

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

ในสภาพปัจจุบัน โลกมีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในทุกด้าน ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงนั้น ส่งผลกระทบต่อสิ่งต่างๆ สุขภาพก็เป็นสิ่งหนึ่งที่ได้รับผลกระทบในการเปลี่ยนแปลง จนเกิดปัญหาทางภาวะสุขภาพจิตตามมาและมีจำนวนมากขึ้น จากการสำรวจในประเทศที่พัฒนาแล้วรวมทั้งประเทศที่กำลังพัฒนาพบว่า ตลอดชีวิตของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง เกิดเป็นโรคทางจิตเวชหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติหนึ่งอย่างหรือมากกว่าหนึ่งอย่าง พบมากกว่าร้อยละ 25 (Regier และคณะ, 1988 ; Almeida – Filho และคณะ, 1997)

โรคจิตเป็นโรคที่พบมากในโรคทางจิตเวช โดยใน 100 คน จะพบว่ามี 1 คน ที่เป็นโรคจิตเภทได้ในช่วงระยะเวลาใด เวลาหนึ่งของชีวิตและพบอัตราความชุกร้อยละ 0.6-1.9 ของประชาชนทั่วไป (Kaplan & Sadock's, 2007) จากรายงานการศึกษาเรื่องการดำเนินโรคจิตเภท เมื่อติดตามไปในระยะยาว 10-20 ปี พบว่าร้อยละ 40-60 ยังคงมีอาการอยู่มาก (มาโนชญ์ หล่อตระกูลและปราโมชญ์ สุคนิษฐ์, 2542) ซึ่งโรคจิตเภทถือเป็นโรคเรื้อรังที่ถึงแม้จะไม่เป็นสาเหตุการตาย แต่พบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์ถือว่าการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม เป็นการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543 อ้างในกาญจนา ชัยเจริญ, 2547) และจากการศึกษาเรื่องภาระโรคทั่วโลก (global burden of disease) พบว่า โรคจิตเภทจะสูญเสียปีสมบูรณ์จากการตายก่อนวัยอันควรและการเจ็บป่วยพิการ (disability adjusted life years [DALYs]) เท่ากับร้อยละ 1.1 สำหรับจำนวนปีของชีวิตที่ทุพพลภาพจากการเจ็บป่วย (years of life lived with disability [YLDs]) เท่ากับร้อยละ 2.8 รวมไปถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อสังคมสูงอีกด้วย (World Health Organization, 2001)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้และพฤติกรรม เป็นกลุ่มของการเจ็บป่วย ซึ่งอาการและอาการแสดงทับซ้อนกันอยู่ เป็นกลุ่มของโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ คือมีอาการด้านบวกและด้านลบ ซึ่งสัมพันธ์กับการรบกวนการทำหน้าที่ของผู้ป่วย ตั้งแต่หนึ่งด้านขึ้นไป เช่น ด้านหน้าที่การงาน ด้านการเรียน การทำงานให้สำเร็จ ด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและด้านการดูแลตนเอง (ธีระ ลีตานันทกิจ, 2550) การดำเนินของโรคจิตเภทมีลักษณะแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละรายและยากต่อการทำนายล่วงหน้า ประมาณการว่าผลสัมฤทธิ์ของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะหายสมบูรณ์ ร้อยละ 25 จะกลับมามีอาการโรคจิตเภทร่วมกับมีทุพพลภาพทางสังคมบ้าง และร้อยละ 35 จะป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง (NSW Health Department, 2001) แม้ว่าจะได้รับการรักษาอาการของโรคจิตเภทที่ชัดเจนหายแล้ว แต่ก็อาจมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ซึ่ง

ประกอบด้วย อาการขาดความสนใจ ขาดความริเริ่มในการทำกิจกรรมต่างๆในแต่ละวันและการทำงานก็ขาดสมรรถนะ ทำให้เกิดทิวพลาภาพและทำให้คุณภาพชีวิตไม่ดี (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550)

การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่สำคัญ สำหรับในประเทศไทย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำถึงร้อยละ 70 (ชูทิพย์ ปานปรีชา, 2540) มีผู้ที่เป็น โรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งเท่านั้นที่เป็นครั้งเดียวหรือเป็น 2-3 ครั้งแล้วหายขาดซึ่งพบน้อยมาก ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทก็ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆยังเป็นบ่อยครั้ง ก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นและมีความเสื่อมลงเรื่อยๆ (มานิชย์ หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2542) การป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในสิ่งแวดล้อมปกติหรือเป็นการกลับมามีอาการที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก และในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้หรือความสามารถลดลง (เพชร คันธสายบัว, 2548) การกลับเป็นซ้ำก่อให้เกิดผลกระทบต่อสุขภาพทั้งผู้ที่ เป็นโรคจิต เป็นภาระของครอบครัวสังคมและประเทศชาติ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง จะมีโอกาสกลับเป็นซ้ำบ่อย ส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ รวมทั้งการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพอย่างถาวรและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำบ่อย นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยลดลง (Kaplan & Sadock, 2007) การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติก่อนเกิดการป่วยซ้ำ (Meijel, Gagg, and Grpdock: 2003)

จากสถิติของ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์ พบ โรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาทั้งเป็นผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในปี 2549 ในอัตราที่สูงถึงร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้ารับการรักษาและเป็นโรคที่พบมากที่สุด ใน 10 อันดับแรก (งานเวชระเบียน, โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์, 2549) จากการวิเคราะห์ข้อมูล ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล พบว่าการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สูงเกินเป้าหมายของโรงพยาบาลถึงร้อยละ 10.7 ปัญหาส่วนหนึ่งเกิดจากขาดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทดังการศึกษาของจันจิลา ดวงสัดและคณะ (2547) ที่ศึกษาปัจจัยของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์พบว่า ขณะรับการรักษา การมารับยาต่อเนื่องของผู้ป่วย พบว่ามาบ้างไม่มาบ้างร้อยละ 61.11 ขาดการรักษาร้อยละ 63.89 ไม่ยอมรับประทานยาร้อยละ 16.66 รับประทานยาไม่เพิ่มหรือลดยาเองร้อยละ 13.88 ไม่ทราบว่าอาการข้างเคียงจากการใช้ยามีอาการอย่างไร และการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานในแผนกจิตเวชที่พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับเป็นซ้ำและมีอาการรุนแรงมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทภายใน 3 เดือนของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์จากสถิติปี 2546 พบว่ามีอัตราร้อยละ 8.16 ปี 2547 มีอัตราร้อยละ 8.64 (งานเวชระเบียน, โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนรินทร์, 2549) นอกจากนี้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกินครึ่งหนึ่ง มักจะมีปัญหาในการ

ปรับตัวที่บ้าน การปฏิบัติตนเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การกลับมารักษาตัวซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในอัตราที่สูง และความเป็นเรื่องจริงต้องอยู่ในชุมชนก่อให้เกิดผลเสีย และเกิดผลกระทบหลายด้าน ทั้งต่อผู้ป่วยครอบครัว

การป้องกันการป่วยซ้ำ มุ่งหวังให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลา ไม่ให้อาการกำเริบมากขึ้นและ เพื่อให้สอดคล้องกับแผนฯฉบับที่ 10 (พ.ศ. 2550-2554) ที่ได้มุ่งเน้นให้คนเป็นศูนย์กลางของการพัฒนา ภายใต้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ที่ให้ความสำคัญกับการพึ่งตนเอง การมีภูมิคุ้มกัน และการสร้างสมดุลของการพัฒนาให้เกิดขึ้นในทุกมิติ โดยมีทิศทางการพัฒนาประเทศในการเพิ่มคุณภาพและศักยภาพคน ให้มีความสำคัญกับการพัฒนาคนในทุกมิติ ทั้งด้านจิตใจ สติปัญญา และสุขภาพอนามัย (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2549) ดังนั้นการป้องกันการกำเริบจึงเป็นแนวทางลดการป่วยซ้ำ มุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เน้นการจำแนกออาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ แนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, et al. (2006) เป็นแนวคิดที่สามารถทำให้นักคนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สามารถควบคุมอาการของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้ โดยการที่จะให้นักคนกระทำพฤติกรรมใดๆ เพื่อให้มีสุขภาพดีนั้นต้องทำให้ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ปัจจัยที่สำคัญ คือ อิทธิพลส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior - Specific Cognitions and Affect) จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การศึกษาตัวแปรต่างๆที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) พบว่ามี 4 ปัจจัยที่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและอิทธิพลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและจากการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของเพริ คันธสายบัว (2544) พบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มีทั้งหมด 5 ตัวแปร มีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ 1) พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา 2) พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง 3) สถานภาพสมรส 4) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และ 5) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ แต่ผู้ศึกษาเห็นว่า สถานภาพสมรสและการแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นสิ่งที่จัดกระทำได้ยากและไม่มุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยโดยตรง สอดคล้องกับมิงานวิจัยของ Brown et al. (1972); Vaughn et al, (1976) ที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำเสมอไป (ดวงตา อุทุม พงศ์พร, 2533 ; Ralph, 2002) และลักษณะประชากรเช่น สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับ

การป่วยซ้ำ (Weiss, Smith, Hull, Piper and Huppert, 2002) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษา 2 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเอง สำหรับตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำนั้นมีความสอดคล้องกับปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parson (2006) และศึกษาในส่วนของผลลัพธ์พฤติกรรม ผู้ศึกษาพบว่าการจำแนกอาการเตือนของ meijel et al, (2003) สามารถป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ และจากการศึกษาพบว่าการนำการสร้างเสริมสุขภาพไปใช้ในผู้ป่วยเรื้อรังอื่นๆ ที่พบบ่อย เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลอดเลือดหัวใจ หรือหลอดเลือดสมองอุดตัน ปวดข้อ ปวดหลัง การสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเรื้อรังนี้ กระทำโดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นปัญหาและปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งถือเป็นยุทธศาสตร์สำคัญ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดภาวะสุขภาพดีสูงสุดเท่าที่จะทำได้ (อรวมน ศรียุคศุทธ, 2546) ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้รับการยืนยันจากผลการวิจัยจำนวนมาก เช่น ผู้ป่วยโรคกระดูกที่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดี จะพึงพาตนเองได้ดี (Nosek MA, 1984) ในผู้ป่วย Multiple sclerosis ที่หมั่นสำรวจและควบคุมพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติ (Giolick EE, 1991)

การจำแนกอาการเตือนก่อนทำให้เกิดอาการกำเริบได้นั้น บ่งบอกได้ว่าอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้ผู้ป่วยทางจิตกำลังขาดสุขภาพที่ดี จึงเป็นตัวที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ (Mc Candless-Glicher, 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 และคิดว่ามีคนควบคุมตนเอง (Brichwood and Spencer, 2001)

การเตรียมเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสาขบว, 2544: 29) การเตรียมเผชิญปัญหาจัดเป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตไม่ให้ป่วยซ้ำเป็นความพยายามของบุคคลในการกระทำและคิดที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง โดยเริ่มจากการที่ผู้ป่วยรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานทางจิตใจที่เกิดขึ้น สามารถระบุอาการเตือนก่อนการเจ็บป่วยได้และแสวงหาความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นต่อมาผู้ป่วยจะตระหนักถึงอาการผิดปกติที่ทำให้อาการทางจิตแย่ลงและเฝ้าระวังอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ โดยการค้นหาวิธี

ที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวชเพื่อไม่ให้อาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Backer, 1995)

การใช้ยาที่ถูกต้อง มีผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาถูกต้องในปีแรก เพียงร้อยละ 50 และมีแนวโน้มจะลดลงเหลือร้อยละ 15-25 ในปีต่อไป (Ruscher, Wit and Mazmanian, 1997 อ้างถึงใน สาธุพร พุฒขาว, 2541) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่ผู้ป่วยที่รับประทานยาต่อเนื่องจะมีอาการรุนแรงขึ้นเพียงร้อยละ 25 (Ayusio-Gutierrez and Del, 1994 cited by Perkins, 1999) นอกจากนี้ผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะมีอาการป่วยซ้ำภายใน 2 ปี (Lindstrom and Bingeors, 2000) การรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลของสารเคมีชีวในร่างกายและพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Horwath & Courmos, 1999; Kumar & Sedwick, 2001) จากการศึกษาของเพชรี คันทสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง คือ การมารับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง

จากแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ได้กล่าวไว้ว่าเป็นกระบวนการที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง พฤติกรรมนั้นจะต้องมีจุดมุ่งหมายเพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตนเอง และ Bandura (1997) ได้กล่าวถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเอง ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น การสร้างเสริมสุขภาพขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ อารมณ์และความคิด ที่เฉพาะกับพฤติกรรมและผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม แต่เนื่องจากคุณลักษณะและประสบการณ์เป็นตัวแปรที่เปลี่ยนแปลงได้ยาก และอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้น้อยและไม่คงที่ (Puttapitukpol, 2001 cited in Limpattanasiri, 2004) ในส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง ด้านอิทธิพลระหว่างบุคคล เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่วนด้านอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนกับความชอบ เป็นตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทดสอบได้ยาก (Pender, 1996 ;Pender, Murdaugh and Parsons, 2002; Shin, Yun, Pender et al., 2005: 122; Pender et al., 2006) ในด้านอิทธิพล ด้านสถานการณ์และการตัดสินใจอย่างเฉียบพลัน เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มสังคมมากกว่าเป็นการเรียนรู้เฉพาะของบุคคล เกี่ยวข้องกับวัตถุมากกว่าเรียนรู้จากสัญลักษณ์ เป็นการเรียนรู้ที่มีสถานการณ์เฉพาะ (Lave and Wenger, 1991 cited in Herrington, 1997;

วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549) ฉะนั้นส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมจึงเป็นสิ่งที่สามารถเปลี่ยนแปลงเพื่อให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพได้

การสร้างเสริมสุขภาพนั้น เป็นบทบาทอิสระ (Independence role) ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อการส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบเกี่ยวกับการดูแลตนเอง โดยเป็นการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การกระทำด้วยตนเอง เนื่องจากผู้ป่วยขาดความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุที่สำคัญที่ส่งผลให้มีพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม โดยผู้ป่วยจะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมในพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ตามแนวคิดของ Pender (2006) การจัดกิจกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ มีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมการป่วยซ้ำของ วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) ซึ่งได้นำแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) และ Bandura (1997) มาใช้ โดยพัฒนาขึ้นมีเนื้อหาการสร้างเสริมสุขภาพให้เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำอย่างถูกต้อง โดยใช้ 4 ขั้นตอน คือ 1) พัฒนาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 2) พัฒนาการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 3) พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 4) การพัฒนาการรับรู้สิ่งที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคลโดยการโทรศัพท์เยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจิตเภทจำหน่าย โดยมีการบูรณาการ (Integrate) จากแนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel, et al. (2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของเพชรี คันธสายบัว (2544) 2 ตัวแปร คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง มาช่วยสนับสนุนโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทใน 4 ปีวิจัย ของ Pender et al. (2006) มาสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์ของโครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐาน

จากการศึกษาวิจัยของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่ได้ศึกษาตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มีทั้งหมด 5 ตัวแปรและมีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง สถานภาพ

สมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่า มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่า และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และจากงานวิจัยของ Brown et al. (1972) ; Vaughn et al. (1976) ที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำเสมอไปและลักษณะประชากรเช่น สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ (Weiss, Smith, Hull, Piper and Huppert, 2002)ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว ดังกล่าวข้างต้นดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษา 2 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเอง สำหรับตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำนั้น มีความสอดคล้องกับปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, Murdaugh and Parson (2006) และการศึกษาในส่วนของผลลัพธ์พฤติกรรม ผู้ศึกษาพบว่าการจำแนกอาการเตือนของ meijel et al. (2003) สามารถป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

ดังนั้น การศึกษานี้ ผู้ศึกษานำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ จึงได้นำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของวัฒนาภรณ์ พิบูลลาภลักษณ์ (2549) ที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดมาจากการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) และแนวคิดของ Bandura (1997) มาพัฒนาเพื่อให้เกิดความเหมาะสมกับลักษณะของประชากรที่ศึกษา และปัญหาที่พบ โดยนำมาจัดเป็น 4 ขั้นตอน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำตามตัวแปรที่ศึกษา ดังนี้

1. พัฒนาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการวางมโนภาพของผลด้านบวกหรือผลที่เสริมแรง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง สามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และหาทางควบคุมอาการดังกล่าวหรือมีพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา จะสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995; Brichwood and Spencer, 2001; meijel et al, 2003; เพชรี คันธสายบัว, 2544) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและการจำแนกอาการจากอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีการรักษาด้วยยาเป็นหลัก การใช้ยาที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจัดกลุ่มการให้ความรู้ด้วยการอภิปรายเกี่ยวกับผลของการป้องกันการป่วยซ้ำทั้งประโยชน์ภายในและภายนอก เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อม ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติป้องกันการป่วยซ้ำได้

2. พัฒนาการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในการกระทำที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้มีอาการกำเริบทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ มีอาการอยู่ในระยะหลงเหลือ ทำให้ไม่สามารถจำแนกความผิดปกติที่หลงเหลือกับอาการเตือนได้ (Brichwood, 2001) การดื่มสุรา เสพยาบ้าและใช้สารเสพติดอื่นๆขณะรับการรักษา เป็นปัจจัยให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (จันจิลา ดวงสลัด และคณะ, 2547) การไม่มีสังคม อยู่คนเดียวไม่มีบ้าน หรืออยู่ในครอบครัวที่ไม่สามารถให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญความเครียด ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์แต่ละครั้ง ทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนในการเตรียมเผชิญปัญหา (Kampman and Lehtinen, 1999) อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา (เพชร คันธสายบัว, 2544) ทำให้ขาดความร่วมมือในการรับประทานอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น โดย อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะถูกมองว่า เป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้ แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมากขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาจัดกลุ่มการให้ความรู้ด้วยการอภิปรายถึงปัญหาและหาวิธีการแก้ไขเพื่อวางแผนการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง

3. พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีพื้นฐานมาจาก 4 ปัจจัย ได้แก่ 1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยฝึกทักษะการป้องกันการป่วยซ้ำทั้งการสังเกตอาการเตือน การดูแลตนเอง ด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องด้วยการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ 2) ตัวแบบที่มีชีวิตคือการใช้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจากผู้ป่วยนอกและสมัครใจมาเป็นตัวแบบเป็นแบบอย่างเล่าประสบการณ์พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 3) การใช้คำพูดชักจูง โดยให้การยกย่องและชมเชยที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติพฤติกรรมได้เหมาะสมในขั้นตอนต่างๆ 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ โดยให้กำลังใจผู้ป่วยในความพยายามและความอดทนที่จะปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในทุกขั้นตอน ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Gecas, 1989: 298) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกอาการเตือนได้ด้วยตนเอง โดยบันทึกการรายงานตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Jorgensen, 1998 cited by Birchwood and Spencer, 2000)รวมทั้งการผ่านประสบการณ์ในการรับประทานยาด้านโรคจิตมาก่อน จะมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ (Limpattanasiri, 2004; 72) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดหมายของผู้ป่วยจิตเภทในความสามารถของตนเอง

4. พัฒนาการรับรู้สิ่งที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติของบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ และสามารถประคับประคองให้ตนเองกระทำการจำแนกอาการเตือน การวางแผนการดูแลตนเอง ด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและใช้ยาที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ (Kampman and Lehtinen, 1999; van Meijel, et al., 2003; จันจิลา ดวงสลัด และคณะ, 2545) ซึ่งเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลอื่น โดยทีมสุขภาพ เป็นแหล่งสำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยพยาบาลจิตเวช เป็นแหล่งอิทธิพลสำคัญเมื่อผู้ป่วยจิตเภทจำหน่ายสู่ชุมชน ซึ่งผู้ศึกษาเป็นผู้กระตุ้นและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยใช้การติดตามโทรศัพท์เยี่ยมบ้านหลังผู้ป่วยจำหน่าย (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544)

จากแนวเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้นผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมติฐานการศึกษาดังต่อไปนี้

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพ

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา (The One Group Pretest – Posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ครั้งก่อน เป็นระยะเวลา น้อยกว่า 28 วัน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ศึกษากำหนดขึ้นเพื่อใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยพัฒนาโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพของวัฒนาภรณ์ พิบูลย์อลักษณ์ ที่ได้นำแนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) มาใช้ในปัจจัยอิทธิพลส่วนอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ประกอบด้วยกิจกรรม 4 ขั้นตอน คือ 1) พัฒนาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ 2) พัฒนาการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการ

ป่วยซ้ำ 3) พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ และ 4) พัฒนาการรับรู้สิ่งที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและนำแนวคิดของ Bandura (1997) มาประยุกต์ใช้ร่วมในกิจกรรม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งมี 3 องค์ประกอบ คือ 1) การจำแนกอาการเตือน 2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และ 3) การใช้ยาที่ถูกต้อง โดยโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เน้นลักษณะการให้ความรู้ การอภิปรายกลุ่ม การฝึกทักษะและการติดตามทางโทรศัพท์ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพ ประกอบกิจกรรมกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มละ 10 คน ดำเนินการสัปดาห์ละ 3 ครั้งๆละ 45-60 นาที ณ ห้องกลุ่มกิจกรรม หอผู้ป่วยชายพุดกษั ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) พัฒนาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

เป็นการกระทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเรียนรู้จากการสนทนาร่วมกันของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ โดยมีผู้ศึกษาฯ ชูให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อความสำคัญของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งให้ความรู้ในการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท” ตอนที่ 2 “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 3 “ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” และตอนที่ 4 “ผลดีของการป้องกันการป่วยซ้ำ”

2) การพัฒนาการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

เป็นการกระทำการแลกเปลี่ยนข้อมูลและเรียนรู้จากการสนทนาร่วมกันของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ โดยผู้ศึกษาฯ ชูให้กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อปัญหาการสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ รวมทั้งให้ความรู้ในการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 4 ตอน คือ ตอนที่ 1 “ปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 2 “ปัญหาของการจำแนกอาการเตือนด้วยตนเอง” ตอนที่ 3 “ปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา” และตอนที่ 4 “ปัญหาของการใช้ยาตามการรักษา”

3) พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

เป็นการรวบรวมข้อมูลโดยการเล่า การถาม-ตอบโดยตรงระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำกับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำเกี่ยวกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ในการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วยเนื้อหา 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 “รูปแบบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ” และตอนที่ 2 “ถาม-ตอบ ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” และเป็นการอธิบาย การแลกเปลี่ยน และการจัดให้ฝึกทักษะพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ในการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ประกอบด้วย

เนื้อหา 6 ตอน คือ ตอนที่ 1 “ประสบการณ์เดิมที่เคยป้องกันการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 2 “การนำเสนอเนื้อหาสาระพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 3 “การวิเคราะห์บททวนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 4 “การสรุปสิ่งเรียนรู้พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” ตอนที่ 5 “การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ” และตอนที่ 6 “การส่งต่อคู่มือพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ”

4) พัฒนาการรับรู้สิ่งที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

เป็นการใช้โทรศัพท์เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ในการกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรงให้ปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ในการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นการติดตามภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในสัปดาห์แรก

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เน้นการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาอย่างถูกต้อง และผู้ป่วยจิตเภทต้องปฏิบัติด้วยตนเองด้วยความเต็มใจ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้งในขณะปกติและขณะเจ็บป่วย โดยใช้แบบประเมินที่ผู้ศึกษาปรับปรุงตามโปรแกรมของ วัฒนารณ์ พิบูลอาลักษณ์ (2549) มาพัฒนาเป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 3 ด้าน คือ

1) การจำแนกอาการเตือน หมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทแยกแยะอาการทางจิตทั้งด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงก่อนเกิดอาการทางจิตมากขึ้น รวมทั้งยอมรับอาการเตือนที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการรับรู้อาการเตือนที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำเพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

3) การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยา รักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง ให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD10) และมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน เป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 28 วัน ตามเกณฑ์ของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนครินทร์ เป็นการป่วยซ้ำตั้งแต่ 2 ครั้งขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในการพัฒนาคุณภาพการบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งผู้ป่วยโรคทางจิตเวช โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงปัจจัยของการป่วยซ้ำและสามารถเฝ้าระวังอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำตลอดจนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง
2. เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เกี่ยวกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆต่อไป