อ้างใน สรินทร เขียวใสธร, 2545) ที่พบว่าอายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์รักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย

2) เพศ เป็นตัวกำหนดความแตกต่างระหว่างบทบาท บุคลิกภาพในครอบครัวชุมชนและสังคม โดยกำหนดบทบาทของเพศหญิงในการเป็นแม่ที่มีหน้าที่ในการดูแลลูก และบุคคลทั้งในเวลาปกติหรือยามเจ็บป่วย ซึ่งส่งผลให้เมื่อเจ็บป่วยเพศหญิงจะมีความสามารถในการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่า เพศหญิงปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย

1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สร้างโดย Becker (1974) เป็นแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติป้องกันโรค ซึ่งแนวคิดนี้สามารถอธิบายพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น

แล้ว การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น รับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษา และมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาอย่างถูกต้อง

2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น ความรุนแรงนี้ขึ้นอยู่กับ การประเมินการเกิดโรคของตนเอง เป็นแรงสนับสนุนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

3) การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพ (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลสุขภาพเอง ที่เชื่อว่าสามารถทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง มีสุขภาพอนามัยที่ดี มีส่วนช่วยในป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพตนเองเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรง

1.3 ลักษณะของการเจ็บป่วย Kaplan & Sadock (1996) กล่าวถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนเกณฑ์การรักษาว่าเกิดขึ้นเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค ซึ่งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา 2 ลักษณะ ได้แก่ (1) ความคิดหลงผิดว่าตนเองใหญ่โต (2) อาการทางลบ เป็นกลุ่มอาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น การตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการพยากรณ์โรคไม่ดี (Oehl et al., 2000)

2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นองค์ประกอบที่เกิดขึ้นในสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภททั้งในครอบครัวและชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งประกอบด้วย ฐานะทางเศรษฐกิจ การอยู่ร่วมกับครอบครัว การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติ ทักษะคิดของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางการปฏิบัติของบุคคลเหล่านี้ต่อการรักษาอาการทางจิต ซึ่งมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

3) ปัจจัยด้านการรักษา ปัจจัยด้านการรักษาที่ส่งผลถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาได้แก่ 1) วิธีการได้รับยาเข้าสู่ร่างกาย 2) ความซับซ้อนของการรักษา 3) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ยารักษาโรคจิต โดยการศึกษาของ Marder (2003) พบว่าเหตุผลของการไม่ใช้ยาในกลุ่มที่ไม่ร่วมมือในการรักษา คือ ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงของยา

4) ปัจจัยด้านทึ่มสุขภาพ ซึ่งหมายถึง บุคลากร คือ พยาบาล แพทย์ เภสัชกรและนักสังคมสงเคราะห์ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยา พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทึ่มสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ให้บริการและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันจะทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (สาธุพร พุฒขาว, 2542)

จะเห็นได้ว่ามีปัจจัยต่างๆมากมาย ที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการที่พยาบาลได้ประเมินถึงปัจจัยต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้อง จึงเป็นเรื่องสำคัญและมีประโยชน์ในการวางแผนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องมากขึ้น

## 2.5 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา พอสรุปได้ คือ (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536 ; เพชรี คันธสายบัว, 2544; Fenton et.al., 1997)

1. การประเมินโดยตรง (Direct method) วิธีการประเมินโดยตรงคือการวัดระดับปริมาณยาที่ผู้ป่วยใช้โดยติดตามผลการเปลี่ยนแปลงของระดับยาหรือปริมาณยาตามแต่ความเหมาะสม ได้แก่

- 1.1) การวัดระดับยาในเลือด (Blood level monitoring)
- 1.2) การวัดปริมาณยาในปัสสาวะ
- 1.3) การวัดปริมาณยาจากสิ่งคัดหลั่งจากร่างกายอื่นๆ เช่น น้ำลาย อุจจาระ

2. การประเมินทางอ้อม (Indirect method) เป็นวิธีการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย โดยประเมินจากวิธีการอื่นที่ไม่ใช่การวัดจากตัวยาโดยตรง แต่วิธีการประเมินนั้นมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย อาจทำได้หลายวิธี คือ

2.1) การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการที่ใช้บ่อยและใช้ง่ายที่สุด อาจสอบถามหรือสัมภาษณ์จากตัวผู้ป่วยโดยตรง หรือสัมภาษณ์จากญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย

2.2) การนับจำนวนเม็ดยา เป็นอีกวิธีการหนึ่งที่ใช้บ่อย การปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาประเมินได้จากการนับเม็ดยาที่ให้แก่ผู้ป่วย และจำนวนที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยา หรือเมื่อใช้ยาไปแล้วระยะหนึ่ง

2.3) การสังเกตพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยตรง ซึ่งการประเมินวิธีนี้ ญาติผู้ป่วยหรือบุคลากรที่มสุขภาพที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน จะสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องครบถ้วน หรือไม่

2.4) พิจารณาจากการมาตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ป่วยที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

2.5) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self-report)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า การศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) วัดพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ส่วน Kumar & Sedgwick (2001) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้ Compliance Rating Scale (CRS) ซึ่งเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น โดยแสดงให้เห็นว่าการใช้เครื่องมือที่มีองค์ประกอบของการตรวจทางห้องทดลอง สามารถทำให้ผลการประเมินเชื่อถือได้มากขึ้นก็จริง แต่เหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยแต่ละราย สามารถได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์มากกว่า ดังนั้นในการประเมินโดยการสัมภาษณ์อย่างเดียวจึงดีกว่าการใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่นการตรวจเลือด หรือการตรวจปัสสาวะ หรือการให้ผู้ป่วยประเมินตนเอง (Self-report) (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ดังนั้นอาจสรุปได้ว่า แม้ว่าการใช้การประเมินหลายวิธีจะทำให้ผลการประเมินน่าเชื่อถือ แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ ดังนั้นในการศึกษาคำนี้ผู้วิจัยจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโดยใช้เครื่องมือสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่สร้างขึ้นโดย สรินทร เชี่ยวโสธร (2545)

## 2.6 ความตั้งใจมาตรวจตามนัด

2.6.1 ความหมายของความตั้งใจมีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลายดังนี้

ความตั้งใจ (Intention) เป็นความคิดที่จะกระทำการหนึ่งสิ่งใดซึ่งเป็นผลของการรับรู้และก่อให้เกิดความตั้งใจเมื่อสิ่งเร้านั้นมีการเปลี่ยนแปลง โดยองค์ประกอบที่ส่งเสริมให้เกิดความตั้งใจคือ แรงจูงใจ (Motives)

Ajzen & Fishbein (1980) กล่าวว่า ความตั้งใจเป็นความรู้สึกที่อยู่ภายในจิตใจของบุคคลที่จะเลือก หรือกระทำพฤติกรรมบางอย่าง

Ajzen (1988) กล่าวถึงความตั้งใจไว้ในทฤษฎีพฤติกรรมมนุษย์ ที่ได้รับการวางแผน (Theory of planned behavior) ว่าความตั้งใจของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าจะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น ดังนั้นการทำนายพฤติกรรมอย่างง่าย ๆ ก็คือ การสอบถามว่าบุคคลมีความตั้งใจจะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นหรือไม่

ทรงพล ภูมิพัฒน์ (2538) กล่าวว่า ความตั้งใจ จะมีความสัมพันธ์กับองค์ประกอบทางด้านการกระทำพฤติกรรมบางอย่าง

วฤณธร ตั้งตฤณกุล (2540) กล่าวว่า ความตั้งใจ หมายถึง ความเป็นไปได้ในพฤติกรรมของบุคคลที่แสดงพฤติกรรมบางอย่างออกมา ซึ่งองค์ประกอบอย่างหนึ่งที่แฝงอยู่ในตัวบุคคลมีพื้นฐานมาจากความรู้ ความจำ เจตคติและความเชื่อ ซึ่งมีส่วนผลักดันให้บุคคลประกอบกิจกรรมต่างๆอย่างจริงจัง

จุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ (2546) ความตั้งใจหมายถึง ความคิดที่จะกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่งซึ่งบ่งบอกถึงความเป็นไปได้ของบุคคลที่จะแสดงพฤติกรรมนั้นออกมา โดยองค์ประกอบสำคัญคือ ความรู้ ทักษะคติที่ก่อให้เกิดความตั้งใจและผลักดันให้มีพฤติกรรมนั้น

อรชร วรรณพฤษ (2546) กล่าวว่า ความตั้งใจ เป็นความรู้สึกนึกคิดจากการได้สัมผัสกับสิ่งต่างๆและแสดงออกมาเป็นความเชื่อ หรือทัศนคติต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใด

สรุปได้ว่า ความตั้งใจมาตรวจตามนัด หมายถึง กระบวนการคิดของผู้ป่วยที่แสดงออกถึงความต้องการจะกระทำพฤติกรรมการมาตรวจตามกำหนดนัดของแพทย์ ตามความเชื่อของบุคคลนั้นที่เกิดจากการมีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (คนใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย) ที่สนับสนุนการมาตรวจตามนัด ดังนั้นการทำนายพฤติกรรมความตั้งใจมาตรวจตามนัดอย่างง่าย ๆ ตามแนวคิดของ Ajzen (1988) ก็คือการสอบถามว่าบุคคลมีความตั้งใจจะทำการมาตรวจตามนัด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการมาตรวจตามนัด นั้นหรือไม่

## 2.6.2 ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action)

Ajzen & Fishbein (1980) ได้อธิบายว่า พฤติกรรมทางสังคมของมนุษย์ ซึ่งรวมทั้งการให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล และการป้องกันโรคนั้น ไม่ได้ถูกควบคุมด้วยสิ่งจูงใจที่ขาดสติสัมปชัญญะ หรือขาดความคิดของบุคคล แต่บุคคลตัดสินใจที่จะร่วมหรือไม่ร่วมในพฤติกรรมการปฏิบัติอย่างหนึ่ง โดยพิจารณาอย่างละเอียดถึงองค์ประกอบหลายอย่างของพฤติกรรมการปฏิบัตินั้น เนื่องจากจุดมุ่งหมายของทฤษฎีนี้ต้องการที่จะทำนาย และเข้าใจ

พฤติกรรมของบุคคล การที่จะให้เป็นไปตามจุดมุ่งหมายดังกล่าว จะต้องทำเป็นขั้นตอนดังนี้ (ประภาเพ็ญ สุวรรณ และสวิง สุวรรณ, 2534)

ขั้นตอนที่ 1 ระบุและวัดพฤติกรรมที่สนใจ เมื่อทราบอย่างแน่ชัดแล้วถามถึงการตัดสินใจต่อพฤติกรรมนั้น จากแนวคิดของทฤษฎีนี้ได้ข้อสรุปที่ว่า การกระทำส่วนใหญ่ที่เกี่ยวกับสังคมอยู่ภายใต้การควบคุมของความตั้งใจ หากยึดข้อสรุปนี้จะมองว่า ความตั้งใจของบุคคลเป็นตัวกำหนดว่าจะปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น เมื่อคิดว่าความตั้งใจเป็นตัวกำหนดพฤติกรรม อาจมองอย่างง่าย ๆ ว่าการทำนายพฤติกรรมคือ การถามบุคคลว่าเขามีความตั้งใจที่จะกระทำหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นหรือไม่ ซึ่งความจริงอาจไม่ถูกต้องเสมอไปในเรื่องเกี่ยวโยงระหว่างพฤติกรรมแต่มีส่วนเกี่ยวโยงอยู่มาก

ขั้นตอนที่ 2 เนื่องจากจุดมุ่งหมายอีกข้อต้องการที่จะเข้าใจพฤติกรรมของบุคคล ขั้นตอนนี้จึงต้องวิเคราะห์เพื่อที่จะสามารถระบุตัวที่กำหนดให้เกิดความตั้งใจ จากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผลความตั้งใจของคนที่จะกระทำการใดอยู่ที่ตัวกำหนดสำคัญ 2 ประการคือ ธรรมชาติของบุคคลนั้น อิทธิพลของบุคคลนั้น และอิทธิพลของสังคม

1) ประการแรก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคคล หมายถึง การที่บุคคลจะประเมินผลการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นว่าเป็นบวกหรือลบปัจจัยนี้เรียกว่า “ทัศนคติต่อพฤติกรรม” (Attitudes toward the behavior) คือการที่บุคคลตัดสินใจว่าจะประกอบ

2) ประการที่สอง เป็นความรู้สึกของบุคคลว่าอิทธิพลของสังคมเป็นตัวกำหนดให้บุคคลประกอบพฤติกรรมเช่นนั้นหรือไม่ปัจจัยนี้เรียกว่าบรรทัดฐานของกลุ่มอิทธิพลหรือบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (Subjective norm)

ทฤษฎีนี้เชื่อว่าความเชื่อจะมีอิทธิพลต่อทัศนคติและบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ทั้งสององค์ประกอบนี้จะมีอิทธิพลต่อความตั้งใจที่จะทำพฤติกรรม และความตั้งใจนี้จะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นผลส่วนใหญ่มาจากการเปลี่ยนแปลงความเชื่อดังนั้นอาจจะสรุปได้ว่าการเปลี่ยนแปลงความเชื่อควรจะทำให้มีขึ้นถ้าจะเปลี่ยนแปลงทัศนคติของบุคคลหรือเปลี่ยนแปลงการรับรู้เกี่ยวกับบรรทัดฐาน (norms) และทฤษฎีนี้เชื่อว่า ความเชื่อเป็นองค์ประกอบที่สำคัญต่อการคาดคะเนพฤติกรรม และความเชื่อด้านสุขภาพจะมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์ และพฤติกรรมการป้องกันโรค

การวัดพฤติกรรมของบุคคลอาจวัดได้จากความตั้งใจ ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมได้ ด้วยการถามบุคคลถึงความตั้งใจที่จะกระทำหรือแสดงพฤติกรรมนั้น และเพื่อให้การประเมินความตั้งใจบังเกิดผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมตามผลที่คาดไว้ในอนาคต

จึงจำเป็นต้องเรียนรู้ถึงแนวทางการวัดความตั้งใจ ตามทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล สามารถแยกได้ออกเป็น 2 ส่วน คือส่วนที่เป็นทัศนคติต่อการกระทำ และส่วนที่เป็นบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง (อุษณีย์ วรรณาลัย, 2548) โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) ทัศนคติของพฤติกรรมความเชื่อเด่นชัดที่มีต่อพฤติกรรมนั้น (Salient behavior) เมื่อทราบความเชื่อเด่นชัดของบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมนั้นโดยวัดจากการประเมินผลลัพธ์ตามความเชื่อเด่นชัดว่าเป็นผลของการกระทำพฤติกรรมไม่ว่าจะเป็นทางบวกหรือลบ กับ การวัดความเชื่อกับผลของการกระทำพฤติกรรมว่ามีโอกาสเกิดขึ้นมากน้อย

1.1 ความเชื่อเด่นชัดต่อการกระทำพฤติกรรมโดยทั่วไปบุคคลจะมีความเชื่อหลายอย่างต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่จัดได้ว่าเป็นความเชื่อเด่นชัดซึ่งจะเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิดของทัศนคติของบุคคล จำเป็นจะต้องวัดให้สอดคล้องกับทัศนคติทั้งในด้านการกระทำเป้าหมาย สภาพการณ์และเวลาเช่นเดียวกับความสอดคล้องในการวัดทัศนคติกับความตั้งใจ และการกระทำพฤติกรรม

1.2 การประเมินผลลัพธ์ตามความเชื่อเด่นชัดเป็นการประเมินว่า ผลการกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อเด่นชัดจะให้คุณค่าในทางบวกหรือทางลบมากน้อยเพียงไร

1.3 ความเชื่อต่อผลการกระทำพฤติกรรมเป็นการประเมินความเป็นไปได้หรือโอกาสการเกิดผลการกระทำพฤติกรรมตามความเชื่อเด่นชัดว่ามีมากน้อยเพียงใด

2) บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิง ตัวกำหนดหรือความเชื่อของบุคคลที่เชื่อว่า ผู้อื่นที่มีความสำคัญหรือมีความหมายต่อตน คิดว่าตนควรกระทำหรือไม่ควรกระทำ (normative beliefs) “ผู้อื่น” ในที่นี้เน้นเฉพาะคนรอบข้างที่อาจเป็นตัวบุคคลหรือกลุ่มบุคคลซึ่งมีความสำคัญต่อพฤติกรรมนั้นซึ่งอาจเรียกได้ว่าเป็นกลุ่มอ้างอิงเด่นชัด (Salient referents) การวัดบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงจะต้องคำนึงถึงความสอดคล้องกับพฤติกรรมทั้ง 4 ด้านคือการกระทำ เป้าหมาย สภาพการณ์ และเวลาในการวัด นอกจากจะประเมินความเชื่อต่อกลุ่มอ้างอิงแล้ว จำเป็นต้องประเมินแรงจูงใจทั่วไปของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมตามความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงเหล่านั้นด้วย ซึ่งองค์ประกอบทั้งสองนี้ช่วยให้สามารถทำนายและทำความเข้าใจบรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงได้ดียิ่งขึ้น

จากแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen & Fishbein (1980) เป็นทฤษฎีที่พัฒนาขึ้น เพื่อศึกษาพฤติกรรมมนุษย์ โดยมีแนวคิดพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้มีเหตุผล รู้จักใช้ข้อมูลที่มีอยู่อย่างเป็นระบบในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตัวเอง และได้เชื่อว่าพฤติกรรมมนุษย์นั้นได้พิจารณาสิ่งที่เกี่ยวกับตนเองก่อนที่จะตัดสินใจกระทำ

หรือไม่กระทำพฤติกรรมใด กล่าวคือ พฤติกรรมส่วนใหญ่ของบุคคลอยู่ภายใต้การควบคุมของ ความตั้งใจที่จะกระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมนั้น (Behavior Intention) ดังนั้นความตั้งใจของ บุคคลที่จะกระทำหรือไม่กระทำ ซึ่งเป็นตัวกำหนดที่ใกล้ชิดของการกระทำพฤติกรรม ความตั้งใจ ขึ้นกับปัจจัย 2 ประการ คือ ทศนคติที่มีต่อพฤติกรรม (Attitude toward The Behavior) ซึ่งเป็น ปัจจัยส่วนบุคคลหมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อของบุคคลที่มีต่อการกระทำพฤติกรรมทั้งด้านบวก ด้านลบ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง (Subjective Norm) ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคมหมายถึง การ รับรู้ของบุคคลที่มีต่อความคาดหวังของกลุ่มอ้างอิงที่มีความสำคัญกับตนเอง กลุ่มอ้างอิงในที่นี้ หมายถึงคนใกล้ชิดที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น

ในการศึกษาวิจัยนี้ได้ใช้แนวคิดตามทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action) ของ Ajzen (1988) ซึ่งความตั้งใจมาตรวจตามนัดจึงหมายถึง กระบวนการ คิดของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกถึงความต้องการจะกระทำพฤติกรรมมาตรวจตามกำหนดนัด ของแพทย์ ประเมินโดยพัฒนาจากแบบสอบถามความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปาก มดลูก ของ ศราวุธ อินทร์ (2549)

### 3. แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยของผู้ป่วย จิตเภท

การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเสริมสร้างความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นกระบวนการสอนและการเรียนรู้ เพื่อให้เกิดการ เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการร่วมมือรักษาด้วยยา โดยการสอนเป็นกระบวนการของการ ดำเนินการถ่ายทอดความรู้ ในการช่วยเหลือบุคคลเพื่อสร้างเสริมความรู้ใหม่ หรือพัฒนาความรู้ และทักษะบางประการ ซึ่งวิธีการสอนที่ดีจะทำให้ผู้เรียนได้ทั้งความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และทักษะที่นำไปปฏิบัติได้ (Practice) การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ของผู้ป่วยจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท จะบรรลุตามวัตถุประสงค์ได้ต้องอาศัยแนวคิดทฤษฎีที่ เกี่ยวข้องดังนี้

#### 3.1 ทฤษฎีการสอนและการเรียนรู้

##### 3.1.1 แนวคิดเกี่ยวกับการเรียนรู้

การเรียนรู้มีความสำคัญและความจำเป็นต่อผู้สอนและผู้เรียน คือ การเรียนรู้ทำ ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ต้องการ ถ้าต้องการให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมใด ก็สอนให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งนั้น ผลทำให้ผู้เรียนมีพฤติกรรมที่ต้องการ (สุชิน เพชรรักษ์, 2544) การ เรียนรู้ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 3 ด้าน ดังนี้



- (1) พฤติกรรมทางด้านความรู้ เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนจากไม่รู้เป็นรู้
- (2) พฤติกรรมด้านเจตคติ เป็นพฤติกรรมที่เปลี่ยนจากไม่ชอบเป็นชอบ แสดงออกโดยการแสดงสีหน้าเต็มใจ สนใจ
- (3) พฤติกรรมด้านทักษะหรือพฤติกรรมด้านการปฏิบัติเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกโดยแสดงการกระทำที่สามารถเห็นได้ เป็นการใช้ความสามารถที่แสดงออกทางร่างกาย ซึ่งรวมทั้งการปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่แสดงออกและสังเกตได้ในสถานการณ์หนึ่งๆ

### องค์ประกอบการเรียนรู้

องค์ประกอบการเรียนรู้ เกิดขึ้นได้ต้องอาศัยองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ถ้าขาดองค์ประกอบใดองค์ประกอบหนึ่งการเรียนรู้จะไม่เกิดขึ้น ได้แก่

- (1) สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า
- (2) ผู้เรียน หมายถึง ผู้ที่แสดงพฤติกรรมการตอบสนองหลังจากได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้านั้นๆ
- (3) การตอบสนอง หมายถึง การกระทำหรือพฤติกรรมที่ผู้เรียนแสดงออกมาในขณะที่กำลังเรียน เมื่อได้รับการกระตุ้นจากสิ่งเร้า

### ทฤษฎีการเรียนรู้

ทฤษฎีการเรียนรู้ทำให้ทราบถึงแนวทางการปฏิบัติที่จะทำให้เกิดการเรียนรู้และมีพฤติกรรมตอบสนองการเรียนรู้ ซึ่งความสำคัญของทฤษฎีการเรียนรู้ ต่อผู้สอนมีดังนี้ (มาลี เอ็ม ลำอาจ, 2545) ช่วยกำหนดรูปแบบวิธีการสอน ช่วยให้ผู้สอนเข้าใจกระบวนการเรียนรู้ ช่วยอธิบายพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียน

#### 3.1.2 แนวคิดการสอน

การสอนเป็นกระบวนการของการดำเนินการถ่ายทอดความรู้ ช่วยบุคคลสร้างความรู้ใหม่ หรือพัฒนาความรู้และทักษะบางประการ

ทฤษฎีการสอนและการเรียนรู้เน้นว่ามีความสำคัญต่อผู้สอน ที่จะยึดหลักการนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดผลดีต่อผู้เรียน ทฤษฎีการสอนและการเรียนรู้ที่สำคัญในปัจจุบันแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ (Walsh & Bernhard, 1998 cited in Townsend, 2003) ทฤษฎีกลุ่มพฤติกรรมนิยม (Behavioral Theory) ทฤษฎีกลุ่มพุทธินิยม (Cognitive Theory) ทฤษฎีกลุ่มมนุษยนิยม (Humanistic Theory)

#### 3.2 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

แนวคิดนี้อธิบายว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลการที่บุคคลรับรู้ว่าจะตนเสี่ยงต่อการมีสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี

ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังไม่แน่ชัดว่าจะเป็นพฤติกรรมแบบใด การเลือกแนวทางของการปฏิบัติที่เชื่อว่าจะอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคมีน้อย ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้น เช่นกัน ในสถานการณ์เช่นนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง (conflict) และอาจมีปฏิกริยาออกมาใน 2 ลักษณะ คือ 1)พยายามหนีจากสถานการณ์นั้น หรือ 2) มีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมาก ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้างเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

### 3.3 กลุ่มบำบัด

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และไม่มาตรวจตามนัด เป็นการดูแลแบบองค์รวมส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเรียนรู้ เข้าใจ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความคิดเห็นกับผู้ป่วยจิตเภทอื่นๆ มีพฤติกรรมดูแลตนเอง เพื่อป้องกันอาการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นการบำบัดรักษา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และไม่มาตรวจตามนัด ในรูปแบบกลุ่มบำบัดเป็นวิธีการให้การบำบัดที่คุ้มค่าต่อเวลาและค่าใช้จ่าย เพราะสามารถให้บริการบำบัดรักษาครั้งละหลายคน ผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งกันและกัน นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมารับประทานยาที่ถูกต้องเหมาะสม และการมาตรวจพบแพทย์ตามนัด

ซึ่งกลุ่มบำบัด หมายถึงรูปแบบการบำบัดชนิดหนึ่ง มีการคัดเลือกสมาชิกเข้ากลุ่ม ดำเนินกลุ่ม โดยผู้นำที่ได้รับการฝึกฝนด้านนี้มาแล้ว มีจุดประสงค์เพื่อให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการใช้ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ผู้นำกลุ่มเอื้ออำนวยให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เสนอแนะวิธีการต่างๆกัน จนเกิดการเรียนรู้ สามารถปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมไปในทางที่พึงประสงค์ ภายใต้บรรยากาศของตน ให้เกียรติยอมรับ รู้สึกปลอดภัยไว้วางใจและให้กำลังใจ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

#### 3.3.1 องค์ประกอบของกลุ่ม

1) **ขนาดของกลุ่ม** โดยทั่วไปแล้วควรมีสมาชิก 10 คน หรือน้อยกว่านั้น สำหรับกลุ่มซึ่งประกอบด้วยสมาชิกที่เป็น วัยรุ่น หรือวัยผู้ใหญ่ กลุ่มขนาดสมาชิกที่เหมาะสม 6 – 10 คน เป็นขนาดซึ่งผู้นำกลุ่มสามารถที่จะนำกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Trotzer, 1977) ซึ่งเป็นกลุ่มจำนวนสมาชิกที่สามารถทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกแต่ละคน มีเวลาน้อยที่จะจัดการกับ

ปัญหาต่างๆ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แสดงอารมณ์และความคิดเห็นด้านต่างๆ น้อย แต่ถ้าสมาชิกน้อยเกินไป จะทำให้สัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นลดลง หากมีสมาชิกเกินกว่า 10 คน สมาชิกบางคนอาจจะไม่ได้รับความสนใจ หรือมีส่วนร่วมในกลุ่มอย่างเต็มที่ บางคนก็อาจหลีกเลี่ยงการเข้าร่วม และกลุ่มอาจจะมีสภาพกลายเป็นห้องเรียนมากกว่าที่จะเป็นช่วงเวลาแห่งการปรึกษาเชิงจิตวิทยา

2) **ระยะเวลาความถี่** จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ขึ้นอยู่กับชนิด และวัตถุประสงค์ของกลุ่มที่กำหนดไว้ โดยทั่วไประยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 1 – 1 ½ ชั่วโมง เพราะจะทำให้สมาชิกกล้า ขาดสมาชิก หหมดความสนใจ ส่วนความถี่ในการให้การศึกษาแบบรายกลุ่มควรจัดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ยกเว้นในกลุ่มประเภทเร่งด่วน ที่จะต้องดำเนินการให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ ในระยะเวลาที่จำกัด สัปดาห์หนึ่งอาจพบกันมากกว่า 1 ครั้ง หรือในกลุ่มพัฒนาตนเองบางประเภท อาจต้องใช้เวลายาวนานพบปะกันอย่างต่อเนื่องถึง 24 ชั่วโมง หรือมากกว่านั้น ซึ่งเรียกกลุ่มทักษะนี้ว่า กลุ่มมาราธอน (Marathon)

3) **จัดสถานที่** การจัดสถานที่รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่างๆ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญโดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีผลต่อปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ภายในกลุ่มห้องที่ใช้จัดกลุ่มควรมีขนาดเหมาะสม กว้างพอที่กลุ่มจะทำกิจกรรมร่วมกันอย่างเหมาะสม อากาศถ่ายเทได้สะดวก ไม่ร้อนจนเกินไป นอกจากนั้นควรคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เพื่อเปิดโอกาสให้ได้แสดงออกอย่างเต็มที่ รู้สึกผ่อนคลายและเป็นอิสระ

4) **รูปแบบการจัดที่นั่ง** ควรจัดให้สมาชิกและผู้นำกลุ่มนั่งเป็นวงกลม หรือตัวยูจ๋าทำให้สมาชิกทุกคนมองเห็นกันได้อย่างทั่วไป ตลอดจนช่วยทำให้สมาชิกรู้สึกว่าผู้นำกลุ่มไม่ได้มีบทบาท อำนาจเด่นไปจากตน

5) **ลักษณะของกลุ่ม** โดยทั่วไปลักษณะของกลุ่มจำแนกตามการเข้าออกของสมาชิกในกลุ่ม ดังนี้

- กลุ่มปิด (Closed group) หมายถึง กลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่มเดียวกัน ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งเข้ากลุ่ม การจัดกลุ่มแบบเปิดจะช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนาไปตามลำดับอย่างมีประสิทธิภาพตามเวลาที่กำหนด และสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันได้เร็ว

- กลุ่มเปิด (Open group) หมายถึง กลุ่มที่มีการรับสมาชิกใหม่มาแทนสมาชิกที่ออกไปเป็นระยะๆ ซึ่งการมีสมาชิกใหม่เข้าในกลุ่ม อาจขัดขวางพัฒนาการและกระบวนการกลุ่มได้ จึงมักใช้ในกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องใช้ความต่อเนื่อง หรือไม่ต้องใช้ความสัมพันธ์ภายในกลุ่มมากนักแต่

ผู้นำกลุ่มจะต้องใช้ความสำคัญการแนะนำสมาชิกใหม่แก่กลุ่มและเน้นให้สมาชิกใหม่เห็นความสำคัญว่าตัวเขา มีส่วนร่วมในการรับผิดชอบ เช่นเดียวกับสมาชิกอื่นๆ

**3.3.2 ปัจจัยการบำบัด (Curative Factor) Yalom (1975)** ได้กล่าวถึงปัจจัยบางประการที่มีผลต่อประสิทธิภาพการทำการบำบัด ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดการเปลี่ยนแปลงไปตามเป้าหมายของกลุ่มดังนี้ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; ปราโมทย์ เชาว์ศิลป์, 2543)

1) การสร้างความหวัง (Installation of hope) การมีความหวังการมีความเชื่อมั่นใจต่อการบำบัดรักษา หวังว่าตนเองจะมีอาการดีขึ้น ทำให้มีกำลังใจต่อสู้เมื่อเห็นสมาชิกในกลุ่มเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี

2) การมีความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Universality) สมาชิกกลุ่มเรียนรู้ว่าทุกคนมีปัญหาเหมือนกัน ทำให้ความรู้สึกว่าตนเองทุกข์คนเดียวลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่โดดเดี่ยว

3) การได้รับข้อมูลข่าวสาร (Imparting of Information) สมาชิกมีโอกาสได้รับฟังคำแนะนำจากคนอื่น และขณะเดียวกันมีโอกาสนำข้อมูลหรือคำแนะนำจากคนอื่น เช่น กัน เป็นการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างสมาชิก

4) ความเกื้อกูล (Altruism) สมาชิกมีโอกาสได้แสดงความคิดเห็นที่เป็นประโยชน์ต่อคนอื่น ช่วยเหลือให้กำลังใจกัน สนับสนุนร่วมแก้ไขปัญหา ให้ผู้อื่นและทำให้ตัวเองรู้สึกว่ามีคุณค่า

5) การพัฒนาทักษะทางสังคม (Development of socializing Techniques) สมาชิกมีโอกาสเรียนรู้การปรับตัวที่ไม่เหมาะสมทางสังคมจากการสะท้อนความคิดเห็นของคนอื่น

6) การได้ระบายความรู้สึก (Catharsis) สมาชิกได้ระบายความรู้สึกในบรรยากาศของการยอมรับ ทำให้อารมณ์ที่พุ่งพล่านลดลง สมาชิกมีความสบายใจ มีการพัฒนาด้านอารมณ์ที่พุ่งพล่านลดลง สมาชิกมีความสบายใจ มีการพัฒนาด้านอารมณ์และจิตใจไปในทางที่ดีขึ้น

7) ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (Group Cohesiveness) สมาชิกมีความผูกพัน มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น

8) การแก้ไขประสบการณ์เดิมในครอบครัว (The corrective recapitulation of the primary family group) สถานการณ์ในกลุ่มคล้ายกับในครอบครัว จึงทำให้สมาชิกนึกถึงความขัดแย้งในครอบครัวของตนเอง และแสดงพฤติกรรมแบบเก่าที่เป็นปัญหาออกมา ผู้บำบัดจะให้สมาชิกได้เรียนรู้ที่จะแก้ไขพฤติกรรมนั้นๆ ให้ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เป็นการแก้ไขประสบการณ์และพฤติกรรมเดิม

9) การเลียนแบบพฤติกรรม (Imitative Behavior) ในกลุ่มสมาชิกสามารถเลียนแบบพฤติกรรม ทั้งจากสมาชิกด้วยตนเอง และจากผู้บำบัด เมื่อสมาชิกประทับใจพฤติกรรมของใคร

หรือเห็นว่าพฤติกรรมนั้นดีกว่าพฤติกรรมของตนเอง สมาชิกก็จะเลียนแบบและนำไปประยุกต์ใช้ กับปัญหาของตนบ้าง

10) ความจริงอันเป็นสัจธรรม (Existential Factor) ในบางครั้งปัญหาที่สมาชิกเผชิญ เป็นปัญหาหนักหนาสาหัส เช่น ต้องเผชิญกับความรับผิดชอบ การอยู่โดดเดี่ยว หรืออยู่อย่างสิ้น ความหมาย กลุ่มจะช่วยสมาชิกเรียนรู้ความจริงอันเป็นสัจธรรม หรืออนิจจัง ทุกข์ขัง อนัตตา สมาชิกเรียนรู้ว่าปัญหาบางอย่าง สมาชิกอาจช่วยเหลือกันได้แต่มีปัญหบางอย่าง ที่เราต้องเผชิญ ตามลำพัง ผู้อื่นช่วยไม่ได้การเรียนรู้แบบนี้แม้ว่าจะทำอะไรไม่ได้ แต่ก็ช่วยให้สมาชิกยอมรับสภาพ และมีความทุกข์น้อยลง

11) เรียนรู้ที่จะติดต่อและสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Interpersonal Learning) โดยอาศัยกลุ่มเป็นที่ฝึกซ้อม กลุ่มเปรียบเสมือนสังคมจำลอง (Social Microcosm) ให้เวลานานพอที่ผู้ป่วยจะได้เรียนรู้ การค้นหา และการปรับเปลี่ยนแก้ไขพฤติกรรม

**3.3.3 ทักษะของการทำกลุ่มบำบัด** ทักษะที่จำเป็นในการทำกลุ่มบำบัดดังนี้ (พงษ์พันธ์ พงษ์โสภา, 2543)

1) ทักษะการฟัง (Listening) เป็นการฟังแบบใส่ใจและสนใจฟังทั้งในเรื่องของเนื้อหาสาระรวมถึงรับฟังความคิด อารมณ์และความสนใจปัญหาของสมาชิก ขณะเข้ากลุ่ม

2) การแสดงความเข้าใจ (Empathy) ให้ความสนใจ ตั้งใจฟัง สังเกต โดยจับประเด็นของสมาชิกผู้ตนเอง แล้วเชื่อมโยงความรู้สึกของสมาชิก

3) การสังเกต (Observation) ใช้การมองด้วยตา และรับฟังด้วยหู เพื่อรับรู้สิ่งต่างๆ ที่สมาชิกแสดงออกมาทั้งวาจา และไม่ใช่วาจา รวมทั้งความสอดคล้อง หรือความขัดแย้งที่เกิดขึ้นใน คำพูด และระหว่างคำพูดกับพฤติกรรมที่แสดงออกมา

4) การถาม (Questioning) เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ในปัญหาของสมาชิก ค้นหาสาเหตุความต้องการ ความรู้สึกนึกคิดของสมาชิก

5) การสรุปความ (Summarizing) เป็นการรวบรวมประเด็นสำคัญของข้อมูลต่างๆ ที่ ได้ในการบำบัดรักษา เพื่อเกิดความเข้าใจตรงกันของผู้บำบัดและสมาชิก

6) ศิลปะการสอน (Didactic aspect) การที่ผู้บำบัดเป็นผู้ให้คำอธิบายแก่สมาชิก เพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงความสัมพันธ์ของความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม และเป้าหมายของการบำบัด เพื่อให้สมาชิกเกิดความกระจ่าง และร่วมมือในการบำบัดรักษา

7) การเสริมแรง (Reinforcement) จะใช้ภายหลังจากสมาชิกได้แสดงพฤติกรรมที่พึง ประสงค์ หากได้รับการเสริมแรงจะทำให้เกิดความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มมากขึ้น การเสริมแรงมี 2

ชนิด คือ 1) การเสริมแรงทางบวก (Positive reinforcement) ได้แก่ การให้รางวัล คือ เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้รับเกิดความพึงพอใจ ซึ่งอาจเป็นสิ่งของ คำพูด คำชมเชย หรือการแสดงออกโดยใช้ภาษาท่าทาง (Non – verbal) ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่จะทำให้ผู้ที่ได้รับ การเสริมแรงแสดงพฤติกรรมเช่นเดิมซ้ำอีกในอนาคต 2) การเสริมแรงทางลบ (Negative reinforcement) คือการทำให้ความถี่ของพฤติกรรมเพิ่มขึ้น อันเป็นผลมาจากการที่แสดงพฤติกรรมนั้น สามารถถอดถอนจากสิ่งเร้าที่ไม่พึงประสงค์ (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

8) การเรียนรู้โดยใช้ตัวแบบทางสังคม (Social Modeling หรือ Initiative Learning) Bandura เชื่อว่าการเรียนรู้ส่วนใหญ่ของคนเรา เกิดจากการสังเกตพฤติกรรมจากตัวแบบ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการสังเกตพฤติกรรมผู้อื่น แล้วผ่านกระบวนการคิด เพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ของตนเอง (Bandura, 1997) ตัวแบบดังกล่าวมี 3 รูปแบบคือตัวแบบที่เป็นบุคคล (Life model) เช่น ผู้บำบัด พ่อแม่ เพื่อน และตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model) เช่น ตัวแบบที่ผ่านสื่อทีวี หนังสือ ภาพยนตร์ ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Verbal zeneviption or Instruction) เป็นตัวแบบที่ผ่านสื่อทีวี หนังสือ ภาพยนตร์ ตัวแบบที่เป็นคำสอน (Verbal zeneviption or Instruction) เป็นตัวแบบที่เป็นการพูด หรือบอกทางวาจา หรือเป็นคำสอนในภาคเรียน เช่น ชุดคำสอน แม่แบบชนิดนี้ หากใช้ประกอบแม่แบบทางพฤติกรรมก็จะเพิ่มประสิทธิภาพ ในการเรียนรู้มากขึ้น (สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2541)

9) การเสนอแนะ (Advice) และการสอน (Teaching) การสอน หมายถึง การให้ความรู้ ข้อมูลหรือทักษะ การให้คำแนะนำ คือ การแนะแนวทางปฏิบัติ การสอนและการเสนอแนะมีประโยชน์ สามารถช่วยให้สมาชิกดีขึ้น ในเรื่องต่างๆ เช่น ทักษะการเข้าสังคม ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการกล้าแสดงออก

3.3.4 กระแสความเคลื่อนไหวของกลุ่ม (Group process) เป็นการมองในแง่มุมของการพัฒนาการที่เกิดขึ้นตามลำดับ และเป็นการอธิบายตามทัศนะของ Trotzer (1977) ซึ่งได้จำแนกกระแสความเคลื่อนไหวที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มไว้ทั้งสิ้น 5 ขั้นตอน ดังนี้

- 1) ขั้นสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย (The security stage)
- 2) ขั้นยอมรับกลุ่ม (The acceptance stage)
- 3) ขั้นรับผิดชอบต่อตนเอง (The responsibility stage)
- 4) ขั้นแก้ไขเปลี่ยนแปลง (The work stage)
- 5) ขั้นยุติการปรึกษา (The closing stage)

การวิจัยครั้งนี้จึงเลือกแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ที่มุ่งเน้นกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งในการวิจัยนี้การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ให้เกิดพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา คือ มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด คือ โดยเน้นกระบวนการกลุ่มบำบัดซึ่งเป็นกลุ่มสมาชิกที่มีปัญหาเหมือนกัน (common-problem group) ตามแนวคิดของ Trotzer (1977) คือผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา กลุ่มที่มีความเหมือนกัน เช่นนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์หลายประการ สมาชิกกลุ่มจะรู้สึกโดดเดี่ยว แต่จะมีความรู้สึกกว่าทุกคนมีหัวอกเดียวกันต่างมีปัญหาร่วมกัน ซึ่งในงานวิจัยนี้ทุกคนเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท เคยหรือยังมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา บรรยากาศในกลุ่มประเภทนี้จึงเต็มไปด้วยความเข้าใจซึ่งกันและกัน พร้อมจะแลกเปลี่ยนความรู้สึกนึกคิดต่อกัน สมาชิกแต่ละคนจะได้รับประโยชน์จากกลุ่มโดยการสังเกตคนอื่นๆ แก้ไขปัญหาซึ่งคล้ายคลึงกับของตนเอง ช่วยเหลือให้สมาชิกในกลุ่มได้สำรวจค้นหาและเผชิญหน้ากับปัญหาที่รบกวนจิตใจของพวกเขา และหาทางแก้ไขปัญหานั้น สนับสนุนสมาชิกช่วยเหลือเกื้อหนุนกัน จนกระทั่งปัญหาถูกขจัดไป (ดวงใจ กษานติกุล และคณะ, 2530) ดังนั้นกระบวนการกลุ่มบำบัดนับว่าเป็นสิ่งสำคัญของพยาบาลจิตเวชและทีมสุขภาพจิตอื่นๆ

#### 4. ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)

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

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al. 2006) การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ผ่านกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) ดังนี้ (กิจกรรมที่ 1) เพื่อให้ผู้ป่วยมีความตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (กิจกรรมที่ 2) เพื่อให้ผู้ป่วยกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือใน

การรักษาของตนเอง (กิจกรรมที่ 3) เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 4) เพื่อให้ผู้ป่วยพึงพอใจผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 5) เพื่อให้ผู้ป่วยสร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 6) เพื่อให้ผู้ป่วยจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาของตนเอง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค โดยอธิบายถึงกระบวนการทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยการปฏิบัตินั้น บุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (active role) พฤติกรรมเหล่านี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (Goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ เข้าไว้เป็นวิถีชีวิต (life style) แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender นี้ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี 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

