

บทที่ 1

บทนำ



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

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

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาด ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบได้เป็นช่วงๆ ผู้ป่วยร้อยละ 50-70 จะมีอาการและป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี (Linstrom and Bingefors, 2000) สำหรับในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (ชูทิศย์ ปานปรีชา, 2540) นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นเรื้อรังนานเท่าใดก็จะยิ่งปรากฏภาวะบกพร่องทางเชาวน์ความคิดมากเท่านั้น และยากต่อการแก้ไขในการเพิ่มทักษะการใช้ชีวิตในสังคม การเรียน การประกอบอาชีพและการพัฒนาตนเองในมิติต่างๆ ให้กลับมาปกติ ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ตีมีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร (สันชัย วสุนธาราม, 2547) การป่วยซ้ำส่งผลให้สูญเสียทั้งเวลาและค่าใช้จ่ายในการรักษาทั้งของผู้ป่วยและของรัฐ รวมทั้งญาติของผู้ป่วยต้องรับภาระในการดูแล กระทั่งต่อคุณภาพชีวิตของสมาชิกในครอบครัว (เชษฎุทธิ์ พงศ์อนุตริ, 2531 ; ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) แต่โดยปกติแล้วมนุษย์ทุกคนมีความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ซึ่งบุคคลจะต้องกระทำทุกสิ่งทุกอย่างที่จะคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี และมีพฤติกรรมที่เหมาะสม (Bedworth, 198 : 11 อ้างถึงใน สุदारัตน์ ขวัญเย็น, 2537: 28) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

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

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

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

เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำนั้นมีความสอดคล้องกับปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parson (2006)

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

การเตรียมเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544: 29) สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่าสุขภาวะทางจิตในรายชื่อนำความรู้ที่ได้จากการอ่าน การซักถามและประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพมาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน สอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีจากผู้ที่มีความรู้หรือจากบุคลากรด้านสาธารณสุขหรือคนอื่นๆ การดูโทรทัศน์หรือฟังวิทยุในเรื่องที่เกี่ยวกับสุขภาพอยู่ในระดับดี และรายชื่อนำการอ่านเอกสารเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพของผู้ป่วย เช่น หนังสือ แผ่นพับอยู่ในระดับพอใช้ การเตรียมเผชิญปัญหาจัดเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตไม่ให้อาการกำเริบซ้ำ การเตรียมเผชิญปัญหาเกิดจากความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดขึ้น สามารถระบุอาการเตือนก่อนการเจ็บป่วยได้และแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้น ต่อมาผู้ป่วยจะตระหนักถึงอาการผิดปกติที่ทำให้มีอาการทางจิตแย่งและเฝ้าระวังอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ โดยการค้นหาวีธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Backer, 1995) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามของบุคคลในการกระทำและคิดที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง

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

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

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

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

สุขภาพ" จะเป็นกระบวนการที่มีเป้าหมายให้คนเกิดสุขภาวะ โดยใช้มาตรการสำคัญในการเพิ่มพลังอำนาจ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถควบคุม และเพิ่มพูนสุขภาวะของตนเองได้มากขึ้น แม้ว่าคนๆนั้นจะเป็นโรคแล้วก็ตาม (ภิรมย์ กมลรัตนกุล และวิโรจน์ เจียมจรัสรังษี, 2549: 297) การสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการยอมรับไปทั่วโลกอย่างรวดเร็วว่าเป็นวิธีการเพื่อแก้ปัญหาโรคเรื้อรังในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา รวมทั้งเป็นนโยบายที่องค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ประเทศต่างๆตระหนักในการแก้ปัญหาโรคไม่ติดต่อ เป้าหมายสำคัญของการสร้างเสริมสุขภาพ คือ การทำให้บุคคลเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (รัตนาวดี ขอนตะวัน, ทริยาพรรณ สุขามณี, ณัฐกาญจน์ สุรภักดี และคณะ, 2548) เพื่อให้การดำเนินชีวิตมีความสุขและบรรลุเป้าหมายชีวิตได้อย่างเต็มความสามารถของตนเอง ซึ่งวิธีการดังกล่าวจะต้องเป็นการกระทำที่ต่อเนื่องจนกลายเป็นวิถีชีวิต

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

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

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

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

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

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

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

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

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

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

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

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

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

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

ของตนเอง โดยนำมาจัดเป็นกิจกรรม 4 ด้านที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

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

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

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

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

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอาจจะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพอาจจะมีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

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

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

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

1) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (จัดกิจกรรมโดยการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ)

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

2) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (จัดกิจกรรมโดยการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ)

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

3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (จัดกิจกรรมโดยการสัมภาษณ์ตัวแบบที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ และจัดกิจกรรมโดยการฝึกการเรียนรู้สร้างประสบการณ์ “การสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท”)

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

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

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

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

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

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

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

1) การจำแนกอาการเตือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะอาการทางจิต ทั้งด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้ง ยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิต เภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

3) การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท และมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เป็นการป่วยซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เป็นแนวทางการพยาบาลและสร้างเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำ และเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพ