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

#### 4.1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

1) พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงอาจเกิดจากการสร้างเป็นสุขนิสัย ซึ่งทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างอัตโนมัติโดยไม่ต้องสนใจรายละเอียดของการปฏิบัตินั้นมากนักอิทธิพลโดยอ้อมนั้นสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) พฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติจริง



และการป้องกันจากพฤติกรรมเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถหรือทักษะของตนเอง ส่วนประโยชน์ที่คาดล่วงหน้าหรือที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าวคือ การคาดหวังผลลัพธ์ ถ้าประโยชน์ในระยะสั้นเกิดขึ้นเร็วบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ นอกจากนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จนั้นจำเป็นต้องเอาชนะอุปสรรคที่เคยประสบและเก็บสะสมไว้ในความทรงจำด้วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์นั้น พบว่า การกระทำพฤติกรรมใดๆ ก็ตามมักมีอารมณ์ต่างๆเกิดขึ้นร่วมด้วย ทั้งที่เป็นอารมณ์ในทางบวกและทางลบ อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังจากการกระทำพฤติกรรม อารมณ์ดังกล่าวจะถูกบันทึกอยู่ในความทรงจำ เป็นข้อมูลซึ่งจะถูกดึงออกมาเมื่อมีการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมนั้นในภายหลังพฤติกรรมเดิมจึงเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งต่อการรู้คิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการปรับความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผ่านมาทางบวกและสร้างเสริมให้รับรู้ความสามารถและอารมณ์ของตนเองในทางบวก โดยผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการป้องกันทางบวก

2) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal factors) เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลโดยตรงทั้งต่ออารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ปัจจัยส่วนบุคคลแบ่งได้เป็น 3 ด้าน ดังนี้ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological) ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีความหนาของร่างกายภาวะการเจริญพันธุ์ ชีตความสามารถในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไวหรือการทรงตัวปัจจัยทางจิต (Psychological) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการนิยามสุขภาพ เป็นต้นปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชนชาติ ลักษณะทางวัฒนธรรมการศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้นปัจจัยส่วนบุคคลมีมากมาย บางปัจจัยมีอิทธิพลเฉพาะบางพฤติกรรมเท่านั้น เช่นชีตความสามารถในการทำงานแบบต่อเนื่อง มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายแต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้นในการให้การบำบัดทางการแพทย์ ควรพิจารณาเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีข้อสนับสนุนเชิงทฤษฎีว่าสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายได้ และควรคำนึงว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

**4.2 อารมณ์และความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม** เป็นปัจจัยทางด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และยังเป็นแก่นที่สำคัญสำหรับการบำบัด เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์ปัจจัยดังกล่าวได้แก่

1) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action) ในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลมักคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับหรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เป็นการวาดมโนภาพของผลด้านบวกหรือผลที่เสริมแรง โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นบุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ประโยชน์ดังกล่าว มีทั้งประโยชน์ภายใน การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงโดยจูงใจให้คนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน แต่จะมีอิทธิพลเล็กน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ดังกล่าวและระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและเกิดประโยชน์นั้น

2) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barrier to Action) การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทั้งต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลวาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมรวมทั้งทำให้บุคคลเกิดความสูญเสีย การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงโดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนลดลง

3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) เป็นแนวคิดที่นำมาจากแนวคิดความคาดหวังความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) ของ Bandura (1977) แต่ต่อมา Bandura (1986) ได้ใช้คำว่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy) โดยให้คำจำกัดความว่าเป็นการที่บุคคลตัดสินใจเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ Bandura มีความเชื่อว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน ในคนๆเดียวกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่า มีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย คือ (Evan, 1989 cited by Bandura, 1997) (1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง (2)

การใช้ตัวแบบ การสังเกตตัวแบบที่เป็นตัวอย่างแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อนและได้ผลลัพธ์ที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้สังเกตรู้สึกว่าคุณมีความสามารถที่จะทำได้ (3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าคุณคนนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ Bandura การใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน (4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้น

4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-Related Affect) ในการปฏิบัติพฤติกรรมใดก็ตามบุคคลจะมีอารมณ์หรือความรู้สึกด้านบวกและด้านลบเกิดขึ้นด้วย อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการปฏิบัติพฤติกรรมนั้น อารมณ์ดังกล่าวจะถูกนิยามตามความรู้ ความเข้าใจที่ถูกเก็บสะสมไว้ในความทรงจำและจะมีผลต่อความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ ในภายหลัง การตอบสนองทางอารมณ์ต่อพฤติกรรม ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การปลุกเร้าอารมณ์ที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรม (activity-related) ตัวผู้ปฏิบัติพฤติกรรมเอง (self-related) และสิ่งแวดล้อมในขณะที่ปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว (context-related) อารมณ์หรือความรู้สึกดังกล่าวนี้จะมีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นซ้ำหรือการดำรงการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างยั่งยืนหรือไม่ ตามปกติพฤติกรรมใดที่ปฏิบัติแล้วเกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านบวกมักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านลบมักจะถูกหลีกเลี่ยง อย่างไรก็ตามการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างอาจทำให้เกิดทั้งอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ จึงต้องเปรียบเทียบกัน อารมณ์ข้างต้นนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยอ้อมผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองและเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

5) อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences) อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งสำคัญที่สุดของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบอย่างบรรทัดฐานทางสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติที่คนส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแบบอย่างสามารถแสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับการใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพ

และโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนบุคคลแต่ละคนไวต่อความปรารถนา แบบอย่าง และความชื่นชมของบุคคลอื่นแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามถ้ามีแรงจูงใจเพียงพอบุคคลจะปฏิบัติตามวิถีทางที่สอดคล้องกับอิทธิพลของบุคคลอื่น โดยมักจะปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งจะได้รับการชื่นชมและพฤติกรรมที่สังคมสนับสนุน การที่อิทธิพลของบุคคลอื่นจะมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคลใดได้ บุคคลนั้นจะต้องให้มีความสนใจต่อพฤติกรรม ความปรารถนาและสิ่งกระตุ้นจากผู้อื่น ทำความเข้าใจและซึมซับสิ่งเหล่านั้นเข้าสู่โมโนภาพ (Cognitive representation) เกี่ยวกับพฤติกรรมนั้นๆ การยอมรับอิทธิพลของบุคคลอื่นอาจแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ

6) อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation Influences) อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถสร้างเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้องการ และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อมที่พฤติกรรมดังกล่าวจะถูกปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

#### 4.3 ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavior Outcome)

1) เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to a plan of Action) โดยทั่วไปเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้ เว้นเสียแต่เมื่อมีความต้องการหรือความชอบอื่นที่เหนือกว่า เป็นการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง โดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบในขณะนั้น และความนึกคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์หรือวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติ ให้เป็นผลสำเร็จและการเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้ามีเพียงเจตจำนงเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีวิธีการที่เหมาะสม มักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

2) ความต้องการและความชอบในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences) หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งเข้ามาอย่างกะทันหัน ก่อนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่วางแผนไว้ มีความแตกต่างไปจากอุปสรรค กล่าวคือ ความต้องการอื่นเป็นพฤติกรรมที่ไม่ได้คาดคิดไว้ก่อน ขึ้นอยู่กับความต้องการภายนอกหรือเพราะความบังเอิญด้านสภาพแวดล้อม บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างน้อย ส่วนความชอบอื่น หมายถึง พฤติกรรมที่เป็นทางเลือกอื่นซึ่งมีพลังอำนาจผลักดันเหนือกว่า บุคคลควบคุมได้ค่อนข้างสูง ความชื่นชอบในสิ่งนั้นสามารถทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพได้ การที่จะต้านทาน

ความชอบอื่นได้ต้องอาศัยความสามารถในการควบคุมกำกับตนเอง ซึ่งแต่ละคนมีแตกต่างกัน ความต้องการและความชอบอื่นที่เข้ามาในขณะนั้น มีผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติ พฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดเจตจำนงในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม การที่เจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างแข็งแรงแจ้วอาจช่วยให้สามารถคงการ ปฏิบัติพฤติกรรมจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ได้ แม้จะมีความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น

3) พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ใน แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพนี้ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดี ตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน

**ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ** มีหลายแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ดังเช่น

1) แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดนี้อธิบายว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของ บุคคลการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพซึ่งเชื่อว่าคุณมีความรุนแรง จะเกิด แรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังไม่บอกไม่ได้แน่ชัดว่าจะเป็นพฤติกรรมแบบใด การ เลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าคุณภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการ ปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของ การปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคมีน้อย ก็จะมีการปฏิบัติ พฤติกรรมขึ้น เช่นกัน ในสถานการณ์เช่นนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง (conflict) และอาจมี ปฏิกริยาออกมาใน 2 ลักษณะ คือ 1) พยายามหนีจากสถานการณ์นั้น หรือ 2) มีความกลัวหรือ ความวิตกกังวลอย่างมาก ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยด้าน โครงสร้างเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

2) ทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy theory) แนวคิดนี้อธิบายว่า การ รับรู้ ความ สามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการ ปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นบางอย่างได้สำเร็จ บุคคลใช้กระบวนการทางปัญญาพิจารณาตัดสิน ความสามารถของตนโดยอาศัยการประเมินข้อมูลจากแหล่งต่างๆ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง เป็นกลไกที่เชื่อมโยงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะประเมินสมรรถนะของ ตนเองเมื่อจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ย่างยาก ลำบาก

3) ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action) อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐาน เจตคติ ความตั้งใจและพฤติกรรม โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและใช้ข้อมูลต่างๆอย่างมีระบบ มีการพิจารณาก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ ปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ ซึ่งเกิดจากปัจจัยพื้นฐาน 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือเจตคติต่อพฤติกรรมนั้นๆและปัจจัยทางสังคม คือบรรทัดฐานของสังคม

4) ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นทฤษฎีที่ขยายมาจากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล โดยเพิ่มมโนทัศน์การรับรู้การควบคุมในการปฏิบัติพฤติกรรมเข้าไป เพื่ออธิบายปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรม

5) ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างความเข้าใจในภาวะคุกคามต่อสุขภาพหรือความกลัวในภาวะคุกคามต่อสุขภาพ จุดเน้นคือ การสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการรู้คิด ให้บุคคลตระหนักในความรุนแรงของโรคโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผลลัพธ์ในพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น

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

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งที่ถือว่าเป็นผู้ป่วยเรื้อรังทางจิต การส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คือการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะประยุกต์แบบจำลองการส่งเสริมเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) และการกระทำอย่างมีเหตุผลของ Ajzen & Fishbein (1980) มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพราะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองของงานวิจัยนี้ เกิดการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพจากพฤติกรรมที่เคยไม่ร่วมมือในการรักษา เกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา การปฏิบัตินี้ผู้ป่วยจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง และต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆซึ่งก็คือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเข้าไปเป็นวิถีชีวิต (Life Style)

## 5. โปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกร่วมมือในการรักษา โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมีความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรคสามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคจิตเภท โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ครอบคลุมปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ส่วนบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior – Specific Cognition and Affect) ซึ่งมี 6 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ 2) การรับรู้อุปสรรค 3) การรับรู้ความสามารถของตนเอง 4) อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม 5) อิทธิพลระหว่างบุคคล 6) อิทธิพลด้านสถานการณ์ ผ่านกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) โดยดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม 2 กลุ่มๆละ 8-12คน การดำเนินกิจกรรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน โดยสัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 และกิจกรรมที่ 6 หลังจาก ครบ 6 กิจกรรม ทำการกำกับการทดลอง และหลังจากนั้น 2 สัปดาห์คือสัปดาห์ที่ 5 ทำการประเมินผล โดยการดำเนินกิจกรรมในแต่ละสัปดาห์ใช้เวลาครั้งละ 60-90 นาที ช่วงเวลา 08.30-10.00น. ของวันอังคาร, วันพฤหัสบดี โดยเป็นการอภิปรายกลุ่มในรูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มของแกซดา (Gazda, 1975) สนับสนุนช่วยให้สมาชิกกลุ่มสำรวจค้นหาและเผชิญปัญหาใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเน้นการเชื่อมโยงสถานการณ์สะท้อนแนวคิด ผสมผสานการแนะแนวแบบกลุ่ม (Dye, 1968) โดยเป็นการสร้างความเข้าใจให้ความรู้แบบกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกรู้เท่าทันตนเอง (Self-awareness) เกื้อหนุนกันแก้ปัญหาเพื่อบรรลุดัศยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมสุขภาพ และมีสัมพันธที่ดีกับผู้อื่น ซึ่ง group process ของงานวิจัยนี้ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1:** ขั้นสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและขียนยอมรับกลุ่ม มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 :** เพิ่มความตระหนักรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา (Raising Consciousness) โดยให้สมาชิกทุกคนแนะนำตนเอง เริ่มจากผู้วิจัย โดยเปิดให้อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากความเจ็บของโรคจิตเภท อาการ การรักษาและประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดกับสมาชิกในการดูแลตนเอง เพื่อให้สมาชิกพบว่าปัญหาของตนเองคล้ายกับสมาชิกอื่นๆ นำไปสู่ความเข้าใจยอมรับซึ่งกันและกันเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยไว้วางใจระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม 2) ให้ความรู้แบบกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา การดูแลตนเอง มุ่งเน้นให้สมาชิกตระหนักถึงการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ของตนรวมถึงบทบาทการรับผิดชอบตนเอง 3) อภิปรายกลุ่มร่วมวิเคราะห์แนวทางแก้ปัญหาและประโยชน์ที่จะเกิดกับสมาชิกเมื่อให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและใช้แรงเสริมภายในกลุ่มเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกมีสติมากขึ้นรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเกิดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

**กิจกรรมที่ 2 :** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดของตนเอง (Reevaluation the Self) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วย การอภิปรายกลุ่มให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การปฏิบัติตน ด้านการใช้ยาที่ผ่านมาและร่วมกันประเมินว่าการปฏิบัติใดเป็นพฤติกรรมสุขภาพการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ใช้พลังกลุ่มเป็นจุดกระตุ้นให้ตระหนักรู้ประโยชน์การกลับมาประเมินตนเอง พร้อมอำนวยความสะดวกด้วยการแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพการใช้ยาตามเกณฑ์

**สัปดาห์ที่ 2:** ชั้นรับผิดชอบต่อตนเองมีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 3** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดของตนเอง (Promoting Self-Efficacy) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วยการนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้ความร่วมมือในการรักษาใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด พร้อมเปิดให้อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงวิธีการที่ทำให้ประสบความสำเร็จ กระตุ้นอารมณ์ด้านบวกของสมาชิก และให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ทำได้สำเร็จ ชักจูงสมาชิกให้รับรู้ถึงความสามารถการดูแลตนเองต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดของตนเอง สนับสนุนให้สมาชิกรับรู้ความสามารถของตน



**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดของตนเอง (Enhancing the Benefits of Change) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วยการนำเสนอ ผลด้านบวกผ่านตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้ความร่วมมือในการรักษา ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด และให้สมาชิกร่วมวิเคราะห์ผลด้านบวกที่เกิดกับตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้สมาชิกตระหนักรู้ถึงประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา

**สัปดาห์ที่ 3:** ชั้นแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทร่างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด (Controlling the Environment) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมการอภิปราย กลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิด พฤติกรรมทำลายสุขภาพทำให้ไม่ร่วมมือรักษา ก่อให้เกิดการรับรู้ถึงแนวทางการควบคุม สิ่งแวดล้อมส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

**กิจกรรมที่ 6:** ส่งเสริมการจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด (Managing Barriers to Change) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วยกิจกรรมการ อภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาที่เป็นอุปสรรคของสมาชิกในการ ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจรับยาตามนัด และกระตุ้นให้สมาชิกเสนอวิธีแก้ปัญหา ร่วมกัน ร่วมกับการให้ข้อมูลสนับสนุนจากพยาบาลในการใช้ยา การสังเกตและการจัดการกับ อาการข้างเคียงของยา และทดลองให้สมาชิกฝึกทักษะแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่าง แจก แผ่นพับความรู้เรื่องยาและรับฟังความรู้สึกของสมาชิกเกี่ยวกับการใช้ยาพร้อมกันให้กำลังใจ ส่งเสริมให้สมาชิกรับรู้ถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและสร้างความมั่นใจแก่สมาชิกเรื่อง ความสามารถในการจัดการปัญหาของการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ หลังจากนั้นใช้เครื่องมือ กำกับทดลองเพื่อประเมินพฤติกรรมสุขภาพ

**ขั้นการติดตามประเมินผล** ดำเนินการในสัปดาห์ที่ 5 ใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วยการสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาของสมาชิกแต่ละคน

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

พจนันท์ กาศสกุล (2550) ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและผู้ดูแล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 30 คู่ แบ่งเป็น กลุ่มทดลอง 15 คู่ กลุ่มควบคุม 15 คู่ จับคู่กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Match-paired ในเรื่อง เพศ การศึกษา และระยะเวลาการดูแล โดยกลุ่มทดลองได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวที่สร้างขึ้นโดยภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ และคณะ (2548) กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลพบว่า คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังผู้ดูแลได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัว ในระยะทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่าก่อนที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .01 และคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังที่ผู้ดูแลได้รับโปรแกรมในระยะทันที และระยะติดตามผล 1 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ระดับ .01

สุดรัก พิละกันทา (2550) ศึกษาเพื่อพัฒนาแนวทางการปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยฉุกเฉินทางจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคามศรีเชียงใหม่ โดยประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาการวิจัยการแพทย์และสุขภาพแห่งชาติ (NHMRC, 1998 อ้างใน ฉวีวรรณ ธงชัย, 2548) กลุ่มตัวอย่างได้แก่บุคลากรที่ได้พัฒนาและทดลองใช้แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้น จำนวน 9 ท่าน ผลพบว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 1) สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 3) การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 4) การให้ความรู้และการจัดการเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา 5) การดูแลต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 6) การติดตามและการพัฒนาคุณภาพ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างมีความเห็นว่าแนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท มีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้ โดยกลุ่มตัวอย่างทุกท่านแสดงความคิดเห็นว่าทีมสหสาขาสามารถปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ แนวปฏิบัติใช้ได้ดีในการดูแลผู้ป่วยทำให้ประหยัดค่าใช้จ่ายในการดูแล มีความพึงพอใจในการใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มตัวอย่าง 8 ใน 9 ท่าน เห็นว่าแนวปฏิบัตินี้ใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อน สะดวกและมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ปรารธนา คำมีสินนท์ (2550) ศึกษาแนวทางการให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ราชนครินทร์ โดยใช้แนวคิดการสัมภาษณ์และการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ การให้สุขภาพจิตศึกษาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการสอนและการเรียนรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดกลุ่มบำบัด กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยชงโคโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จำนวน 18 คน ผลพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาด้วยยาและพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาในระดับสูง และมีอาการทางจิตลดลง ในระยะติดตามประเมินผล 1 เดือนและ 3 เดือน

พรสวรรค์ พูลกระจ่าง (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และปรับประคับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาเป็นวิจัยเชิงกึ่งทดลอง กลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 30 คน ที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 1 ครั้ง มารับการรักษาที่กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผลการศึกษาพบว่าภายหลังการให้โปรแกรมให้ความรู้และปรับประคับประคองผู้ป่วยจิตเภทมีค่าคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการใช้ยาเหมาะสมมากกว่าก่อนศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คน ผลพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ที่หลังการทดลองของกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ผลทิพย์ ปานแดง (2545) ศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20 คน ที่มาตรวจรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท หลังผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับโปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

เพชรรี คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คนและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือพฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน (2544) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา ตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของไอเซ็นและพิชานายน์ (1980) กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา จำนวน 145 คน ผลพบว่าทัศนคติต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาและการรับรู้บรรทัดฐานของกลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลทางตรงต่อความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท และความตั้งใจในการให้ความร่วมมือในการรักษามีอิทธิพลทางตรงต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

Kumer and Sedgwick (2001) ทำการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชอายุ 17-65 ปี ที่กลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างเป็นเวลา 30-45 นาที ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าศาสนาอื่นๆ การสนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการใช้ยาสูง และการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่อยากจะร่วมมือในการใช้ยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของคนอื่น นอกจากนี้ รายได้ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ลักษณะของครอบครัว และระยะทาง ไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช

สาธูพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลจากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มาได้รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 และมาได้รับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทัศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา มาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

สุนันท์ จำรัฐสวัสดิ์ (2536) ศึกษาเรื่องผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษา โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดำเนินการทดลองโดยพบผู้ป่วยเดือนละครั้ง เมื่อผู้ป่วยมาตรวจตามนัดที่โรงพยาบาล เป็นเวลา 4 เดือน โดยทำการทดลองเป็นรายบุคคล และวัดความร่วมมือในการรักษา 4 ด้าน คือ ความรู้ การรับประทานยา การมาตรวจตามนัดและความพึงพอใจต่อระบบบริการพยาบาลที่ได้รับ โดยวัดก่อนและหลังการทดลองทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลอง มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

## 6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่ามีน้อย งานวิจัยส่วนใหญ่เป็นลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในสาขาการพยาบาลอื่นๆ การสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่ามีน้อย เช่น

รัชนี ศรีตะวัน (2549) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 193 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาโดย สุธิศา ล่ามช้าง และวัฒนาวดี ชอนตะวัน (2548) ตามแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (1996) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง

วัฒนาภรณ์ พิบูลธาลักษณ์ (2549) ศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพที่สร้างตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al. 2006) ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยใน ณ. สถาบันจิตเวช

ศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน จับคู่กลุ่มตัวอย่างให้มีความเหมือนกันใกล้เคียงกัน ในเรื่อง เพศ สถานภาพสมรส และระดับการแสดงอารมณ์ในครอบครัว ผลพบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรม ได้รับรู้ประโยชน์ รู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รับรู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

Limpattanasiri (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยเชิงบรรยายเพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2002) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา/รับยาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่องในระดับมาก โดยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการสนับสนุนทางสังคมระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคระดับน้อย และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับประทานยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 5.8

การทบทวนการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในประเทศและต่างประเทศส่วนใหญ่ยังไม่ครอบคลุมทั่วถึงพร้อมกันทั้ง 4 ด้านของปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ปัจจุบันปัญหาการไม่ร่วมมือรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ยังเป็นปัญหาที่สำคัญ ประกอบกับโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังผู้วิจัยจึงได้นำแนวคิดการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์(Pender et al., 2006) มาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพพร้อมมือในการรักษาด้วยการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมีความตั้งใจมาตรวจตามนัด เนื่องจากสามารถอธิบายให้เห็นถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยาก และดำรงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆเป็นไปในระยะยาวมีความยั่งยืน ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทเมื่อมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมจะเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง เพิ่มการตระหนักรู้ในการเจ็บป่วยของตนเองมีการดำเนินชีวิตที่มีนิสัยสุขภาพที่บ่งบอกความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ จึงช่วยให้ลดความรุนแรงของความเจ็บป่วยเรื้อรังคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพพ้นจากสภาพความเจ็บป่วย

## กรอบแนวคิดการวิจัย

### โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

ประกอบด้วย 6 กิจกรรมใช้เวลากิจกรรมละ 30-45 นาที

**สัปดาห์ที่ 1:** ขั้นสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและขั้นยอมรับกลุ่ม มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มความตระหนักรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา

**กิจกรรมที่ 2** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาของตนเอง

**สัปดาห์ที่ 2:** ขั้นรับผิดชอบต่อตนเอง มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 3** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา

**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทพึงพอใจผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา

**สัปดาห์ที่ 3:** ขั้นแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภตร่างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา

**กิจกรรมที่ 6** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภตรจัดการปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา  
พฤติกรรมสุขภาพ  
การใช้ยา  
ตามเกณฑ์  
การรักษา  
ของผู้ป่วย  
จิตเภท  
ความตั้งใจ  
ในการมา  
ตรวจตาม  
นัดของ  
ผู้ป่วย  
จิตเภท

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทที่ 3

#### วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) ศึกษาแบบสองกลุ่มมีการทดสอบก่อนและหลังการทดลอง (The pretest – posttest control group design) (Polit & Hungler, 2001) เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรวจตามนัด ซึ่งมีรูปแบบการทดลองดังนี้

$O_1 \times O_2$

$O_3 \ O_4$

$O_1$  คือ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนให้การพยาบาล โดยให้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง

$O_2$  คือ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก หลังให้การพยาบาล โดยให้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง

$X$  คือ การให้การพยาบาลโดยให้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

$O_3$  คือ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนให้การพยาบาล ตามปกติของกลุ่มควบคุม

$O_4$  คือ ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก หลังได้รับการให้การพยาบาลตามปกติของกลุ่มควบคุม

#### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

**ประชากร** คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งเพศชายและหญิงซึ่งได้รับการรักษาด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก เคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา

**กลุ่มตัวอย่าง** คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก ในแผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร.12 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2553



ถึงเดือนมีนาคม 2553 จำนวน 40 คน เคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีคุณสมบัติตามที่กำหนดดังนี้

#### คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria)

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท
- 2) มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน โดยผู้วิจัยสอบถามตามแบบประเมินอาการทางจิต จำนวน 18 ข้อ ผู้ป่วย ที่มีคะแนนมากกว่า 30 ถือเป็นผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงมาก (Overall & Gorham, 1962) พฤติกรรมการไม่ร่วมมือในการรักษาอาจเกิดเนื่องจากอาการทางจิตของผู้ป่วย (Razli & Yahya, 1995)
- 3) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารภาษาไทย เช่น การพูด การได้ยิน สามารถอ่านเขียนหนังสือได้ เนื่องจากในขั้นตอนดำเนินการต้องมีการประเมินตามแบบทดสอบและมีคู่มือสำหรับผู้ป่วย
- 4) มีอายุ 20-59 ปี
- 5) ผู้ป่วยที่สมัครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาคั้งนี้ โดยผู้วิจัยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย (Patient Information) แก่ผู้ป่วยและญาติ เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติตัดสินใจ และดูแลให้ผู้ป่วยและญาติโรคจิตเภทที่ยินยอมเข้าร่วมวิจัยเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยคั้งนี้

#### คุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่นๆ หรือโรคจิตเภทที่ขาดคุณสมบัติข้อหนึ่งข้อใดใน 5 ข้อตามเกณฑ์การคัดเลือก และผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการเข้ากลุ่มกิจกรรมของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามนัดตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป

#### ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยคั้งนี้

ผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่พอเหมาะของกรวิจัยแบบทดลองคือกลุ่มตัวอย่างควรมีอย่างน้อยที่สุดจำนวน 30 คน เนื่องจากในการวิจัยแบบกึ่งทดลองจำนวนกลุ่มตัวอย่างควรมีมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีการกระจายเป็นโค้งปกติและสามารถอ้างอิงไปยังกลุ่มประชากรได้ดีที่สุด แต่กรณีที่กลุ่มตัวอย่างมีจำกัด จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดคือ 30 คน เพื่อให้มีการกระจายของข้อมูลใกล้เคียงหรือเป็นโค้งปกติมากที่สุด (Burns & Grove, 2001: 247) ดังนั้นการวิจัยคั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

### ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งเข้ารับการรักษาด้านจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ถึงเดือนมีนาคม 2553 ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน เลือกจากผู้ป่วยที่มาเยี่ยมบำบัดในวันทีเลขคู่สลับวันห่างกันทุก 3 คน จนกระทั่งครบจำนวน 20 คน ส่วนกลุ่มควบคุม 20 คน เลือกจากผู้ป่วยที่มาเยี่ยมบำบัดในวันที เลขคี่สลับวันห่างกันทุก 3 คน จนกระทั่งครบจำนวน 20 คน แต่เนื่องจากระยะเวลาการเข้ากลุ่มต้องใช้เวลามาร่วมกิจกรรมถึง 4 ครั้ง ทำให้เสี่ยงต่อการไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบ ผู้วิจัยจึงต้องคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างมากกว่าที่กำหนดคือจำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 24 คน กลุ่มควบคุม 24 คน แต่ภายหลังสิ้นสุดการทดลองมีเพียง 20 คู่ที่เข้าร่วมครบทุกกิจกรรม จากนั้นวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) และความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด (Pre-test)

2. จับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันให้มากที่สุด เพื่อป้องกันอิทธิพลของตัวแปรแทรกซ้อน เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองครั้งนี้ โดยจับคู่ผู้ป่วยที่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคะแนนความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน คืออยู่ในช่วงระดับต่ำ (1.5-2.49) ถึงระดับปานกลาง (2.5-3.49)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนึงถึงสิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการ วันเวลา สถานที่และระยะเวลาของการวิจัย สอบถามความสมัครใจพร้อมทั้งอธิบายสิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่จะตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการพยาบาล การบริการ หรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมในการวิจัยจนครบตามกำหนดเวลา กลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล และไม่มีผลต่อการรักษาพยาบาล การมารับบริการหรือการบำบัดรักษาที่จะได้รับแต่อย่างใด ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ถือเป็นความลับ ไม่มีการระบุชื่อและนามสกุลที่แท้จริงของผู้ให้ข้อมูล การนำเสนอข้อมูลต่างๆจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา หากกลุ่มตัวอย่างได้รับความผิดปกติเนื่องจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้จะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย โดยต้องแจ้งความผิดปกติให้ผู้วิจัยทราบทันที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง (Patient

/Participant Information Sheet) เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงจะให้กลุ่มตัวอย่างและญาติเซ็นเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัดของจิตเภท
3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และแบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

### 1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง

ผู้วิจัยสร้างโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อพัฒนากระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โดยมีขั้นตอนการสร้างดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิด ทฤษฎี หลักการ และกระบวนการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา โดยผู้วิจัยศึกษาแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2006) โดยเนื้อหาในโปรแกรมสร้างตามแนวคิด 6 กิจกรรม เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) ของ Pender (Pender et al., 2006) โดยกำหนดเนื้อหาที่สำคัญให้ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทคือการรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งชนิด ขนาด เวลา ถูกต้องครบถ้วนอย่างสม่ำเสมอและการมาตรวจตามนัดตามแนวคิดของ Farragher (1999) อ้างถึงในเพชร คันธสายบัว (2544) รวมทั้งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และศึกษาปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยว สาเหตุ ลักษณะของการมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้านการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ไม่มาตรวจตามนัด ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

1.2 นำข้อมูลที่ได้มาสร้างโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (Pender et al., 2006) ผ่านกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) ดังนี้ (กิจกรรมที่ 1) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกมีความตระหนักถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (กิจกรรมที่ 2)

เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาของตนเอง (กิจกรรมที่ 3) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 4) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกพึงพอใจผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 5) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก สร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 6) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก จัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ซึ่งโปรแกรมนี้จะมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ คือ ร่วมมือในการรักษา คือ การรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ทั้งชนิด ขนาด เวลา ถูกต้องครบถ้วนอย่างสม่ำเสมอ และการมาตรวจตามนัด ตามแนวคิดของ Farragher (1999) อ้างถึงในเพชร คันธสายบัว (2544) แสดงขั้นตอนการปฏิบัติกิจกรรม จัดทำคู่มือซึ่งผู้วิจัยสร้างจากกรอบทฤษฎีวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยนอกจิตเภทร่วมมือในการรักษา ลดความรู้สึกถึงปัญหาและอุปสรรคการร่วมมือรักษาร่วมกับปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เนื้อหาประกอบด้วย ความรู้ทั่วไปเรื่องโรคจิตเภท การรักษา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคจิตเภท การกลับมาประเมินพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของตนเอง การกลับมาประเมินอาการที่เปลี่ยนแปลง การเข้าถึงสิทธิการรักษา และสถานพยาบาลในชุมชน การติดต่อสอบถามข้อมูลสุขภาพเมื่อพบปัญหาขณะอยู่ในชุมชน ตารางช่วยเตือนความจำในการใช้ยาตามแผนการรักษา

1.3 กระบวนการใช้โปรแกรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน มีการดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 30 – 45 นาที ซึ่ง group process ของงานวิจัยนี้จะอธิบายตามแนวคิดของ Trotzer (1977) มี 4 ขั้นตอนดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1:** ขึ้นสร้างความรู้สึกร่วมกันคงปลอดภัยและขียนยอมรับกลุ่ม

**วัตถุประสงค์**

1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ยอมรับกลุ่มและเปิดเผยตนเอง
2. ผู้ป่วยตระหนักถึงสภาวะสุขภาพความเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเองในปัจจุบัน
3. ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ต่อความเจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน

**กิจกรรมที่ 1** เพิ่มความมีสติในการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา (Raising Consciousness) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วย

1) ให้สมาชิกทุกคนแนะนำตนเองโดยเริ่มจากผู้วิจัย และเปิดให้อภิปรายแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากความเจ็บของโรคจิตเภท อาการ การรักษาและประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในการดูแลตนเอง

2) ให้ความรู้แบบกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา การดูแลตนเอง

3) อภิปรายกลุ่มร่วมวิเคราะห์แนวทางแก้ปัญหาและประโยชน์ที่จะเกิดกับสมาชิกเมื่อให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานรับยาตามนัด

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้

**กิจกรรมที่ 2** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานของตนเอง (Reevaluation the Self) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วย

1) การอภิปรายกลุ่มให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพ

2) ใช้แรงเสริมด้านบวกของกลุ่มเป็นจุดกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์การกลับมาประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง

**สัปดาห์ที่ 2** ขึ้นรับผิดชอบต่อตนเอง

**วัตถุประสงค์**

1. ผู้ป่วยตระหนักถึงบทบาทการรับผิดชอบตนเอง ทั้งด้านบวก ด้านลบต่อความเจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน

2. ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองต่อความเจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน

3. ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์การปรับปรุงปรับเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยในปัจจุบัน โดยร่วมมือในการรักษา ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานของตนเอง

**กิจกรรมที่ 3** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานของตนเอง (Promoting Self-Efficacy) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

1) การนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้ร่วมมือในการรักษา

2) กระตุ้นอารมณ์ด้านบวกของสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ทำได้สำเร็จ ชักจูงสมาชิกให้รับรู้ถึงความสามารถดูแลตนเอง

**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานรับยาตามนัดของตนเอง (Enhancing the Benefits of Change) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที

- 1) การนำเสนอผลด้านบวกผ่านตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้  
ความร่วมมือในการรักษา
- 2) การนำเสนอผลด้านลบเมื่อสมาชิกไม่ร่วมมือในการรักษา

### **สัปดาห์ที่ 3: ชั้นแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม**

#### **วัตถุประสงค์**

1. ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่าง เช่นในสถานพยาบาล ในชุมชน ต่อการเกิด  
พฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบกับความเจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน
2. ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา
3. ผู้ป่วยตระหนักถึงแนวทางการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ที่สนับสนุนส่งเสริม  
พฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมา  
ตรวจตามนัด
4. ผู้ป่วยลดการรับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความ  
ร่วมมือในการรักษา

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตาม  
นัด (Controlling the Environment) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที

- 1) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์  
ที่ผ่านมาซึ่งเป็นสาเหตุ ปัจจัยก่อให้เกิดการกระทำที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทำลายสุขภาพ ไม่  
ร่วมมือรักษา
- 2) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นถึงสิ่งแวดล้อมต่าง เช่น  
สิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล สิ่งแวดล้อมในชุมชน ที่ก่อให้เกิดการกระทำที่สนับสนุนให้เกิด  
พฤติกรรมไม่ร่วมมือรักษา
- 3) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นถึงแนวทางการกระทำ  
เพื่อป้องกัน หรือลด ควบคุมสิ่งแวดล้อมต่าง ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมทำลายสุขภาพ ไม่ร่วมมือรักษา  
ส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา

**กิจกรรมที่ 6** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยน  
พฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา ด้านใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมา  
ตรวจตามนัด (Managing Barriers to Change) ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที

- 1) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาที่เป็น  
อุปสรรคของสมาชิกในการร่วมมือรักษา

2) กระตุ้นให้สมาชิกเสนอวิธีแก้ปัญหาร่วมกัน ร่วมกับการให้ข้อมูลสนับสนุนจากพยาบาล ในการร่วมมือในการรักษา

3) แจกแผ่นพับความรู้เรื่องยาและรับฟังความรู้สึกร่วมกันเกี่ยวกับการใช้ยาพร้อมกับให้กำลังใจ ส่งเสริมให้สมาชิกรับรู้ถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและสร้างความมั่นใจแก่สมาชิกเรื่องความสามารถในการจัดการปัญหาของการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

4) การให้ข้อมูลการเข้าถึงสิทธิการรักษาและวิธีการเข้าถึงสถานพยาบาลในชุมชน การติดต่อสอบถามข้อมูลสุขภาพเมื่อพบปัญหาขณะอยู่ในชุมชน ตารางช่วยเตือนความจำในการใช้ยาตามแผนการรักษา

### การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรม

ผู้วิจัยนำโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสม แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน คือ อาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในคลินิก 1 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 2 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของโปรแกรมทุกขั้นตอนที่สร้างขึ้น ทั้ง 6 กิจกรรม พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่จำเป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบความเหมาะสมของกิจกรรม ลำดับเนื้อหา ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ โดยผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ท่าน จากทั้งหมด 5 ท่าน

เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

### ผลของการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุปผลได้ดังนี้

1. ควรปรับระยะเวลาในการทำกิจกรรมกลุ่มแต่ละสัปดาห์ให้อยู่ในช่วง 45 – 60 นาที หากเกินกว่านี้สมาธิของผู้ป่วยจะลดน้อยลง การดำเนินกิจกรรมจะไม่เกิดประโยชน์กับผู้ป่วย

2. ในกิจกรรมที่ 1 ควรปรับเพิ่มการอธิบายความหมายของพฤติกรรมสุขภาพ การใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่าย และยกตัวอย่างให้เห็นชัดเจน

3. ในกิจกรรมที่ 5 และกิจกรรมที่ 6 ส่วนของการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาและการจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ควรยกตัวอย่างสถานการณ์ให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็น และแนวทางแก้ไขปัญหา โดยพยาบาลเชื่อมโยงปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยแต่ละรายและร่วมกันกับสมาชิกในกลุ่มหาแนวทางแก้ไขที่เหมาะสมกับปัญหาของแต่ละราย

4. หลังเสร็จสิ้นทุกกิจกรรมควรเพิ่มการสอบถามข้อสงสัยก่อนสรุปประเด็นที่ได้
5. คู่มือสำหรับผู้ป่วยควรปรับเพิ่มเนื้อหาการกระทำที่สามารถควบคุมอาการของโรค ช่วยลดความรุนแรงของโรคจิตเภทได้

หลังจากปรับแก้แล้ว ผู้วิจัยนำโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองกับผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 1 – 21 พฤศจิกายน 2552 จำนวน 5 คน ใช้เวลาช่วงรอพบแพทย์ 08.30 น. – 09.30 น. ทดลองครบทั้ง 6 กิจกรรม เพื่อดูความเป็นไปได้ที่จะนำไปใช้ ดูความชัดเจนของภาษาที่ใช้ กิจกรรมที่นำไปใช้และความเหมาะสมของเวลา รวมถึงปัญหาอุปสรรคอื่น ๆ อันอาจเกิดขึ้นได้

จากการทดลองใช้ (Try out) โปรแกรมพบว่าเนื้อหาควรปรับให้กระชับขึ้น ในขั้นตอนของกิจกรรมที่ 6 การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา การเข้าถึงทางเลือกของสิทธิการรักษาควรมีเนื้อหาข้อมูลเพิ่มเติมมากขึ้น และควรแจกเอกสารขั้นตอนการขอรับสิทธิการรักษา ส่วนกิจกรรมอื่นๆสามารถดำเนินได้ตามที่วางไว้ แม้มีผู้ป่วยบางรายจะกังวลกลัวไม่ทันคิวตรวจ เมื่อก็ยังร่วมมือ ไม่มีผู้ป่วยขอออกจากกลุ่มก่อนเวลา ไม่มีผู้ป่วยบ่นเบื่อ หลังระหว่างทำกิจกรรมแต่ขอให้มีการกิจกรรมทุกเดือนระหว่างรอพบแพทย์ เนื่องจากแพทย์เริ่มออกตรวจช่วงเวลาประมาณ 10.20 – 10.40 น.

**2. เครื่องมือกำกับการทดลอง** คือ แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยสร้างจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ประกอบด้วยข้อคำถามการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางจิตของโรคจิตเภท การประเมินการใช้ยาด้วยตนเอง การสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาจิตเวช รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์การรักษาด้วยยา การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคการรักษาด้วยยา การตระหนักรู้ความสามารถของตนเองในการจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจรับยาตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 20 ข้อ ประกอบด้วยข้อคำถามด้านบวก 10 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 10 ข้อ

ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก กำหนดคะแนนแบบวัด เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ กำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้



ข้อความหมายทางบวก คะแนน ข้อความหมายทางลบ คะแนน

เห็นด้วย	1	เห็นด้วย	0
ไม่เห็นด้วย	0	ไม่เห็นด้วย	1

รวมคะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทในการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด ค่าพิสัยอยู่ระหว่าง 0 – 20 คะแนน ผู้วิจัยแบ่งคะแนนเป็นแบบอิงเกณฑ์ แบ่งเป็น 3 ระดับ (Bloom, 1971)

ระดับการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้านการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัดอยู่ในระดับน้อย หมายถึง ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 (0-11 คะแนน)

ระดับการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้านการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัดอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ได้คะแนนร้อยละ 60-80 (12-16 คะแนน)

ระดับการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้านการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัดอยู่ในระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป (17-20 คะแนน)

**เกณฑ์การประเมินผลการกำกับการทดลอง** มีการดำเนินการทดลองดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ จะต้องได้คะแนนการรับรู้ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้านการร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัดอยู่ในระดับสูง มีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป จึงถือเป็นผู้ผ่านเกณฑ์การทดลอง

2. กรณีหากคะแนนต่ำกว่า ร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและผู้ป่วยต้องร่วมกันประเมินค้นหาปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขเป็นรายบุคคล จนกว่าคะแนนจะถึงเกณฑ์คือมากกว่าร้อยละ 80 จากนั้นจึงนัดหมายอีกครั้ง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์เพื่อประเมินผล

ในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองทุกคน มีคะแนนเฉลี่ยในระดับสูงตั้งแต่ร้อยละ 81 ขึ้นไป

**การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ**

**การตรวจหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)**

ผู้วิจัยนำแบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทที่สร้างขึ้นให้อาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาและภาษาที่ใช้ให้เหมาะสมแล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน คือ อาจารย์ผู้สอนทางการ

พยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย จิตเวชในคลินิก 1 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 2 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) โดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นเจ้าของของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบการให้คะแนน ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และให้ผู้ทรงเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คำนวนัดนี้ความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .85

เกณฑ์การตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา มีดังนี้

ใช้เกณฑ์ CVI >0.8 (Polit & Hungler, 1999; 2001) คือ

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

เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้เข้าใจง่าย

#### การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับแก้แล้วไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองกับผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR – 20) ค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการทดลองใช้ .82

### 3. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ชุด

3.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วย ผู้ให้การดูแล ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่อการดำเนินชีวิตและการเคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์หรือไม่ เป็นต้น

3.2 แบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบแบบสอบถามความตั้งใจมารับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของศราวุธ อินทร์ักษ์(2549) ที่สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของAjzen & Fishbein (1980) 10 ข้อคำถาม ประกอบด้วย ข้อคำถามด้านบวก 5 ข้อ ข้อคำถามด้านลบ 5 ข้อ ตัวเลือกตอบเป็นสเกลแบบ Semantic

differential มีเกณฑ์ 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด กำหนดคะแนนแบบวัดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ กำหนดคะแนนแต่ละข้อคำถามดังนี้

ข้อความหมายทางบวก คะแนน ข้อความหมายทางลบ คะแนน

มากที่สุด	5	มากที่สุด	1
มาก	4	มาก	2
ปานกลาง	3	ปานกลาง	3
น้อย	2	น้อย	4
น้อยที่สุด	1	น้อยที่สุด	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และความหมายดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดระดับดีมาก

3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดระดับดี

2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดระดับปานกลาง

1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดระดับต่ำ

1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดระดับต่ำสุด

#### การตรวจหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน คือ อาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย จิตเวชในคลินิก 1 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 2 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจหาความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่ายของแต่ละข้อโดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัยรวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบการให้คะแนน ซึ่งมี 5 ระดับ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้เท่ากับ .90 ส่วนแบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .80

เมื่อผู้วิจัยได้รับเครื่องมือที่ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน จากนั้นผู้วิจัยจึงนำมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา คือปรับแก้เล็กน้อยเกี่ยวกับภาษาที่ใช้ให้เข้าใจง่าย มีรายละเอียดดังนี้

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ควรปรับช่วงอายุเป็น 4 ช่วงคือ 20 -29 ปี 30 -39ปี 40 – 49 ปี 50- 59 ปี ส่วนช่วงระยะเวลาความเจ็บป่วยเป็น 4 ช่วงคือ < 1-5 ปี > 5 – 6 ปี < 10 ปี > 10 ปี ระดับการศึกษาควรเรียงเป็นลำดับต่อเนื่องกัน ข้อที่ 7 ปรับจากการรักษาแบบผู้ป่วยในเป็นการพักรักษาในโรงพยาบาล

แบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ควรปรับข้อคำถามข้อที่ 1 “ผู้ป่วยมาตรวจเฉพาะช่วงที่มีการรณรงค์ในพื้นที่” ให้มีภาษาเข้าใจง่าย ซึ่งผู้วิจัยได้ตัดข้อนี้ออกและปรับข้อที่ 1 เป็น “ผู้ป่วยไม่ต้องการมาตรวจตามนัดแต่มาเพราะญาติต้องการ”

ปรับข้อที่ 5 “ท่านมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอแม้ว่าอาการดีขึ้น สามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ” มีความหมายซ้ำซ้อนกับ ข้อที่ 7 “ท่านจะมาตรวจตามนัดทุกครั้งที่แพทย์นัด” เป็น “ท่านจะไม่มาตรวจตามนัดเพราะไม่เกิดประโยชน์เป็นการสิ้นเปลือง สูญเสียรายได้ เสียเวลา”

#### การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือแบบวัดความตั้งใจมาตรวจตามนัดที่ปรับแก้แล้วไปทดลองใช้ กับผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยทดลองกับผู้ป่วยที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ระหว่างวันที่ 1 – 21 พฤศจิกายน 2552 จำนวน 30 คน ใช้เวลาช่วงรอพบแพทย์ 08.30 น. – 09.30 น. และนำข้อมูลที่ได้ออกมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ข้อมูลค่าความเที่ยงของเครื่องมือในการทดลองใช้โดยรวมเท่ากับ .86 และการวิเคราะห์เป็นรายข้อพบว่าทุกข้อคำถามมีความสัมพันธ์กันทางบวก คือมีค่ามากกว่า .20 ทุกข้อ (Polit & Hungler, 1999) โดยมีค่า Corrected Item total Correlation รายข้อดังนี้ ข้อที่ 1 .698 ข้อที่ 2 .504 ข้อที่ 3 .411 ข้อที่ 4 .732 ข้อที่ 5 .356 ข้อที่ 6 .642 ข้อที่ 7 .598 ข้อที่ 8 .545 ข้อที่ 9 .698 ข้อที่ 10 .555 และนำแบบสอบถามแก้ไขปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาให้เหมาะสมก่อนนำไปเก็บรวบรวม

#### 3.3 แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งผู้วิจัยใช้

แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร เขียวโสธร (2545) ที่สร้างจากแนวคิดของ Farragher (1999) และแนวคิดของเพชร คันธสายบัว (2544) ที่ใช้ในการสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .90 และความเที่ยง .87 เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์มีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามรวม 18 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามที่ 1-9 เป็นด้านการ

ปฏิบัติตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถการสังเกตและการจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ข้อคำถามแบ่งเป็น ข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 1,2,3,4,6,7,9,14,17 และข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5,8,10,11,12,13,15,16,18 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถามแล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำจำนวนข้อหารด้วยคะแนนเต็ม และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด เป็นค่าคะแนนเฉลี่ย และความหมายดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์ราฎุร, 2547)

- 4.50-5.00 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก
- 3.50-4.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี
- 2.50-3.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง
- 1.50-2.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ
- 1.00-1.49 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำสุด

#### การตรวจหาความตรงของเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้น ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน คือ อาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย จิตเวช ในคลินิก 1 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 2 ท่าน (ดังแสดงรายชื่อในภาคผนวก ก) ตรวจหาความตรงของเนื้อหา ความครอบคลุมของเนื้อหา ภาษาที่ชัดเจนเข้าใจง่ายของแต่ละข้อโดยผู้วิจัยนำรายละเอียดของแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท พร้อมชื่อที่อยู่และข้อมูลที่เป็นของผู้วิจัย รวมทั้งเกณฑ์ในการตรวจสอบการให้คะแนน ซึ่งมี 5 ระดับ ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความถูกต้องชัดเจนครอบคลุมและความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และให้ผู้ทรงเขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติม คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา ได้เท่ากับ .94

**การหาความเที่ยงของแบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง

แต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์จำนวน 30 คน แล้วข้อมูลที่ได้มา คำนวณหาค่าความเชื่อมั่นแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค โดยรวมเท่ากับ .92

### ขั้นตอนการดำเนินการ

ดำเนินการวิจัยโดยแบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการทดลอง ดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผล

#### 1. ระยะเตรียมการทดลอง ประกอบด้วย

1) เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ค้นคว้าศึกษาตำรา เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน

2) เตรียมสถานที่ในการทำการทดลอง โดยจัดทำแผนการดำเนินการทดลองประสานงานกับโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์เพื่อขอความร่วมมือในการทำวิจัยโดยขอหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ถึงคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลในแผนกจิตเวช ผู้ป่วยนอก ตึก ภปร .ชั้น 12 เมื่อได้รับการอนุมัติติดต่อขอความร่วมมือกับฝ่ายการพยาบาล ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง วันเวลา สถานที่ กิจกรรมต่างๆตั้งแต่ต้นจนครบขั้นตอนการทดลอง

3) เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาวิชาปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชขั้นสูงในโรงพยาบาล 3 หน่วยกิต และฝึกปฏิบัติการทำกิจกรรมบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มกับอาจารย์ที่ปรึกษาเป็นเวลา 3 เดือน

4) เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินโครงการ จำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง ซึ่งผู้ช่วยในการดำเนินโครงการครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานกลุ่มงานจิตเวช มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โดยผู้จัดทำโครงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการ กิจกรรมต่างๆ ในโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และแนวคิด รายละเอียดของเครื่องมือและแนวทางในการใช้เครื่องมือ วิธีการสัมภาษณ์ เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ เพื่อให้เข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนได้อย่างชัดเจน และขณะที่ทำการทดลองจะมีการประเมินผลก่อนและหลังการดำเนินกลุ่มร่วมกันทุกครั้ง

5) ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนที่กล่าวไว้ในขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างเห็นยินยอมเข้าร่วมการวิจัย วัตถุประสงค์การวิจัยใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และวัดความตั้งใจมาตรวจตามนัด (Pre-test) และนัดกลุ่มทดลองเข้าร่วมโปรแกรม

2. ระยะดำเนินการทดลอง ระยะดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริม

พฤติกรรมสุขภาพ ดำเนินการตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ 2553 – เดือนมีนาคม 2553 ดังรายละเอียด  
ดังนี้

### กลุ่มทดลอง

พบกับผู้ป่วยตามเวลาที่นัดหมาย ให้การพยาบาลโดยให้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรม  
สุขภาพ มีรายละเอียดดังนี้

กลุ่มที่ 1 วันพุธ กลุ่มที่ 2 วันพฤหัสบดี ทั้ง 2 กลุ่มใช้เวลาช่วงรอตรวจคือเวลา 08.30 –  
10.00 น. เนื่องจากแพทย์เริ่มออกตรวจประมาณ 10.30 น. กิจกรรมของโปรแกรม มี 6 กิจกรรมใช้  
เวลากิจกรรมละ 30 – 45 นาที ดำเนินครั้งละ 2 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ดำเนินเป็นเวลา 3  
สัปดาห์ติดต่อกัน หลังกิจกรรมที่ 6 ซึ่งเป็นกิจกรรมสุดท้ายจะกำกับการทดลองทันที จากนั้น 2  
สัปดาห์คือสัปดาห์ที่ 5 ทำการประเมินผลการทดลองใช้เวลา 60-90 นาที การดำเนินกลุ่มจะเป็น  
การดำเนินกลุ่มในรูปแบบกลุ่มของ Gazda (1975) สนับสนุนช่วยให้สมาชิกกลุ่มสำรวจค้นหาและ  
เผชิญปัญหาใช้รูปแบบการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเน้นการเชื่อมโยงสถานการณ์สะท้อนแนวคิด  
สร้างความเข้าใจให้ความรู้แบบกลุ่ม ส่งเสริมให้สมาชิกรู้เท่าทันตนเอง เกื้อหนุนกันแก้ปัญหาเพื่อ  
บรรลุศักยภาพของตนเกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรมสุขภาพ และมีสัมพันธ์ที่ดีกับผู้อื่น  
ซึ่งงานวิจัยนี้ ดำเนินการ 3 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1** ขึ้นสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและยินยอมรับกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ ยอมรับกลุ่มและเปิดเผยตนเอง
2. ผู้ป่วยตระหนักถึงสภาวะสุขภาพความเจ็บป่วยทางจิตเวชของตนเองในปัจจุบัน
3. ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์ของพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ต่อความ  
เจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน

#### มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1** เพิ่มความมีสติในการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือใน  
การรักษา (Raising Consciousness) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วย

- 1) ให้สมาชิกทุกคนแนะนำตนเองโดยเริ่มจากผู้วิจัย และเปิดให้อภิปรายแลกเปลี่ยน  
ประสบการณ์จากความเจ็บของโรคจิตเภท อาการ การรักษาและประสบการณ์ที่เป็นปัญหาที่เกิด  
กับสมาชิกในการดูแลตนเอง เพื่อให้สมาชิกพบว่าปัญหาของตนคล้ายกับสมาชิกอื่นๆ นำไปสู่  
ความเข้าใจยอมรับซึ่งกันและกันเกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยไว้วางใจระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม

2) ให้ความรู้แบบกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา การดูแลตนเอง มุ่งเน้นให้สมาชิกตระหนักถึงการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ของตนรวมถึงบทบาทการรับผิดชอบตนเอง ทราบถึงพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

3) อภิปรายกลุ่มร่วมวิเคราะห์แนวทางแก้ปัญหาและประโยชน์ที่จะเกิดกับสมาชิกเมื่อให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ร่วมกันและใช้แรงเสริมภายในกลุ่มเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกมีสติมากขึ้นรับรู้ถึงประโยชน์ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสนับสนุนให้เกิดการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและเกิดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้ เพื่อช่วยกระตุ้นย้ำเตือนความจำ ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้นำกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 2** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดของตนเอง (Reevaluation the Self) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วย

1) การอภิปรายกลุ่มให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์การปฏิบัติตน ด้านการใช้ยาที่ผ่านมาและร่วมกันประเมินว่าการปฏิบัติใดเป็นพฤติกรรมสุขภาพการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

2) ใช้แรงเสริมด้านบวกของกลุ่มเป็นจุดกระตุ้นให้ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์การกลับมาประเมินพฤติกรรมดูแลตนเอง พร้อมอำนวยความสะดวกด้วยการแจกสมุดบันทึกพฤติกรรมสุขภาพการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การบันทึกวันนัด

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้ เพื่อช่วยกระตุ้นย้ำเตือนความจำ ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้นำกลุ่ม

### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือ ตอบคำถาม ร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม
2. ผู้ป่วยสามารถบอกลักษณะทั่วไปของโรคจิตเภท การรักษา การดำเนินของโรค ประเด็นที่เป็นปัญหาจากความเจ็บป่วยของโรคจิตเภทอย่างน้อยอย่างละ 1 อย่าง ได้ถูกต้อง
3. ผู้ป่วยสามารถบอกประเด็นที่เป็นประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยเมื่อให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างน้อย 1 อย่าง ได้ถูกต้อง
4. ผู้ป่วยสามารถบอกได้ว่าปฏิบัติตนอย่างไรเป็นการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด อย่างน้อย 1 อย่าง

**สัปดาห์ที่ 2** ชั้นรับผิดชอบต่อตนเอง



### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยตระหนักถึงบทบาทการรับผิดชอบตนเอง ทั้งด้านบวก ด้านลบต่อความเจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน
2. ผู้ป่วยรับรู้ถึงความสามารถในการดูแลตนเองต่อความเจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน
3. ผู้ป่วยตระหนักถึงประโยชน์การปรับปรุงเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับความเจ็บป่วยในปัจจุบัน โดยร่วมมือในการรักษา ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด

### มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 3** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดของตนเอง (Promoting Self-Efficacy) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วย

1) การนำเสนอตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้ความร่วมมือในการรักษาใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด พร้อมเปิดให้อภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันถึงวิธีการที่ทำให้ประสบความสำเร็จ

2) กระตุ้นอารมณ์ด้านบวกของสมาชิกในกลุ่ม ให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมาที่ทำได้สำเร็จ ชักจูงสมาชิกให้รับรู้ถึงความสามารถดูแลตนเองเรื่องการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด และสนับสนุนให้กำลังใจส่งเสริมความมั่นใจของสมาชิก ก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง เรื่องสามารถมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือใช้ยาตามแผนการรักษาและมาตรวจตามนัด

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้ เพื่อช่วยกระตุ้นย้ำเตือนความจำ ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้นำกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 4** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัดของตนเอง (Enhancing the Benefits of Change) ใช้เวลาประมาณ 30-45 นาที ประกอบด้วย

1) การนำเสนอผลด้านบวกผ่านตัวแบบผู้ป่วยที่ประสบความสำเร็จในการดูแลตนเองให้ความร่วมมือในการรักษาใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด และให้สมาชิกร่วมวิเคราะห์ผลด้านบวกที่เกิดกับตนเองเมื่อปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษาใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ส่งผลให้สมาชิกตระหนักถึงประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษาและเกิดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

2) การนำเสนอผลด้านลบเมื่อสมาชิกไม่ร่วมมือในการรักษา ไม่มาตรวจตามนัด เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงความสำคัญของบทบาทการดูแลสุขภาพของตนเอง

3) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้ เพื่อช่วยกระตุ้นย้ำเตือนความจำ ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้นำกลุ่ม

### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างวิธีการปฏิบัติตนที่จะทำสนับสนุนส่งเสริมให้สามารถใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาและเพิ่มความตั้งใจมาตรวจตามนัด อย่างน้อย 1 อย่าง

2. ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นในกลุ่มว่าต้องการจะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยหลีกเลี่ยงการปฏิบัติตนที่มีผลทำลายพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนเองในปัจจุบัน อย่างน้อย 1 อย่าง เช่น การลดหรือเลิกการดื่มสุรา กาแฟ การสูบบุหรี่ เป็นต้น

### สัปดาห์ที่ 3 ขึ้นแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

#### วัตถุประสงค์

1. ผู้ป่วยรับรู้ถึงผลกระทบของสิ่งแวดล้อมต่าง เช่นในสถานพยาบาล ในชุมชน ต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านบวกและด้านลบกับความเจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน

2. ผู้ป่วยรับรู้ถึงสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา

3. ผู้ป่วยตระหนักถึงแนวทางการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน ที่สนับสนุนส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

4. ผู้ป่วยลดการรับรู้ถึงปัญหาและอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษาด้านใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

#### มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 5** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด (Controlling the Environment) ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ประกอบด้วย

1) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา ซึ่งเป็นสาเหตุ ปัจจัยก่อให้เกิดการกระทำที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมทำลายสุขภาพ ไม่ร่วมมือรักษา ทั้งการไม่ใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา ไม่มาตามนัด

2) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นถึงสิ่งแวดล้อมต่าง เช่น สิ่งแวดล้อมในสถานพยาบาล สิ่งแวดล้อมในชุมชน ที่ก่อให้เกิดการกระทำที่สนับสนุนให้เกิดพฤติกรรมไม่ร่วมมือรักษา ทั้งการไม่ใช้จ่ายตามเกณฑ์การรักษา ไม่มาตามนัด

3) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นถึงแนวทางการกระทำเพื่อป้องกัน หรือลด ควบคุมสิ่งแวดล้อมต่าง ที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมทำลายสุขภาพ ไม่

ร่วมมือรักษา ส่งเสริมให้เกิดสิ่งแวดลอมที่สนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด

4) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้ เพื่อช่วยกระตุ้น ย้ำเตือนความจำ ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้นำกลุ่ม

**กิจกรรมที่ 6** ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษาด้านใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมา ตรวจตามนัด (Managing Barriers to Change) ใช้เวลาประมาณ 30-60 นาที ประกอบด้วย

1) กิจกรรมการอภิปรายกลุ่มมุ่งเน้นให้สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมามี เป็นอุปสรรคของสมาชิกในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจรับยาตามนัด

2) กระตุ้นให้สมาชิกเสนอวิธีแก้ปัญหาพร้อมกัน ร่วมกับการให้ข้อมูลสนับสนุนจาก พยาบาลในการใช้ยา การสังเกตและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และทดลองให้สมาชิก ฝึกทักษะแก้ปัญหาจากสถานการณ์ตัวอย่างที่สมาชิกพบเป็นส่วนใหญ่

3) แจกแผ่นพับความรู้เรื่องยาและรับฟังความรู้สึกของสมาชิกเกี่ยวกับการใช้ยาพร้อม กับให้กำลังใจ ส่งเสริมให้สมาชิกรับรู้ถึงปัญหาเกี่ยวกับการใช้ยาและสร้างความมั่นใจแก่สมาชิก เรื่องความสามารถในการจัดการปัญหาของการใช้ยาอย่างมีประสิทธิภาพ

4) การให้ข้อมูลการเข้าถึงสิทธิการรักษาและวิธีการเข้าถึงสถานพยาบาลในชุมชน การติดต่อสอบถามข้อมูลสุขภาพเมื่อพบปัญหาขณะอยู่ในชุมชน ตารางช่วยเตือนความจำในการ ใช้ยาตามแผนการรักษา

5) เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยสอบถามปัญหา และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้ เพื่อช่วยกระตุ้น ย้ำเตือนความจำ ความเข้าใจที่ตรงกันระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลผู้นำกลุ่ม

### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างสิ่งแวดลอมแบบที่มีผลทำลายและมีผลสนับสนุนให้เกิด พฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจ ตามนัด อย่างน้อย 1 ตัวอย่าง

2. ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างวิธีการสร้างสิ่งแวดลอมที่สนับสนุนให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับความเจ็บป่วยของตนในปัจจุบัน อย่างน้อย 1 ตัวอย่าง

3. ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างปัญหาและอุปสรรคที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพทำลาย สุขภาพ ไม่ร่วมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและไม่มาตรวจตามนัด อย่างน้อย 1 อย่าง

4. ผู้ป่วยสามารถยกตัวอย่างแนวทางป้องกันหรือลดการเกิดปัญหาและอุปสรรคที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพทำลายสุขภาพ ไม่รวมมือใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและไม่มาตรวจตามนัด อย่างน้อย 1 อย่าง

หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมที่ 6 กำกับการทดลองทันที เพื่อประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท หากคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ ร้อยละ 80 ถือว่าไม่ผ่านเกณฑ์ ผู้วิจัยและผู้ป่วยต้องร่วมกันประเมินค้นหาปัญหาและหาแนวทางการแก้ไขเป็นรายบุคคล จนกว่าคะแนนจะถึงเกณฑ์คือ มากกว่าร้อยละ 80 จากนั้นจึงนัดหมายอีกครั้ง หลังสิ้นสุดโปรแกรม 2 สัปดาห์เพื่อประเมินผล ดังรายละเอียดของสัปดาห์ที่ 5

#### ระยะเวลาประเมินผลการทดลอง

**สัปดาห์ที่ 5** การติดตามประเมินผลใช้เวลาประมาณ 60-90 นาที ประกอบด้วยการสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาเพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสมาชิกแต่ละคนและเปิดโอกาสให้สมาชิกแต่ละคนแสดงความคิดเห็น เสนอแนะ เกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดในงานวิจัยนี้

**กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายกลุ่ม เรื่อง โรคทางจิตเวช และการดูแลสุขภาพด้านต่างๆ ในระหว่างรอพบแพทย์ ในช่วง เวลา 09.00 - 09.20 น.

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด 1 อาทิตย์ก่อนเข้ารับโปรแกรมและประเมินความร่วมมือในการรักษา หลังการทดลอง (Post-test) โดยวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรม 2 สัปดาห์ซึ่งเป็นวันนัดตรวจของผู้ป่วย

ศูนย์วิทยุทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 1 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ตามคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาระดับต่ำ (1.5 – 2.49) ถึงระดับปานกลาง (2.5-3.49)

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนดำเนินการ			
	กลุ่มทดลอง	ระดับ	กลุ่มควบคุม	ระดับ
1	33	ต่ำ	32	ต่ำ
2	35	ต่ำ	35	ต่ำ
3	36	ต่ำ	36	ต่ำ
4	38	ต่ำ	34	ต่ำ
5	39	ต่ำ	39	ต่ำ
6	39	ต่ำ	39	ต่ำ
7	40	ต่ำ	42	ต่ำ
8	40	ต่ำ	38	ต่ำ
9	42	ต่ำ	42	ต่ำ
10	42	ต่ำ	43	ต่ำ
11	42	ต่ำ	41	ต่ำ
12	43	ต่ำ	43	ต่ำ
13	44	ต่ำ	47	ปานกลาง
14	44	ต่ำ	50	ปานกลาง
15	49	ปานกลาง	53	ปานกลาง
16	55	ปานกลาง	57	ปานกลาง
17	59	ปานกลาง	59	ปานกลาง
18	60	ปานกลาง	60	ปานกลาง
19	61	ปานกลาง	61	ปานกลาง
20	62	ปานกลาง	61	ปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาก่อนดำเนินการอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 2 ลักษณะกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง ตามคะแนนความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดระดับต่ำ (1.5 – 2.49) ถึงระดับปานกลาง (2.5-3.49)

คู่ที่	คะแนนความตั้งใจมาตรวจตามนัดก่อนดำเนินการ			
	กลุ่มทดลอง	ระดับ	กลุ่มควบคุม	ระดับ
1	17	ต่ำ	20	ต่ำ
2	32	ปานกลาง	26	ปานกลาง
3	17	ต่ำ	24	ต่ำ
4	18	ต่ำ	22	ต่ำ
5	19	ต่ำ	23	ต่ำ
6	31	ปานกลาง	27	ปานกลาง
7	29	ปานกลาง	21	ต่ำ
8	25	ปานกลาง	19	ต่ำ
9	20	ต่ำ	19	ต่ำ
10	23	ต่ำ	19	ต่ำ
11	21	ต่ำ	30	ปานกลาง
12	22	ต่ำ	27	ปานกลาง
13	18	ต่ำ	24	ต่ำ
14	20	ต่ำ	25	ปานกลาง
15	20	ต่ำ	28	ปานกลาง
16	24	ต่ำ	20	ต่ำ
17	26	ปานกลาง	25	ปานกลาง
18	32	ปานกลาง	19	ต่ำ
19	27	ปานกลาง	20	ต่ำ
20	30	ปานกลาง	31	ปานกลาง

จากตารางที่ 2 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคะแนนความตั้งใจมาตรวจตามนัดก่อนดำเนินการอยู่ในระดับต่ำ

ตารางที่ 3 ลักษณะคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนดำเนินการทดลองและหลังดำเนินการทดลอง

คู่ที่	คะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา			
	ก่อนทดลอง	ระดับ	หลังการทดลอง	ระดับ
1	33	ต่ำ	76	ดี
2	35	ต่ำ	69	ดี
3	36	ต่ำ	69	ดี
4	38	ต่ำ	79	ดี
5	39	ต่ำ	69	ดี
6	39	ต่ำ	63	ดี
7	40	ต่ำ	83	ดีมาก
8	40	ต่ำ	67	ดี
9	42	ต่ำ	69	ดี
10	42	ต่ำ	70	ดี
11	42	ต่ำ	77	ดี
12	43	ต่ำ	71	ดี
13	44	ต่ำ	79	ดี
14	44	ต่ำ	74	ดี
15	49	ปานกลาง	77	ดี
16	55	ปานกลาง	70	ดี
17	59	ปานกลาง	73	ดี
18	60	ปานกลาง	84	ดีมาก
19	61	ปานกลาง	83	ดีมาก
20	62	ปานกลาง	82	ดีมาก

จากตารางที่ 3 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หลังดำเนินการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการทดลอง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 80

**ตารางที่ 4** ลักษณะคะแนนความตั้งใจมาตรวจตามนัด ของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนดำเนินการทดลอง และหลังดำเนินการทดลอง

คู่ที่	คะแนนความตั้งใจมาตรวจตามนัด			
	ก่อนทดลอง	ระดับ	หลังการทดลอง	ระดับ
1	17	ต่ำ	37	ดี
2	32	ปานกลาง	47	ดีมาก
3	17	ต่ำ	39	ดี
4	18	ต่ำ	38	ดี
5	19	ต่ำ	36	ดี
6	31	ปานกลาง	45	ดีมาก
7	29	ปานกลาง	48	ดีมาก
8	25	ปานกลาง	41	ดี
9	20	ต่ำ	44	ดี
10	23	ต่ำ	39	ดี
11	21	ต่ำ	47	ดีมาก
12	22	ต่ำ	46	ดีมาก
13	18	ต่ำ	37	ดี
14	20	ต่ำ	41	ดี
15	20	ต่ำ	46	ดีมาก
16	24	ต่ำ	40	ดี
17	26	ปานกลาง	40	ดี
18	32	ปานกลาง	49	ดีมาก
19	27	ปานกลาง	46	ดีมาก
20	30	ปานกลาง	45	ดีมาก

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนคะแนนความตั้งใจมาตรวจตามนัด หลังดำเนินการทดลอง อยู่ในระดับสูงกว่าก่อนดำเนินการทดลอง โดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี จำนวน 11 ราย คิดเป็นร้อยละ 55



**3.การวิเคราะห์ข้อมูล** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired-t test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-t test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

#### สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูลในรูปตารางประกอบคำบรรยายและนำเสนอ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ศูนย์วิทยทรัพยากร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		รวม n = 40	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>เพศ</b>						
ชาย	11	55	12	60	23	57.50
หญิง	9	45	8	40	17	42.50
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	5	35	5	25	10	30.00
30-39 ปี	11	55	12	60	23	57.50
40-49 ปี	2	10	2	10	4	17.50
50-59 ปี	2	10	1	5	3	2.50
<b>ระดับการศึกษาสูงสุด</b>						
ประถมศึกษา	1	5	1	5	2	5.00
มัธยมศึกษา	3	15	3	15	6	15.00
อนุปริญญา	7	35	6	30	13	32.50
ปริญญาตรี	9	45	10	50	19	47.50
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวช</b>						
1-5 ปี	2	10	2	10	4	10.00
6-10 ปี	10	50	10	50	20	50.00
11-15 ปี	1	5	1	5	2	5.00
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	7	35	7	35	14	35.00
เคยมีพฤติกรรมไม่ ร่วมมือใช้ยาตาม แผนการรักษา	20	100	20	100	40	100.00

จากตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลและเคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือใช้ยาตามแผนการรักษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี มีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.50 ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 6-10 ปี มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาจิตเวชอยู่ในระดับมาก มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้ง มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 สถานภาพสมรส โสด มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 มารดาเป็นผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50

## ตอนที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง (Independent t-test)

พฤติกรรมร่วมมือในการรักษา	กลุ่มทดลอง (n = 20)		กลุ่มควบคุม (n = 20)		t	p -value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการใช้ยาตาม เกณฑ์การรักษา	45.15	9.20	45.6	9.72	-.150	.881
ความตั้งใจมาตรวจตามนัด	23.55	5.15	23.45	3.84	.070	.945
รวม	68.7	14.35	69.05	13.56	.220	1.826

จากตารางที่ 6 พิจารณาโดยภาพรวมและรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา ก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกก่อน และหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (Paired - t test)

พฤติกรรมร่วมมือใน การรักษา	ก่อนการ ทดลอง (n = 20)		หลังการ ทดลอง (n = 20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษา	45.15	9.20	74.20		
ความตั้งใจมาตรวจตามนัด	23.55	5.15	42.55	4.16	-22.13	.000
<b>รวม</b>	<b>68.55</b>	<b>14.35</b>	<b>116.75</b>	<b>10.26</b>	<b>60.19</b>	<b>.000</b>

จากตารางที่ 7 พิจารณาโดยภาพรวมและรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา หลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีระดับสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (Independent t-test)

พฤติกรรมร่วมมือในการรักษา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	p-value
	(n = 20)		(n = 20)			
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	74.20	6.10	46.25	8.39	12.04	.000
ความตั้งใจมาตรวจตามนัด	42.55	4.16	24.60	2.66	16.24	.000
<b>รวม</b>	<b>116.75</b>	<b>10.26</b>	<b>70.85</b>	<b>11.05</b>	<b>28.28</b>	<b>.000</b>

จากตารางที่ 8 พิจารณาโดยภาพรวมและรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยหลังการทดลอง คะแนนความร่วมมือในการรักษาโดยภาพรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา มีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีระดับนัยสำคัญที่ระดับ .05

ตอนที่ 5 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุม (Paired - t test)

พฤติกรรมร่วมมือใน การรักษา	ก่อนการ ทดลอง (n = 20)		หลังการ ทดลอง (n = 20)		t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD		
	พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา	45.60	9.72	46.25		
ความตั้งใจมาตรวจตามนัด	23.45	3.84	24.60	2.66	-1.451	.163
<b>รวม</b>	<b>68.20</b>	<b>13.26</b>	<b>69.30</b>	<b>12.51</b>	<b>-2.623</b>	<b>.418</b>

จากตารางที่ 9 พิจารณาโดยภาพรวมและรายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษา ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมติฐานการวิจัย

1. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกหลังได้รับ โปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ
2. ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ซึ่งมีคุณสมบัติดังนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุ 20-59 ปี มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสารภาษาไทย เช่น การพูด การได้ยิน สามารถอ่านเขียนหนังสือได้ สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาครั้งนี้ โดยมีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

ผู้วิจัยทำการสุ่มเลือกตัวอย่างจากวิธีสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา ซึ่งเข้ารับการรักษาด้านจิตเวชแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2553 ถึง เดือนมีนาคม 2553 ที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้จำนวน 40 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง 20 คน เลือกจากผู้ป่วยที่ยืนยันบัตรนัดในวันที่เลขคู่สลับวันห่างกันทุก 3 คน จนกระทั่งครบจำนวน 20 คน ส่วน



กลุ่มควบคุม 20 คน เลือกจากผู้ป่วยที่มาเป็นบัตรนัดในวันที่ เลขคู่สลับเว้นห่างกันทุก 3 คน จนกระทั่งครบจำนวน 20 คน หลังจากนั้นจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (Matched pair) ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกันให้มากที่สุด ตามคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และคะแนนความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ที่เท่ากันหรือใกล้เคียงกัน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55)

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้วิจัยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการศึกษาสุขภาพจิตและจิตเวช 5 ท่าน คือ อาจารย์ผู้สอนทางการพยาบาลจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลที่เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลผู้ป่วย จิตเวช ในคลินิก 1 ท่าน อาจารย์จิตแพทย์ 2 ท่าน ตรวจสอบและนำมาปรับปรุงแก้ไข จากนั้นนำมาให้อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ตรวจสอบ ก่อนนำไปทดลองกับผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกกลุ่มที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแต่ไม่ใช้กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ที่มารับบริการแผนกจิตเวชผู้ป่วยนอกจำนวน 5 คน จากนั้นนำผลมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง ซึ่งการดำเนินการทดลอง มีกิจกรรมในโปรแกรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรมใน 3 ขั้นตอนดังนี้

#### 1) ขั้นสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและขั้นยอมรับกลุ่ม

กิจกรรมที่ 1 เพิ่มความมีสติในการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา (Raising Consciousness)

กิจกรรมที่ 2 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดของตนเอง (Reevaluation the Self)

#### 2) ขั้นรับผิดชอบต่อตนเอง

กิจกรรมที่ 3 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัดของตนเอง (Promoting Self-Efficacy)

กิจกรรมที่ 4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ประโยชน์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัดของตนเอง (Enhancing the Benefits of Change)

### 3) ชั้นแก้ไขเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 5 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด (Controlling the Environment)

กิจกรรมที่ 6 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด (Managing Barriers to Change)

## 2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มีลักษณะให้เลือกตอบเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของประชากรตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้รับความตรงตามเนื้อหาของแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท เท่ากับ .90

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามกึ่งสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของสรินทร์ เขียวโสธร (2545) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชรี คันธสายบัว (2544) ข้อคำถามมีมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 18 ข้อ และแบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาจากแบบสอบถามความตั้งใจรับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ของ ศรายุทธ อินทร์ักษ์ (2549) ที่สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ Ajzen & Fishbein (1980) ตัวเลือกตอบเป็นสเกลแบบ Semantic differential มีเกณฑ์ 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้รับความตรงตามเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเท่ากับ .94 และความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดเท่ากับ .80 ตรวจ สอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และวิเคราะห์โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach' s Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเท่ากับ .92 และค่าความเที่ยงของแบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดเท่ากับ .86

## ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

1. ระยะก่อนการทดลอง ใช้เวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ ในการสร้างเครื่องมือ การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในด้านความตรงตามเนื้อหา ความตรงตามโครงสร้าง จากนั้นประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล เตรียมผู้ช่วยวิจัย จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ แจกวัสดุประสงค์การวิจัย และขอความร่วมมือในการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอม เข้าร่วมการวิจัย อธิบายขั้นตอน กิจกรรม ระยะเวลาของการวิจัย เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทำการวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (Pre-test) และความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด (Pre-test)

2. ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการดูแลผู้ป่วยตามโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่สร้างขึ้นในกลุ่มทดลองทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน มีการดำเนินกิจกรรม 6 กิจกรรมใน 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม กิจกรรมละ 30 – 45 นาที กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรมที่ห้องโรงพยาบาลกลางวัน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ดำเนินการทดลองกลุ่มเวลา 08.30 -10.00 น. ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2553 และเดือนมีนาคม 2553

สำหรับกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติจากแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ได้แก่ การประเมินคัดกรองเชิงรุก การให้สุขศึกษาเป็นรายกลุ่มก่อนพบแพทย์ เรื่องโรคจิตเวช การรักษา โรคทางกายอื่นๆ หากมีข้อสงสัย ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล หลังพบแพทย์แนะนำเป็นรายบุคคลเรื่องโรค การดูแลตนเองขั้นพื้นฐาน และการใช้ยา

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้จากกลุ่มตัวอย่าง มาวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows Version 13 โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม นำมาแจกแจงความถี่และคำนวณค่าร้อยละ

2. คำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงมาตรฐาน คะแนนความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ Paired-t test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

4. เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้านการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent-t test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

- กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 100 เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลและเคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือใช้ยาตามแผนการรักษา ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศชาย มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี มีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 47.50 ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 6-10 ปี มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาจิตเวชอยู่ในระดับมาก มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.50 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3 ครั้ง มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 สถานภาพสมรสโสด มีจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 67.50 มารดาเป็นผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย มีจำนวน 22 ราย คิดเป็นร้อยละ 55 และส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีจำนวน 32 ราย คิดเป็นร้อยละ 72.50

- ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาโดยภาพรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ หลังการทดลอง มีระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

- ค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาโดยภาพรวมและรายด้านของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ และกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีค่าเฉลี่ยของคะแนนความร่วมมือในการรักษาโดยภาพรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน ได้ดังนี้

1) ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก หลังเข้าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีระดับสูงกว่าก่อนเข้าโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2) ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

โดยสรุป จากการสรุปผลการวิจัยตามสมมติฐาน แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมสุขภาพ สามารถสร้างเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและด้านความตั้งใจมาตรวจตามนัดอย่างมีประสิทธิภาพ

## อภิปรายผลการวิจัย

### ผลการวิจัยพบว่า

1. ระดับความร่วมมือในการรักษาโดยภาพรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีความร่วมมือในการรักษาหลังการเข้าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ระดับความร่วมมือในการรักษาโดยภาพรวมและรายด้าน ของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก หลังการทดลอง ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ มีความร่วมมือในการรักษาสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ 2

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษาค้นคว้าได้ว่า จากแนวความคิดส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ในการวิจัยนี้เกิดจาก แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ผ่านกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006) ทำให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักรู้ว่าการไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการไม่มาตรวจตามนัดเป็นผลเสียอย่างมาก

หลังจากการดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 แล้ว พบว่า สามารถพัฒนาการตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง ผู้ป่วยยอมรับว่าเหตุที่ตนเกิดการป่วยซ้ำนั้นเกิดจากการไม่ยอมรับประทานยาสม่ำเสมอตามการรักษาของแพทย์ รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา รวมถึงประโยชน์ของการกลับมาประเมินพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง และต่อไปนี้จะปฏิบัติตนตามแผนการรักษาของแพทย์ เช่น

ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ผมเคยหยุดกินยา แล้วก็ไม่ได้มาตรวจตามนัด เพราะผมคิดว่าหายแล้ว อาการหูแว่วก็เลยกลับมาเป็นอีก ผมเครียดมาก รู้สึกเหมือนถูกคนติดตาม มีคนมาคอยจับผิด

มีเสียงด่าว่า ระวังมาก รู้ตัวอีกทีก็ถูกจับเข้าโรงพยาบาล ถ้าผมไม่หยุดยาเอง กินยาตามที่หมอสั่ง ผมก็คงไม่ต้องถูกจับนอนในโรงพยาบาล”

ผู้ป่วยรายที่ 2 กล่าวว่า “ตั้งแต่ที่ผมกินยาตามหมอสั่ง ผมไม่มีหูแว่วเลย ตอนนี้หมอลดยาลงเหลือ 3 เม็ดแล้ว ผมกลับไปช่วยงานที่บ้านได้ บางวันก็ช่วยงานในห้องอัดเสียงของที่บ้าน”

ผู้ป่วยรายที่ 3 กล่าวว่า “ตอนนี้อาการผมดีขึ้นมาก ผมกินยาตามที่หมอสั่ง ผมอยากทำงานหาเงินเอง ตอนนี้ไปสมัครงานไว้หลายที่ อาทิตย์หน้าผมก็มีสัมภาษณ์งานที่ห้าง Zen”

ผู้ป่วยรายที่ 4 กล่าวว่า “เคยกินกาแฟวันละ 4 – 5 แก้ว เพราะกินยาแล้วง่วง ตอนกลางคืนก็นอนไม่หลับ ตอนเช้าก็ง่วงนอน ถูกแม่ว่าเพราะนอนกลางวัน ไม่ได้ช่วยงานบ้าน เครียดมาก ถ้ามาตรวจตามนัดมาปรึกษาบอกหมอเรื่องกินยาแล้วง่วง หมอคงช่วยปรับยา คงไม่ต้องเจอปัญหานี้”

ในสัปดาห์ที่ 2 ก่อนเริ่ม กิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วยรายหนึ่ง กล่าวว่า “ตั้งแต่ผมได้เข้ากลุ่มนี้ ผมก็ลองกลับมาดูว่าแต่ละวันผมทำอะไรบ้าง ผมก็เลยรู้ว่า ช่วงนี้ ผมไม่ค่อยออกกำลังกาย แล้วก็ชอบนอนมาก นอนได้ทั้งวัน ผมก็คิดว่าจะต้องพยายามไม่นอนกลางวัน”

ผู้ป่วยรายที่ 2 กล่าวว่า “ตั้งแต่ลองกลับไปดูว่าตัวเอง ทำอะไร ดูแลตัวเองแบบไหน เหมือนที่คุณพยาบาลแนะนำ มันช่วยเตือนสติเรา ทำให้เราเริ่มรู้ว่าเรื่องไหนที่ไม่น่าทำ เราก็พยายามจะไม่ทำ ที่บ้านก็ชมว่าเราดีขึ้น ต่อไปนี้จะแบ่งเวลากลับมาสังเกตตัวเองอย่างที่คุณพยาบาลแนะนำ”

ผู้ป่วยรายที่ 3 เสนอแนะว่า “คุณคนที่ชอบสวัสดีผมบ่อยๆ วันนี้ 2 ครั้งแล้ว ถ้าลองจดบันทึกดูว่า ตอนนี้สวัสดีใครกี่ครั้ง เหมือนที่คุณพยาบาลแนะนำ ผมว่ามันจะช่วยเตือนคุณให้จำได้ว่าทักใครไปแล้วนะ”

**หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรม** พบว่า จากกิจกรรมที่ 3 ที่เน้น ให้กลุ่มตัวอย่าง รับผิดชอบต่อความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา กิจกรรมที่ 4 ที่เน้น ให้กลุ่มตัวอย่าง พึ่งพอใจผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา จากกิจกรรมที่ 5 เน้นให้กลุ่มตัวอย่าง สร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา และกิจกรรมที่ 6 เน้นให้กลุ่มตัวอย่างจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาของตนเอง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) สามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรค มีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง การปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง และต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ เข้าไว้เป็นวิถีชีวิต (Life Style) เช่น กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

**สำหรับการจัดการกับอาการของตนเอง** ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “เราก็คเคยมีหูแว่ว แต่เราพยายามฟังเพลง มันก็ช่วยได้นะ ทำให้เพลินจนบางที่ไม่ค่อยได้ยินเสียงแว่ว ถ้าใครสนใจลองทำดูได้ ฟังจากโทรศัพท์มือถือก็ได้นะ จะได้ไม่ต้องเสียเงิน ถ้าไม่ชอบเพลง ก็เลือกฟังอะไรที่ชอบ”

ผู้ป่วยอีกรายหนึ่ง กล่าวว่า “เวลาที่มีหูแว่ว ผมไม่ชอบฟังเพลง ผมจะใช้วิธีอาบน้ำแล้วก็นอน พยายามไม่สนใจ บางทีก็ไปออกกำลังกาย หูแว่วน้อยลงนะ ถ้าใครสนใจลองทำดูได้นะ ผมว่ามันไม่ยุ่งยาก อยู่ที่บ้านเราก็อบน้ำอยู่แล้ว”

ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งเสนอแนะว่า การรับประทานยาบางตัวเกิดอาการท้องผูก “ผมเคยท้องผูก ผมใช้วิธีกินน้ำมะขาม มันช่วยได้นะ เพื่อนๆลองเอาไปใช้ได้”

### **การจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการมาตรวจตามนัด**

ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “ผมชอบกังวลคิดซ้ำ ทำซ้ำ บางครั้งก็ลืม เวลาเจอหมอในห้องตรวจรอตั้งนานตั้งใจจะถามตั้งหลายอย่าง แต่เวลาพบหมอ มันลืมจำไม่ได้ว่าจะถามอะไร จะเล่าอะไร ตั้งแต่ที่ผมเข้ากลุ่มผมมีวิธีการใหม่ คือเตรียมจดอาการและเรื่องที่จะถามหมอ ทำให้ผมไม่ลืม ผมรู้สึกสบายใจขึ้น ไม่กังวลเวลามาตรวจ มารอพบหมอเหมือนแต่ก่อน”

ผู้ป่วยรายที่ 2 กล่าวว่า “เวลามาตรวจตามนัดไม่ได้ เราก็คเคยโทรศัพท์เลื่อนนัดบางทีก็ชอยาเดิม แล้วมารับทีหลังก็ได้ไม่เสียเวลานานด้วย เพราะห้องยาเปิดขายยาถึง บ่าย 3 โมง”

ผู้ป่วยรายที่ 3 แนะนำว่า “ฉันไม่เคยโทรศัพท์เลื่อนนัดเลย คิดว่าถ้าติดธุระจะลองโทรศัพท์เลื่อนนัด เพราะแม่บอกให้ช่วยงานที่บ้าน เพราะคนงานลาออกหลายคน”

ผู้ป่วยรายที่ 4 กล่าวว่า “เราเคยออกจากบ้านมาเย็นในนัดตั้งแต่ 7 โมงเช้า ต้องรอหมอตั้งนาน หมอออกตรวจสาย เปื่อมาก ตอนนี่เรามาตอนใกล้ๆ 11 โมง รอหมอไม่นาน แล้วก็ไม่ต้องตื่นเช้า”

ผู้ป่วยรายที่ 5 กล่าวว่า “ช่วงนี้กินยาตามที่หมอสั่ง ก่อนนอนก็จัดยาตามที่พยาบาลแนะนำ ช่วยให้จำได้ว่ายามื้อไหนยังไม่กิน ไม่ต้องกังวลกลัวว่าจะกินยาเกิน บางทีเคยกินเกิน ยาเลยหมดก่อนวันนัด ตอนนี่สบายใจขึ้น ไม่เครียด นอนหลับได้ ไม่ต้องกินยานอนหลับเพิ่ม ตอนเช้าเวลาตื่นก็ไม่ง่วง ไม่เบลอเหมือนก่อน ตั้งใจว่าจะจัดยาและทำแบบนี้ต่อไป อยากให้คุณพยาบาลจัดกลุ่มแบบนี้บ่อยๆ”

ผู้ป่วยอีกรายหนึ่งเสนอแนะว่า “ทำบัตรผู้พิการทางจิต เวลาไปหาหมอ เข้าโรงพยาบาล รัฐบาลไหนก็ใช้สิทธิได้ ไม่ต้องเสียค่ายา ตอนนี่ก็มารับยาตามนัด ไม่ต้องผลัดรอวันที่มีเงิน ได้กินยาครบ ตอนนี่ก็เลยไม่มีอาการกำเริบ มาโรงพยาบาลเองได้”

### การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา

ผู้ป่วยรายหนึ่งกล่าวว่า “หลังจากมาเข้ากลุ่มกับคุณพยาบาล รู้สึกชอบมาก ตอนนั้นก็เลยมาเข้ากลุ่มโรงพยาบาลกลางวัน แต่ก่อนตัวเองเป็นคนขี้อาย ไม่กล้าพูดทักทายใคร ตอนนี้อยู่กัน มีเพื่อนเยอะมากขึ้น ไม่เหงา ไม่ต้องนอนเบื่ออยู่ในบ้านตอนกลางวันคนเดียว คิดว่าถ้าไม่ติดอะไรก็ จะมาเข้ากลุ่มโรงพยาบาลกลางวันทุกวัน”

ผู้ป่วยรายที่ 2 กล่าวว่า “ผมก็เหมือนกัน หลังจากที่ผมเข้ากลุ่ม ผมไปคุยปรึกษาน้องชาย ตอนนี้อยู่มาพักกับน้องชายที่คอนโด ผมรู้สึกสบายใจ เครียดน้อยลง ไม่ต้องกินยาเพิ่ม เพราะไม่ต้องทนฟังเสียงขอพ่อที่ชอบว่าผม เพราะผมเรียนจบแล้วแต่ก็ยังหางานไม่ได้”

ผู้ป่วยรายที่ 3 กล่าวว่า “ตั้งแต่ลองเปลี่ยนวันพบบมเป็นวันศุกร์ เหมือนที่คุณพยาบาล แนะนำ คนใช้น้อยกว่าวันพุธ ไม่ต้องนั่งรอนาน เสียงก็ไม่ดัง คนก็ไม่เยอะ เวลารอกก็ไม่เครียด เหมือนวันพุธ ถ้ายังมีหมอมามาตรวจวันศุกร์แบบนี้ ตั้งใจว่าจะมาตรวจตามนัด ไม่ผัดนัดเหมือนก่อน เพราะตอนนี้ทำงานที่สีลมใช้เวลามาช่วงพักก็ได้”

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายผลการศึกษได้ว่า จากแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งในการวิจัยนี้เกิดจาก แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) ผ่านกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) ดังนี้ (กิจกรรมที่ 1) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย จิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกมีความตระหนักรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (กิจกรรมที่ 2) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก กลับมาประเมินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาของตนเอง (กิจกรรมที่ 3) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกรับรู้ความสามารถของตนเองในการดำเนินพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 4) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก พึงพอใจผลประโยชน์ที่ได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 5) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก สร้างสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษา (กิจกรรมที่ 6) เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกจัดการกับปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพความร่วมมือในการรักษาของตนเอง ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (Behavioral outcome) เป็นผลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมกับโรคจิตเภท คือ มีพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งมีแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ตกลงใจที่จะตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ สามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคจิตเภท มี



จุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง รับเอาพฤติกรรมให้ความร่วมมือในการรักษานั้นเข้าไปเป็นวิถีชีวิต (Life Style)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับหลายงานวิจัยที่ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล โดยนำรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (1996; 2002) ไปใช้ แต่ส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มผู้ป่วยอื่นที่ไม่ใช่ผู้ป่วยจิตเภท มีเพียงส่วนน้อยที่พัฒนา ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท เช่น การศึกษาเชิงพรรณนา ของ รัชณี ศรีตะวัน (2549) ที่ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย จำนวน 193 คน เครื่องมือที่ใช้ศึกษาเป็นแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาโดย สุธิศา ล่ามช้าง และวัฒนาวดี ขอนตะวัน (2548) ตามแนวคิดพฤติกรรมสุขภาพของ เพนเดอร์ (1996) ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยรวมอยู่ในระดับ ปานกลาง และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพรายด้าน คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการความเครียด และด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ ทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง

และจากการทบทวนวรรณกรรมไม่พบว่าม้งงานวิจัยที่นำรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของ Pender (2006) มาใช้ในการพัฒนาสิ่งทดลอง (Treatment) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก พบเพียงงานวิจัยของ วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) ซึ่งศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผลพบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับรู้ประโยชน์ รู้คุณค่าของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รู้ความสามารถของตนเองและอิทธิพลระหว่างบุคคล ต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จึงกล่าวได้ว่าโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ให้กับผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทผ่านกิจกรรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Interventions for Health Behavior Change) 6 กิจกรรม (Pender et al., 2006: p.55) ตามแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006) สามารถทำให้ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท มีพฤติกรรมสุขภาพให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดีขึ้นได้

### ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

- 1) ผู้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ควรเป็นพยาบาลจิตเวชที่ได้รับการอบรมเกี่ยวกับการใช้กระบวนการกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเวชที่เน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
- 2) พยาบาลประจำแผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช สามารถพิจารณาแนวทางการพยาบาลร่วมกับการนำโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาไปใช้กับผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท ทั้งแบบรายกลุ่มและรายบุคคล โดยได้รับการฝึกอบรมการบำบัดทางจิตแบบกลุ่ม

### ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไปอาจใช้การดำเนินการเป็นรายครอบครัว เพราะครอบครัวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งในหลายๆปัจจัยที่เป็นส่วนสำคัญ สามารถสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษา
2. ควรมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาหลังสิ้นสุดโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ ทุก 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). **การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท มหาวิทยาลัย สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). โรคจิตเภท. ใน **เกษม ตันติผลาชีวะ (บรรณาธิการ). ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่มที่ 1. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร :** มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 9. 2544. **แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ. 2545-2549. วารสารนโยบายและแผนสาธารณสุข 4(มกราคม-มิถุนายน): 49-168.**
- งามตา อักษรไพโร. (2548). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท**. โครงการศึกษาอิสระพยาบาล-ศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ ชำชอง. 2547. **ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จลี เจริญสรรพ. (2538). **ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สอนสราญรมย์. วารสารพยาบาลสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย 3 : 220-226.**
- จันจิลา ดวงสลัด, สมศักดิ์ ภูมิเงิน และ สุนิสสา พันธุ์สงวนสุข. (2547). **ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้ว ราชนครินทร์. วารสารโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์. 4(7): 32-40.**
- ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี. 2536. **การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. ครอบครัวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตครบวงจร 6: 195-125.**

- ชูทิพย์ ปานปรีชา. 2540. การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท. **คู่มือสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพจิต**. กรุงเทพมหานคร: Advisory Board โครงการ Prelapse.
- ดวงใจ กสานติกุล, จี้น แบรี่ และ ภิรมย์ สุขคนธาภิรมย์. (2530).รูปแบบการปรึกษาเชิงจิตวิทยาแบบกลุ่มของแกชตาและกระแสความเคลื่อนไหวของกระบวนการกลุ่มตามทัศนะของทรอดเซอร์. **เทคนิคการให้คำปรึกษาแนะแนว**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์พิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. หน้า 77-85.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทิกา ทวีชาติ. (2548). **เอกสารการอบรมความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท**. กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภุร. (2544). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาล**. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. 2546. **คู่มือการวิจัย การเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์**. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ. 2549. **สถิติวิเคราะห์เพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: จามจุรีโปรดักท์.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2547). **การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศน์า บุญทอง. (2531). **มโนคติของการพยาบาลแบบองค์รวม**. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ ครั้งที่ 1. เรื่อง มโนคติในการพยาบาลแบบองค์รวม HOLISTIC NURSING CARE วันที่ 2-4 พฤศจิกายน 2531 ณ. ห้องบรรยายจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. (2544). **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ปราโมชย์ สุคนิษฐ์. (2534). **ใจป่วยใครช่วยได้**. กรุงเทพมหานคร: ธนบรรณจัดจำหน่าย.
- ปราชนีย์ บุญยวงศ์วิโรจน์ และคณะ. (2547). **รายงานการวิจัยเรื่อง การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. ขอนแก่น: พระธรรมชนินธ์.
- เพชรี คันธสายบัว. (2544). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลิน เสียงไชค้อย. (2547) **ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา**. การค้นคว้าอิสระมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรทิพย์ ธรรมวงษ์. (2541). **ผลการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรสวรรค์ พูลกระจ่าง. (2548). **การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภารดี การเร็ว. (2541). **ความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ป่วยนอกโรคจิตเภท โรงพยาบาลสวนปรุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภิรมย์ กมลรัตนกุล และ วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี. (2549). แนวคิดใหม่เกี่ยวกับสุขภาวะและการสร้างเสริมสุขภาพ. **จุฬาลงกรณ์เวชสาร**. 50(พฤษภาคม): 291-302.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมชย์ สุคนิษฐ์. (2548). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : ปียอนด์ เอนเตอร์ไพรซ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). **ภาวะครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: การวิเคราะห์รายงานการวิจัย**. **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 13(1): 19-26.
- รัตนาวดี ชอนตะวัน, ทริยาพรรณ สุงามณี, ณัฐกาญจน์ สุรภักดี และคณะ. (2548). **ภาวะสุขภาพและพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคลากรสายสนับสนุน**. กลุ่มคณะวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. รายงานการวิจัย.

- รัชนี้ ศรีตะวัน. (2549). **พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนี้กร อูปลเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วัฒนารณณ์ พิบูลลาลักษณ์. (2549). **ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศรายุทธ อินทร์ศรี. (2549). **ผลของโปรแกรมสุขศึกษารายกลุ่มต่อความรู้ ทักษะ และความตั้งใจมารับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกในสตรีกลุ่มเสี่ยงตำบลสันผีเสื้ออำเภอเมืองเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาสถาปัตยกรรมศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมโภชน์ เอี่ยมสุภาพิต. (2541). **ทักษะและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). **พยาบาลกับบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท**. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เว็อนแก้ว.
- สมชาย จักรพันธุ์. (2543). **แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. 2549. **แนวคิดและยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศ ในระยะแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 10 (พ.ศ.2550-2554)**. เอกสารการสัมมนาระดมความคิดเห็นเฉพาะกลุ่ม (Focus Group). (กุมภาพันธ์): 1-16.
- สรินทร์ เชี่ยวโสธร.(2542). **การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. (2545). **สถิติโรงพยาบาลจิตเวช ปี 2545**. กรุงเทพมหานคร: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สาธารณสุข, กระทรวง. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ [Online]. แหล่งที่มา:

<http://www.dmh.go.th/trend.asp> [2006, August 5].

สาธิต พุฒขาว. (2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.**

วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). **ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้**

**เงื่อนไขผูกพัน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ

จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). **ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อ**

**ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์ปริญญา-

มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวีรัตน์ โบจรัส. (2547). **การสร้างเสริมทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**

**เรื้อรังชาย.** รายงานการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวิมล สมัตตะ. (2541). **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อ**

**ความสามารถในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร-

มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สันชัย วสุนธราภรณ์. (2547). **จิตเภท.** กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, พิษญาภรณ์ มูลศิลป์, ชนกพร จิตปัญญาและคณะ. (2548). บทความ

วิจัยพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพจิตและการปรับตัวของผู้ป่วยเรื้อรังและครอบครัวใน

ชุมชนเมือง. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** 19(1): 72-88.

อรพจน ศรียุคตศุท, วันดี ไตสุขศรี, พิสมัย ไม้ทอง และคณะ. 2548. การนำแบบจำลองการ

ส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรค

ข้ออักเสบรูมาตอยด์. **วารสารพยาบาลศาสตร์** 23(3): 43-54.

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- อลิสสา วัชรสินธุ. 2549. **ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อสุขภาพจิต แนวทางการเสริมสร้าง พัฒนา ป้องกันและแก้ไขสุขภาพจิตของคนไทย.** กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรอุมา สอนพา. 2548. **ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพที่มีการสนับสนุนจากสามีต่อ พฤติกรรมการออกกำลังกายและการจัดการกับความเครียดของหญิงตั้งครรภ์ วัยรุ่น.** วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางการปฏิบัติ ตามพยาธิสภาพ.** กรุงเทพฯ: วีเจ พรินติ้ง.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. **การศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

#### ภาษาอังกฤษ

- Abramowitz, I.A.& Coursey, R.D. (1989). Impact of an educational support group on family Participants who take care of their schizophrenia relatives. *Journal of Consulting and clinical Psychology*, 57 (2): 232-236
- Adam, J., & Scott, J. (2000). Predicting medication adherence in serve mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(6): 199-124.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding Attitudes and Prediciting Social Behavior.* Englewood Clifts, NJ; Prentice-Hall.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.* 4<sup>th</sup> ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How Families Cope. *Journal of Psychosocial Nursing*, 27: 31-35.
- 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. (1997). *Social learning theory.* Englewood Cliffs New Jersey: Prentice Hall.



- Bechdolf, A. et al. (2004). A randomized comparison of group cognitive-behavioural theory and group psychoeducation in patients with schizophrenia. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, 110(6): 21-28.
- Becker, H.M. (1974). **The Health belief model and personal health behavior**. New Jersey: Charles B. Slack, Inc.
- Bedworth, A.E. and Bedworth, D.A. 1982. **Health for human effectiveness**. New Jersey: Printice-Hall.
- Bijl, R.V., 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.
- Boyd, M.A. (2005), **Psychiatric nursing contemporary practice**, 2<sup>nd</sup> ed. Philadelphia: Lippincott.
- Caraher, M. 1998. Patient education and health promotion: clinical health promotion the on conceptual link. **Patient Education and Counseling** 33: 49-58.
- Dracup, K.A., & Melis, A.I. (1982). Compliance: An interactionist approach. **Nursing Research**, 31(1): 31-36.
- Davidhizar, R.E. 1982. Compliance by persons with schizophrenia : a research issue for the nurse. **Issue in Meatal Health Nursing**, 4: 233-255.
- Dubyna, J., & Quinn, C. 1996. He self-management of psychiatric medications: a pilot study. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 3: 297-302.
- 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.

- Falvo, D.R. (2004). **Effective patient education a guide to increased compliance.** 3<sup>rd</sup> ed. London: Jones and Battett publishers.
- Farragher, B. 1999. Treatment compliance in the mental health service. **Irish Medication Journal** , 92(6): 1-3.
- Favrod, J. (1993). Taking back control giving patients information about their drug regimens improves compliance. **Nursing Time**, 89(34): 68-70.
- Fleischhacher, W. W. et al. (1994). Compliance with antipsychotic drug treatment: Influence of side effects. **Acta Psychiatric Scandinavica** 89 (supplement 382): 11-15.
- Forman, L. (1993). Medication: Reasons and interventions for noncompliance. **Journal of Psychosocial Nursing**. 31(10) : 23-25.
- Fox, C. and Kane, F. (1996). **Psychiatric – Mental Health Nursing : Integrating the behavioral and biological sciences.** Philadelphia : W.B. Saunders.
- Frank, A.F., & Gunderson, J.G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. **Archive General Psychiatry**, 47(2): 228-236.
- Friedrich, R. M., Lively, S., & Buckwalter, K.C. 1999. Well siblings living with schizophrenia impact of associated behaviors. **Journal of Psychosocial Nursing**, 37(8): 11-19.
- Gazda, G.M. (1975). **Basic Approaches to Group Psychotherapy and Group counseling.** Springfield , Illinois : Charles C Thomas Publisher.
- 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.** 2<sup>nd</sup>. 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 Scandinavica* 107: 102-110.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(1): 277-284.
- Gualtiere, B. Understanding and help for schizophrenia[Online]. 1999. Available from. :[www. Christiansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm](http://www.Christiansoulcare.com/helpforschizophrenia.htm).  
Cheistian Soul Care.Com[2000, December 2].
- 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.
- Herington, J.G. and Ron O. 1997. Critical characteristics of situated learning: Implications for the instructional design of multimedia [Online]. Available from email: [J.herington@cowan.edu.au](mailto:J.herington@cowan.edu.au) [2006,May 28]
- Herz, M.I., and Melville, C. (1989). Relapse in schizophrenia. *American Journal Psychiatry*. 137(7): 801-805.
- 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.
- Horowitz, A.V. & Reinhard, S.D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdensamong parents and sibling of persons with severe mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 36(6): 138-150.
- Horwath, E., & Courmos, F. 1999. *Psychiatry*. Philadelphia: W.B. Saunders.

- Hui, C.L.M., Chen, E. YH., Kan, CS., Yip, KC., Law, CW., & Chiu, C.P.Y. (2006). Antipsychotics adherence among out-patients with schizophrenia in Hong Kong. *Keio J. Med*, 55(1): 9-14.
- 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 psychiatrica scandinavica* 89(supply 382): 6-10.
- Jorgensen, P. 1998. Early signs of psychotic relapse in schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*. 172: 327-330.
- Kampman, O. and Lehtinen, K. 1999. Compliance in psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 100: 167-175.
- Kaplan, H. I. and Saddock, B. J. 1996. *Pocket Handbook of Clinical Psychiatry*. 2<sup>nd</sup> ed. Baltimore: William and Wilkins.
- 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, O.W. (2000). Symptom Self-Management and Relapse in Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 14: 266-275.
- Kumer, S., & Sedwick, P. (2001). Non-compliance to psychotropic medication in Eastern India: Client perspective. Part II. *Journal of Mental Health*, 10(3): 279-284.

- Larson, P.J. et al. (1994). A model for symptom management. **Journal of Nursing Scholarship**, 26(4): 272-276.
- Lehman, A.F., 1999. Improving treatment for persons with schizophrenia. **Psychiatric Quality** 70, 259-272.
- Linstrom, E. & Binglefors, K. 2000. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. **Pharmacoeconomics**, 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.
- Marder, S. R., Wirshing, W. C., Van Putten, T., et al. 1994 Fluphenazine vs placebo supplementation for prodromal signs of relapse in schizophrenia. **Archives of General Psychiatry**. 51: 280-288.
- Marder, S. R. (2003). Overview of partial compliance. **J. CLINI Psychiatry**, 64(suppl 6) 3-9.
- Marland, G. R., (1999). Atypical neuroleptics: Autonomy and compliance. **Journal of Advance Nursing**, 29(3): 615-623.
- Marland, G. R., & Cash, K. (2001). Long-term illness and patterns of medicine taking: Are people with schizophrenia a unique group. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 8(1): 197-240.
- Marston, M. V. (1970). Compliance with medical regiments: A review of the literature. **Nursing Research**, 19(4): 313-317.
- McCord, M. A. (1986). Self care of compliance. **Topics in Clinical Nursing**. 7(4): 1-10.

- McFarlane, W.R., Dixon, L. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29: 223-245.
- 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.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. *Family Relations*, 34(4): 19-26.
- 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.
- O'Donnell, C., Donohoe, G., Sharkey, L., Owens, N., & Migone, M.(2003). Compliance therapy: a randomized controlled trial in schizophrenia. *British Medical Journal*, 327(13): 834-838.
- Oehel, M., Hummer, M., & Fleischhacker, W.W. (2000). Compliance with antipsychotic Treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(Suppl.407): 83-86.
- Orem, D. E. 1991. *Nursing: Concepts of Practice*. 4<sup>th</sup> ed., St Louis: Mosby – Yearbook.
- 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*. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: Upper Saddle River.
- Pender, N. J., Mardaugh, C.L. and Parsons, M.A. 2002. *Health Promotion in Nursing Practice*. 4<sup>th</sup> ed. New Jersey: Upper Saddle River.

- Pender, N. J., Mardaugh, C.L. and Parsons, M.A. 2006. **Health Promotion in Nursing Practice**. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Upper Saddle River.
- Perkin, D.O. 1999. Adherence to antipsychotic medications. **Journal Clinical Psychiatry**. 60: 25-30.
- Polit, D. F. & Hungler, B. P. 1999. **Nursing Research Principle and Methods**. 6<sup>th</sup> 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.
- Razali, M.S. and Yahya, H. (1995). **Compliance with treatment in schizophrenia : A drug intervention program in developing country**. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91: 331 –335.
- 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.
- Rosenstock, I. M. 1990. Health behavior and health education : San Francisco review. **AAOHN Journal**, 39: 21-24.
- Sackett, D. L., Haynes, R.B., and Tugwell, P. (1985). **Clinical Epidemiology a Basic Science for Clinical medicine**. Boston: Brown and Company.
- Sadock, J. B. and Sadock, A.V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- 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.

- Sin, J., & Gamble, C. (2003). Managing side-effects to the optimum: Valuing a clients Experience. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(1): 147-153.
- Sullivan, G. ;Well, K. B. , Morgenstern, H. , and Leake, B. 1995. Identifying modifiable risk factor for rehospitalization: a case-control study of seriously mentally ill persons in Missisisspy. *American Journal of Psychiatry*, 152(12): 1749-1756.
- Taylor, M. C. (1994). *Essentials of Psychiatric Nursing*. 4<sup>th</sup> ed. St. Louis: Mosby.
- Tittley, M. 1994. Experiential Learning. . [Online]. Available from:  
<http://www.people.uleth.ca/craisj/whatis.html> [2006, October 12].
- Trotzer, J.F. (1977). *The Counselor and The Group : Integrating Theory Training , And Practice*. Monterey, California : Brooks Cole Publishing.
- 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.
- Videbeck, L.S. (2001). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wikins.
- Warner, R. and de Girolamo, G. 1995. *Schizophrenia*. Geneva: World health Organization: 1-16.
- Wai Tong Chien, M. Phi & Ka-Fai Wong. (2007). A family psychoeducation group program for Chinese families experiencing schizophrenia – a randomised controlled. *Soc Psychiatry Epidemiol* . Feb; 38(2): 69-75.
- 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.
- World Health Organization. (2002). *Burden of Mental and Behavioral Disorders* :  
Reetried May 29, 2002, from. <http://www.who.int / whr/ 2001 / main / em / Chapter /2 / 002 e3htm>.



World Health Organization. 2005. **Mental health.**: Reetried Mar 3, 2005, from.

[http://www.who.int/mental\\_health/management/schizophrenia/en.html](http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en.html).

Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. ICN.

**International Nursing Review**, 43(4): 121-125.

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.



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัย

ผู้ทรงคุณวุฒิ	ตำแหน่ง
1. ผศ.พญ.ชุติมา หุ่นเรืองวงษ์	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
2. ผศ.พญ.รัศมีน กัลยาศิริ	อาจารย์ประจำภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. อาจารย์เคธีวัลย์ ศรียารัตน์	อาจารย์ประจำภาควิชาอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
4. อาจารย์พนิดา ศรีคชินทร์	อาจารย์ประจำภาคอนามัยชุมชนและจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย
5. นางสาวสุภาวัลย์ บุนนาค	พยาบาลวิชาชีพ 6 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

ศูนย์วิทยพัชร์พยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ข  
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

# ศูนย์วิทยทรัพยากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### ตัวอย่างโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

**สัปดาห์ที่ 1:** ชั้นสร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยและชั้นยอมรับกลุ่ม ใช้เวลา 45 - 60 นาที เวลา 08.30น.- 09.30 น. มีกิจกรรมดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 :** เพิ่มความมีสติในการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด (Raising Consciousness ) ใช้เวลา 30-45 นาที

กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพให้สมาชิกทุกคนแนะนำตนเองและอภิปรายกลุ่มเรื่องประสบการณ์ที่เกิดจากความเจ็บของโรคจิตเภท อาการ การรักษาและประสบการณ์ที่รู้สึกว่าเป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 1.2 ให้ความรู้แบบกลุ่มเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา การดูแลตนเอง

กิจกรรมที่ 1.3 อภิปรายกลุ่มร่วมวิเคราะห์แนวทางแก้ปัญหาและประโยชน์ที่จะเกิดกับผู้ป่วยเมื่อให้ความร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกที่มาตรวจตามนัด

**สถานที่จัดกิจกรรม** ห้องโรงพยาบาลกลางวัน แผนกผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

**จุดประสงค์**

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นและรับรู้ว่ามีปัญหาความเจ็บป่วยของตนเองคล้ายกับสมาชิกคนอื่น ๆ นำไปสู่ความเข้าใจยอมรับซึ่งกันและกันภายในกลุ่มส่งผลให้เกิดความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยไว้วางใจระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม และเกิดความร่วมมือในการทำกิจกรรม

2. เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงการเจ็บป่วยที่เป็นอยู่ของตนเองรวมถึงรับรู้และเข้าใจการดำเนินและการรักษาของโรคจิตเภท รวมทั้งบทบาทการรับผิดชอบในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมกับความเจ็บป่วย

3. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันและใช้แรงเสริมภายในกลุ่มเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกมีสติเพิ่มมากขึ้น สามารถรับรู้ถึงประโยชน์การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาสันับสนุนให้เกิดการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจรับยาตามนัด

### การดำเนินกิจกรรมที่ 1

ประเด็นสำคัญ : เพิ่มความมีสติในการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพร่วมมือในการรักษา ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานรับยาตามนัด (Raising Consciousness)

รายละเอียดการดำเนินกิจกรรมและเวลา	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
<p>กิจกรรมที่ 1.1 การสร้างสัมพันธภาพแนะนำตนเอง โดยเริ่มจากผู้วิจัยแนะนำตนเองเป็นคนแรกจากนั้นให้ผู้ป่วยที่เป็นสมาชิกในกลุ่มแนะนำตนเอง และเปิดให้สมาชิกอภิปรายพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดจากความเจ็บของโรคจิตเภท อาการ การรักษารวมทั้งประสบการณ์ที่รู้สึกว่าเป็นปัญหาของแต่ละคน หลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นปัญหาโดยรวมของสมาชิกทุกคน (ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 10 นาที)</p>	<p>ป้ายชื่อของสมาชิกทุกคนประกอบด้วยชื่อแรก และชื่อเล่น</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ผู้ป่วยสามารถบอกชื่อผู้ป่วยอื่นที่เข้าร่วมกลุ่มได้ถูกต้อง</li> <li>- หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 โดยผู้วิจัยเก็บป้ายชื่อทุกคน</li> <li>- การสังเกตท่าทางพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม</li> <li>- ผู้ป่วยสามารถบอกประเด็นที่เป็นปัญหาจากความเจ็บป่วยของตนเองอย่างน้อย 1 อย่าง</li> </ul>
<p>และมาตรฐานรับยาตามนัด โดยให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ร่วมกันและใช้แรงเสริมภายในกลุ่มเป็นแรงกระตุ้นให้สมาชิกมีสติเพิ่มมากขึ้น สามารถรับรู้ถึงประโยชน์การมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาหลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญที่ได้รับ (ใช้เวลาดำเนินกิจกรรม 10 นาที)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- กระดาน</li> <li>- ปากกา</li> <li>- กระดาษ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- เกณฑ์การรักษาและมาตรฐานรับยาตามนัด อย่างน้อย 1 อย่าง</li> <li>- การสังเกตท่าทางพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นในกลุ่ม</li> </ul>

### แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกต้องหรือผิด ท่านสามารถไม่ตอบข้อคำถามข้อใดก็ได้แต่ขอความกรุณาให้ท่านตอบทุกข้อคำถาม

1. เพศ                    ( ) ชาย                    ( ) หญิง
2. อายุ                    ( ) 20-29 ปี    ( ) 30-39 ปี    ( ) 40-49 ปี    ( ) 50-59 ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด ( ) ประถมศึกษา ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น  
( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย ( ) ปวช./อนุปริญญา ( ) ปวส. ( )ปริญญาตรี  
( )ปริญญาโทขึ้นไป    ( ) ไม่ได้เรียน
4. อาชีพ ( ) ไม่มีอาชีพ ( ) รับราชการ ( ) เกษตรกร เช่น ทำไร่,ทำนา,ทำสวน  
( ) ค้าขาย    ( ) รับจ้าง    ( ) อื่นๆระบุ.....
5. สถานภาพสมรส ( ) โสด ( ) สมรส ( ) หม้าย ( )หย่า/แยกกันอยู่
6. ผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย ( ) บิดา ( ) มารดา ( ) บุตร ( ) พี่  
( ) น้อง ( ) สามี    ( ) ภรรยา ( ) อื่นๆระบุ
7. เคยเข้ารับการรักษาแบบนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลในแผนกจิตเวช  
( ) ไม่เคย ( ) เคย ระบุ ( ) 1 ครั้ง ( ) 2 ครั้ง ( ) 3 ครั้ง ( ) 4 ครั้ง ( ) 5 ครั้งขึ้นไป
8. ระยะเวลาการเจ็บป่วย ( ) น้อยกว่า1 ปี ( ) 1-5 ปี ( ) 6-10 ปี ( ) 11-15 ปี  
( ) มากกว่า15 ปีขึ้นไป
9. ท่านเคยหยุดทานยาบางชนิด , ทานยาจำนวนมากหรือน้อยกว่าคำสั่งแพทย์, ทานยาไม่ตรงตามช่วงเวลาและท่านไม่มาตรวจรับยาตามนัด หากท่านเคยมีพฤติกรรมใดตั้งแต่ 1 อย่างให้ ทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตำแหน่งเคย  
( ) เคย                    ( ) ไม่เคย
10. ความรู้สึกถึงผลกระทบที่ได้รับจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต  
( ) มาก                    ( ) ปานกลาง                    ( ) น้อย



### แบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัด ( มี 10 ข้อคำถาม )

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อและให้ทำเครื่องหมาย  ลงในช่องระดับความคิดเห็นและการปฏิบัติที่ตรงกับความคิดและการปฏิบัติตัวของท่านมากที่สุดโดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด ท่านสามารถไม่ตอบข้อคำถามข้อใดก็ได้แต่ขอความกรุณาให้ท่านตอบทุกข้อคำถาม

รายการ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1.ท่านไม่ต้องการมาตรวจตามนัดแต่มาเพราะญาติต้องการ					
2.ท่านไปรับบริการตรวจตามนัดเฉพาะเมื่อเริ่มมีอาการนอนไม่หลับติดต่อกันเป็นระยะเวลาหลายวัน					
3.ท่านจะมาตรวจตามนัดเฉพาะช่วงที่มีเวลาว่าง					
4.ท่านจะมาตรวจตามนัดเฉพาะเมื่อขากหนืด					
10.ท่านจะโทรศัพท์ขอเลื่อนนัด เมื่อติดภารกิจสำคัญ					

### แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

**คำชี้แจง** แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ถูกสัมภาษณ์ โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความที่ถูกสัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด ข้อความแต่ละข้อความไม่มีความถูกหรือผิด ท่านสามารถไม่ตอบข้อคำถามข้อใดก็ได้แต่ขอความกรุณาให้ท่านตอบทุกข้อคำถาม

โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

เกิดขึ้นประจำ หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 6-7 วัน

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 4-5 วัน

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 2-3 วัน

ไม่เคยเกิด หมายถึง ข้อความนี้ไม่เคยเกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1.ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2.ท่านเคยดื่มรับประทานยา					
3.ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
18.ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหา					

แบบประเมินความรู้ความเข้าใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการมาตรวจตามนัด  
ของผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อและให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องระดับที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด เมื่อท่านเป็นผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกได้รับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต ซึ่งท่านสามารถไม่ตอบข้อคำถามข้อใดก็ได้แต่ขอความกรุณาให้ท่านตอบทุกข้อคำถาม

ข้อความ	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย
1.โรคจิตเภทเป็นโรคที่เกิดเพราะถูกกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างหนักเท่านั้น		
2.โรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่มีโอกาสเกิดอาการกำเริบป่วยซ้ำได้แต่จะมีเพียงอาการเครียดง่ายเป็นบางครั้งเท่านั้น		
3. อาการนอนหลับพักผ่อนได้น้อยลงเป็นอาการเตือนอย่างหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภท		
4.การรับประทานยาอย่างถูกต้องตามคำสั่งแพทย์ เป็นสิ่งที่ดีเกิดประโยชน์ต่อสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตเภท		
20. การมาตรวจตามนัดสม่ำเสมอ เป็นประโยชน์กับสุขภาพของผู้ป่วย		



ภาคผนวก ค  
หนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรม

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

COA No. 091/2010  
IRB No. 475/52

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถนนสุขุมวิท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4455 ต่อ 14, 15

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

**ชื่อโครงการ** : ผลของโปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก

**เลขที่โครงการวิจัย** :-


**ผู้วิจัยหลัก** : นางสาวยุภาพร มีหนองหว้า

**สังกัดหน่วยงาน** : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**รายงานความก้าวหน้า** : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

**เอกสารรับรอง** :

1. โครงการวิจัย Version 2.0 Dated 29 October 2009
2. โครงร่างการวิจัยฉบับย่อ Version 2.0 Dated 29 October 2009
3. ข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย Version 2.0 Dated 29 October 2009
4. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัย Version 2.0 Dated 29 October 2009
5. แบบบันทึกข้อมูล Version 2.0 Dated 29 October 2009

ลงนาม 

(ศาสตราจารย์แพทย์หญิงธาดา สืบหิณวงศ์)

ประธาน

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

ลงนาม 

(รองศาสตราจารย์ไฉกิต ธรรมอาวี)

กรรมการและเลขานุการ

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

**วันที่รับรอง** : 23 กุมภาพันธ์ 2553

**วันหมดอายุ** : 22 กุมภาพันธ์ 2554

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขเรื่องใดสิ่งหนึ่งไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

ศูนย์วิจัยทางการแพทย์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



COA No. 091/2010  
IRB No. 475/52

**INSTITUTIONAL REVIEW BOARD**  
**Faculty of Medicine, Chulalongkorn University**

1873 Rama 4 Road, Patumwan, Bangkok 10330, Thailand, Tel 662-256-4455 ext 14, 15

**Certificate of Approval**

The Institutional Review Board of the Faculty of Medicine, Chulalongkorn University, Bangkok, Thailand, has approved the following study which is to be carried out in compliance with the International guidelines for human research protection as Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)

**Study Title** : THE EFFECTS OF USING HEALTH PROMOTION BEHAVIOR PROGRAM ON COMPLIANCE OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS, OUTPATIENT DEPARTMENT

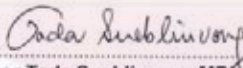
**Study Code** : -


**Study Center** : Mental Psychiatric Nursing, Chulalongkorn University

**Principal Investigator** : Miss Yupaporn Meenongwa

**Document Reviewed** :

1. Protocol Version 2.0 Dated 29 October 2009
2. Protocol synopsis Version 2.0 Dated 29 October 2009
3. Patient/Participant Information Sheet Version 2.0 Dated 29 October 2009
4. Consent Form Version 2.0 Dated 29 October 2009
5. Case Record Form Version 2.0 Dated 29 October 2009

Signature:   
(Professor Tada Sueblinvong MD)  
Chairperson of  
The Institutional Review Board

Signature:   
(Associate Professor Sopit Thamaree)  
Committee and Secretary of  
The Institutional Review Board

**Date of Approval** : February 23, 2010

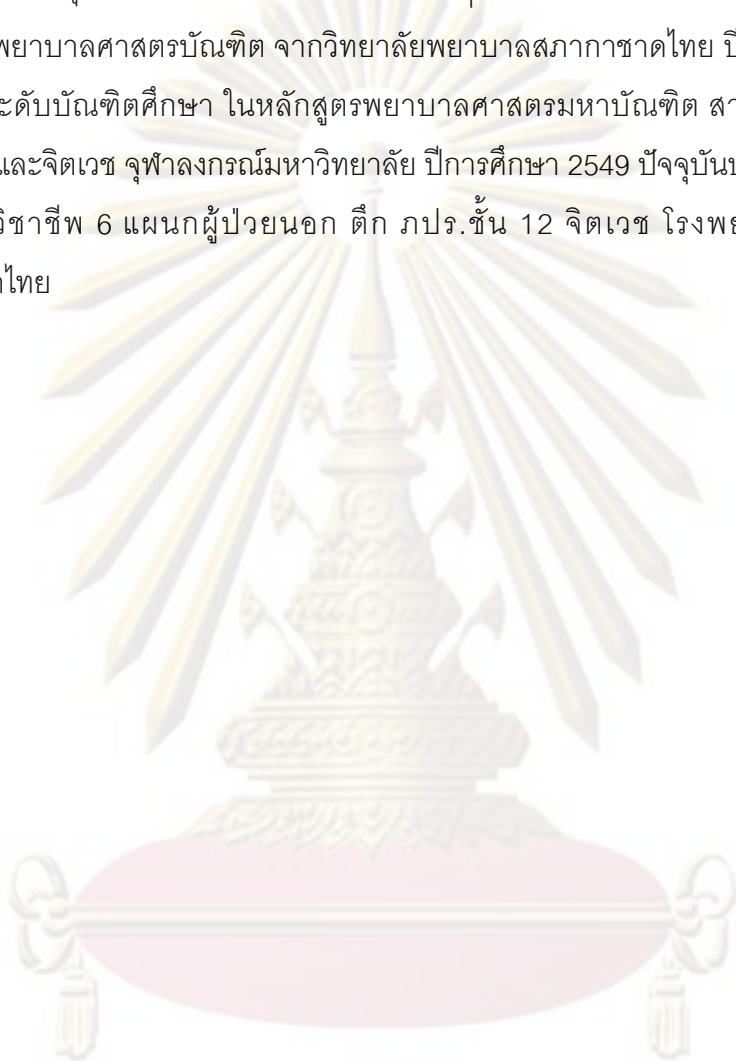
**Approval Expire Date** : February 22, 2011

Approval is granted subject to the following conditions: (see back of this Certificate)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวยุภาพร มีหนองหว่า เกิดวันที่ 29 พฤษภาคม พ.ศ. 2517 ที่จังหวัดอุดรธานี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย ปีการศึกษา 2539 เข้าศึกษาต่อระดับบัณฑิตศึกษา ในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีการศึกษา 2549 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 6 แผนกผู้ป่วยนอก ตึก ภปร. ชั้น 12 จิตเวช โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย