

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ  
ผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวชุตินา ทองอยู่

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)  
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)  
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE EFFECT OF HEALTH BELIEF ENHANCEMENT PROGRAM ON MEDICATION COMPLIANCE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Chutima Thongyoo



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric  
Nursing  
Faculty of Nursing  
Chulalongkorn University  
Academic Year 2014  
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางสาวชุติมา ทองอยู่
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์

---

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่ง  
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์  
(รองศาสตราจารย์ ดร. สุวีพร รัตนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ  
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ)  
.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก  
(อาจารย์ ดร. เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์)  
.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย  
(อาจารย์ ดร. ชุติมา ชัมภลสิทธิ์)

ชุตินา ทองอยู่ : ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (THE EFFECT OF HEALTH BELIEF ENHANCEMENT PROGRAM ON MEDICATION COMPLIANCE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร. เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 156 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อเปรียบเทียบ 1) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และ 2) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 36 คน ได้รับการจับคู่กลุ่มโดยใช้ระดับคะแนนอาการทางจิตและเพศ แล้วมีการสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นตามการศึกษาของเบคเกอร์ (1974) ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ และ 2) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 มีความเที่ยงของครอนบาคอัลฟา เท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย สรุปได้ดังนี้

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ลายมือชื่อนิสิต .....

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....

# # 5577301536 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: HEALTH BELIEF MODEL / MEDICATION COMPLIANCE BEHAVIOR / SCHIZOPHRENIA PATIENTS

CHUTIMA THONGYOO: THE EFFECT OF HEALTH BELIEF ENHANCEMENT PROGRAM ON MEDICATION COMPLIANCE BEHAVIOR OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, 156 pp.

The purposes of this quasi-experimental research were to compare: 1) medication compliance behavior of schizophrenic patients before and after received the Health Belief Enhancement Program, and 2) medication compliance behavior of schizophrenic patients who received the Health Belief Enhancement Program and those who received regular nursing care. The sample consisted of 36 schizophrenic patients receiving services in outpatient department at Somdetchaopraya Institute of Psychiatry. They were matched pair with score on Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and sex then randomly assigned to experimental groups and control groups with 18 subjects in each group. The experimental group received the Health Belief Enhancement Program and the control group received regular nursing care activities. The research instruments consisted of: 1) the Health Belief Enhancement Program and 2) the Compliance Behavior Assessment Scale. All instruments were verified for content validity by 5 professional experts. The reliability of the 2<sup>nd</sup> instruments was reported by Chronbach's Alpha coefficient of .80. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Major findings were as follows :

1. The medication compliance behavior of schizophrenic patients who received the Health Belief Enhancement Program was significantly higher than that before, at p .05
2. The medication compliance behavior of schizophrenic patients who received the Health Belief Enhancement Program was significantly higher than those who received regular nursing care activities, at p .05

Field of Study: Mental Health and  
Psychiatric Nursing

Student's Signature .....

Advisor's Signature .....

Academic Year: 2014

## กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงอย่างสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างยิ่งของอาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ได้เสียสละเวลาในการให้คำปรึกษา คอยแนะนำ ตรวจสอบและแก้ไขข้อบกพร่อง ด้วยความเอาใจใส่และห่วงใยตลอดมา จนนิสิตสามารถผ่านพ้นปัญหา และอุปสรรคไปด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลชิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เพื่อให้เกิดความสมบูรณ์เพิ่มขึ้น ขอขอบพระคุณพ.นพ.พล วาณิชชุตติ คุณเพชรี คันธสายบัว คุณอำพัน หิรัญอุทก คุณรัชณี อุทัยพันธ์และอาจารย์สุพัตรา จันทร์สุวรรณ ที่กรุณาเป็นผู้ทรงคุณวุฒิในการตรวจสอบเครื่องมือในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการวิจัยในครั้งนี้ ขอขอบคุณ คุณวิชชดา พูลทรัพย์ ที่ได้เสียสละเวลาเป็นผู้ช่วยผู้วิจัยในครั้งนี้ และขอขอบพระคุณคุณรัชณี อุทัยพันธ์ และคุณประพนธ์ บุญไชย ที่อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการวิจัย

ขอขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมสุขภาพจิตที่ได้อนุมัติทุนสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่ให้ออกโอกาสศึกษาเรียนรู้ หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล หัวหน้าและบุคลากรแผนกผู้ป่วยนอกที่เอื้ออำนวยให้ความร่วมมืออันดีในการเก็บรวบรวมข้อมูลและดำเนินการวิจัย บุคลากรหอผู้ป่วยจิตเวชพิเศษหญิงมะลิวัลย์ที่ให้ความช่วยเหลือและเอื้ออำนวยสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมการวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้การดำเนินการวิจัยในครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงได้ตามวัตถุประสงค์

ขอขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ และประสบการณ์ต่างๆ ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่คอยอำนวยความสะดวกในการติดต่อด้านเอกสารต่างๆในการดำเนินการวิจัยด้วยดีตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อวิสูง คุณแม่ น้ำค้าง ทองอยู่ ที่ท่านคอยให้กำลังใจและให้การดูแลเป็นอย่างดีตลอดมา ตลอดจนทุกๆท่านที่ไม่สามารถเอ่ยนามได้ครบถ้วนในที่นี้ ที่มีส่วนช่วยเหลือให้การวิจัยในครั้งนี้สามารถสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

และสุดท้ายนี้ คุณค่า ความดีงามและประโยชน์ใดๆ อันเกิดจากการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบให้แก่กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้ทุกท่านมีสุขภาพกายและจิตที่สมบูรณ์ แข็งแรงตลอดไป

## สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ญ
สารบัญแผนภาพ.....	ฎ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	7
คำถามการวิจัย.....	7
แนวเหตุผลและสมมติฐาน.....	7
สมมติฐานการวิจัย.....	10
ขอบเขตการวิจัย.....	10
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	11
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	13
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	14
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท.....	15
2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	27
3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.....	36
4. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือใน การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	43
5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	50
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	55

ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง.....	55
การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	56
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	57
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	58
เกณฑ์กำกับการทดลอง .....	68
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	68
ขั้นตอนดำเนินการวิจัย .....	69
การวิเคราะห์ข้อมูล .....	85
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	87
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ .....	94
สรุปผลการวิจัย.....	100
อภิปรายผลการวิจัย.....	100
ข้อเสนอแนะ .....	108
รายการอ้างอิง .....	109
ภาคผนวก.....	121
ภาคผนวก ก. รายงานผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ .....	122
ภาคผนวก ข. การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา การตรวจสอบความเที่ยง.....	124
ภาคผนวก ค. แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์.....	131
ภาคผนวก ง. พิจารณาจริยธรรม.....	137
ภาคผนวก จ. แบบฟอร์มขออนุญาตใช้เครื่องมือ .....	139
ภาคผนวก ฉ. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	142
ภาคผนวก ช. ตัวอย่างแบบฟอร์มความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ โปรแกรมแบบแผน ความเชื่อด้านสุขภาพ.....	150



ณ

หน้า

ภาคผนวก ซ. ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา.....	153
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์ .....	156



## สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 ตารางบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษา ด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	46
ตารางที่ 2 ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ และระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ระหว่าง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	58
ตารางที่ 3 กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.....	71
ตารางที่ 4 ตารางแสดงคะแนนโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของกลุ่ม ทดลอง .....	83
ตารางที่ 5 ตารางแสดงคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อน การทดลอง (Pre-Test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม .....	84
ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามข้อมูลส่วน บุคคล.....	88
ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผล ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	90
ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผล ของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test).....	91
ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและ หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=18) .....	92
ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อน และหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36).....	93

## สารบัญแผนภาพ

	หน้า
แผนภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการ ป้องกันโรค โดย Becker (1974).....	42
แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย .....	54
แผนภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง .....	86



## บทที่ 1

### บทนำ

#### ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ซึ่งการดำเนินการของโรคเป็นแบบเรื้อรัง มักจะไม่หายขาด และมีโอกาสกำเริบซ้ำเป็นช่วงๆ จากสถิติพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่พบบ่อยที่สุด มีความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ร้อยละ 0.30-0.66 สามารถพบได้ทั้งในเพศหญิงและเพศชายในระดับเท่าๆกัน โดยร้อยละ 75 พบในช่วงอายุ 15-30 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น อายุเฉลี่ยขณะเริ่มมีอาการจะเท่ากับอายุ 21 ปี ในเพศชายและอายุ 27 ปีในเพศหญิง (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) โดยพบในประชากรทั่วไปร้อยละ 0.5 – 1 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ปัจจุบันพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ทั่วโลกเพิ่มขึ้น 2 ล้านคนต่อปี (Sadock and Sadock, 2005) และยังพบว่าทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (WHO, 2011) จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าในปีงบประมาณ 2551-2553 มีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทจำนวน 252,492 ราย 252,655 รายและ 255,480 รายตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นทุกปี (ทิพศมัย ทายะรังสี, จีระพรรณ สุริยงค์และพิมพ์ภาภรณ์ แก้วมา, 2554) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐแผนกผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 40-50 (กรมสุขภาพจิต, 2554)

ปัจจุบันกรมสุขภาพจิตมีนโยบายให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชนให้เร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ ทำให้ระยะเวลาที่ใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลสั้นลง โดยใช้เวลาในการรักษาประมาณ 3-4 สัปดาห์ (พิเชษฐ์ อุตมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552) จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยมีอาการเพียงแค่ว่าหาย โดยยังมีอาการการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ ทำให้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล ครอบครัวและสังคม ซึ่งผลกระทบต่อผู้ป่วยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทบางรายจะไม่สนใจรับประทานยา ไม่ยอมอาบน้ำ เป็นต้น (จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในหน้าที่และบุคลิกภาพที่เสื่อมลงเรื่อยๆ ตามระยะเวลาของการเป็นโรค โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพมากที่สุดเมื่อป่วยเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวตนเองไม่เหมาะสม ขาดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Drake et al., 2004)

การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท มีด้วยกันหลายรูปแบบซึ่งประกอบด้วย การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาด้วยจิตสังคม แต่การรักษาหลักของผู้ป่วยจิตเภท คือการรักษาด้วยยา เพื่อปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ช่วยควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ และสามารถลดอัตราการกำเริบซ้ำได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 60 สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ (Sadock and Sadock, 2000) แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากยังไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องและมีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง (Sullivan et al., 1995 ; เพชรี คันธสายบัว, 2544) ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาและกลับมาป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ทั้งนี้พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาก็เป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Azrin and Teichner, 1998; Gilmer et al., 2004)

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Medication Compliance Behavior) ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกในการปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรงตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (Farrgher, 1999) จากการทบทวนวรรณกรรมพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของต่างประเทศ พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีความสัมพันธ์กับการกำเริบหรือป่วยซ้ำสูง (Tay, 2007) และพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงถึงร้อยละ 50 (Gray et al., 2002; Zygmunt et al., 2002; Mahone, 2004; Maneesakorn et al., 2007) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barkhof et al. (2012) พบว่าความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต จากการศึกษาของ McCabe et al. (2012) พบว่าการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาที่สำคัญทางคลินิกพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 มีการกลับมาป่วยซ้ำและจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผลของการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองและส่งผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้เกิดความทุกข์ คุณภาพชีวิตลดต่ำลง เนื่องจากเกิดความสูญเสียค่าใช้จ่ายในรักษา ด้านสุขภาพ

เช่นเดียวกับการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ส่วนใหญ่นั้นจะมีปัญหาจากการขาดยา (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 80 รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ (พิเชษ อุตมรัตน์และสรยุทธ วาสินานนท์, 2552) จากการศึกษาของพรทิพย์ คงสัตย์และสวัสดี เทียงธรรม (2551) พบว่าขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่รับประทานยาร้อยละ 46.2 เช่นเดียวกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ หาคำ (2552)

พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมามีอาการทางจิตกำเริบซ้ำจนทำให้ต้องมารักษาตัวในโรงพยาบาลมีสาเหตุมาจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องคิดเป็นร้อยละ 86 สอดคล้องกับการศึกษาของเยวภา ไตรพฤกษชาติ (2554) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการกลับมารักษามากที่สุด ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา สอดคล้องกับการศึกษาของ รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางจิตกำเริบสาเหตุจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 40.42 ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีโอกาสกลับมามีอาการกำเริบซ้ำใน 1 ปีหลังจากที่หายจากอาการถึงร้อยละ 57 (มาโนช หล่อตระกูลและปรามิทธิ์ สุทธิชัย, 2555) และจากข้อมูลแฟ้มผู้ป่วยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและร้อยละ 56 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ (งานสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2551)

ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายสาเหตุ ซึ่งจากการศึกษาของ Kaplan and Sadock (2000) พบว่าปัจจัยด้านบุคคล เช่น เพศ อายุ การศึกษา ปัจจัยด้านการรักษา โดยเฉพาะความไม่สุขสบายจากการใช้ยา ปัจจัยด้านความเชื่อ ค่านิยมและทัศนคติต่อการเจ็บป่วย การขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาด้วยยา ปัจจัยด้านการสื่อสารระหว่างผู้รักษาและผู้ป่วยและการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Barkhof et al. (2012) พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประกอบด้วย 1) การรับรู้การเจ็บป่วยและความเชื่อโดยทั่วไป 2) พยาธิสภาพของโรคทางจิตเวช 3) ยา จากผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรับประทานยาต่างๆ จำนวนมียาที่รับประทานในแต่ละวัน 4) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง (Frank and Gunderson, 1990 อ้างใน Barkhof et al., 2012) 5) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว 6) การใช้สารเสพติด โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด คือ ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้องเนื่องจากการรับประทานทางจิตเวชนั้นต้องใช้เวลายาวนานและอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษา (Sadock and Sadock, 2000) และที่สำคัญเกิดจากความคิดความเชื่อที่ผิดและทัศนคติที่ไม่ดีต่อการรักษา ส่งผลทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (หทัยรัตน์ หาคำ, 2552)

การรับประทานยาถือว่าเป็นพฤติกรรมทางสุขภาพที่มีความสำคัญในการป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งความเชื่อของบุคคลเป็นสิ่งจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (สุมาลี วัจนการ, ชุตติมา ผาติดำรงกุลและปรามิทธิ์ คำจันทร์, 2551) สอดคล้องกับคิตทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) (อ้างใน จุฬารักษ์ โสตะ, 2554) ซึ่งอธิบายว่าบุคคลจะต้องมีความเชื่อทางด้านสุขภาพในลักษณะต่างๆ คือต้องรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และต้องเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ

Becker (1974) กล่าวว่า สิ่งที่จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจมีอิทธิพลจากองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของการป่วยซ้ำ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว 5) สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติและ 6) ปัจจัยร่วม ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคล แต่พบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการตระหนักในการรับรู้ และเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ถูกต้องและเหมาะสมเพื่อลดการกลับมาป่วยซ้ำ การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับการรับรู้ การคุกคามหรือความเสี่ยที่จะเกิดโรคส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีประสิทธิภาพ และทำให้เกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง (Diane, 2007) การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคนั้น จะต้องมีการจัดกิจกรรมการให้คำแนะนำหรือการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องโดยที่ผู้ป่วยไม่ใช่แค่ผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียว แต่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาศักยภาพของตนเอง รับรู้ปัญหา กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการรับรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทางที่ดีขึ้น (สุนทรีย์ คำเพ็งและอรธิรา บุญประดิษฐ์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีการศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทและในผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่างๆไว้หลายรูปแบบ เช่น ให้ความรู้และการสนับสนุนประคับประคอง (พรสวรรค์ พูลกระจ่าง, 2548) การใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (ยุภาพร มีหนองหว้า, 2552) และการจัดการรายการณ์ในผู้ป่วยจิตเภท (กาญจนา เหมะรัต และคณะ, 2555) และโปรแกรมการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม (รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) ซึ่งรูปแบบการบำบัดส่วนใหญ่จะเป็นการสอน การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษาในรูปแบบที่จะช่วยพัฒนาความรู้ของผู้ป่วย แต่ยังไม่พบว่ามีการศึกษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยตระหนักและรับรู้การเจ็บป่วยของตนเอง ซึ่งการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างถูกต้องในเรื่องความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรค ซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะผลักดันให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าดีที่สุด โดยการเปรียบเทียบประโยชน์ที่ได้รับจากการปฏิบัติกับผลเสีย ค่าใช้จ่ายหรืออุปสรรคที่จะเกิดขึ้น (สุนทรีย์ คำเพ็งและอรธิรา บุญประดิษฐ์, 2555) นอกจากนี้การศึกษาของยุภาพร มีหนองหว้า (2552) เรื่องการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพตามแนวคิดของ Pender et al. (2006) ถึงแม้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพเหมือนกันแต่แนวคิดนี้มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับโรค สามารถควบคุมอาการของโรคและลดความ

รุนแรงของโรค โดยมุ่งให้ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองสามารถควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองได้ ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมา การศึกษาตามแนวคิดของ Becker (1974) พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้น เช่น จากศึกษาของสุมาลี วัจนานกรและคณะ (2551) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการรับประทานยาที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามนัด อาจเนื่องมาจาก ผู้ป่วยขาดการตระหนักรับรู้ของตนเอง ปฏิเสธการเจ็บป่วย คิดว่าตนเองหายดีแล้วไม่จำเป็นต้องรับประทานยา ไม่จำเป็นต้องมาพบแพทย์ คิดว่าการรับประทานยาเป็นอุปสรรคต่อการทำงาน เกิดอาการข้างเคียงจากยา กลัวติดยาเนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน มีความรู้สึกเบื่อหน่าย และมีความเชื่อด้านการรักษาทางไสยศาสตร์ไม่จำเป็นต้องพึ่งยาและไม่มีเงินค่ารถหรือค่ายา เมื่อไปโรงพยาบาล (พรทิพย์ วชิรติลลและคณะ, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประพนธ์ บุญไชย (2553) พบว่าภายหลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการดื้อยาและอาการข้างเคียงจากยา การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวตาม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งด้านการกินยาครบทุกมื้อ ด้านการกินยาตรงเวลาเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของรัตนา สารบุญและนิรมล เมืองโสม (2555) ได้ศึกษาเรื่องการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลวังสะพุงจังหวัดเลย พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอ จากการศึกษาการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเวช และโรคเรื้อรังอื่นๆ พบว่ามีการดำเนินการทั้งด้านรายบุคคลและแบบกลุ่ม ทั้ง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำการดำเนินการรูปแบบของกลุ่มมาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์และได้ข้อคิดดีๆ เกิดการเรียนรู้ความคิดที่ดีจากผู้อื่น ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้อย่างต่อเนื่องและถาวร (สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547; องค์กร ประจันเขตต์, 2551)

การส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในรูปแบบกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเกิดความคิดต่างๆ หลากหลาย เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดการกระตุ้นการเรียนรู้ของบุคคลได้ดี ทำให้ได้ข้อคิดดีๆ เกิดขึ้น ได้เรียนรู้ความคิดที่ดีจากสมาชิกอื่นภายในกลุ่ม ดังนั้นรูปแบบกลุ่มจึงเป็น



แนวทางที่สำคัญที่จะทำให้เกิดการสร้างสรรค์ทางปัญญาซึ่งกันและกันของสมาชิกในกลุ่ม และยังช่วยเป็นกำลังใจ เกื้อกูลกันและกัน เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้สมาชิกสามารถเปลี่ยนแปลงการดำรงชีวิต ความเชื่อ เจตคติได้ (ทัศนยา แคมมณี, 2545) การใช้รูปแบบกลุ่มเป็นวิธีที่มีประโยชน์มาก ที่จะช่วยให้ผู้รับบริการได้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมาย มีการพัฒนาเจตคติ ความรู้ความเข้าใจ นอกจากจะเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เข้ากลุ่มได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์แล้ว ยังได้ฝึกฝนทักษะในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดี (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554) จากการศึกษาของสุพรรณรัตน์ ซีโร่ (2547) พบว่า ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงหลังได้รับข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้รูปแบบกลุ่มพบว่ามีความแน่วแน่พฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการได้รับการบำบัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงสมร นิลตานนท์และจุฬารัตน์ โสตะ (2553) พบว่า การประยุกต์ใช้ทฤษฎี ความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สามารถควบคุมโรคได้ดีขึ้น ดังนั้นการใช้รูปแบบกลุ่มซึ่งเป็นการบำบัดทางจิตสังคมชนิดหนึ่ง ที่ใช้ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท การใช้รูปแบบกลุ่มร่วมกับการใช้ยาก่อให้เกิดผลดีกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก (Jones, 2011)

จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลจิตเวช ซึ่งมีบทบาทโดยตรงในการให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วย ได้เล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท จึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำองค์ประกอบทั้ง 6 ประการ ได้แก่ คือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของการป่วยซ้ำ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว 5) สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติและ 6) ปัจจัยร่วม มาใช้พัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และมีการนำเสนอให้ผู้ป่วยเห็นภาพจากสถานการณ์ถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ด้วย VDO นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยที่เคยมีอาการทางจิตรุนแรง และผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรง เพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง รวมถึงมีการแจกคู่มือ ความรู้เรื่อง ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเอง สำหรับผู้สนใจ โดยในเล่มคู่มือจะมีแบบฟอร์มในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อเป็นการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง โดยใช้รูปแบบกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม โดยผู้วิจัยหวังว่าผลลัพธ์ของการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือใน

การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบซ้ำและทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### คำถามการวิจัย

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภตก่อนที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร

### แนวเหตุผลและสมมติฐาน

พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท โดยพบว่า พฤติกรรมความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีความสัมพันธ์กับการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Azrin and Teichner, 1998; Gilmer et al., 2004) ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาจะมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำบ่อยๆ จะส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพด้านต่างๆ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร ภาวะเสื่อมถอยจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วหลังการป่วยซ้ำเป็นครั้งที่สอง ยิ่งถ้ามีระยะการดำเนินโรคที่ยาวนานบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆจะเสื่อมถอยมากขึ้น (Breier et al., 1991) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าทำให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัว สูญเสียค่าใช้จ่ายในครอบครัว อีกทั้งยังมีผลกระทบต่อสังคมโดยภาครัฐต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงถึง 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2550) ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงถึงร้อยละ 50 (Gray et al., 2002; Zygmunt et al., 2002; Mahone, 2004; Maneesakorn et al., 2007)

ความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่ามีเกิดจากหลายๆ สาเหตุด้วยกัน ซึ่งพบว่าผู้ป่วยยังมีการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพไม่ถูกต้อง เช่น ผู้ป่วยหยุดรับประทานยาเมื่ออาการ

ดีขึ้น เพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว คิดว่ายาต้านโรคจิตทำให้อาการเจ็บป่วยรุนแรงมากขึ้น มีความไม่  
 สุขสบายจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาซึ่งทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน กลัววิตถวาเนื่องจากต้อง  
 รับประทานยาเป็นเวลานานๆ (พรทิพย์ วชิรดิกลและคณะ, 2549) ทำให้เกิดความเบื่อหน่าย และขาด  
 ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว (อำพัน หิรัญอุทก, 2547) มีความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง โดยมี  
 หมอพื้นบ้านแนะนำให้รักษาทางไสยศาสตร์ไม่ต้องพึ่งพิงยา มีการเพิ่มหรือลดยาตามอาการที่ตนเอง  
 รู้สึก (พรทิพย์ วชิรดิกลและคณะ, 2549) รวมถึงการใช้สารเสพติดต่างๆ (Barkhof et al., 2012) ซึ่ง  
 พบว่าสาเหตุดังกล่าวสามารถนำแนวคิดของ Becker (1974) ที่เชื่อว่า บุคคลจะต้องมีความเชื่อว่า  
 ตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย รับรู้ความรุนแรงของโรค และต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่  
 เป็นประโยชน์จะสามารถควบคุมโรคได้ ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ป่วยความเชื่อด้านสุขภาพจะช่วยให้  
 ผู้ป่วยมีการรับรู้การเจ็บป่วยที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพไปในทางที่ดี  
 ขึ้นเพื่อป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำ โดยมีการรูปแบบกลุ่มมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อจะช่วยให้ผู้ป่วยจิต  
 เภทเกิดการเรียนรู้ ทำให้เกิดแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์และข้อคิดที่ดีจากผู้อื่น (สวัสดี  
 เทียงธรรม, 2547; องค์กร ประจันเขตต์, 2551)

การศึกษาครั้งนี้ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยเชื่อว่าบุคคล  
 จะต้องมีมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวะ การเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะ  
 สามารถควบคุมโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ  
 โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ Becker (1974) กล่าวถึงสิ่งจูงใจที่เป็นปัจจัยทำให้บุคคล  
 ปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติสุขภาพ ว่าการที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกัน  
 การกลับมาป่วยซ้ำ บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความ  
 รุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัวจะส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง  
 และยังมีสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยร่วม ซึ่งพบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันการกลับมา  
 ป่วยซ้ำได้ จากเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมา  
 ประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จิตเภทอย่าง  
 สม่าเสมอ โดยผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความ  
 ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินการเป็นแบบรายกลุ่ม มี 4 กิจกรรม  
 ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60 - 90 นาที ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ  
 อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว** เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจ  
 ที่จะให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือ เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย เป็นปัจจัย  
 หนึ่งที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Marram,1978) และมีการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค  
 สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจ

ที่ถูกต้อง โดยมีการใช้สื่อต่างๆ เช่น ภาพพลิก ใบความรู้ ใบงาน และการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ หลังจากนั้นมีการแจกคู่มือ ความรู้เรื่อง ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเอง สำหรับผู้สนใจ

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ**  
 กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำถึงสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำและมีสื่อวีดิโอเสนอเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นเมื่อเจ็บป่วยทางจิตแล้วไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงเรื่องที่เกิดขึ้นเมื่อป่วยซ้ำ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงจากผู้ป่วยในกลุ่ม จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงพบว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีกหากไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง Becker(1974) กล่าวว่า การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรม การปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ รวมถึงการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น ที่ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม รวมถึงการรักษาต้องใช้เวลานาน (Becker and Maiman, 1997) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ จะสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการป้องกันการป่วยซ้ำได้ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

**สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและ ผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช**  
 กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางด้านจิตเวช โดยผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวในเรื่องการรับประทานยา ความสำคัญของการรับประทานยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางด้านจิตเวช และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงจากผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากยา มาเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา หลังจากนั้นให้กลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวสรุป จากการรับรู้ประโยชน์พบว่า การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้วยยา การยอมรับและการปฏิบัติตามคำแนะนำ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเสียก่อน ซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Janz and Becker, 1984 อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

**สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม**  
 กิจกรรมนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาและทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น

จากการรับประทานยาทางจิตเวช โดยผู้วิจัยบรรยายเน้นย้ำในอาการที่เป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และวิธีการจัดการวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช พร้อมให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีข้อซักถาม จากการรับรู้อุปสรรค จะเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในด้านลบ เช่น การเกิดความสุขสบายจากการใช้ยา การสูญเสียสภาพลักษณะในการดำเนินชีวิตประจำวัน การอยู่ร่วมกันกับคนในสังคม ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการกลับมาป่วยซ้ำ และยังสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Design) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

**ประชากร** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช

**กลุ่มตัวอย่าง** ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีประวัติการขาดยาและการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องมากกว่า 1 ครั้ง ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 20 – 59 ปี

ตัวแปรที่ศึกษา มีดังนี้

1. ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

## คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

**พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกในการปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรงตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ (2549) และปรับปรุงโดย รัชณี อุทัยพันธ์ (2555)

**โปรแกรมส่งเสริมเชื่อด้านสุขภาพ** หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้วิจัยดำเนินการโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ช่วยให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติตัว รวมถึงสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยร่วม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมดูแลตนเอง จนเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม มี 4 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60 - 90 นาที ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว** หมายถึง การที่ผู้วิจัยมีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท จากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยมีการใช้สื่อต่างๆเช่น ภาพพลิก ใบความรู้ ใบงานและการให้ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมภายในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ แจกคู่มือความรู้เรื่อง ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเองสำหรับผู้สนใจ

**กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ** หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ถึงสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำร่วมกับการใช้สื่อวีดีโอเสนอเหตุการณ์ที่เกิดรุนแรงที่เกิดขึ้นเมื่อป่วยทางจิตไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวกับสาเหตุ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงจากผู้ป่วยในกลุ่ม และกล่าวสรุปอีกครั้ง จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีกหากไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง

**กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช** หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางด้านจิตเวช ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางจิตเวช จากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มเกี่ยวในเรื่องการรับประทานยา ความสำคัญของการรับประทานยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาจิตเวช และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยในกลุ่มที่มีอาการข้างเคียงจากยา มาเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา จากนั้นให้กลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นและผู้วิจัยกล่าวสรุป

**กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม** หมายถึง การที่ผู้วิจัยให้ความรู้ในเรื่องอาการที่เป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช พร้อมให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาและทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช ทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสมจากนั้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีข้อซักถาม ผู้วิจัยกล่าวสรุป

**ผู้ป่วยโรคจิตเภท** หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยการจำแนกโรค ICD-10 ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 20 -59 ปี ที่เข้ารับการรักษामณกผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและมีประวัติเข้ารับการรักษามากกว่า 1 ครั้ง

**การพยาบาลปกติ** หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษामณกผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ การซักประวัติข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการด้านต่างๆ ของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช การปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่ที่บ้านและการให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต

### ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำ
2. เพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น





## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความวิจัย วารสารและงานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้อง สามารถสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
- 1.2 สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท
- 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท
- 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
- 1.6 ลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

#### 2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.2 ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- 2.3 ลักษณะของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.5 การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
- 2.6 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

#### 3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

- 3.1 ความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 3.2 แนวคิดและหลักการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 3.3 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 3.4 รูปแบบกิจกรรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ
- 3.5 บทบาทพยาบาลในกิจกรรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

4. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

#### 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

มีผู้ที่ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้หลายทัศนะคติ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมได้ ดังต่อไปนี้

World Health Organization (1992) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ไว้ใน International Statistical Classification of Diseases and Related Health problem 10 Revision (ICD-10) ไว้ว่า โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ มีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม มีสติสัมปชัญญะและความสารถด้านเชาว์ปัญญาดี แม้ว่าเมื่อมีการเจ็บป่วยนานๆจะมีการสูญเสียการรับรู้ไปบ้าง

อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า คำว่า Schizophrenia นั้นเป็นคำที่มาจากภาษากรีก กว่า skhizo ซึ่งหมายความว่า การแยกออก(split) และคำว่า phren หมายถึง จิตใจ (mind) ซึ่งเมื่อได้นำทั้งสองคำมารวมกัน เป็นคำว่า Schizophrenia จึงมีความหมายว่า ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม โดยความผิดปกติทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยแสดงออกต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้แสดงออกโดยการรับรู้ในสิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง ความผิดปกติด้านกระบวนการคิดโดยผู้ป่วยจะแสดงออกโดยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป อาทิเช่น ความคิดหลงผิด และด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ จะพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว ถดถอยและแปลกๆ

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (2552) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติที่มีอาการหลายด้าน ทั้งด้านความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยนานมากกว่า 6 เดือนและไม่มีอาการด้านอารมณ์ที่เด่นชัด

สมภพ เรื่องตระกูล (2553) กล่าวว่า ลักษณะที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ที่เกิดขึ้นเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยจะต้องไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของความคิด ซึ่งเป็นลักษณะเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยไม่มีอาการทางกายหรือการสูญเสียการทำงานของสมองส่วนใดมาเกี่ยวข้อง

อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์ และคณะ (2557) โรคที่มีความผิดปกติทางสมอง ซึ่งทำให้ความคิด ภาษา การสื่อสาร อารมณ์ พฤติกรรมทางสังคม และการรับรู้ของผู้ป่วยผิดแปลกไปจากความจริง

จากความหมายต่างๆที่กล่าวมาข้างต้น พอสรุปความหมายของโรคจิตเภท (Schizophrenia) ได้ว่า เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ โดยมีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากกว่า 6 เดือน โดยไม่มีอาการของโรคทางกาย โรคทางสมอง ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

## 1.2 สาเหตุ อาการและการดำเนินของโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทปัจจุบันยังไม่สามารถบอกสาเหตุที่แน่ชัดได้ แต่เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่เกิดขึ้นมาจากหลายๆสาเหตุ (มานaix หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุขนิษฐ์, 2555) ดังนี้

### 1.2.1. ปัจจัยด้านชีวภาพ

1.2.1.1 พันธุกรรม จากการศึกษาด้านพันธุกรรมชี้ให้เห็นว่าเป็นสาเหตุสำคัญ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) พบว่า

1.2.1.1.1 พบว่าญาติสนิทของผู้ป่วยโรคจิตเภท (บิดา มารดา พี่น้องและบุตร) มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรโดยทั่วไป 10 เท่า

1.2.1.1.2 พบว่าความผิดปกติทางจิตเวชต่อไปนี้ คือ โรคSchizoaffective และบุคลิกภาพชนิดแยกตัว พบว่ามีอัตราของผู้ป่วยในหมู่ญาติสนิทสูงกว่าที่พบในประชากรโดยทั่วไป

1.2.1.1.3 พบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ๆป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทด้วยคิดเป็นร้อยละ 10 ในขณะที่บุตรบุญธรรมในกลุ่มควบคุมมีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 1

1.2.1.1.4 จากการศึกษาคู่แฝดพบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท อีกคนจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นด้วยถึงร้อยละ 50 แต่ในขณะเดียวกัน การศึกษาคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบจะมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 8

จากข้อมูลการศึกษาข้างต้นที่กล่าวมาบ่งชี้ว่ายีนส์ที่มีความผิดปกติซึ่งเป็นสาเหตุที่ส่งผลทำให้เกิดโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับโครโมโซมที่ 6

### 1.2.1.2 ปัจจัยด้านระบบสารเคมีในสมอง

ในปัจจุบันยังมีความเชื่อว่าสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทเกิดจาก dopaminergic hyperactivity โดยเฉพาะ mesolimbic และ mesocortical tract ทั้งนี้อาจเป็นความผิดปกติของ post-synaptic receptor เนื่องจากพบว่ายาที่รักษาโรคจิตนั้นออกฤทธิ์ปิดกั้น dopamine receptor type 2 และพบว่ามีสารนำสื่อประสาท serotonin พบการทำงานของ serotonin-2 (5-HT<sub>2A</sub>) receptor ใน frontal cortex ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง และยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มใหม่ (serotonin-dopamine antagonists) ออกฤทธิ์ในการรักษาที่เกี่ยวข้องกับระบบ serotonin นอกจากนี้ในช่วงระยะหลังๆนี้ยังพบว่าสารนำสื่อประสาท glutamate อาจมีส่วนเกี่ยวข้องกับความผิดปกติที่อาจทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยพบการทำหน้าที่ของ N-methyl-D-

aspartic acid (NMDA) receptor ซึ่งเป็น receptor ของ glutamate ลดลง สภาพสมดุลระหว่างระบบ glutamate ซึ่งเป็นแบบ excitatory และระบบ GABA ซึ่งเป็นแบบ inhibitory จะเสียไปทำให้เกิดสถานะ excitotoxicity ร่วมกับการมี neuroplasticity บกพร่องไป

#### 1.2.1.3 ปัจจัยด้านกายวิภาคของสมอง

การเกิดโรคจิตเภทพบว่ามีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางกายวิภาคของสมอง ได้แก่ การที่มีปริมาณเนื้อสมองน้อยกว่าปกติ โดยเฉพาะในส่วน cortical gray matter และมี ventricle ที่โตกว่าปกติ พบว่าการที่ ventricle ที่โตกว่าปกตินั้นจะมีความสัมพันธ์กับอาการทางด้านลบและยังพบว่า การตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีและมีการบกพร่องทางด้าน cognition

#### 1.2.1.4 ปัจจัยด้านประสาทสรีรวิทยา

พบว่า cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในปริมาณ frontal lobe เชื่อว่าอาการด้านลบและอาการด้าน cognitive มีความสัมพันธ์กับ prefrontal lobe dysfunction อย่างไรก็ตามปัจจุบันมองแนวคิดนี้ว่า การทำงานของในผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ได้เป็นจากความผิดปกติเฉพาะสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง แต่เป็นความผิดปกติของการทำงานของสมองหลายๆ วงจรที่มีการเชื่อมโยงกัน ทั้งในระดับ cortical และ subcortical อาจมองได้ว่าโรคจิตเภทนี้เป็นโรคการเชื่อมต่อของระบบประสาทถูกรบกวน (disturbed neural connectivity)

#### 1.2.2 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

จากการศึกษาจะพบว่า สภาพแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่จะมีผลต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท คือ ประชากรที่มีฐานะยากจนจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี เนื่องจากประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำจะต้องเผชิญปัญหาต่างๆและมีภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสูง และนอกจากนี้ยังพบว่ามีรายงานว่า เด็กที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท จะมีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน และพยายามดึงเอาเด็กมาเป็นพวกของตนเอง ในที่สุดเด็กจะเกิดความลังเลใจ ซึ่งเป็นอาการที่สำคัญของโรคจิตเภท หรือร่วมถึงการที่บิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป ส่งผลให้เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนเองได้เหมาะสม

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทที่แน่ชัด แต่เชื่อว่าเกิดจากหลายๆสาเหตุร่วมกัน แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ stress-diathesis model ซึ่งเชื่อกันว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือมีจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบเจอกับสภาพที่กดดันบางอย่างทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทตามมา หรือสภาพที่กดดันนั้นอาจเกิดจากปัจจัยด้านชีวภาพ จิตสังคมหรือเกิดจากหลายๆ ปัจจัยร่วมกัน

อาการที่สำคัญของโรคจิตเภทสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่ม (สมภพ เรืองตระกูล, 2553) คือ

1. กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) โดยส่วนใหญ่แล้วกลุ่มอาการทางบวกจะแสดงออกมาให้เห็นอย่างชัดเจน และสามารถเกิดขึ้นได้ในช่วงใดช่วงหนึ่งของโรคก็ได้ ซึ่งกลุ่มอาการทางบวกนี้เป็นเป้าหมายสำคัญของการรักษาด้วยยาโรคจิต (พิเซซรัลล์ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) โดยกลุ่มอาการทางบวกจะมีอาการดังต่อไปนี้

1.1 อาการหลงผิด (delusion) อาการหลงผิดชนิดที่สามารถพบได้บ่อย คือ ผู้ป่วยที่หลงผิดคิดไปเองว่ามีคนมาคอยปองร้ายตนเอง (delusion of persecution) และผู้ป่วยที่มีความคิดว่ามีคนมาพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference)

1.2 อาการประสาทหลอน (hallucination) อาการประสาทหลอนที่พบได้บ่อยที่สุดคือ หูแว่ว โดยพบได้ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท เสียงแว่ว อาจเป็นเสียงหรือคำพูด บางครั้งอาจเป็นเสียงคนๆ เดียวหรือหลายๆ คน ผู้ป่วยอาจรับฟังเฉยๆหรือพูดจาโต้ตอบด้วยก็ได้

1.3 ความผิดปกติของคำพูดโดยผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านความคิด ขาดการเชื่อมโยงของการพูด ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ได้ บางครั้งพูดเรื่องราวไม่ต่อเนื่องหรือพูดฟังไม่รู้เรื่อง (incoherence)

1.4 ความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมวุ่นวาย ไม่สนใจการดูแลตนเอง แต่งตัวสกปรก บางรายมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสมในที่สาธารณะ ผู้ป่วยอาจส่งเสียงร้อง ตะโกนโวยวายหรือด่าว่าหยาบคาย

2. กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) โดมมีอาการดังต่อไปนี้

2.1 อารมณ์เฉยเมย (affective flattening) ผู้ป่วยจะมีสีหน้าเรียบเฉย ขาดการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่สบตา

2.2 พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) ผู้ป่วยจะตอบคำถามสั้นๆ ใช้คำพูดน้อยและไม่สนใจในการตอบคำถาม

2.3 ขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด (avolition) ผู้ป่วยไม่สนใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจจะเข้าร่วมการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคม

การดำเนินการของโรค ส่วนใหญ่แล้วมักจะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยมีอาการนำมาก่อน คือ แยกตัวออกจากสังคม ขาดความสนใจในการเรียนหรือการทำงาน ไม่สนใจสุขอนามัย มีพฤติกรรมผิดปกติไปจากเดิม จนญาติพี่น้องสามารถสังเกตเห็นความผิดปกติของผู้ป่วย ในที่สุดผู้ป่วยก็จะแสดงอาการที่ชัดเจน เช่น มีหูแว่ว ประสาทหลอนและหลงผิด ในบางรายมักเป็นๆหายๆ ในขณะที่บางรายเป็นแบบเรื้อรังไม่หายขาด อาการจะทรงๆหรือทรุดลงตามลำดับ จนทำให้ผู้ป่วยไร้ประสิทธิภาพ ในระยะแรกอาการของโรคจะเป็นลักษณะของอาการด้านลบที่เด่นชัด และต่อมาก็จะแสดงอาการทางด้านบวก เมื่อได้รับการรักษาแล้วอาการด้านบวกจะหมดไป แต่ยังคงอาการด้านลบไว้อยู่บ้าง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553)

การดำเนินการของโรค โดยทั่วไปแล้วสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ดังนี้

1. ระยะอาการนำ (prodromal phase) ผู้ป่วยเริ่มจะมีอาการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีอาการด้านลบเช่น มีปัญหาด้านสัมพันธภาพ การเรียน การทำงานเริ่มแย่งลง เก็บตัวในห้องคนเดียว ไม่สนใจตนเอง บางครั้งมีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ ร่วมกับมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติ แต่ญาติหรือคนใกล้ชิดสังเกตเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปจากเดิม

ช่วงระยะเวลานี้อาจไม่แน่นอนอาจใช้ระยะเป็นสัปดาห์หรืออาจนานเป็นปีก็ได้ โดยเฉลี่ยแล้วประมาณ 1 ปี ก่อนที่จะมีอาการกำเริบ การพยากรณ์ของโรคจะไม่ดีหากระยะนี้ผู้ป่วยเป็นอยู่นาน และผู้ป่วยดูแลง่าย

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไป นาน 1 เดือน ได้แก่อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน disorganized speech grossly disorganized behavior หรือ catatonic behavior

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายกับระยะที่เริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาจมีอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดเหลืออยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงนี้อาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ในช่วงของระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการ relapse ได้เป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงที่พบได้บ่อยก่อนอาการกำเริบ คือ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว หงุดหงิดและมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆเข้ากับตนเอง

### 1.3 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่นิยมใช้กันมากที่สุดมีอยู่ 2 เกณฑ์คือเกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) โดยมีรายละเอียดดังนี้

เกณฑ์การจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) จะพิจารณาเกณฑ์ตามอาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท โดยเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน ด้านสังคมและระยะเวลาการเกิดอาการ (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

1. ลักษณะอาการ (Characteristic Symptoms) โดยผู้ป่วยจะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการที่เด่นชัด เป็นเวลานาน 1 เดือน โดยมีอาการดังนี้ อาการหลงผิด (Delusion) อาการประสาทหลอน (Hallucination) อาการด้านการพูดผิดปกติ อารมณ์เฉยเมยไม่พูด

2. การสังคมและการงานเสียไป ขาดความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน แยกตัว ไม่มีสัมพันธ์ภาพกับใคร

3. ระยะเวลาที่มีอาการ ผู้ป่วยต้องมีอาการต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

4. อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่ภาวะที่ผิดปกติทางด้านอารมณ์

5. อาการที่เกิดขึ้นไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือการได้รับยาตัวอื่น

6. อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติทางด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น มีประวัติ

โรคออทิสติก (Autistic Disorder)

เกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10) ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ประเภท (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2554) ดังนี้

1. โรคจิตเภทชนิดหวาดระแวง (paranoid schizophrenia) ซึ่งเป็นชนิดของโรคจิตเภทที่ได้บ่อยที่สุด โดยที่ผู้ป่วยจะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีอาการโกรธง่าย ก้าวร้าว ผู้ป่วยประเภทนี้ การดำเนินชีวิตไม่ค่อยเปลี่ยนแปลงมากนักอาการจะค่อนข้างคงที่ การพยากรณ์ของโรคมักจะดีกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดอื่นๆ

2. โรคจิตเภทชนิดเฮบีฟรินิค (hebephrenic schizophrenia) พบในวัยหนุ่มสาว อายุระหว่าง 15-20 ปี โดยจะมีอาการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยจะมีความคิด และคำพูดไม่สอดคล้องกัน อารมณ์เฉยเมย ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ อาการจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ โดยที่ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางบุคลิกภาพอย่างมากมาก่อน เมื่อเป็นแล้วมักเป็นเรื้อรังไม่ค่อยหาย

3. โรคจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (catatonic schizophrenia) อาการสำคัญ คือ ความผิดปกติที่พฤติกรรมเคลื่อนไหว อาจเป็นทั้งแบบ เฉยทื่อหรือปฏิเสธต่อต้าน

4. โรคจิตเภทชนิดเรื้อรังที่มีอาการหลงเหลือ (residual schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทชนิดนี้ จะต้องเคยเป็นโรคจิตเภทชนิดใดชนิดหนึ่งมาก่อนแล้ว อาการดีขึ้นแต่ก็ยังคงมีอาการบางอย่างคงเหลืออยู่บ้าง โดยจะมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวช้า คืดช้า แยกตัว ไม่มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน มักเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง

5. โรคจิตเภทชนิดจำแนกไม่ได้ (undifferentiated schizophrenia) ผู้ป่วยจิตเภทชนิดนี้ อาการของโรคไม่ชัดเจน ไม่สามารถจำแนกประเภทอื่นๆได้ มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ

6. โรคจิตเภทชนิดเศร้าภายหลัง (post- schizophrenia depression) เป็นภาวะซึมเศร้าที่เกิดขึ้นภายหลังจากการป่วยด้วยโรคจิตเภท มีอาการซึมเศร้าร่วมกับอาการแยกตัว ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร

7. โรคจิตเภทชนิดพฤติกรรมเสื่อมถอย (simple schizophrenia) ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเสื่อมถอยเรื่อยๆ ตั้งแต่เริ่มจนมีอาการชัดเจน

8. โรควิตเภทชนิดอื่นๆ (other schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่เข้าเกณฑ์ใดๆที่กล่าวมาข้างต้น

9. โรควิตเภทชนิดที่ไม่สามารถระบุได้ (unspecified schizophrenia) เป็นโรควิตเภทที่ไม่สามารถระบุประเภทได้

#### 1.4 การรักษาผู้ป่วยโรควิตเภท

การรักษาผู้ป่วยโรควิตเภทที่สำคัญ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ได้แก่

1.4.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล กรณีที่จะรับผู้ป่วยโรควิตเภทในรักษาในโรงพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญให้แก่ผู้อื่นมีปัญหาค่าอื่นที่จำเป็นต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยา มีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้ในโรงพยาบาลผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชโดยเฉพาะโดยระยะเวลาที่รักษาด้วยในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยใช้เวลาประมาณ 3-6 สัปดาห์

1.4.2 การรักษาด้วยยา ถือเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากจะช่วยควบคุมอาการทางบวกได้แล้วยังสามารถลดอัตราการกลับมากำเริบซ้ำได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำบ่อยๆ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการขาดยา การรักษาแบ่งออกได้ 3 ช่วง คือ

1.4.2.1 ระยะเฉียบพลัน (acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือการควบคุมให้อาการทางจิตสงบโดยเร็ว อาการรบกวนของผู้ป่วยดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นมาจากฤทธิ์ของยาที่ทำให้อาการสงบ ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการของโรควิตเภทของยานั้นต้องระยะเวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเริ่มเห็นผล

1.4.2.2 ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) หลังจากที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการไม่ให้อาการกำเริบ

1.4.2.3 ระยะที่อาการคงที่ (stable หรือ maintenance phase) เป็นช่วงที่อาการทางจิตทุเลาลง แต่ก็ยังจำเป็นต้องรับประทานยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันอาการกลับมากำเริบซ้ำ ในรายที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี การควบคุมอาการด้วยการรับประทานยาเป็นสิ่งสำคัญ โดยขนาดยาจะใช้ในขนาดที่ต่ำกว่าช่วงแรกๆ และจะค่อยๆลดขนาดลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือน จนถึงขนาดยาที่ต่ำที่สุดที่สามารถคุมอาการของผู้ป่วยได้ ในรายที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยาอาจพิจารณาใช้ยาฉีดประเภทออกฤทธิ์นาน (long acting)

ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรกหลังจากที่อาการทางจิตดีขึ้นแล้ว ยังมีความจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่องอีกอย่างน้อย 1-2 ปี แล้วจึงจะพิจารณาว่าจะหยุดยาได้หรือไม่ หากสามารถหยุดยาได้จะต้องค่อยๆลดขนาดยาอย่างช้าๆ และยังคงต้องมีการนัดเพื่อติดตามอาการของ



ผู้ป่วย ในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเป็นครั้งที่สองการรับประทานยานี้นี้อาจต้องรับประทานนานต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปีหรือในบางรายอาจต้องรับประทานยาตลอดชีวิต

1.4.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นยังไม่ค่อยได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยปกติแล้วจะใช้การรักษาไฟฟ้าในรายที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยทำการรักษาไฟฟ้าร่วมไปด้วย โดยการรักษาด้วยไฟฟ้านั้นโดยปกติแล้วจะทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 6-12 ครั้ง นอกจากนี้ ยังใช้ในการรักษาผู้ป่วยชนิด catatonic หรือ ผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.4.4 การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมถือเป็นส่วนสำคัญอีกอย่างหนึ่งของการรักษา เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยและสังคมรอบข้าง ในบางครั้งแม้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้วปัญหาทางด้านสังคมนั้นยังคงอยู่ หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไขปัญหานั้นๆ นอกจากนี้ยังพบว่าอาการบางอย่าง เช่น อาการทางด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ หรือการไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ผู้บำบัดรักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเป็นอย่างยิ่ง เพื่อที่จะได้ให้การช่วยเหลือได้ในทุกๆด้าน โดยการบำบัดรักษาด้านจิตสังคมนั้นประกอบด้วย

1.4.4.1 จิตบำบัด (psychotherapy) เป็นการบำบัดแบบประคับประคอง โดยที่ผู้รักษามีการตั้งเป้าหมายตามความเป็นจริงและเป็นวิธีที่ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ โดยช่วยหาวิธีการแก้ปัญหาในแบบที่ผู้ป่วยทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้มีความรู้มากกว่า ช่วยค้นหาความเครียดหรือความกดดันที่ผู้ป่วยมักทนไม่ได้

1.4.4.2 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation or family counseling) การทำครอบครัวบำบัด โดยการให้ความรู้ในเรื่องโรค การปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย

1.4.4.3 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการทำกลุ่มกิจกรรมระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าตนเองมีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว และมีการให้คำแนะนำและการแก้ไขปัญหาพร้อมกัน ฝึกทักษะทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมและการให้กำลังใจ

1.4.4.4 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) การจัดรูปแบบกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ การให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมบางส่วนเท่าที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ เพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วย

จากที่กล่าวมาในข้างต้นนั้น จะเห็นได้ว่า โรคจิตเภทมีปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคหลายปัจจัยร่วมกัน โดยผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ ส่งผลให้มีการทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ความสามารถในการทำหน้าที่ลดลง และการดำเนินโรคของโรคเป็นแบบเรื้อรัง ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการ

รักษาที่ถูกต้องเหมาะสม โดยควรมีใช้การรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิตสังคมร่วมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยคงสภาพในภาวะปกติมากที่สุด

### 1.5 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องมีความตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อมและสิ่งสำคัญเหนือหา การให้การพยาบาลผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง โดยทั่วไปแล้วการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท (สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2554) ประกอบด้วย

1.5.1 หลักการพยาบาลโดยทั่วไป ซึ่งจะครอบคลุมการพยาบาลทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจอารมณ์และด้านสังคม

1.5.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เริ่มต้นโดยการส่งเสริมความสะอาดและสุขอนามัยทั่วไปให้แก่ผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่จะบกพร่องด้านการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดร่างกายด้านสุขอนามัยตนเอง

1.5.1.2 การพยาบาลด้านความคิด สิ่งที่ยาบาลควรปฏิบัติ คือ การหาความหมายของความคิด ในการสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้พยาบาลได้ทราบถึงความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก อาจทำให้พยาบาลได้ทราบความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางพฤติกรรมได้ และสุดท้ายคือ การให้ข้อมูลที่เป็จริงแก่ผู้ป่วยและมีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความเป็นจริง (reinforcing reality)

1.5.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัด คือ อารมณ์ราบเรียบ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ดังนั้นพยาบาลเองจำเป็นต้องมีความเข้าใจและอดทนต่ออารมณ์ที่ไม่ผิดปกติเหล่านี้ รวมถึงควรมีการเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น

1.5.1.4 การพยาบาลด้านสังคม พยาบาลควรมีการประเมินความสามารถด้านสังคมของผู้ป่วยที่เหลืออยู่ และควรมีการเสริมสร้างทักษะทางสังคมที่เหลืออยู่ การส่งเสริมการดูแลด้านสุขอนามัยส่วนบุคคลของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องตามความเหมาะสมด้วยหลักการเรียนรู้

### 1.5.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

1.5.2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการของผู้ป่วยจะเริ่มประเมินจาก ความคิด การรับรู้และพฤติกรรมทั่วไปของผู้ป่วย และอาการที่ผิดปกติที่เป็นสาเหตุที่นำส่งโรงพยาบาล โดยประกอบด้วย

1.5.2.1.1 การประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป โดยประเมินการแต่งกาย ความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า ด้านสุขอนามัย การได้รับสารอาหาร การนอนหลับพักผ่อน และนอกจากนี้ควรมีการประเมินภาวะน้ำเป็นพิษ (water intoxication) ด้วย

1.5.2.1.2 การประเมินด้านความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะหลงผิดหรือไม่และมีการรับรู้เป็นอย่างไร

1.5.2.1.3 การประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย การประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน การหลบซ่อนตัว นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมทำตามสั่งอย่างอัตโนมัติ พฤติกรรมของผู้ป่วยอาจก่อความรำคาญหรือเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นได้

1.5.2.1.4 การประเมินด้านสัมพันธภาพ พยาบาลควรมีการประเมินด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นอย่างราบรื่น และควรมีการประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่อาจพบได้ในผู้ป่วย เพื่อที่จะหาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

1.5.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการวางแผนทางการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปแล้วการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะต้องมีและสอดคล้องกันกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท

1.5.2.3 การวางแผนการพยาบาล จะประกอบด้วยการวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและการวางแผนทางการพยาบาลระยะยาว และควรมีการกำหนดวัตถุประสงค์ในการดูแลลักษณะพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้

1.5.2.4 การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากไม่สามารถควบคุมตนเองได้และเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นในชุมชนที่อาศัยอยู่ การปฏิบัติการพยาบาลจะปรับตามความเหมาะสมและใช้เทคนิคการพยาบาลต่างๆ สำหรับระยะเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ใช้ในการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 16 วัน

1.5.2.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหานั้นๆได้รับการแก้ไขแล้ว และปัญหาใดที่ยังคงอยู่

โดยสรุป การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด พฤติกรรม อารมณ์และการรับรู้ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องเน้นในเรื่องการส่งเสริม การป้องกัน การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสภาพ ในครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจและด้านสังคม โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาลเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

## 1.6 ลักษณะและปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะการดำเนินของโรคเป็นแบบเรื้อรัง จากการที่ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรม พบว่าหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายกลับบ้านยังพบว่าผู้ป่วยยังมีปัญหาในการทำหน้าที่ทางจิตสังคมอย่างมากมายบางรายอาการดีขึ้นจนสามารถประกอบอาชีพได้ระยะเวลาหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นาน

ก็จะมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีก (Alan et al., 2007) ซึ่งปัญหาที่พบในผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน มีดังต่อไปนี้

1.6.1 การกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราการกลับมากำเริบซ้ำมากที่สุดถึงร้อยละ 78 (ปาริชาติ สุภาพ, 2547) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกลับมากำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ ต้องใช้เวลาในการรักษานานขึ้น และส่งผลให้ศักยภาพการดำเนินชีวิตแทบทุกด้านของผู้ป่วยจิตเภทเสื่อมลงมากเท่านั้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2555)

1.6.2 การไม่ร่วมมือในการรับประทานยา พบว่าสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ คือ ผู้ป่วยที่หยุดรับประทานยาเองหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545; มารศรี ปาณิวัตร, 2548) และยังพบอีกว่าผู้ป่วยร้อยละ 60 ไม่ยอมรับประทานยาตามแพทย์สั่ง (Cunningham, 2007) นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด การปรับลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง ใช้น้ำในเวลาที่ ไม่เหมาะสมหรือผิดวิธี (เพชร คันธสายบัว, 2548) และยังมีผู้ป่วยบางส่วนที่ยังไม่เข้าใจถึงเหตุผลของการรับประทานยาเป็นระยะเวลานานหรือเกิดอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา (มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

1.6.3 การใช้สารเสพติด พบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในชุมชน เช่นการใช้สารเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทบางรายใช้สารเสพติดเพราะช่วยลดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรค หรือลดอาการซึมเศร้า การใช้สารเสพติดมีผลต่อประสิทธิภาพของยารักษาอาการทางจิต อาจทำให้อาการทางจิตแย่ลงหรือทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษา (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนนิชย์, 2555)

1.6.4 การไม่เข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท สาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา คือ การไม่เข้าใจและไม่สามารถใช้น้ำตามแพทย์สั่งโดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยได้รับยากลับไปรับประทานต่อที่บ้าน (พงษ์ศักดิ์ สมใจและคณะ, 2539) ส่งผลให้ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่องขณะที่บ้าน และมีการหยุดใช้น้ำเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ รวมถึงทำให้ผู้ป่วยเข้าใจผิดว่ายานั้นไม่ถูกกับโรคของตนเอง ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้

จากที่กล่าวมาข้างต้น จะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนจะมีปัญหาต่างๆ และปัญหาที่กล่าวมานั้นจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขปัญหา หากปล่อยไว้จะกลายเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรัง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตแย่ลงได้

## 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่ารักษาอยู่ในโรงพยาบาล (พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และสรยุทธ วาสิกนันนท์, 2552) จึงส่งผลให้มีการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น โดยที่ผู้ป่วยยังมีความผิดปกติหลงเหลืออยู่ ซึ่งบางครั้งอาจก่อให้เกิดปัญหาขึ้นกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัวและชุมชนตามมา (Buckwalter, 1991;

Cunningham, 2007) พยาบาลจิตเวชเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญ ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งด้านการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีสุขภาพที่ดี การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลสุขภาพทั่วไป การรับรู้ ข้อมูลด้านบทบาทและสัมพันธภาพ เพื่อเป็นแนวทางในการวินิจฉัยการพยาบาลและ กำหนดการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลสู่ชุมชนมี ดังนี้

1.7.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ถือเป็นงานสำคัญของโรงพยาบาลที่ จะต้องมีการดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่อเป็นการอำนวยความสะดวกและรวดเร็วให้แก่ผู้รับบริการ โดยครอบคลุมถึงงานด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และดำเนิน ชีวิตได้อย่างปกติสุข

1.7.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บทบาทพยาบาลในงานสุขภาพจิตชุมชน ตาม หลักการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน (ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจรและคณะ, 2546) ดังนี้

1.7.2.1 การพยาบาลสุขภาพจิตในชุมชน สามารถแบ่งเป็นกรอบแนวคิดเฉพาะ ได้แก่ กระบวนการปฏิบัติงานและการใช้กลยุทธ์ในการให้ความช่วยเหลือในชุมชน เพื่อการสร้าง สุขภาพจิต ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

1.7.2.1.1 การให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจใน ด้านปัญหา ความรุนแรงและความสูญเสียที่จะเกิดขึ้นในการรักษา การฝึการระวัง การสังเกตรวมถึงการ ดูแลตนเองหรือคนในครอบครัวและชุมชน

1.7.2.1.2 การให้คำปรึกษาแบบกลุ่ม เพื่อให้สามารถเรียนรู้การสร้าง สัมพันธภาพและการอยู่ร่วมกันในชุมชน

1.7.2.2 การพิจารณาปัจจัยถิ่นที่อยู่ สังคม ครอบครัว ประสพการณ์ของสมาชิก ความเครียดและปัญหาชีวิต เพื่อใช้เป็นข้อมูลและแนวทางที่จะเพิ่มศักยภาพและส่งเสริมสุขภาพและ การป้องกันโรคจิตประสาทโดยใช้หลักแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ด้วยการนำโน้ตทัศน์หรือ กระบวนการคิดและประสพการณ์ชีวิตของบุคคลมาผสมผสานกัน

1.7.2.3 การมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือบุคคลด้วยการบูรณาการและผสมผสานศาสตร์ สหวิทยาการ โดยมีการประยุกต์แนวคิดเพื่อนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.7.2.4 การนำแนวคิดหรือมโนทัศน์ของชุมชนต้องพิจารณากลุ่มเป้าหมาย สังคม ของชุมชน เครือข่ายของสังคมเป็นอันดับแรก

จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่ ครอบครัวและชุมชนแล้ว จะไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองทั้งหมด ผู้ป่วยเหล่านี้

ควรจะได้รับ การเข้าร่วมโปรแกรมการบำบัดฟื้นฟูแบบผู้ป่วยนอกหรือในชุมชนต่อไป อย่างไรก็ตาม พยาบาลต้องไม่มองข้ามว่าผู้ป่วยเหล่านี้ก็ต้องการได้รับการดูแลสุขภาพของตนเอง ปรับปรุงตนเอง ตัดสินใจเรื่องการรักษาด้วยตนเอง ฉะนั้น การฟื้นฟูสภาพจิตใจและการส่งเสริมสุขภาพจิตผู้ป่วย จะต้องสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความแข็งแกร่งมั่นใจ เชื่อมั่นที่จะแก้ไขเหตุการณ์ร้ายๆ ที่เข้ามาในชีวิต หรือจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่างๆได้ (อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, 2557)

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลแผนกผู้ป่วยนอกและในชุมชน จำเป็นต้องครอบคลุมถึงงานด้านการรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟู โดยพยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกรอบและขั้นตอนของกระบวนการทางการแพทย์และการพยาบาลและกระบวนการ สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลโดยใช้ความรู้จากศาสตร์พยาบาลศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและศิลปะของการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้เหมาะสม มีความเข้มแข็งและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาล

## 2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมายของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (Medication Compliance Behavior of Schizophrenic Patients)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีความหมายของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้หลายทัศนะคติ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

Farragher (1999) กล่าวว่าไว้ว่า ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจะมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การไม่ใช้ยาต่อเนื่อง เช่น การหยุดใช้ยาหรือการใช้ยาเฉพาะเวลาที่ตนรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ การใช้ยาไม่ถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาผิดเวลา การใช้น้อยกว่าแผนการรักษาและการใช้ยามากกว่าแผนการรักษา

Holmes (2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา คือ ระดับของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งความร่วมมือในการรักษาที่ดีของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน โดยมีความใส่ใจในการสังเกตอาการของตนเองและมีการเฝ้าระวังติดตามกระบวนการรักษาที่ได้รับ

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์ (2536) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยที่ยินยอมปฏิบัติตามเกณฑ์ ข้อบังคับ หรือข้อเสนอแนะที่ผู้ให้บริการแนะนำ ซึ่งพฤติกรรมที่เกิดขึ้นใหม่ของผู้ป่วยนี้สอดคล้องกับแผนการรักษาและเกิดผลดีต่อผู้ป่วย

พรทิพย์ วชิรติลกและคณะ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้

สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการมาตรวจตามนัด โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาโดยที่ไม่ได้ปรึกษาแพทย์

บดินทร์ บุญจันทร์ (2553) กล่าวว่า พฤติกรรมการรักษาด้วยยา คือ ลักษณะการรับประทานยาหรือฉีดยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นไปตามแผนการรักษาของการรักษาด้วยยาที่จิตแพทย์เป็นผู้กำหนด

รัชนี อุทัยพันธ์ (2555) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมาตรวจตามนัด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีด้านคลินิกและผลดีต่อการรักษา โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ให้ยาตามเวลาและใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

โดยสรุป พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติตัวเรื่องการรับประทานยาและปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์หรือทีมสุขภาพ รวมถึงความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียงจากยาทางจิตได้อย่างเหมาะสม และมาพบแพทย์ตามนัด โดยมีพฤติกรรมแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาต่อเนื่อง การไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาถูกต้องตามเวลา และการใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

## 2.2 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Medication Adherence Behavior of Schizophrenic Patients)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ที่มีความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาไว้หลายทัศนะคติ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมไว้ดังต่อไปนี้

Razali and Yahya (1995) กล่าวว่า การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ถูกต้อง จะแสดงออกโดยพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยขาดยาเกิน 2 มื้อ ภายในเวลา 2 สัปดาห์หรือไม่ขาดการมาตรวจตามแพทย์นัดเกิน 1 ครั้ง

Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า การใช้ยาตามแผนการรักษาสามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมที่ผู้ป่วยใช้ยาอย่างถูกต้องตามแผนการรักษา หรือการใช้ยาที่อาจผิดพลาดได้บ้างเป็นบางครั้ง ซึ่งการใช้ยาที่ผิดพลาด 1-2 ครั้ง/สัปดาห์ และยังถือว่าการใช้ยาที่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษา แต่ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาเฉพาะเมื่อมีอาการแสดงของโรครุนแรงขึ้นหรือหยุดใช้ยา จะแสดงถึงการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

สาธิต พุฒขาว (2541) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วย ที่มีต่อภาวะสุขภาพเป็นพฤติกรรมที่ดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และปฏิบัติตามแผนการรักษาในเรื่องของการรับประทานยา ร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาการรักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

โดยสรุป พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา คือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของทีมสุขภาพ ในเรื่องการรับประทานยาต่อเนื่อง การสังเกตอาการข้างเคียงจากยา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

จากความหมายของ Non-compliance หรือ Non-adherence ทั้งสองคำเป็นคำที่อธิบายถึงการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าเป็นคำที่มีความความใกล้เคียงกันและสามารถใช้แทนกันได้ (Osterberg and Blaschke, 2005 ; WHO, 2003) โดยคำว่า compliance จะเป็นการที่ผู้ป่วยมีความยินยอมที่จะรับประทานยาหรือการใช้ยาตามที่แพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำ ส่วนคำว่า adherence จะเป็นการที่ผู้ป่วยมีความยินยอมที่จะรับประทานยาหรือการใช้ยาตามที่แพทย์หรือทีมสุขภาพแนะนำอย่างเต็มที่ โดยในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้คำว่า compliance (พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา) เพราะพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการมาตรวจตามแพทย์นัด โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาต่อเนื่อง การไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาถูกต้องตามเวลา และการใช้ยาถูกขนาดโดยที่ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ (พรทิพย์ วชิรติลลและคณะ, 2549)

### 2.3 ลักษณะของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

Mattews and Hingson (1977 อ้างใน รัชณี อุทัยพันธ์, 2555) ได้สรุปลักษณะของผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษา ไว้ดังนี้

1. การมีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่กำลังเผชิญ ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษานั้นจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องของความรุนแรงของโรคหรืออันตรายที่อาจเกิดต่อชีวิตของผู้ป่วย



2. มีการปฏิบัติตัวตามข้อกำหนด เพื่อให้เกิดความเข้าใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษา ซึ่งข้อกำหนดที่กำหนดให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามนี้ จะต้องมีการกำหนดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามได้

3. ความพึงพอใจต่อผู้ที่ให้บริการ โดยทั่วไปแล้วสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการที่เกิดขึ้นด้วยดีนั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและการมีปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการจะส่งผลให้ให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงได้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้ป่วยแต่ละคนด้วย ว่ามีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาหรือไม่ โดยที่ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาที่ดีจะมีการร่วมมือในการรับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลา มาตรวจตามแพทย์นัดและมีการเฝ้าระวังติดตามผลการรักษาของตนเองอย่างสม่ำเสมอ (NIMH, 2003 อ้างในรัชณี อุทัยพันธ์, 2555)

ในส่วนของความไม่ร่วมมือในการรักษาหรือการใช้ยาจะกล่าวครอบคลุมถึงในประเด็นต่างๆ (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555) ดังต่อไปนี้

1. การใช้ยาที่มากเกินไปกว่าแพทย์สั่ง
  - 1.1 การใช้ยาในขนาดที่มากกว่าที่แพทย์สั่ง
  - 1.2 การใช้ยามากกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่งหมายถึงจำนวนครั้งต่อวัน หรือการใช้ยาที่นานเกินกว่าระยะเวลาที่แพทย์สั่ง
2. การใช้ยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง
  - 2.1 การใช้ยาในขนาดที่น้อยกว่าขนาดที่แพทย์สั่ง
  - 2.2 การใช้ยาน้อยกว่าจำนวนครั้งที่แพทย์สั่ง
  - 2.3 การหยุดใช้ยาก่อนที่แพทย์จะสั่งให้หยุดยา (การหยุดใช้ยาก่อนกำหนดนั้นพบได้เสมอในรายงานเกี่ยวกับความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นแล้ว หรือผู้ป่วยจิตเภทมักจะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว)
  - 2.4 การไม่ใช้ยา
3. การใช้ยาที่ผิดเทคนิค
4. การใช้ยาที่เสื่อมคุณภาพหรือหมดอายุ
5. การใช้ยาอื่น นอกเหนือจากที่แพทย์สั่ง ซึ่งอาจจะเกิดปฏิกิริยากับยาที่แพทย์สั่งใช้
6. การไม่มาพบแพทย์ตามนัด หรือการขาดการติดต่อกับแพทย์ (Drop out) ทำให้ไม่มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง

## 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่ามีผู้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไว้หลายฉบับ ทั้งในและต่างประเทศ อาจสามารถแบ่งออกเป็น 4 ดังต่อไปนี้

2.3.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึงคุณสมบัติของแต่ละบุคคล ที่ส่งเสริมให้แสดงออกทางด้านพฤติกรรม โดยเฉพาะพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรคหรือป้องกันการป่วยซ้ำ มีการรายงานการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยด้านผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.3.1.1 ลักษณะของประชากร เป็นปัจจัยที่บอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย

2.3.1.1.1 อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมความรุนแรงในการรักษา มากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อย (Agarwal, 1998)

2.3.1.1.2 เพศ พบว่าเมื่อเกิดความเจ็บป่วยเกิดขึ้นเพศหญิงจะมีการดูแลตนเองดีกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Agarwal (1998) และสุนันท์ จารุณสวัสดิ์ (2536) ที่พบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษาดีกว่าเพศชาย

2.3.1.2 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่สร้างขึ้นโดย Becker (1974) เป็นแนวความเชื่อทางด้านสุขภาพที่เน้นทัศนคติและความเชื่อ ในการอธิบายการปฏิบัติของบุคคล ต่อสภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับในการทำนายพฤติกรรม ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรค รวมถึงสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยร่วม

2.3.1.2.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยการรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าถึงพฤติกรรมของการป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อนและหลังได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น การรับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีให้ความร่วมมือในการรักษา

2.3.1.2.2 การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบรุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้

ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการป้องกันการเกิดโรคของผู้ป่วยได้

2.3.1.2.3 การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอนามัยที่ดี เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี และยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

2.3.1.2.4 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรงในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวของตนเองมีอุปสรรค ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้

2.3.1.2.5 สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่แสดงออกมา เพื่อจะให้แบบแผนด้านสุขภาพสมบูรณ์นั้น จำเป็นต้องมีการพิจารณาสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยกัน 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นภายใน ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก

2.3.1.2.6 ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นๆที่จะช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่

2.3.1.3 การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ จากการศึกษาของ Kamali et al. (2006) (อังกไน นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) ผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์มีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในใช้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.02$ )

2.3.1.4 ลักษณะของการเจ็บป่วย พบว่าสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษามี 2 ลักษณะ (Kaplan and Sadock, 1995) คือ

2.3.1.4.1 ความคิดหลงผิด การรับรู้ว่าคุณเองเป็นคนสำคัญ มีอำนาจ โดยไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความเชื่อได้ด้วยการอธิบายโดยการใช้เหตุผล ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดการตระหนักรู้ในตนเอง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2543) และคิดว่าตนเองไม่จำเป็นต้องรักษา

2.3.1.4.2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นกลุ่มอาการที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดคุณสมบัติบางประการที่บุคคลปกติควรมี เช่น แยกตัวจากสังคม ขาดความสามารถในการคิด การแสดงอารมณ์ และการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการรักษา ไม่ใช่ยาตามการรักษา (Oeht et al., 2000)

2.3.1.5 ลักษณะการเจ็บป่วย โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยแบบเรื้อรังส่งผลในความร่วมมือในการรักษาลดลง เนื่องจากเกิดความเบื่อหน่ายในการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการรักษาของ Perri (2003) พบว่าผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาลดลงร้อยละ 29-33 หลังการรักษา 5 ปี โดยระยะเวลาที่ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาสูงสุดคือ ภายใน 6 เดือน

## 2.3.2 ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย

2.3.2.1 ฐานะทางเศรษฐกิจ บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีจะมีโอกาสในการใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองได้ดีกว่าบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งจากการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่า ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ เนื่องจากการเดินทางในการมารับยาต้องเสียค่าใช้จ่าย และยาที่มีราคาแพง ส่งผลให้ผู้ป่วยจำเป็นต้องหยุดใช้ยาหรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ

2.3.2.2 การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา โดยทั่วไปแล้วการดูแลเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท คนในครอบครัวจะเป็นคนคอยช่วยส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้รับประทานยา การพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด เป็นการเพิ่มพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาที่ดีจากการศึกษาของ นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) พบว่าการไม่มีผู้ดูแลเกี่ยวกับการใช้ยาเป็นปัจจัยทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 16.5

2.3.2.3 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง การแสดงลักษณะอารมณ์ของบุคคลมากเกินไป ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมีผลต่อการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาที่ไม่ดี (Oeht et al., 2000)

2.3.2.4 ทักษะคิด ทักษะคิดของสังคมและครอบครัว เป็นตัวกำหนดทิศทางของปฏิกริยาของบุคคลนั้นต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีอิทธิพลต่อการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยที่อยู่ในสังคมที่เห็นความสำคัญของการรักษาทำให้ไม่ได้รับการสนับสนุนให้ได้รับการรักษาและมีแนวโน้มที่จะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oeht et al., 2000) และการสนับสนุนทางครอบครัวมีความสัมพันธ์กับความไม่ร่วมมือในการรักษา (Andrea et al., 2010)

## 2.3.3 ปัจจัยด้านการรักษาที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

2.3.3.1 วิธีการได้รับยาเข้าร่างกาย คือ การกิน การฉีดยาเข้ากล้ามเนื้อ การฉีดยาเข้าระหว่างชั้นกล้ามเนื้อและไขมัน การฉีดยาเข้าเส้นเลือดดำ การอมใต้ลิ้น การเหน็บยาทาง

ช่องคลอด/ทวารหนัก จากการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) พบว่าการได้รับยาเข้าร่างกายโดยการฉีดจะสามารถทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษามากกว่าการการกินยา

2.3.3.2 ความซับซ้อนของการรักษา การที่ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลายชนิดและมีจำนวนมาก บางครั้งอาจทำให้เกิดความสับสนในการใช้ยา ลืมวิธีการใช้ยา จำนวนครั้งของการรับประทานยาที่มากถึง 3-4 ครั้งต่อวัน ทำให้ความร่วมมือในการรักษาลดลงมากกว่าการรับประทานยาเพียงวันละ 1 ครั้งและจากการศึกษาของนพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ (2549) ยังพบว่าจำนวนขนาดยาทั้งหมดที่ได้รับ ความถี่ในการบริหารยาต่อวันสามารถทำนายความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

2.3.3.3 ฤทธิ์ข้างเคียงที่เกิดจากยา เช่น ตัวแข็ง คอบิด ง่วงนอน ปากแห้ง คอแห้ง น้ำหนักหนักตัวเพิ่มขึ้นอาการเหล่านี้ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความท้อทรมานและหยุดใช้ยา

2.3.4 ปัจจัยด้านทึ่มสุขภาพ คือ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทึ่มสุขภาพ เป็นสัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ รับรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา McCabe et al. (2012) ที่พบว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและทึ่มสุขภาพส่งผลให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการใช้ยาที่ดี

โดยสรุป จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีหลายปัจจัย สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยทางด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยด้านการรักษาและปัจจัยด้านทึ่มสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยด้านตัวบุคคลเป็นปัจจัยที่พบมากที่สุด เพราะความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทจะดีหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วยแต่ละคนว่ามีการปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ แต่ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยเฉพาะด้านการไม่ให้ความรู้มือในการรับประทานยา เช่น หยุดยาเองเมื่ออาการทางจิตดีขึ้น มีอาการข้างเคียงจากยา เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน มีการรับรู้และความเชื่อที่ไม่ถูกต้อง (พรทิพย์ วชิรติลกและคณะ, 2549) และยังขาดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพ การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

## 2.5 การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถทำได้หลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกันไป (นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์, 2555) ดังนี้

#### 2.4.1. วิธีการประเมินทางตรง ได้แก่

2.4.1.1 การเฝ้าสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยเป็นวิธีการสังเกตการใช้ยาของผู้ป่วยโดยตรงซึ่งเป็นวิธีที่มีความแม่นยำ แต่มีข้อเสียคือไม่สามารถปฏิบัติได้เป็นประจำตลอดเวลาและผู้ป่วยเองอาจสามารถซ่อนยาไว้ในปากแทนที่จะกลืนยาตามปกติ

2.4.1.2 การตรวจดูปริมาณยาในร่างกาย โดยการเจาะเลือด แล้วนำมาส่งวิเคราะห์หาปริมาณยา ซึ่งวิธีนี้สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยา แต่ไม่สามารถบอกได้บอกได้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาหรือไม่

2.4.2 วิธีการประเมินทางอ้อม เป็นวิธีการที่สามารถปฏิบัติได้จริงมากกว่าวิธีการประเมินทางตรง ได้แก่

2.4.2.1 การให้ผู้ป่วยบันทึกวันและเวลาที่ใช้ยาเอง วิธีนี้ยังไม่น่าเชื่อถือนักเพราะผู้ป่วยอาจไม่ลงบันทึกหรือไม่ตรงกับความเป็นจริง

2.4.2.2 การตรวจดูปริมาณยาที่เหลืออยู่ สามารถทำได้โดยการวัดปริมาณยาที่เหลือ โดยการนับ การตวง โดยให้ผู้ป่วยนำยาที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยมาแสดง หรือการลงติดตามเยี่ยมบ้าน ซึ่งวิธีนี้เป็นอีกวิธีหนึ่งที่น่าเชื่อถือ ข้อจำกัดคือ ยาที่ผู้ป่วยนำมาให้นับอาจจะไม่ใช่ยาที่เหลืออยู่จริงๆ

2.4.2.3 การใช้เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ เพื่อบันทึกการยาการยาที่ใช้ แต่มีข้อจำกัดคือ เครื่องมืออิเล็กทรอนิกส์ มีราคาแพง มักนิยมใช้ในการทำวิจัยเท่านั้น

2.4.2.4 การวัดจากพฤติกรรมของผู้ป่วย เช่น การมารับยาหรือการมาตรวจตามนัด แต่ก็ไม่สามารถยืนยันได้ว่าผู้ป่วยที่มาตามนัดทุกครั้งจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือผู้ที่ไม่มาตามนัดจะไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา

2.4.2.5 การวัดผลการรักษาหรือผลของยาที่เกิดขึ้น เช่น การประเมินอาการทางจิต ผู้ป่วยที่รับประทานยาสม่ำเสมอจะมีอาการทางจิตสงบ ไม่มีอาการที่รุนแรง

2.4.2.6 การสัมภาษณ์โดยตรงหรือการใช้แบบสอบถาม สามารถวัดได้โดยตรงกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล วิธีนี้เป็นวิธีที่สะดวก ใช้ระยะเวลาสั้นและเป็นวิธีที่ดีที่สุดในการสืบหาความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย

การประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสามารถประเมินได้ 2 วิธีใหญ่ๆ คือ วิธีการประเมินทางตรงและวิธีการประเมินทางอ้อม แต่สิ่งที่ดีที่สุดนั้นควรจะใช้หลายวิธีร่วมกัน อาทิ เช่น การให้ผู้ป่วยบันทึกวัน เวลาที่ใช้ยาเองร่วมกับการนับเม็ดยาที่เหลือ หรือ การสัมภาษณ์พร้อมกับการติดตามการมารับยาของผู้ป่วย เป็นต้น เพื่อให้ได้ผลที่มีความแม่นยำที่สุด

## 2.6 บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ถือเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญและต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน เนื่องจากการที่ผู้ป่วยที่ไม่ร่วมมือในการรักษาเป็นปัญหาที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ การสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาถือเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล ทั้งในรูปแบบรายบุคคล รายกลุ่ม ครอบครัวและชุมชน โดยมีแนวทางในการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย (Forman, 1993) ดังนี้

1. การคำนึงถึงสาเหตุของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. การทำความเข้าใจเหตุผลของการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะหยุดยาทางจิตเองเนื่องจากคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ไม่จำเป็นต้องทานยา ผู้ป่วยที่มีอาการหลงผิดคิดว่าตนเองเป็นคนใหญ่โตจะทำให้ผู้ป่วยมีความสุขกับความคิดที่ผิดปกติดังกล่าว ทำให้ไม่ต้องการรับการรักษา รวมทั้งความคิดหลงผิดของตนเอง

3. การปฏิบัติการพยาบาล เช่น การสอนผู้ป่วยรายกลุ่มและรายบุคคลเกี่ยวกับการใช้ยา โดยในกลุ่มจะต้องประกอบด้วยผู้ป่วยที่มีลักษณะความเจ็บป่วยและความสามารถในการทำหน้าที่ที่คล้ายคลึงกัน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยในกลุ่มมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปัญหาการใช้ยาทางจิต และระหว่างกระบวนการกลุ่มการพยาบาลสามารถให้ความรู้เกี่ยวกับยา ความเจ็บป่วยตามความบกพร่องของผู้ป่วย

4. ความร่วมมือจะต้องเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัวและพยาบาล

การปฏิบัติการพยาบาลที่สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องสามารถปฏิบัติได้หลายวิธี แต่สิ่งที่สำคัญต้องอาศัยความร่วมมือของทุกฝ่าย ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลและทีมสุขภาพ และต้องมีการกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ไม่มีการกลับมาป่วยซ้ำ

## 3. แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

3.1 ความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีผู้ที่ให้ความหมายของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ไว้หลายทัศนะคติ โดยผู้วิจัยได้รวบรวมได้ดังต่อไปนี้

Rosenstock (1974) กล่าวว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลใดจะมีความพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นจะต้องมีความ เชื่อว่า ตนเป็นผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค โรคที่เกิดขึ้นมีความรุนแรงและมีผล กระทบต่อชีวิตประจำวัน การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

จะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือ ในกรณีที่เกิดโรคขึ้นแล้วก็จะช่วยลดความรุนแรง ของโรคได้ และในการปฏิบัตินั้นต้องคำนึงถึงปัจจัย สำคัญทางด้านจิตวิทยาสังคม

Becker (1974) กล่าวว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ที่ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ผลของการปฏิบัติและการรับรู้ปัญหาอุปสรรค รวมถึงปัจจัยร่วมและสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้ที่มีสุขภาพดีและผู้ป่วย

พัสดราภรณ์ แยมแมน (2554) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ความเชื่อหรือการรับรู้หรือการแสดงออกถึงความนึกคิดความเข้าใจของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติตามความเชื่อหรือการรับรู้ต่างๆ

ลำพันธ์ อินทร์กอง (2554) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การที่บุคคลจะกระทำการใดนั้นเป็นผลจากการรับรู้ภาวะคุกคามของโรคหรือปัญหานั้นๆ ตลอดจนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติ โดยมีปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง ตลอดจนปัจจัยกระตุ้นปฏิบัติ

ไพรัช ยิ้มเนียม (2556) กล่าวว่า ความเชื่อด้านสุขภาพเป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล มีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วย และการรักษา เมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วยจะปฏิบัติตัวแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับองค์ประกอบหลายอย่าง เช่น ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการและการรักษา การรับรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของโรค ความเชื่อเดิม ความสนใจและค่านิยม

โดยสรุป ความเชื่อด้านสุขภาพ คือ ความเชื่อด้านสุขภาพอนามัยของบุคคล ที่มีผลจากการรับรู้ภาวะคุกคามของภาวะ การเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรง ตลอดจนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัว โดยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆปัจจัย เช่น ปัจจัยด้านประชากร ปัจจัยด้านจิตสังคม ปัจจัยด้านโครงสร้าง ตลอดจนปัจจัยกระตุ้นปฏิบัติ

### 3.2 แนวคิดและหลักการของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับการพัฒนาโดยกลุ่มนักจิตวิทยาสังคม ชาวสหรัฐอเมริกา ชื่อ Hochbaum, Kegeles, Leventhal และ Rosenstock (1950) ให้ความสนใจศึกษาว่า เพราะเหตุใด ประชาชนไม่ยอมรับวิธีการป้องกันโรค ทั้งๆที่มีบริการฟรี หรือเสียค่าใช้จ่ายเพียงเล็กน้อย โดยมีสมมุติฐานว่า การที่บุคคลจะแสวงหาผลและการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำด้านสุขภาพ (ด้านการป้องกัน เช่น การตรวจสุขภาพ หรือการฟื้นฟูสุขภาพ) ภายใต้สถานการณ์บางอย่างเท่านั้น โดยที่บุคคลจะต้องมีความรู้ในระดับหนึ่ง และมีแรงจูงใจต่อการดูแลสุขภาพ รวมทั้งต้องมีความเชื่อว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อภาวะ การณ์เจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่า การรักษาเป็นวิธีการที่จะสามารถควบคุมการเกิดโรคได้ และเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการเกิดโรคไม่สูงเมื่อเปรียบเทียบกับผลประโยชน์ที่ตนเองจะได้รับ(ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2536) ซึ่งเน้นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมสุขภาพและการใช้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข



ได้มีการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนี้ไปใช้กันอย่างต่อเนื่องเพื่อทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรค พฤติกรรมเสี่ยง พฤติกรรมการเจ็บป่วยและพฤติกรรมการรักษา (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

แนวคิดพื้นฐานของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ได้รับแนวคิดมาจากทฤษฎีสถานาม (Field Theory) และทฤษฎีการจูงใจ (Motivation Theory) ของ Lewin (1951) โดยทฤษฎีกล่าวไว้ว่า การที่บุคคลจะมีการหันเหตนเองไปสู่พื้นที่ที่บุคคลให้เชิงบวกหรือสิ่งที่ดี (positive value) และในขณะเดียวกันบุคคลจะมีการหลีกเลี่ยงออกจากพื้นที่ที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ (negative value) โดยที่ Lewin (1951) มีความคิดเห็นว่า “โรค” เป็นสิ่งที่ให้ค่านิยมในเชิงลบ และสรุปว่าการที่บุคคลจะหลีกเลี่ยงออกจากบริเวณดังกล่าว และจะมีการหันเหตนเองไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี ซึ่งเป็นค่านิยมเชิงบวก นอกจากนี้ Lewin (1951) ยังมีความเชื่ออีกว่า การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมใดๆ นั้นขึ้นอยู่กับตัวแปร 2 ประการ คือ การที่บุคคลประเมินความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และการประเมินผลลัพธ์ที่ออกมา ซึ่งทั้งสองตัวแปรนี้จะเป็นแรงจูงใจให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา (Rosenstock, 1974 อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554 )

ต่อมา Becker (1974) ได้ปรับปรุงแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อนำมาใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล ซึ่งประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ผลของการปฏิบัติและการรับรู้ปัญหาอุปสรรค รวมถึงปัจจัยร่วม (modifying factor) และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติตัว (cues to action) ซึ่งเป็นปัจจัยที่นอกเหนือจากการรับรู้ของบุคคลที่พบว่ามีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค ภายหลังจากการนำเอาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาใช้อธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรค จนเป็นที่ยอมรับ Becker (1974) จึงได้นำมาปรับปรุงใช้ในการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของผู้ป่วย เพื่อที่จะได้ครอบคลุมการอธิบายและทำนายพฤติกรรมของบุคคลทั้งผู้มีสุขภาพที่ดีและผู้ที่มีการเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เกิดจากรับรู้อันตรายที่จะเกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง โดยที่บุคคลจะมีการเปลี่ยนแปลงตนเองไปในทางที่ดีเพื่อให้เกิดการมีสุขภาพดี และการที่บุคคลจะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจะขึ้นอยู่กับความเป็นไปได้ในการปฏิบัติและผลลัพธ์ที่ออกมาว่าเมื่อทำสิ่งนั้นๆ แล้วเกิดประโยชน์ ไม่มีอุปสรรค มีแรงจูงใจทำให้เกิดความร่วมมือและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้

### 3.3 องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

องค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มีองค์ประกอบที่สำคัญที่มีผลต่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ดังนี้ (Becker, 1974)

3.3.1 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยการรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำ หรือปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่จะเข้าถึงพฤติกรรมของการ

ป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อนและหลังได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้น การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เช่น การรับรู้ปัจจัยที่จะทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามแผนการรักษาและมีส่วนร่วมในการรักษา Becker (1974) สรุปว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จะทำให้บุคคลเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมเพื่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันการป่วยซ้ำได้

3.3.2. การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงของอาการทางจิตมากขึ้นร่วมมือการประสบการณ์ในการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ว่าส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และการประกอบอาชีพของผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้

3.3.3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อ ของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องจะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอนามัยที่ดี เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต และการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ การดูแลตนเองที่เหมาะสม ผู้ป่วยจะได้รับการยอมรับลดความรังเกียจจากสังคม ทำให้อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา

3.3.4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรงในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้ว่าการปฏิบัติตัวของตนเองมีอุปสรรค เช่น การที่มีญาติคอยช่วยเหลือหรือติดตามมากเกินไป การถูกรังเกียจ ห้ามปราม กีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ การไม่ได้รับความไว้วางใจจากผู้อื่น สิ่งเหล่านี้จะขัดขวางการดูแลตนเองและส่งเสริมการเสื่อมถอยของสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้

3.3.5. สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวเป็นสิ่งเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการแสดงออกมา ซึ่ง Becker (1997) กล่าวไว้ว่า การที่จะให้แบบแผนด้านสุขภาพสมบูรณ์นั้น จำเป็นต้องมีการพิจารณาสิ่งชักนำที่

ทำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วยกัน 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้สภาวะร่างกายตนเอง เช่น การเจ็บป่วย และอาการของโรค ส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การเตือนจากบุคคลที่รัก เช่น บิดา มารดา สามี ภรรยา เป็นต้น

3.3.6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นๆที่จะช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบด้วย

3.3.6.1 ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา

3.3.6.2 ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม

3.3.6.3 ปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค

3.3.7. แรงจูงใจด้านสุขภาพ (Health motivation) หมายถึง ความรู้สึก อารมณ์ต่างที่เกิดขึ้นในตัวบุคคล โดยมีสาเหตุมาจากสิ่งกระตุ้นที่เป็นสิ่งเร้าทั้งภายในและภายนอก สิ่งเร้าภายใน ได้แก่ ความพึงพอใจที่จะยอมรับคำแนะนำ ความร่วมมือและการปฏิบัติตัว สภาวะของร่างกาย อาการของการเจ็บป่วย ส่วนสิ่งเร้าภายนอก ได้แก่ ข่าวสาร คำแนะนำจากสมาชิกครอบครัว การกระตุ้นเตือน เป็นต้น การที่บุคคลต้องการลดโอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค แรงจูงใจทางด้านสุขภาพ จะเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่จะเป็นแรงผลักดันร่วมกันปัจจัยการรับรู้อื่นๆ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการปฏิบัติตัวเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การวัดแรงจูงใจโดยทั่วไปจะวัดในรูปของระดับความพึงพอใจ ความต้องการ ความร่วมมือและความตั้งใจที่จะปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่หรือทีมสุขภาพ (Becker and Maiman, 1980)

จากองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HMD) สามารถสรุปได้ว่า การที่บุคคลจะมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค บุคคลนั้นๆจะต้องมีการรับรู้สุขภาพในเรื่องการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ซึ่งการรับรู้เหล่านี้จะช่วยผลักดันให้บุคคลรู้จักที่จะหลีกเลี่ยงภาวะคุกคามที่เกิดจากโรค โดยการเลือกวิธีการปฏิบัติที่คิดว่าเป็นสิ่งที่ดีที่สุด โดยการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติดูแลสุขภาพ จะส่งผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสมมากที่สุด นอกจากนี้สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยร่วมอื่นๆ ก็เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติการดูแลสุขภาพของบุคคลนั้นเช่นกัน

### 3.4 รูปแบบกิจกรรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

Rosenstock (1974) ได้มีการพัฒนารูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพขึ้น เพื่อใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยได้อธิบายแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HMD) ว่าการที่บุคคลจะมีการแสดงออกทางด้านสุขภาพอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงการเป็นโรคนั้น เขามีความเชื่อว่า

1. เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค
2. การที่เป็นโรคจะก่อให้เกิดความรุนแรงต่อชีวิตของตนเอง
3. การกระทำที่จะมีประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงและลดความรุนแรง

ดังนั้น Rosenstock (1974) จึงได้สรุปองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคของบุคคลไว้ในระยะแรก คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

ต่อมา Becker (1974) ได้มีการพัฒนารูปแบบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายและทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคของบุคคล โดยมีการเพิ่มปัจจัยร่วมและปัจจัยชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติในการป้องกันโรค ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้



แผนภาพที่ 1 แบบแผนความเชื่อเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้ในการทำนายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรค โดย Becker (1974)

ต่อมา Becker และ Maiman (1980) ได้ปรับปรุงแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมของผู้ป่วยในรูปของการรับรู้และความเชื่อ โดยเพิ่มปัจจัยเกี่ยวกับแรงจูงใจในด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมต่างๆ เช่น สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ความต่อเนื่องของแพทย์ในการตรวจรักษา การกระตุ้นให้ปฏิบัติตนโดยเพื่อนและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยทางสังคม และปัจจัยทางด้านประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ เป็นต้น ซึ่งสามารถนำไปใช้อธิบายพฤติกรรมต่างๆของผู้ป่วยได้อย่างกว้างขวางขึ้น

### 3.5 บทบาทพยาบาลในกิจกรรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

บทบาทพยาบาลในกิจกรรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การให้ความรู้และการส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพให้แก่ผู้ป่วย (ธีรนนธ์ สิงห์เฉลิม, 2542) โดยพยาบาลมีการให้ความรู้เรื่องโรคที่ถูกต้องและมีการเสริมสร้างประสบการณ์เพื่อการพัฒนาการรับรู้ที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยทราบว่าตนเองมีความเสี่ยง เห็นความเสี่ยงของการเกิดอันตรายหรือสถิติต่างๆ และแนวโน้มของการป่วยซ้ำ รวมถึงการชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของความรุนแรงของการป่วยซ้ำ โดยมีการใช้สื่อที่สะท้อนความรู้สึก หรือให้เห็นความน่ากลัว ความเสี่ยงต่อการตาย ความพิการ หรือการบาดเจ็บ ที่มีผลต่อสุขภาพ ชีวิตและทรัพย์สิน ตลอดจนมีการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องและเหมาะสม และมีการชี้ให้เห็นถึงอุปสรรคต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น พร้อมทั้งมีการให้ข้อมูลหรือวิธีการจัดการกับอุปสรรคเหล่านั้น โดยมีการใช้สื่อต่างๆ และมีวิธีการที่เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยการพยาบาลสามารถทำได้หลายรูปแบบ อาทิเช่น การให้ความรู้โดยการบรรยาย การอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึงการให้สุขศึกษาทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีและมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

ในการศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจที่จะนำองค์ประกอบแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HMD) ของ Becker (1974) ที่ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นซ้ำ การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค รวมทั้งการนำสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยร่วม มาประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่างๆ และเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และเพื่อให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

### 4. การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

การรับรู้ ถือเป็นหัวใจสำคัญของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HMD) โดยเชื่อว่า การที่บุคคลมีการรับรู้ว่าตนมีความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ รับรู้ว่าโรคที่อาจเกิดขึ้นกับตนเองมีความรุนแรงอาจถึงแก่ชีวิต โดยมีการรับรู้ว่ามีพฤติกรรมที่ดีและจะทำให้ไม่เกิดโรคนั้นได้ และการรับรู้ว่ามีอุปสรรคอะไรบางอย่างที่เป็นปัญหาและจะต้องจัดปัญหานั้นออกไปอย่างไร การรับรู้เหล่านี้จะส่งผลให้บุคคลมีการปฏิบัติตัวและมีพฤติกรรมที่ดี เหมาะสม ดังนั้น ผู้วิจัยได้นำแนวคิดและทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ที่จะให้ความสำคัญของการรับรู้ ทั้ง 4 ประการ ได้แก่ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ

3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว รวมถึงสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติและปัจจัยร่วม เพื่อนำมาพัฒนาพฤติกรรมด้านสุขภาพของบุคคล เพื่อสร้างให้บุคคลเกิดการรับรู้ต่างๆ เพื่อที่จะก่อให้เกิดความตระหนัก (Awareness) และสร้างจิตสำนึกในการดูแลสุขภาพของตนเองและปรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

จากทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยมีการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60 - 90 นาที ดังนี้

**สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุอาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว** เป็นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจที่จะให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการศึกษาเนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Marram, 1978) และมีการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง โดยมีการใช้สื่อต่างๆ เช่น ภาพพลิก ใบความรู้ ใบงานและการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ หลังจากนั้นมีการแจกคู่มือความรู้เรื่องความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเอง สำหรับผู้สนใจ

**สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ** กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท โดยผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำถึงสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคจิตเภทและมีสื่อวีดีโอเสนอเหตุการณ์ที่เกิดรุนแรงที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยทางจิตแล้วไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงเรื่องที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เคยเกิดขึ้นจริงจากผู้ป่วยภายในกลุ่ม และกล่าวสรุปอีกครั้ง จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงพบว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีกหากไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง Becker (1974) สรุปว่า การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ รวมถึงการรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค จะทำให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม รวมถึงต้องการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน (Becker and Maiman, 1997) การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจะสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการป้องกันการเกิดโรคได้

**สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช** กิจกรรมนี้จัดขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางด้านจิตเวช โดย ผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวในเรื่องการรับประทานยา ความสำคัญของการรับประทานยา และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางด้านจิตเวช และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยที่เคยมีอาการข้างเคียงจากยามาเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา หลังจากนั้นให้กลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวสรุป จากการรับรู้ประโยชน์พบว่า การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การยอมรับและการปฏิบัติตามคำแนะนำ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเสียก่อน จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์จะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Janz and Becker, 1984 อ้างใน จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

**สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม** กิจกรรมนี้จัดทำขึ้นเพื่อให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ถึงอุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการรับประทานยาและทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช โดยผู้วิจัยบรรยายเน้นย้ำในอาการที่เป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและวิธีการจัดการวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช พร้อมให้ความรู้เรื่องของการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ และให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยที่มีข้อซักถาม จากการรับรู้อุปสรรค จะเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในด้านลบ เช่น การเกิดความรู้สึกไม่สบายจากการใช้ยา การสูญเสียสภาพลักษณะในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกับคนในสังคม ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการกลับมาป่วยซ้ำ และยังสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (จุฬารัตน์ โสตะ, 2554)

กล่าวโดยสรุป โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ การเกิดโอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ การรับรู้ถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำ และรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมและอุปสรรคที่อาจเกิดได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการรับรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ทำให้อาการทางจิตสงบและทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี


**ตารางที่ 1**



ตารางที่ 1 ตารางบูรณาการโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษา  
ตัวของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker (1974)	องค์ประกอบที่นำมาทำกิจกรรมในผู้ป่วย	การบูรณาการ
<p>แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพถูกนำเสนอขึ้นเพื่ออธิบายพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีองค์ประกอบ ดังนี้</p> <p>1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) หมายถึง ความเชื่อหรือความคิดของบุคคลต่อการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดปัญหาสุขภาพ โดยการรับรู้จากความเสี่ยงและประสบการณ์ของผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยมีการกระทำเพื่อป้องกันการเกิดโรคซ้ำหรือปัญหาสุขภาพ สรุปว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ จะทำให้บุคคลเห็นถึงความสำคัญในการดูแลสุขภาพ และเป็นปัจจัยสำคัญที่สามารถทำนายพฤติกรรมเพื่อการปฏิบัติตัวในการป้องกันการป่วยซ้ำได้</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 นี้ ได้นำปัจจัยร่วม และสิ่งที่ชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติตาม มาใช้ในการบูรณาการกิจกรรม</p>	<p>กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว โดยเริ่มแรกมีการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกับผู้ป่วย และผู้ป่วยกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ จากนั้นให้ผู้ป่วยพูดคุยกันเกี่ยวกับเรื่องราวของโรคจิตเภท และประสบการณ์ต่างๆของผู้ป่วย จากนั้นมีการแจกใบงาน ให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมร่วมกัน แล้วผู้นำกลุ่มช่วยสรุป และอธิบายความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ที่ถูกต้อง หลังจากนั้น มีการแจกคู่มือความรู้ฯ ให้แก่ผู้ป่วย</p>
<p>2. การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของบุคคลถึงความรุนแรงของการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การที่บุคคลมีการรับรู้ถึงความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจะส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพ ในครอบครัว ความสามารถในการทำงานและ</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 ได้นำปัจจัยการรับรู้โอกาสเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ มาใช้ในการบูรณาการกิจกรรม</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ โดยให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกันเพื่อให้เกิดการเรียนรู้กันภายในกลุ่ม และมีการเปิด VDO เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจากผู้ป่วย</p>

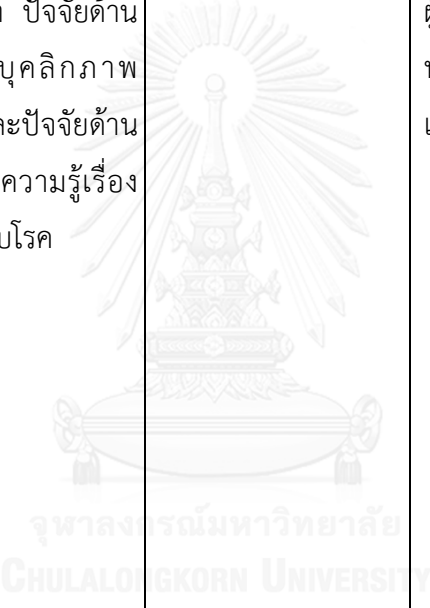
ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ Becker (1974)	องค์ประกอบที่นำมา ทำกิจกรรมในผู้ป่วย	การบูรณาการ
<p>บทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อป้องกันกลับมาป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วยได้</p> <p>3. การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและป้องกันโรค (Perceived benefit) หมายถึง ความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการมีอาการเจ็บป่วยมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอนามัยที่ดี เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเองอย่างเหมาะสมและยังพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา</p>		<p>จิตเภทในกลุ่มที่เคยมีอาการรุนแรง หลังจากหยุดรับประทานยา จากนั้นมีการแจกใบงานเพื่อให้ผู้ป่วยพูดคุยและแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยที่มีประสบการณ์โดยตรง จากนั้นแล้วผู้นำกลุ่มช่วยสรุป และอธิบายโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เกิดการตระหนักที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดีและร่วมมือในการรักษา</p>
<p>4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ (Perceived barrier) หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยถึงปัจจัยต่างๆ ที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้ตนเองมีร่างกายแข็งแรงในผู้ป่วย การรับรู้</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 ได้นำปัจจัยการรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกันโรคและปัจจัยร่วมมาใช้ในการบูรณาการกิจกรรม</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผู้ป่วยเคยเกิดอาการข้างเคียงจากยาในระดับรุนแรง จากนั้นมีการแจกใบงานเพื่อให้ผู้ป่วย ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นกันตามใบงานที่กำหนดให้ จากนั้นผู้นำกลุ่มได้อธิบายสรุปในเนื้อหา กิจกรรมเกี่ยวกับประโยชน์ของการรักษาและการรับประทานยา</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker (1974)	องค์ประกอบที่นำมาทำกิจกรรมในผู้ป่วย	การบูรณาการ
<p>ว่าการปฏิบัติตัวของตนเองมีอุปสรรค ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้ ดังนั้น การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยนี้สามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาได้</p>		<p>และการรับประทานยาต่อเนื่องรวมถึงอาการข้างเคียงจากยาที่อาจเกิดขึ้นได้จากการ รับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา</p>
<p>5. สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ (Cues to action) สิ่งชักนำให้เกิดการปฏิบัติตัวเป็นสาเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมที่ต้องการแสดงออกมา การที่จะให้แบบแผนด้านสุขภาพสมบูรณ์นั้น จำเป็นต้องมีการพิจารณาสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย 2 ด้าน คือ สิ่งชักนำหรือสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้การเจ็บป่วยและการรับรู้อาการของโรค และส่วนสิ่งชักนำภายนอกหรือสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การเตือนจากบุคคลที่รัก คำแนะนำจากเพื่อน เป็นต้น</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 ได้นำปัจจัยด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ การดูแลสุขภาพ มาใช้ในการบูรณาการกิจกรรม</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา จิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เป็นการดำเนินกิจกรรมที่เน้นให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงอุปสรรคในการรับประทานยา และการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชรวมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องอุปสรรคที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และวิธีการจัดการอาการข้างเคียงของยาของผู้ป่วยแต่ละคน จากนั้นมีการแจกใบงานเพื่อให้ผู้ป่วย ได้พูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้ ความคิดเห็นกันตามใบงานที่กำหนดให้ออกมานำเสนอ จากนั้น</p>

## ตารางที่ 1 (ต่อ)

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพ Becker (1974)	องค์ประกอบที่นำมา ทำกิจกรรมในผู้ป่วย	การบูรณาการ
<p>6. ปัจจัยร่วม (Modifying Factors) หมายถึง ปัจจัยอื่นๆที่จะช่วยส่งเสริมหรือเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหรือการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากร เช่น อายุ ระดับการศึกษา ปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา เช่น บุคลิกภาพ สถานภาพทางสังคม และปัจจัยด้านโครงสร้างพื้นฐาน เช่น ความรู้เรื่องโรค ประสบการณ์เกี่ยวกับโรค</p>		<p>ผู้นำกลุ่มได้อธิบายสรุปในเนื้อหา ด้านอุปสรรคในการรับประทานยา และการจัดการอาการข้างเคียงจาก ยาจิตเวช และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง เหมาะสมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลง พฤติกรรมด้านสุขภาพในทางที่ดี และร่วมมือในการรักษา</p>

## 5. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ (2547) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษาหรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 46 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนในการรับประทานยาต่อเนื่องมาก มีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้สรรถนะแห่งตนและการสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคระดับน้อยและการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับประทานยาต่อเนื่องได้ถึงร้อยละ 5.8

ผลทิพย์ ปานแดง (2547) ศึกษาผลการสร้างเสริมพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำนวน 20 คน ที่มาตรวจรักษาที่แผนกนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทหลังผู้ป่วยและผู้ดูแลได้รับการเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .0

อังคณา หมอนทอง (2549) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกจิตเวช ศูนย์สุขภาพจิตที่ 4 จำนวน 200 คน ผลการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า

พรทิพย์ วชิรติลกและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2551) ศึกษาผลของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่คลินิกจิตเวช กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลอุดรธานี จำนวน 100 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด มีการพัฒนาความร่วมมือในการรักษา และมีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช ในระยะทดลอง ติดตาม ประเมินผล 3 เดือนและ 6 เดือน มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

หทัยรัตน์ หาคำ (2552) ศึกษาการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท โดยการบำบัดเพื่อการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 20 คน ผลการวิจัยพบว่า หลังการศึกษาและระยะติดตามผล 1 เดือน และ 3 เดือน ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและหลังการบำบัดผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลา ในระยะติดตาม 1 เดือน ผู้ป่วยจิตเภท 19 คน มีอาการทางจิตทุเลา มีผู้ป่วย 1

คน มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากถูกญาติไล่นัด และในระยะติดตาม 3 เดือนหลังการบำบัด ผู้ป่วยทุกคนมีอาการทางจิตทุเลา

ยุภาพร มีหนองหัว (2552) ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่าง 40 คน ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ผลการวิจัยพบว่า โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและด้านความตั้งใจมาตรวจตามนัดอย่างประสิทธิภาพ

บดินทร์ บุญชั้น (2553) ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในจังหวัดอำนาจเจริญ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 260 คน ผลการวิจัยพบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีปัจจัยการรับรู้โดยรวมอยู่ในระดับมากและมีปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางด้านสังคมอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.5 คือ อาชีพนักเรียน/นักศึกษา การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาด้วยยา การรับรู้ความรุนแรงของโรค แรงสนับสนุนทางด้านสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการ

ประพนธ์ บุญไชย (2553) การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลบุญทริก จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง 72 คน ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัส การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการติดเชื้อไวรัสและอาการข้างเคียงของยา การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ การปฏิบัติตัวและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสทั้งด้านการกินยาครบทุกมื้อและด้านการกินยาตรงเวลา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ศึกษาผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมแรงจิตใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 40 คน ผลการศึกษาพบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จิตเภทหลังได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และพบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ศิริธิดา ศรีพิทักษ์และคณะ (2555) ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี ซึ่งโปรแกรมสร้างขึ้นจากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 จำนวน 76 คน ผลการวิจัยพบว่า

ก่อนและหลังการเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้อง และมีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องและมีการรับรู้ประโยชน์ของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่าหลังเข้าโปรแกรมฯ กลุ่มทดลองมีการรับรู้อุปสรรคของการไม่สูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มีการรับรู้สมรรถนะของตนเองในการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้องและมีพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

กาญจนา เหมะรัตและคณะ (2555) ศึกษาผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยนอกจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 110 คน ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2552 – 30 กันยายน 2554 ผลการวิจัยพบว่า การจัดการรายกรณีทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรับประทานยา และป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

กัญญา จันทร์ใจ, อธิราภรณ์ จันทร์ดาและอรสา พันธุ์ภักดี (2556) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอสแอลอี จากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคเอสแอลอี จำนวน 160 ราย ที่มารับการรักษาที่แผนกตรวจผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรามาริบัติ ตั้งแต่เดือนกันยายน ถึงเดือนพฤศจิกายน 2553 ผลการวิจัยพบว่า ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา ความรู้เรื่องโรคเอสแอลอี และการใช้ยา การรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคเอสแอลอี และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับมาก ส่วนการรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมออยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งเมื่อนำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอสแอลอี และการใช้ยา และการรับรู้ความรุนแรงเกี่ยวกับโรคเอสแอลอี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นผลการวิจัยในครั้งนี้ ชี้ให้เห็นว่า ควรมีการส่งเสริมกิจกรรมความรู้เรื่องโรคการใช้ยา ความรุนแรงของโรค และลดอุปสรรคในการรับประทานยา เพื่อให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและส่งผลดีต่อการควบคุมโรค

Kumer and Sedgwick (2001) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวช อายุ 17-65 ปี ที่กลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาลเป็นระยะเวลา 3 เดือน จำนวน 90 คน ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยามากกว่าเพศชาย ศาสนาพบว่าศาสนาฮินดูให้ความร่วมมือในการใช้ยาน้อยกว่าศาสนาอื่นๆ การ

สนับสนุนทางสังคมสูงทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการใช้ยาสูงและการตัดสินใจของตัวผู้ป่วยเองว่าไม่ต้องการรักษาด้วยยามีผลสูงกว่าการตัดสินใจของผู้อื่น

Diane (2007) ศึกษาการทบทวนผลของการใช้รูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการควบคุมน้ำหนัก พบว่า จากการทบทวนในงานวิจัยเกี่ยวกับแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการใช้โปรแกรมการควบคุมน้ำหนักโดยการใช้แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมด้วย พบว่าระดับของการรับรู้ความเสี่ยงและระดับของการรับรู้ความรุนแรงของโรคอ้วนมีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองและสร้างความเชื่อมั่นเพื่อให้เกิดการรักษาสุขภาพที่ดีและจากการทบทวนวรรณกรรมงานวิจัย 5 ผลงาน พบว่า มี 2 งานที่มีการนำรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการควบคุมน้ำหนักและประสบผลสำเร็จ

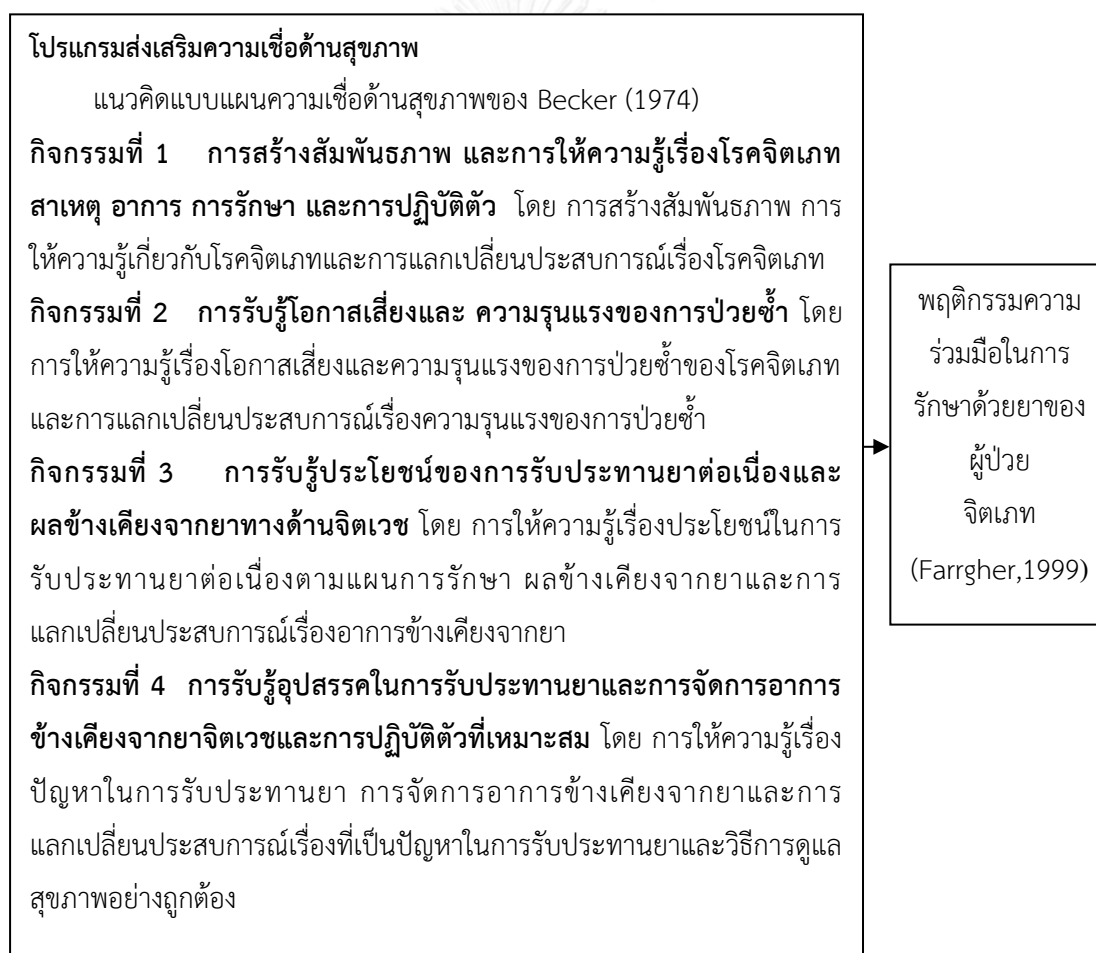
Hazavehei et al. (2007) ศึกษาการประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคกระดูกพรุนในนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาในประเทศอิหร่าน กลุ่มตัวอย่างนักเรียนหญิงจำนวน 206 คน จากโรงเรียนแห่งหนึ่ง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของการให้สุขศึกษาโดยการนำรูปแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคกระดูกพรุน ผลการทดลองพบว่า ค่าคะแนนของกลุ่มทดลองในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ และการรับรู้ประโยชน์จากการลดปัจจัยเสี่ยงของการป่วยซ้ำ มีคะแนนสูงขึ้นมากกว่าก่อนการทดลองและพบว่าการใช้โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันโรคกระดูกพรุนในนักเรียนหญิงได้

Jennifer & Judith (2011) ศึกษาความเชื่อมั่นและความเที่ยงตรงของแบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเฉพาะโรคเบาหวานในผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคทางจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคทางจิตเวช จำนวน 152 คน พบว่าแบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความเชื่อมั่นอยู่ในระดับที่ดีในการนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่ป่วยเป็นโรคทางจิตเวช โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค อยู่ระหว่าง 0.73 และ 0.86 นอกจากนี้ยังมีการรายงานอีกว่า 6 ใน 10 ผลงาน ของการใช้แบบวัดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคเบาหวาน



### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาป่วยซ้ำและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผู้วิจัยได้เลือกตัวแปรที่ได้ทำการศึกษา คือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยได้นำแนวคิดของ Becker (1974) มาใช้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนัก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรค มีการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการรับประทานยาทางจิต ซึ่งการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งสามารถแสดงในภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัยได้ดังนี้



แผนภาพที่ 2 กรอบแนวคิดการวิจัย

### บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(Quasi-Experimental research) ศึกษาสองกลุ่ม วัตถุประสงค์ก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Control Group Design) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

O <sub>1</sub>	X	O <sub>2</sub>	กลุ่มทดลอง
O <sub>3</sub>		O <sub>4</sub>	กลุ่มควบคุม

- X หมายถึง โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
- O<sub>1</sub> หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
- O<sub>2</sub> หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
- O<sub>3</sub> หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนการได้รับการดูแลตามปกติ
- O<sub>4</sub> หมายถึง การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับการดูแลตามปกติ

#### ประชากรวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษา แผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาที่มีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

และขาดยามากกว่า 1 ครั้ง ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 20 -59 ปี จากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sample) กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังต่อไปนี้

#### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำมากถึงปานกลาง (21-42 คะแนน) โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวความคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรติลกและคณะ (2549) และปรับปรุงโดยรัชณี อุทัยพันธ์ (2555)
2. มีอาการทางจิตสงบโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน
3. มีประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยามากกว่า 1 ครั้ง
4. สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้
5. สม่ครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยมีอาการแทรกซ้อนทางกายและอาการทางจิตกำเริบขณะดำเนินการวิจัย
2. ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

#### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยมีการคำนึงถึงการกำหนดกลุ่มตัวอย่างให้เหมาะสมกับการวิจัยแบบกึ่งทดลอง คือ ควรมีกลุ่มตัวอย่าง อย่างน้อย 30 คน (Grove, Burns and Gray, 2013) แต่เพื่อป้องกันการสูญเสียระหว่างการทดลอง (Drop out) ผู้วิจัยจึงได้กำหนดให้มีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 36 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 18 คน และกลุ่มควบคุม 18 คน

ดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) โดยให้ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน แล้วนำมาจับคู่ (Matched pair) โดยการควบคุมให้ทั้ง 2 กลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกันมากที่สุด คือ เพศ เนื่องจากพบว่าเพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าเพศชาย (สุนันท์ จำรุงสวัสดิ์, 2536; Agarwal et al.,1988) และ ระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) โดยให้แต่ละคูมีคะแนนเท่ากันหรือมีคะแนนต่างกันแต่ บวก ลบได้ไม่เกิน 1 คะแนน เมื่อจับคู่กลุ่มตัวอย่างครบ 18 คู่ จากนั้นจับฉลากทีละคู่เพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มควบคุมจำนวน 18 คน และกลุ่มทดลองอีก 18 คน ดังแสดงในตารางที่ 2

### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลประจำการประจำแผนกผู้ป่วยนอกและหัวหน้าฝ่ายเวชระเบียนเพื่อคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทตามเกณฑ์ที่กำหนด
2. ผู้วิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยคัดเลือกผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 36 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนดคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง
3. ผู้วิจัยขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างในการทำแบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน โดยให้แต่ละคู่มีคะแนนเท่ากันหรือมีคะแนนต่างกันแต่ บวก ลบได้ไม่เกิน 1 คะแนน และจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจจะส่งผลกระทบต่อการดำเนินงานวิจัยในครั้งนี้ ได้แก่ เพศ เนื่องจากพบว่าเพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าเพศชาย (สุนันท์ จารุณสวัสดิ์, 2536; Agarwal et al., 1988) และระดับคะแนนอาการทางจิต BPRS จากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงในตารางที่ 2
4. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โดยคัดเลือกเฉพาะผู้ป่วยที่มีคะแนนในระดับปานกลางถึงต่ำมาก (คะแนนระหว่าง 21-42 คะแนน) และมีพฤติกรรมมารับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยามากกว่า 1 ครั้ง
5. ผู้วิจัยเข้าชี้แจง ให้ข้อมูลเกี่ยวกับวัตถุประสงค์งานวิจัย รายละเอียดของการดำเนินการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัย พร้อมทั้งให้ลงชื่อในใบยินยอมของกลุ่มประชากรกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

**ตารางที่ 2** ลักษณะของกลุ่มตัวอย่างตาม เพศ และระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คู่ที่	เพศ		คะแนนอาการทางจิต (BPRS)	
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม
1	หญิง	หญิง	22	22
2	หญิง	หญิง	24	23
3	ชาย	ชาย	27	28
4	ชาย	ชาย	25	24
5	หญิง	หญิง	27	26
6	หญิง	หญิง	20	19
7	ชาย	ชาย	19	19
8	ชาย	ชาย	21	21
9	หญิง	หญิง	19	19
10	หญิง	หญิง	24	25
11	ชาย	ชาย	21	21
12	หญิง	หญิง	21	20
13	ชาย	ชาย	27	27
14	ชาย	ชาย	27	28
15	หญิง	หญิง	21	21
16	หญิง	หญิง	21	22
17	ชาย	ชาย	22	22
18	ชาย	ชาย	21	21

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวความคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรติลกและคณะ (2549) และปรับปรุงโดยรัชณี อุทัยพันธ์ (2555)
3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง คือ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวความคิดของ Becker (1974) ที่ปรับปรุงโดยประพนธ์ บุญไชย (2553)

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ โดยมีการนำมาบูรณาการในการดำเนินโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพในรูปแบบรายกลุ่ม โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการสร้างกิจกรรมดังนี้

1.1 ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยกำหนดการศึกษาเนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก

1.2 สร้างโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) โดยกิจกรรมในการศึกษาในครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

1.3 จัดทำคู่มือ ความรู้เรื่อง ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเอง สำหรับผู้สนใจ

โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60 - 90 นาที ดังนี้

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว**

**ระยะเวลา** 60 - 90 นาที

**สาระสำคัญ**

มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ มั่นใจที่จะให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการศึกษา เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกและผู้วิจัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และมีการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกนำไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมีการใช้สื่อต่างๆ เช่น แผ่นพลิก ใบงาน ใบความรู้ และการให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ หลังจากนั้นมีการแจกคู่มือความรู้เรื่อง ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเอง สำหรับผู้สนใจ

## กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

### สาระสำคัญ

โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท และมีสื่อวีดิโอเสนอเหตุการณ์ที่เกิดรุนแรงที่เกิดขึ้นเมื่อป่วยทางจิตแล้วไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยในกลุ่มที่เกิดอาการรุนแรง หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำถึงสาเหตุ โอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของป่วยซ้ำ และกล่าวสรุปอีกครั้ง จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงพบว่าจะทำให้สมาชิกมีการรับรู้ที่ตนเองมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีกหากไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ รวมถึงการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ จะทำให้สมาชิกสามารถประเมินความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม รวมถึงต้องการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน การรับรู้ความรุนแรงของป่วยซ้ำจะสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการป้องกันการกลับมาป่วยซ้ำของโรคได้

## กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

### สาระสำคัญ

โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวในเรื่องการรับประทานยา ความสำคัญของการรับประทานยา และผลข้างเคียงที่อาจจะเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางด้านจิตเวช และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยภายในกลุ่มที่เคยมีอาการข้างเคียงจากยา มาเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา แล้วให้กลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวสรุป หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช จากการรับรู้ประโยชน์พบว่า การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การยอมรับและการปฏิบัติตามคำแนะนำ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเสียก่อน จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์จะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

#### กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา จิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

##### สาระสำคัญ

โดยผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำในอาการที่เป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช พร้อมเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ และให้ข้อมูลแก่สมาชิกที่มีข้อซักถาม จากการรับรู้อุปสรรค จะเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในด้านลบ เช่น การเกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา การสูญเสียภาพลักษณ์ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกันกับคนในสังคม ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการกลับมาป่วยซ้ำ และยังสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

##### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้น ไปขอให้ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวชจำนวน 3 ท่านอาจารย์จิตแพทย์จำนวน 1 ท่านและอาจารย์พยาบาลจำนวน 1 ท่าน (แสดงรายชื่อในภาคผนวกหน้า 119 ) ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจนและความครอบคลุมของเนื้อหา ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบกิจกรรม ตลอดจนการจัดลำดับเนื้อหาและความเหมาะสมของระยะเวลาในแต่ละกิจกรรม โดยใช้เกณฑ์ที่ผู้ทรงคุณวุฒิมีความคิดเห็นตรงกัน 4 ท่านจากผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 5 ท่าน จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์  $> 0.8$  (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ  $CVI = .83$  (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 126 ) มีประเด็นที่ต้องแก้ไข ดังนี้

1.1 ปรับเพิ่มเนื้อหาในกิจกรรมบางส่วนให้มีความชัดเจนและครอบคลุม และปรับเพิ่มเนื้อหาในส่วนคู่มือความรู้ให้มีความสอดคล้องกันกับกิจกรรมที่ได้ปรับแก้ไข

1.2 ปรับปรุงรูปแบบการเขียน วัตถุประสงค์ วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม และการประเมินผลควรเขียนเป็นแบบ KAP

จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้สมบูรณ์ก่อนการนำไปใช้

2. จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ทุกกิจกรรมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน เพื่อดู



ความเป็นไปได้ที่จะนำโปรแกรมไปใช้ ความชัดเจนของภาษา กิจกรรมที่นำไปใช้ ความเหมาะสมของเวลารวมทั้งปัญหาและอุปสรรคอื่น ๆ ที่อาจเกิดขึ้น หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 กิจกรรม พบว่าสมาชิกมีความเข้าใจในกิจกรรมดี สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามแผนที่วางไว้แต่พบว่าการดำเนินในบางกิจกรรมในบางช่วงไม่ราบรื่น คือ ในช่วงแต่ละกิจกรรมที่ให้ผู้ป่วยแบ่งกลุ่มย่อยทำกิจกรรมตามใบงาน แล้วให้ส่งตัวแทนแต่ละกลุ่มอีกมานำเสนอ พบว่าต้องใช้เวลานานกว่าที่กำหนดไว้ และส่งผลให้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมช้ากว่าที่กำหนด จึงได้มีการปรับให้มีการดำเนินการโดยให้ส่งตัวแทน 1 กลุ่ม ในการนำเสนอ แต่มีข้อแม้ว่า ทุกกลุ่มต้องออกมานำเสนออย่างน้อย 1 ครั้ง และในช่วงกิจกรรมที่ 2 ที่ให้ผู้ป่วยดู VDO เมื่อเปิดให้ผู้ป่วยดูทั้ง 5 เรื่องพบว่าผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่าย และใช้เวลาเกินกว่าที่กำหนด จึงได้มีการปรับให้เหลือ VDO เพียง 3 เรื่อง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเคยมีประวัติรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล และระดับการเกิดอาการข้างเคียงจากยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดย พรทิพย์ วชิรติลลและคณะ (2549) และปรับปรุงโดยรัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ซึ่งประกอบด้วยด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรงตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้รับการแพทย์และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ลักษณะเครื่องมือที่ใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆครั้งและไม่เคย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ส่วนคือ ข้อคำถามที่ 1-8 เป็นพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และข้อคำถามที่ 9-16 เป็นความสามารถในการสังเกตอาการข้างเคียงจากยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยา โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็นข้อคำถามทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 4,5,6,9,10,11,13, 14,16 และมีข้อคำถามทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1,2,3,7,8,12,15 โดยมีเกณฑ์คะแนนดังนี้

	ความหมาย	ข้อความทางบวก	ข้อความทางลบ
เป็นประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	4	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	3	2
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้ง	2	3
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

การแปลผล คะแนนภาพรวมคะแนนเต็มทั้งฉบับ 64 คะแนน แบ่งออกเป็น 3 ช่วง ดังนี้

คะแนน < 21 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำ

คะแนน 21-42 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับปานกลาง

คะแนน > 43 หมายถึง มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับสูง

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันจาก 4 ใน 5 คน พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นด้วยกับแบบประเมิน โดยไม่มีข้อควรปรับปรุง

จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553)

CVI =  $\frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา สามารถสรุป คือ แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา CVI = 16/16 = 1.00

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .80 (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 127)

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในครั้งนี้ คือแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Becker (1974) ที่ปรับปรุงโดยประพนธ์ บุญไชย (2553) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาด้วยยาทางจิต มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .93 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยตอบได้เพียงข้อเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน

การแปลผลใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971) มีเกณฑ์การแบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความรู้ระดับสูง	ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป	(12-15 คะแนน)
ความรู้ระดับปานกลาง	ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79.99	( 9-11 คะแนน)
ความรู้ระดับต่ำ	ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60	(0 - 8 คะแนน)

### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันจาก 4 ใน 5 คน โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1.1 ข้อคำถามที่ 10 ควรปรับปรุงตัวเลือก ระหว่าง ข้อ ก และ ข เพื่อให้เกิดความแตกต่างระหว่างคำตอบและเข้าใจง่าย

1.2 ควรปรับปรุงภาษา ข้อที่ 3, 4 และ 15 เพื่อให้เข้าใจง่าย

จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 14/15 = .93$

2. การหาค่าความเที่ยง (Relibility) นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .81 (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 128)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและผลจากอาการข้างเคียงจากยา โดยโครงสร้างคำถามตามแบบวัดทัศนคติของลิเคอร์ต (Likert's scale อ้างใน จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2538) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 จำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ กำหนดตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามในด้านบวก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 11 และข้อคำถามในด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 8, 12 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยมาก	ให้	3 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้โอกาสเสี่ยง ใช้วิธีอิงกลุ่มของ Best (1981)

ระดับการรับรู้สูง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 33-36 คะแนน
ระดับการรับรู้ปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 23-32 คะแนน
ระดับการรับรู้ต่ำ	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-22 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันจาก 4 ใน 5 คน พบว่าผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นด้วยกับแบบประเมิน

จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 12/12 = 1.00$

2. การหาค่าความเที่ยง (Relibility) นำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยาไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83 (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 129)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและผลข้างเคียงจากยา โดยโครงสร้างคำถามตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's scale อ้างใน จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2538) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .91 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 จำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ กำหนดตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบเพียง 1

ตัวเลือกโดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามในด้านบวก จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 และข้อคำถามในด้านลบจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 3, 12 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

		ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยมาก	ให้	3 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง	ให้	2 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย	ให้	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้ความรุนแรง ใช้วิธีอิงกลุ่มของ Best (1981)

ระดับการรับรู้สูง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 33-36 คะแนน
ระดับการรับรู้ปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 23-32 คะแนน
ระดับการรับรู้ต่ำ	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-22 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันจาก 4 ใน 5 คน โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1.1 ข้อคำถามที่ 12 ควรปรับปรุงเนื้อหาให้สอดคล้องกับหัวข้อเรื่องความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา

1.2 ควรปรับปรุงภาษา ข้อที่ 1 เพื่อให้เข้าใจง่าย

จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 11/12 = .91$

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยาไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน

บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .81 (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 130)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ โดยโครงสร้างคำถามตามแบบวัดทัศนคติของลิเคิร์ต (Likert's scale อ้างใน จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์, 2538) มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .91 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ.83 จำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ กำหนดตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยข้อคำถามแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ข้อคำถามในด้านบวก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 11, 12 และข้อคำถามในด้านลบจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 5, 6, 7, 8, 9, 10 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	ข้อความด้านบวก	ข้อความด้านลบ
เห็นด้วยมาก ให้	3 คะแนน	1 คะแนน
เห็นด้วยปานกลาง ให้	2 คะแนน	2 คะแนน
เห็นด้วยน้อย ให้	1 คะแนน	3 คะแนน

เกณฑ์การจัดลำดับคะแนนเพื่อแบ่งระดับคะแนนการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคใช้วิธีอิงกลุ่มของ Best (1981)

ระดับการรับรู้สูง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 33-36 คะแนน
ระดับการรับรู้ปานกลาง	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 23-32 คะแนน
ระดับการรับรู้ต่ำ	มีคะแนนอยู่ระหว่าง 1-22 คะแนน

#### การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยนำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 ท่านทำการตรวจสอบโดยใช้เกณฑ์ผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันจาก 4 ใน 5 คน โดยมีประเด็นที่ต้องปรับปรุงแก้ไข ดังนี้

1.1 ข้อคำถามที่ 3 ไม่ควรใช้คำว่า ดีที่สุด ปรับเป็น เหมาะสมกับผู้ป่วย

1.2 ควรปรับปรุงภาษา ข้อที่ 5 และ 7 เพื่อให้เข้าใจง่าย

จากนั้นหาค่า Content validity index (CVI) ซึ่งใช้เกณฑ์ > 0.8 (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553)

$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้เชี่ยวชาญทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$

จำนวนข้อคำถามทั้งหมด

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 11/12 = .91$

2. การหาค่าความเที่ยง (Reliability) นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ ไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83 (ดังแสดงในภาคผนวกหน้า 131)

### เกณฑ์กำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยจะดำเนินการกำกับการทดลองทันทีโดยใช้แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 แบบสอบถาม คือ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนในแต่ละส่วนระดับปานกลางขึ้นไปจึงถือว่าผ่านเกณฑ์

### การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยขออนุญาตทำการศึกษาโดยนำโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์เสนอแก่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยพิจารณาแล้วว่างานวิจัยนี้ไม่ละเมิดต่อสิทธิผู้ป่วยและอนุญาตให้ดำเนินงานวิจัยได้ ผู้วิจัยทำการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในระหว่าง เดือน มีนาคม 2558 – เดือน มีนาคม 2559 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับ และขอความร่วมมือในการให้ข้อมูลก่อนที่จะดำเนินการวิจัย พร้อมชี้แจงสิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีการบังคับใดๆ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งมีการเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษาให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

## ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยได้แบ่งการทดลองออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการวิจัย ระยะดำเนินการวิจัย และระยะการประเมินผลการวิจัย โดยมีรายละเอียด ดังนี้

### 1.ระยะเตรียมการวิจัย มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1.2.1 โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

1.2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2.3 แบบสอบถามเพื่อวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

1.2.4 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.3 ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพิจารณา

1.4 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยทำเรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.5 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอกโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงานกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาในการเก็บข้อมูล และประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยมะลิวัลย์เพื่อขอใช้สถานที่ห้องกิจกรรมในการดำเนินการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามที่จัดเตรียมไว้ โดยทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึกการพัฒนาของกลุ่ม ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและเตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามที่จัดขึ้น



1.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจ้งรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.8 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 36 คน แล้วใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) และผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง

## 2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม โดยที่ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน โดยกลุ่มที่ 1 เริ่มการดำเนินกิจกรรมในช่วงภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในช่วงบ่าย จากนั้นเริ่มดำเนินการตามกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยมะลิวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ครั้งละ 60 -90 นาที จำนวน 4 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์

2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ คือการให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน และการมาพบแพทย์ตามนัด

2.3 กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยได้ทำการดำเนินการโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ตามวัน เวลาและสถานที่ที่ได้กำหนดไว้ ดังแสดงไว้ในตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** กำหนดการดำเนินกิจกรรมโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

วัน	เวลา	กิจกรรม
สัปดาห์ที่ 1 วัน อาทิตย์ ที่ 26 เมษายน 2558	10.00 - 11.30น.  13.30-15.00น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 2 วัน อาทิตย์ ที่ 3 พฤษภาคม 2558	10.00 - 11.30น.  13.30-15.00น.	กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 3 วัน อาทิตย์ ที่ 10 พฤษภาคม 2558	10.00 - 11.30น.  13.30-15.00น.	กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 4 วัน อาทิตย์ ที่ 17 พฤษภาคม 2558	10.00 - 11.30น.  13.30-15.00น.	กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (กลุ่มที่ 1) กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม (กลุ่มที่ 2)
สัปดาห์ที่ 5 วัน อาทิตย์ ที่ 24 พฤษภาคม 2558	09.00 - 10.30น.  10.00-11.00น.	การประเมินผล

## กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยมะลิวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกรับเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกได้รู้จักกันและกัน มีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม

2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภท

3. เพื่อให้สมาชิกมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของโรคจิตเภท

4. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติในชีวิตประจำวันได้

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 1 สมาชิกในกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกในกลุ่มได้รู้จักกันและกัน มีความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน สามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ เกิดความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกลุ่ม เกิดสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่ม

2. สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกความหมาย สาเหตุ อาการ การรักษาได้ถูกต้อง

3. สมาชิกในกลุ่มสามารถอธิบายความสำคัญและสามารถบอกวิธีการปฏิบัติที่เหมาะสมเกี่ยวกับโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

### สาระสำคัญ

มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้สมาชิกกลุ่มเกิดความไว้วางใจ มั่นใจที่จะให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการศึกษา เนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกและผู้วิจัยเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และมีการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมให้แก่สมาชิก เพื่อให้สมาชิกรับไปปฏิบัติเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยมีการใช้สื่อต่างๆ เช่น แผ่นพลิก ใบงาน ใบความรู้ และการให้สมาชิกมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ต่างๆ หลังจากนั้นมีการแจกความรู้เรื่อง ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเอง สำหรับผู้สนใจ

## สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แผ่นพลิกแสดงวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่มและเนื้อหาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
2. พิวเจอร์บอร์ดแสดงถึงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม
3. คู่มือ ความรู้เรื่อง ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเอง
4. ป้ายชื่อสำหรับสมาชิก ดินสอ/ปากกา
5. ใบงานที่ 1 มารู้อัจโรคจิตเภทกันเถอะ
6. ใบความรู้ที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

## กิจกรรม

1. ผู้วิจัยสร้างสัมพันธภาพโดยการตั้งคำถามเพื่อเป็นการสร้างความคุ้นเคยและสร้างความไว้วางใจ เช่น “วันนี้เป็นอย่างไรกันบ้างคะ” “การเดินทางมาสะดวกหรือไม่คะ” “วันนี้ ดิฉันรู้สึกยินดีเป็นอย่างยิ่งที่ได้มาเป็นผู้นำกลุ่ม และขอต้อนรับสมาชิกทุกท่านเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้
2. จากนั้นผู้วิจัยแนะนำตนเอง และบทบาทหน้าที่ในฐานะผู้นำกลุ่ม และจากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้กล่าวแนะนำตนเอง พร้อมติดป้ายชื่อ ที่เตรียมไว้ให้ เพื่อสร้างความคุ้นเคยและให้สมาชิกภายในกลุ่มได้ทำความรู้จักกัน
3. ผู้วิจัยกล่าวชี้แจงกฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม วัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมกิจกรรม โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับโดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ
4. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับ โรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษาและการปฏิบัติตัว โดยเกริ่นถามกับสมาชิกในกลุ่มว่า “สมาชิกในกลุ่มทราบกันหรือไม่คะ ว่าโรคจิตเภท คือ อะไร มีสาเหตุเกิดจากอะไรและเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วเราจะมีการรักษาและการปฏิบัติตัวอย่างไร เพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค” และให้สมาชิกได้ตอบคำถามอย่างคร่าวพร้อมกันในกลุ่มก่อน
5. จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยกันโดยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มกัน กลุ่มละ 2-3 คน พูดคุยกันในประเด็นโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตัว พร้อมแจกใบงานที่ 1 มารู้อัจโรคจิตเภท กันเถอะ หลังจากนั้นให้ส่งตัวแทน 1 กลุ่มออกนำเสนอ ผลการสนทนาภายในกลุ่ม และผู้วิจัยกล่าวสรุปในประเด็นโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา และการปฏิบัติตัว
6. ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมโดยใช้สื่อการบรรยายเป็นแผ่นพลิกเพื่อให้สมาชิกมีความรู้เข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้นจากเดิม

7. เมื่อผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติมจบ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุป โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันกล่าวสรุปและหลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเสริมในส่วนที่ขาด
8. ให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันสรุปประโยชน์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ในครั้งนี้
9. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป ในวันที่ 3 พฤษภาคม 2558 เวลา 10.00 น. และเวลา 13.00 น. ตามลำดับ

### การประเมินผล

พบว่าสมาชิกภายในกลุ่มให้ความสนใจ พักหน้ารับฟัง และร่วมกันแสดงความคิดเห็นภายในกลุ่มได้เป็นอย่างดี สมาชิกในกลุ่มสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกัน พูดคุยทักทายกันด้วยสีหน้าแจ่มใส ร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี และสมาชิกสามารถอธิบายย้อนกลับในเรื่องความรู้เรื่องโรค สาเหตุ อากาการ การรักษาและการปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้อง

ตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วย “อาการที่คุณพยาบาลพูดว่า มันเหมือนอาการของผมเลยครับ แต่ผมเพิ่งรู้ว่าการที่เราไม่สนใจตนเอง เก็บตัว แยกตัว มันเป็นอาการของโรคจิตเภทด้วย”

“ดีจังเลยครับที่ผมได้มาทำกลุ่มในวันนี้ ทำให้ผมได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น ได้รู้ในเรื่องที่ไม่เคยรู้มาก่อน”

“ทำให้ทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรคเพิ่มขึ้น และทราบถึงการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง รวมถึงวิธีการรักษาที่เหมาะสม”

“มีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น เข้าใจถึงสาเหตุว่าโรคจิตเภท เกิดได้จากหลายอย่าง ทั้งพันธุกรรม การหลังของสารเคมีในสมอง การใช้ยาบ้า ความเครียด และมีวิธีการปฏิบัติตัวเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท”

### สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท
สถานที่	ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยมะลิวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
ระยะเวลา	60 – 90 นาที
รูปแบบ	ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท

2. เพื่อให้สมาชิกมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท

3. เพื่อให้สมาชิกนำความรู้ไปปฏิบัติเพื่อลด โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท

### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 2 สมาชิกในกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกสามารถบอกสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

2. สมาชิกเกิดความตระหนักและเห็นความสำคัญ รวมถึงสามารถบอกวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

### สาระสำคัญ

โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท และมีสื่อวีดีโอเสนอเหตุการณ์ที่เกิดรุนแรงที่เกิดขึ้นเมื่อป่วยทางจิตแล้วไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงจากผู้ป่วยในกลุ่ม หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำถึงสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ และกล่าวสรุปอีกครั้ง จากการรับรู้โอกาสเสี่ยงพบว่าจำจะให้สมาชิกมีการรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีก หากไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคเป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ รวมถึงการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำจะทำให้สมาชิกสามารถประเมินความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายตนเองและผู้อื่น อาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม รวมถึงต้องการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำจะสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการป้องกันการป่วยซ้ำได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. สื่อวีดีโอแสดงความรุนแรงของการป่วยซ้ำ
2. แผ่นพลิกแสดงเนื้อเกี่ยวกับสาเหตุและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท
3. ป้ายชื่อสำหรับสมาชิก ดินสอ/ปากกา
4. ใบความรู้ที่ 2 เรื่องสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท
5. ใบงานที่ 2 สาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกในกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อเป็นการผ่อนคลาย

2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการ บอกวัตถุประสงค์ กฎระเบียบในการเข้ากลุ่มและทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปอีกครั้ง

3. ผู้วิจัยพูดเกริ่น เกี่ยวกับอาการทางจิตที่รุนแรง “สมาชิกทุกคนทราบหรือไม่คะว่าการที่เราไม่รับประทานยาทางจิตจะส่งผลให้อาการทางจิตกำเริบรุนแรงได้ และส่งผลกระทบต่ออะไรแก่ตัวเรา ครอบครัวหรือสังคมได้บ้าง” หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้พูดแสดงความคิดเห็นกันภายในกลุ่ม จากนั้นนำสื่อวีดีโอแสดงถึงความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง/ ไม่รับประทานยาตามคำแนะนำของแพทย์ โดยในสื่อวีดีโอเกี่ยวกับผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่รุนแรงในเหตุการณ์ต่างที่เป็นปัญหาเกิดขึ้นในสังคม จำนวน 3 เหตุการณ์

4. หลังจากดูวีดีโอเสร็จเปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่ม มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน จากนั้นผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันอภิปรายในประเด็นของสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรค จิตเภท จากนั้นให้สมาชิกกลุ่มได้พูดคุยกันโดยให้สมาชิกแบ่งกลุ่มกัน กลุ่มละ 2-3 คน พร้อมแจกใบงานที่ 2 แล้วให้สมาชิกทำเมื่อเสร็จเรียบร้อยในสมาชิกกลุ่มส่งตัวแทน 1 กลุ่มออกมานำเสนอเกี่ยวกับประเด็นที่ได้ร่วมอภิปราย และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกออกมานำเสนออีกครั้ง

5. ผู้วิจัยได้ให้ผู้ป่วยในกลุ่มที่เคยมีอาการทางจิตรุนแรงเนื่องจากการขาดยา ออกมาเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้น ดังตัวอย่าง

ผู้ป่วยเล่าว่า “ตนเองเคยหยุดทานยาเอง เนื่องจากคิดว่าตนเองหายดีแล้ว หลังจากนั้น ก็ไปเที่ยวบ้านที่ต่างจังหวัดแล้วเกิดมีอาการกำเริบ คือมีอาการนอนไม่หลับ หวาดระแวงกลัวคนจะมาฆ่าตนเอง ทำให้ตนเองกลัวไม่จะทำร้ายคนอื่น วิ่งถอดเสื้อผ้าไปในกลางทุ่งนา แล้วชาวบ้านคิดว่าตนเองถูกผีเข้า จึงพาหมอผีมา ทำพิธีไล่ผี โดยใช้น้ำมันต์และใช้ไม้หว่ายตี จนตามตัวมีแต่รอยไม้ที่ถูกตีเต็มไปหมด แต่อาการก็ไม่ดีขึ้น ยังหวาดกลัว และทำร้ายคนที่เข้ามาใกล้ จนมารดาต้องพาไปรักษาที่โรงพยาบาลและหมอให้กินยา แล้วอาการก็ค่อยๆดีขึ้น ”

หลังจากนั้นให้สมาชิกร่วมกันแสดงความคิดเห็นกับเหตุการณ์ ที่ผู้ป่วยได้เล่า ถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นและผลกระทบต่อต่างๆที่ตามมาเมื่อมีการเจ็บป่วยซ้ำ จากนั้นผู้วิจัยได้กล่าวสรุป

6. ผู้วิจัยบรรยายความรู้เพิ่มเติมโดยใช้สื่อแผ่นพลิก โดยเน้นย้ำถึงสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตแล้วไม่รับประทานยา

7. เมื่อผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติมจบ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุป โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันกล่าวสรุปและหลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเสริมในส่วนที่ขาด

8. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มบอกถึงประโยชน์หรือความสำคัญที่ได้จากการทำกลุ่ม และ ความสำคัญในการรับประทานยาต่อเนื่อง จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปตามประเด็นที่อีกครั้ง

9. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุปผลการทำกิจกรรม

10. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป ในวันที่ 10 พฤษภาคม 2558 เวลา 10.00 น. และเวลา 13.00 น. ตามลำดับ

#### การประเมินผล

พบว่าสมาชิกในกลุ่มสามารถอธิบายย้อนกลับเรื่องสาเหตุ โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ เช่น “ทำให้เห็นความรุนแรงของการรักษาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา ทำให้รู้ว่าเราต้องปฏิบัติตัวอย่างไรถึงจะไม่เกิดอาการรุนแรง ” สมาชิกในกลุ่มสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติเพื่อลด โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำได้ เช่น “เคยมีขาดยาเพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว แล้วหลังจากนั้นก็มีการหงุดหงิด อาละวาด ไปตีผู้อื่น จนถูกผู้อื่นตีจนหัวแตกเลย แต่ตอนนี้ทราบแล้วว่าจำเป็นต้องกินยาไปตลอด” และ “ทำให้เห็นว่า เราจำเป็นต้องกินยาตามแพทย์สั่ง เพื่อไม่ให้มีอาการรุนแรงดังที่ดูใน VDO” และสมาชิกในกลุ่มบอกวิธีการนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง

#### สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเวช

สถานที่ ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยมะลิวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลา 60-90 นาที

รูปแบบ ให้สมาชิกรับรู้เป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานทางจิตอย่างต่อเนื่องและทราบถึงผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช

2. เพื่อให้สมาชิกมีความตระหนักและเห็นความสำคัญของประโยชน์ของการรับประทานทางจิตอย่างต่อเนื่อง

3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 3 สมาชิกในกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกในกลุ่มสามารถอธิบายถึงประโยชน์ของการรับประทานทางจิตอย่างต่อเนื่องได้ถูกต้อง



2. สมาชิกในกลุ่มสามารถอธิบายผลข้างเคียงที่อาจเกิดจากการรับประทานยาทางจิตได้ถูกต้อง

3. สมาชิกในกลุ่มสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง

### สาระสำคัญ

โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวในเรื่องการรับประทานยา ความสำคัญของการรับประทานยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางด้านจิตเวช และมาเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดอาการข้างเคียงจากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงจากผู้ป่วยที่เคยมีอาการข้างเคียงจากยา มาเล่าประสบการณ์ที่เกิดขึ้น แล้วให้กลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นและกล่าวผู้วิจัยกล่าวสรุป หลังจากนั้นผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง และผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช จากการรับรู้ประโยชน์พบว่า การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การยอมรับและการปฏิบัติตามคำแนะนำ บุคคลจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเสียก่อน จากการศึกษาแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่า การรับรู้ประโยชน์จะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แผ่นพลิกแสดงเนื้อประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช
2. ป้ายชื่อสำหรับสมาชิก ดินสอ/ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 3 เรื่องประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช
4. ใบงานที่ 3 ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อเป็นการผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่ม บอกวัตถุประสงค์ กฎระเบียบในการเข้ากลุ่ม และทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปอีกครั้ง
3. ผู้วิจัยกล่าวเกริ่นเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยารักษาอาการทางจิต สมาชิกทุกคนทราบกันหรือไม่คะ ว่าการรับประทานยาทางจิตนั้น มีประโยชน์อย่างไรบ้าง และอาการข้างเคียงอะไรบ้างที่สามารถเกิดขึ้นได้ เมื่อเรารับประทานยาทางจิต โดยใช้สมาชิกได้ร่วมพูดคุยกันและร่วมกันแสดงความคิดเห็น
4. ผู้วิจัยให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นเรื่องประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางจิตเวช โดยแจกใบงานที่ 3 ให้แก่

สมาชิกโดยให้สมาชิกแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 2-3 คน ร่วมกันทำตามใบงานที่ 3 ที่แจกให้และให้สมาชิก 1 กลุ่มส่งตัวแทนนำเสนอเกี่ยวกับตามประเด็นที่แจกให้ตามใบงาน และผู้วิจัยซักถามสรุปตามประเด็นอีกครั้ง

5. ผู้วิจัยสอบถามสมาชิกภายในกลุ่มว่ามีใครเคยมีอาการข้างเคียงจากยา ถ้ามีให้สมาชิกออกเล่าถึงประสบการณ์ที่เกิดอาการข้างเคียงจากยา

โดยผู้วิจัยเล่าว่า “ตนเองเคยมีอาการข้างเคียงจากยา โดยในตอนนั้นเริ่มทานยาได้เพียงไม่กี่เดือน โดยมีอาการตัวแข็ง เดินเหมือนหุ่นยนต์เลยครับ แต่ตอนนั้นก็รู้ว่าเป็นอะไร ก็ยังกินยาอยู่แต่พอช่วงบ่ายๆ ผมเริ่มมีอาการคอปิดเอียงข้างไปด้านขวา แล้วมันไม่สามารถหันให้ตรงได้ และรู้สึกปวดมันทรมาณมากเลยนะครับ จนสุดท้ายญาติต้องรีบพาไปโรงพยาบาล”

“ ดิฉันก็เคยมีอาการตาเหลือกค้างค้ำ เป็นบ่อยมาก โดยเวลามีอาการตามันจะเลื้อกขึ้นด้านบนไม่สามารถมองลงด้านล่างได้ แต่ตอนเป็นไม่มีอาการปวดนะค้ำ แต่มันก็ทรมาณเพราะตามันเหลือกค้างมองแต่ด้านบนอย่างเดียว แต่เวลาที่ฉันมีอาการ ก็จะกินยาแก้แพ้ที่หมอให้มา แล้วอาการตาเหลือก ก็จะค่อยๆดีขึ้น ”

หลังจากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มช่วยกันแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับอาการที่เพื่อนเป็น และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

6. ผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นได้จากการรับประทานยาทางจิตเวชโดยใช้แผ่นพลิก

7. เมื่อผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติมจบ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุป โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันกล่าวสรุปและหลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเสริมในส่วนที่ขาด

8. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มบอกถึงประโยชน์หรือความสำคัญที่ได้จากการทำกลุ่ม และความสำคัญในการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียง จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

9. ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้สมาชิกซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุป โดยผู้นำกลุ่มกล่าวสรุปเพิ่มเติม

10. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกลุ่มครั้งต่อไป ในวันที่ 17 พฤษภาคม 2558 เวลา 10.00 น. และ เวลา 13.00 น. ตามลำดับ

#### การประเมินผล

สมาชิกในกลุ่มอธิบายข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องได้อย่างถูกต้อง เช่น “เห็นความสำคัญว่าการกินยา จะทำให้เราสามารถทำงานได้และอยู่บ้านได้” สมาชิกในกลุ่มสามารถอธิบายผลข้างเคียงจากยาทางด้าน จิตเวชที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยา

ทางจิตได้อย่างถูกต้อง เช่น “ทำให้รู้ว่าอะไรเป็นอาการข้างเคียงของยา” และ “ได้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากยาเพิ่มขึ้น ฟังรู้ว่า ยาที่กินทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นได้และการดื่มน้ำมากส่งผลทำให้เกิดอันตรายได้” และ สมาชิกในกลุ่มสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง เช่น “ตอนนี้ต้องใช้วิธีการตั้งนาฬิกาปลุกกินยาและกึ่งดื่มน้ำที่กลืนสมุดที่คุณพยาบาลให้จะได้ไม่ลืมว่ากินยาไปหรือยัง”

#### **สัปดาห์ที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวช และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม**

**กลุ่มเป้าหมาย** ผู้ป่วยจิตเภท

**สถานที่** ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยมะลิวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**ระยะเวลา** 60 – 90 นาที

**รูปแบบ** ให้สมาชิกนั่งเป็นรูปตัว U ให้สมาชิกเลือกนั่งได้ตามอัธยาศัย ผู้นำกลุ่มจะนั่งด้านหน้าและผู้ช่วยนั่งสลับอยู่กับสมาชิกในกลุ่ม

#### **วัตถุประสงค์**

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องอุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

2. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันได้

#### **วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม**

หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 4 สมาชิกในกลุ่มสามารถ

1. สมาชิกสามารถอธิบายอุปสรรคในการรับประทานยาทางจิตเวชได้ถูกต้อง

2. สมาชิกสามารถอธิบายวิธีการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมได้ถูกต้อง

3. สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้ไปปฏิบัติใช้ในชีวิตประจำวันได้ถูกต้อง

#### **สาระสำคัญ**

โดยผู้วิจัยมีการบรรยายเน้นย้ำในอาการที่เป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช พร้อมเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม หลังจากนั้นเปิดโอกาสให้สมาชิกได้มีการซักถามข้อสงสัยต่างๆ และให้ข้อมูลแก่สมาชิกที่มีข้อซักถาม จากการรับรู้อุปสรรค จะเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในด้านลบ เช่น การเกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา การสูญเสียภาพลักษณ์ในการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกันกับคนในสังคม ดังนั้น

การรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการกลับมาป่วยซ้ำ และยังสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

### สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. แผ่นพลิกแสดงเนื้ออาการที่เป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยอมรับประทานยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงและการปฏิบัติ
2. ป้ายชื่อสำหรับผู้ป่วย ดินสอ/ปากกา
3. ใบความรู้ที่ 4 เรื่องอุปสรรคและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงและการปฏิบัติ
4. ใบงานที่ 4 อุปสรรคและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงและการปฏิบัติ

### กิจกรรม

1. ผู้วิจัยกล่าวทักทายสมาชิกกลุ่มด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนทนาเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อเป็นการผ่อนคลาย
2. ผู้วิจัยกล่าวเปิดกลุ่ม โดยให้สมาชิกในกลุ่มได้มีส่วนร่วมในการ บอกวัตถุประสงค์ ภาระเทียบในการเข้ากลุ่มและทบทวนถึงกิจกรรมที่ผ่านมาเมื่อสัปดาห์ที่แล้ว หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปอีกครั้ง
3. ผู้วิจัยพูดเกริ่นนำถึงสาเหตุ อุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลทำให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ยอมรับประทานยา โดยการซักถาม พูดคุยกับสมาชิกกลุ่มว่า “สมาชิกทุกคนคิดว่าอะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคทำให้ทุกท่านไม่ยอมรับประทานยาทางจิต” และ “แล้วสมาชิกทราบกันหรือไม่คะ ว่าถ้าเราไม่รับประทานยาผลเสียที่ตามมาจะมีอะไรบ้าง” จากนั้นให้สมาชิกในกลุ่มได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็น
4. หลังจากนั้นให้สมาชิกภายในกลุ่มร่วมกันแสดงความคิดเห็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ยอมรับประทานยาและวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช ตามใบงานที่ 4 ที่แจกให้โดยให้สมาชิกกลุ่มแบ่งกลุ่ม กลุ่มละ 2-3 คน ทำตามใบงานที่แจกให้และให้สมาชิกใน 1 กลุ่ม ส่งตัวแทนออกมานำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ตามประเด็น และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
5. ผู้วิจัยมีการบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติมในเรื่องสาเหตุที่เป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ยอมรับประทานยาและ อาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช พร้อมเน้นย้ำเรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม
6. เมื่อผู้วิจัยบรรยายให้ความรู้เพิ่มเติมจบ เปิดโอกาสให้สมาชิกกลุ่มได้ซักถามข้อสงสัยและทำความเข้าใจเนื้อหาให้เข้าใจตรงกันและร่วมกันสรุป โดยให้สมาชิกในกลุ่มร่วมกันกล่าวสรุปและหลังจากนั้นผู้วิจัยสรุปเสริมในส่วนที่ขาด
7. ผู้วิจัยให้สมาชิกในกลุ่มบอกถึงประโยชน์หรือความสำคัญที่ได้จากการทำกลุ่ม และสาเหตุที่เป็นอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ยอมรับประทานยาและ อาการข้างเคียงที่อาจ

เกิดขึ้นจากการรับประทานยาทางจิตเวช และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากนั้นผู้วิจัยกล่าวสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

8. ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินการวิจัยตามโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลองทันที โดยใช้แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ

#### **การประเมินผล**

สมาชิกในกลุ่มสามารถอธิบายอุปสรรค/ปัญหาที่ส่งผลให้สมาชิกส่วนใหญ่ไม่ยอมรับรับประทานยาได้ถูกต้อง เช่น “ผมนะชอบลืมทานยาบ่อยๆครับ แต่พอมาทำกลุ่มกับคุณพยาบาล เห็นสมุดนี้ที่ไรทำให้นึกถึงยาตลอดเลยครับ” สมาชิกในกลุ่มสามารถบอกอธิบายวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาทางจิตเวชได้ถูกต้อง เช่น “ทำให้รู้ถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาเบื้องต้น และรู้ว่าอาการอะไรที่ควรมาพบแพทย์ ไม่หุดยาเอง” และ “เมื่อก่อนตนเองไม่อยากกินยา เพราะมีอาการตัวแข็ง เดินทีอๆ ทำอะไรก็ไม่ได้ คนก็มองเราแปลกๆ แต่ตอนนี้รู้วิธีการจัดการที่เหมาะสมแล้ว และจะกินยาตามแพทย์สั่ง” และสมาชิกในกลุ่มสามารถอธิบายเรื่องการปฏิบัติที่เหมาะสมและสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในชีวิตประจำวันได้อย่างถูกต้อง เช่น “ทำให้ทราบถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และรู้ว่าถึงอาการเตือนที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนั้”

#### **การกำกับการทดลอง**

ภายหลังจากเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการศึกษาทันที โดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ แสดงผลการกำกับการทดลอง ได้ดังนี้

**ตารางที่ 4** ตารางแสดงคะแนนโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ของกลุ่มทดลอง

ID	ความรู้เรื่องโรคฯ		การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ		การรับรู้ความรุนแรงฯ		การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคฯ	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
	1	15	สูง	35	สูง	32	ปานกลาง	35
2	12	สูง	33	สูง	32	ปานกลาง	33	สูง
3	12	สูง	31	ปานกลาง	32	ปานกลาง	32	ปานกลาง
4	15	สูง	34	สูง	35	สูง	35	สูง
5	11	ปานกลาง	32	ปานกลาง	32	ปานกลาง	32	ปานกลาง
6	12	สูง	33	สูง	33	สูง	35	สูง
7	12	สูง	35	สูง	34	สูง	33	สูง
8	15	สูง	35	สูง	34	สูง	32	ปานกลาง
9	15	สูง	33	สูง	33	สูง	35	สูง
10	10	ปานกลาง	31	ปานกลาง	32	ปานกลาง	33	สูง
11	12	สูง	32	ปานกลาง	30	ปานกลาง	32	ปานกลาง
12	15	สูง	33	สูง	33	สูง	33	สูง
13	12	สูง	33	สูง	33	สูง	32	ปานกลาง
14	14	สูง	33	สูง	33	สูง	33	สูง
15	14	สูง	33	สูง	33	สูง	33	สูง
16	12	สูง	32	ปานกลาง	34	สูง	33	สูง
17	12	สูง	33	สูง	33	สูง	34	สูง
18	15	สูง	33	สูง	34	สูง	35	สูง

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 88.88 มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 72.22 เท่ากัน และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา อยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 66.66

**ตารางที่ 5** ตารางแสดงคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-Test) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ID	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	38	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง
2	40	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง
3	35	ระดับปานกลาง	36	ระดับปานกลาง
4	38	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง
5	42	ระดับปานกลาง	37	ระดับปานกลาง
6	38	ระดับปานกลาง	37	ระดับปานกลาง
7	41	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
8	42	ระดับปานกลาง	31	ระดับปานกลาง
9	40	ระดับปานกลาง	39	ระดับปานกลาง
10	33	ระดับปานกลาง	39	ระดับปานกลาง
11	39	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
12	41	ระดับปานกลาง	36	ระดับปานกลาง
13	38	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
14	32	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
15	42	ระดับปานกลาง	35	ระดับปานกลาง
16	42	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง
17	41	ระดับปานกลาง	31	ระดับปานกลาง
18	41	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง (Pre-Test) ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีระดับคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 100

### 3.ระยะการประเมินผลการทดลอง

3.1 ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมตอบแบบสอบถาม แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 19 เมษายน 2558

3.2 ภายหลังจากเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมจนครบทั้ง 4 กิจกรรม ผู้วิจัยให้กลุ่มทดลองทำแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตาม ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 แบบสอบถาม คือ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคเรื้อรังโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติตัวทันที ในวันที่ 24 พฤษภาคม 2558 จากนั้นขอขอบคุณกลุ่มทดลองที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

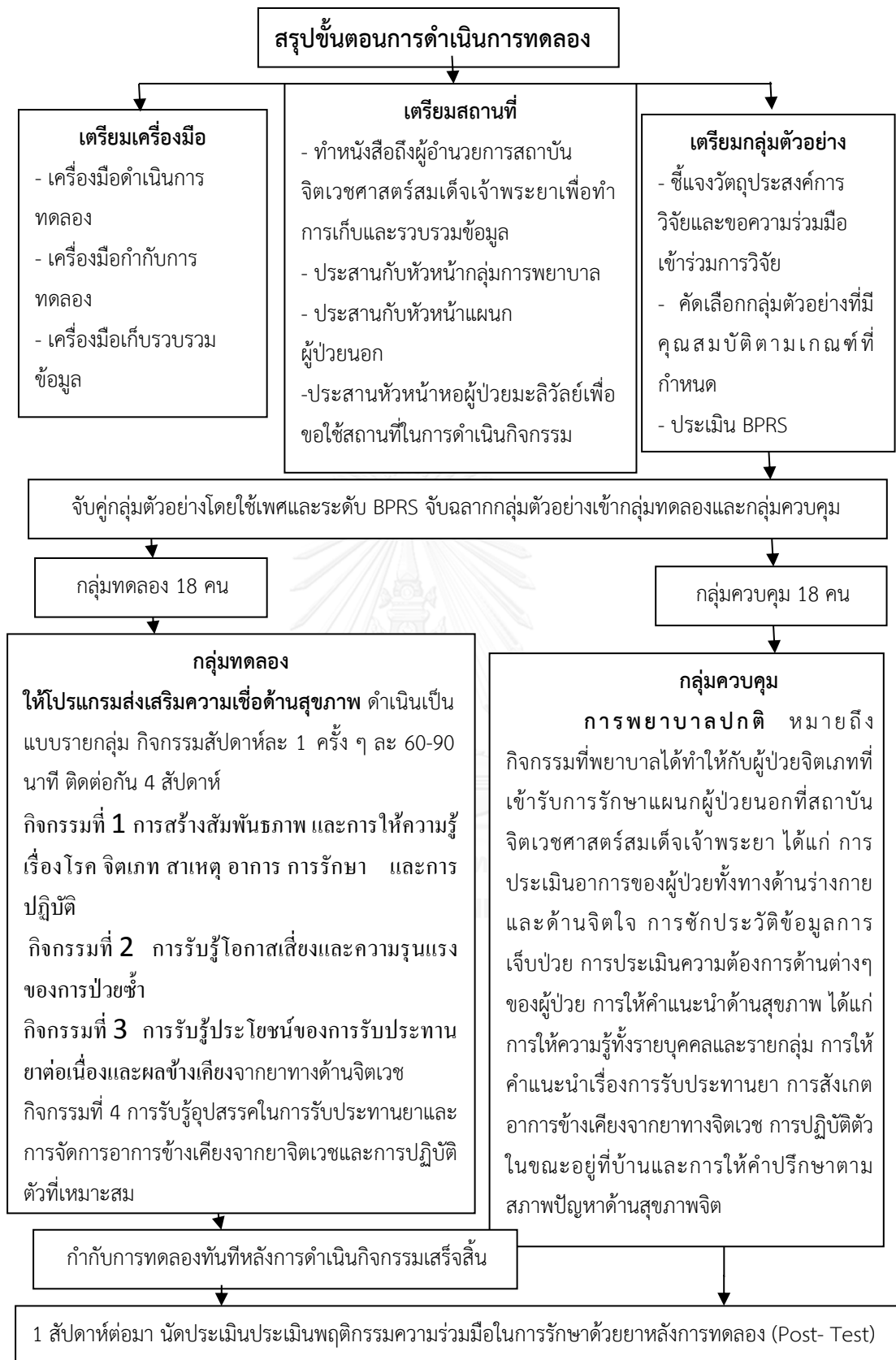
3.3 ผู้วิจัยมีการนัดพบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 5 ในวันที่ 24 พฤษภาคม 2558 เพื่อขอความร่วมมือในการทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Post-test) จากนั้นแจ้งให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง พร้อมขอขอบคุณกลุ่มควบคุมที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานวิจัย ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามและหลังจากนั้นนำข้อมูลที่ได้ไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05





แผนภาพที่ 3 สรุปขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

## บทที่ 4

### ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 36 คน ซึ่งถูกจับคู่ (Matched - pair) ให้มีคุณสมบัติที่ใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ เนื่องจากพบว่าเพศหญิงมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าเพศชาย (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; Agarwal et al.,1988) และระดับคะแนนอาการทางจิต (BPRS) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน โดยมีการจัดแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 18 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 18 คน โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง พฤษภาคม 2558 ผลการวิจัยนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยายตามลำดับ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 7

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 8

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test) ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 9

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 10

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 11

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>อายุ</b>						
20-29 ปี	2	11.1	3	16.7	5	13.9
30-39 ปี	4	22.2	4	22.2	8	22.2
40-49 ปี	9	50.0	7	38.9	16	44.4
50-59 ปี	3	16.7	4	22.2	7	19.4
<b>เพศ</b>						
ชาย	9	50	9	50	18	100
หญิง	9	50	9	50	18	100
<b>ระดับการศึกษา</b>						
ไม่ได้เรียน	1	5.6	-	-	1	2.8
ประถมศึกษา	6	33.3	5	27.8	11	30.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	3	16.7	5	27.8	8	22.2
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ ป.ว.ช	6	33.3	3	16.7	9	25.0
อนุปริญญา/ป.ว.ส.	-	-	-	-	-	-
ปริญญาตรี	2	11.1	4	22.2	6	16.7
สูงกว่าปริญญาตรี	-	-	1	5.6	1	2.8
<b>สถานภาพสมรส</b>						
โสด	12	66.7	7	38.9	19	52.8
คู่	4	22.2	8	44.4	12	33.3
หม้าย	-	-	1	5.6	1	2.8
หย่าร้าง	1	5.6	1	5.6	2	5.6
แยกทางกันอยู่	1	5.6	1	5.6	2	5.6

ตารางที่ 6 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มทดลอง (n=18)		กลุ่มควบคุม (n=18)		รวม (n=36)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<b>ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่</b>						
<b>เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน</b>						
น้อยกว่า 5 ปี	2	11.1	3	16.7	5	13.9
5-10 ปี	8	44.4	5	27.8	13	36.1
11-15 ปี	4	22.2	3	16.7	7	19.4
16-20 ปี	1	5.6	3	16.7	4	11.1
มากกว่า 20 ปี	3	16.7	4	22.2	7	19.4
<b>จำนวนครั้งที่นอน</b>						
<b>โรงพยาบาล</b>						
ไม่เคยเลย	6	33.3	4	22.2	10	27.8
1-5 ครั้ง	11	61.1	14	77.8	25	69.4
6-10 ครั้ง	1	5.6	-	-	1	2.8
<b>การเคยมีประวัติทานยาไม่</b>						
<b>ต่อเนื่องหรือขาดยา</b>						
เคย	18	100	18	100	36	100
ไม่เคย	-	-	-	-	-	-
<b>ความรุนแรงจากอาการ</b>						
<b>ข้างเคียงจากยา</b>						
รุนแรงมาก	4	22.2	1	5.6	5	13.9
รุนแรงปานกลาง	2	11.1	5	27.8	7	19.4
รุนแรงน้อย	8	44.4	4	22.2	12	33.3
ไม่มีอาการ	4	22.2	8	44.4	12	33.3

จากตารางที่ 6 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.6 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52.8 ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบันอยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล อยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 69.4 การเคยมีประวัติทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา คิดเป็นร้อยละ 100 และมีความรุนแรงจากอาการข้างเคียงจากยา อยู่ในระดับรุนแรงน้อยและไม่มีอาการเลยเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3

ส่วนที่ 2 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มควบคุม  
ก่อนการทดลอง(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

ตารางที่ 7 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของ  
กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง(Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	38	ระดับปานกลาง	37	ระดับปานกลาง
2	38	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
3	36	ระดับปานกลาง	30	ระดับปานกลาง
4	38	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
5	37	ระดับปานกลาง	37	ระดับปานกลาง
6	37	ระดับปานกลาง	43	ระดับสูง
7	40	ระดับปานกลาง	47	ระดับสูง
8	31	ระดับปานกลาง	43	ระดับสูง
9	39	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
10	39	ระดับปานกลาง	34	ระดับปานกลาง
11	40	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
12	36	ระดับปานกลาง	43	ระดับสูง
13	40	ระดับปานกลาง	37	ระดับปานกลาง
14	40	ระดับปานกลาง	40	ระดับปานกลาง
15	35	ระดับปานกลาง	37	ระดับปานกลาง
16	38	ระดับปานกลาง	39	ระดับปานกลาง
17	31	ระดับปานกลาง	34	ระดับปานกลาง
18	38	ระดับปานกลาง	38	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มควบคุมทุกคนมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังจากการทดลอง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับเท่าเดิม คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 77.7 และอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 22.2

ส่วนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

ตารางที่ 8 คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และการแปลผลของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง (Pre-test) และหลังการทดลอง (Post-test)

คนที่	คะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา			
	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง	
	คะแนน	แปลผล	คะแนน	แปลผล
1	38	ระดับปานกลาง	50	ระดับสูง
2	40	ระดับปานกลาง	55	ระดับสูง
3	35	ระดับปานกลาง	43	ระดับสูง
4	38	ระดับปานกลาง	53	ระดับสูง
5	42	ระดับปานกลาง	52	ระดับสูง
6	38	ระดับปานกลาง	60	ระดับสูง
7	41	ระดับปานกลาง	55	ระดับสูง
8	42	ระดับปานกลาง	62	ระดับสูง
9	40	ระดับปานกลาง	58	ระดับสูง
10	33	ระดับปานกลาง	50	ระดับสูง
11	39	ระดับปานกลาง	57	ระดับสูง
12	41	ระดับปานกลาง	59	ระดับสูง
13	38	ระดับปานกลาง	43	ระดับสูง
14	32	ระดับปานกลาง	50	ระดับสูง
15	42	ระดับปานกลาง	60	ระดับสูง
16	42	ระดับปานกลาง	57	ระดับสูง
17	41	ระดับปานกลาง	59	ระดับสูง
18	41	ระดับปานกลาง	61	ระดับสูง

จากตารางที่ 8 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองทุกคนมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งภายหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้ป่วยได้รับส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ถูกต้องและเหมาะสม จึงทำให้พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสูงขึ้น

ส่วนที่ 4 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=18)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>กลุ่มทดลอง</b>						
ก่อนการทดลอง	39.06	3.05	ปานกลาง	17	-14.936	.000
หลังการทดลอง	54.67	5.72	สูง			
<b>กลุ่มควบคุม</b>						
ก่อนการทดลอง	37.28	2.71	ปานกลาง	17	-1.501	.152
หลังการทดลอง	38.83	3.94	ปานกลาง			

จากตารางที่ 9 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t=-14.936$ ) โดยคะแนนเฉลี่ยของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 1 นั่นคือพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ส่วนที่ 5 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตารางที่ 10 ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36)

คะแนนเฉลี่ย	$\bar{x}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
<b>พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา</b>						
<b>ก่อนการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	39.06	3.05	ปานกลาง	34	1.844	.074
กลุ่มควบคุม	37.28	2.71	ปานกลาง	34		
<b>หลังการทดลอง</b>						
กลุ่มทดลอง	54.67	5.72	สูง	34	9.658	.000
กลุ่มควบคุม	38.83	3.94	ปานกลาง	34		

จากตารางที่ 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยเฉลี่ยคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (t=9.658) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาล



## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

#### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### สมมุติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

#### กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและขาดยา มากกว่า 1 ครั้ง ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุระหว่าง 20 -59 ปี อาการทางจิตทุเลา โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน และมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำมากถึงปานกลาง (21-42 คะแนน) โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวความคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดย พรทิพย์ วชิรติลกและคณะ (2549) และปรับปรุงโดยรัชณี อุทัยพันธ์(2555)

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

**1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง** คือ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ โดยกิจกรรมในการศึกษาในครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ระยะเวลาในดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60 - 90 นาที คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ จิตเภทกิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ผู้วิจัยได้มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา CVI = .83 จากนั้นผู้วิจัยนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ได้ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try-out) ทุกกิจกรรมกับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน จนครบทั้ง 4 กิจกรรม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์มากยิ่งขึ้นก่อนนำไปใช้จริง

## 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมของผู้วิจัย ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเคยมีประวัติรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล และระดับการเกิดอาการข้างเคียงจากยา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรติลกและคณะ (2549) ปรับปรุงโดยรัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ซึ่งประกอบด้วยด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรงตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้รับการแพทย์และความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา ลักษณะเครื่องมือที่ใช้เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คือ เป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆครั้งและไม่เคย มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 1.00 และมีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ โดยผู้วิจัยได้นำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5

ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) แล้วนำมาหาค่าตรงเชิงเนื้อหา พบค่า CVI = 1.00 แล้วนำไปทดลองใช้ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .80

### 3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง

เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองในครั้งนี้ คือแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Becker (1974) ที่ปรับปรุงโดยประพนธ์ บุญไชย (2553) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วย สาเหตุ อาการและอาการแสดงการรักษาด้วยยาทางจิต จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 4 ตัวเลือก โดยตอบได้เพียงข้อเดียว มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .93 จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .81

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำและผลจากอาการข้างเคียงจากยามีจำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ กำหนดตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามประกอบด้วยคำถามทั้งในด้านบวกและด้านลบ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ 1.00 จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงจากการกลับป่วยซ้ำและผลข้างเคียงจากยา มีจำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ กำหนดตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามประกอบด้วยคำถามทั้งในด้านบวกและด้านลบ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .91 จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้

สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .81

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ มีจำนวน 12 ข้อ ซึ่งมีลักษณะเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ กำหนดตัวเลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง และเห็นด้วยน้อย โดยให้ผู้ตอบคำถามเลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก ลักษณะคำถามประกอบด้วยคำถามทั้งในด้านบวกและด้านลบ ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำมาทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาโดยรวมเท่ากับ .91 จากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83

### ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

#### 1.ระยะเตรียมการ มีขั้นตอนการดำเนินการ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมในเรื่องการศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา รวมถึงคำแนะนำจากอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อให้การศึกษาดำเนินไปตามขั้นตอนที่ถูกต้อง

1.2 ผู้วิจัยจัดทำแผนการดำเนินการศึกษาและจัดเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

1.2.1 โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

1.2.2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

1.2.3 แบบสอบถามเพื่อวัดความเชื่อด้านสุขภาพ

1.2.4 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

1.3 ผู้วิจัยยื่นเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ให้แก่คณะกรรมการบริหารคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยพิจารณา

1.4 ผู้วิจัยเตรียมสถานที่ที่ใช้ในการทำการทดลอง โดยประสานงานกับสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขอความร่วมมือในการทำการศึกษา โดยทำเรื่องจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พร้อมนำโครงร่างวิจัยฉบับสมบูรณ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เพื่อขออนุมัติทำการศึกษา โดยแจ้งรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินการทดลอง วัน เวลา สถานที่

1.5 ผู้วิจัยจัดทำแผนการทดลองและขอยื่นหนังสือจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาและขออนุญาตทำการศึกษาวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอกโดยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีดำเนินการและระยะเวลาในการดำเนินการทดลอง เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ประสานงานกับหัวหน้าหน่วยงานกลุ่มงานผู้ป่วยนอก ขอความร่วมมือในการดำเนินการศึกษาในการเก็บข้อมูล และประสานหัวหน้าหอผู้ป่วยมะลิวัลย์เพื่อขอใช้สถานที่ห้องกิจกรรมในการดำเนินการทดลอง

1.6 ผู้วิจัยจัดเตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย จำนวน 1 คน โดยพิจารณาเลือกผู้ช่วยผู้วิจัยที่มีคุณสมบัติเป็นพยาบาลวิชาชีพ มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและผ่านการอบรมการพยาบาลเฉพาะทางสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูลและเป็นผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรมตามที่จัดเตรียมไว้ โดยทำหน้าที่สังเกตและจดบันทึกการพัฒนาของกลุ่ม ชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ ประชากร กลุ่มตัวอย่างและเตรียมเครื่องมือที่จะใช้ในการดำเนินกิจกรรมตามที่จัดขึ้น

1.7 เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยแนะนำตัว แจงรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลแก่หัวหน้าฝ่ายเวชระเบียน เพื่อดูแฟ้มประวัติของกลุ่มตัวอย่าง พิจารณาคูณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม

1.8 ผู้วิจัยจัดเตรียมกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จำนวน 36 คน แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้คะแนนอาการทางจิต (BPRS) หลังจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน ตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากนั้นผู้วิจัยทำการประเมินกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้เครื่องมือแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) และผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานวิจัย หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นยินยอมเข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ให้ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากนั้น นัดหมายวัน เวลา และสถานที่ในการดำเนินงานตามโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพแก่กลุ่มตัวอย่าง

## 2.ระยะดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยทำการแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ และกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและมีผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม โดยที่ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 9 คน โดยกลุ่มที่ 1 เริ่มการดำเนินกิจกรรมในช่วงภาคเช้า และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในช่วงบ่าย จากนั้นเริ่มดำเนินการตามโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยมะลิวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60 - 90 นาที มีรายละเอียด ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 วันที่ 26 เมษายน 2558 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว

สัปดาห์ที่ 2 วันที่ 3 พฤษภาคม 2558 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 3 วันที่ 10 พฤษภาคม 2558 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช

สัปดาห์ที่ 4 วันที่ 17 พฤษภาคม 2558 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

### การกำกับการทดลอง

เมื่อสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้วิจัยจะดำเนินการกำกับการทดลองทันทีโดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 4 แบบสอบถาม คือ แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคและการปฏิบัติตัว ซึ่งกลุ่มตัวอย่างต้องมีคะแนนในแต่ละส่วนระดับปานกลางขึ้นไปจึงถือว่าผ่านเกณฑ์

### 3.ระยะสรุปผลการดำเนินกิจกรรม

ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบถามสอบถาม แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Pre-test) ก่อนการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ในวันที่ 19 เมษายน 2558 และเมื่อทำกิจกรรมครบทั้ง 4 กิจกรรม ใช้เวลา 4 สัปดาห์ หลังจากนั้นอีก 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยทำการวัดตัวแปรตาม โดยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบถามสอบถาม แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่าสิ้นสุดการทำกลุ่มกิจกรรม พร้อมแสดงความขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ 24 พฤษภาคม 2558

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ โดยผู้วิจัยนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

- 1.การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย ได้แก่ การแจกแจงความถี่ หาค่าเฉลี่ย ร้อยละ
2. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

3. เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)
4. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### สรุปผลการวิจัย

จากการวิจัยผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัยครั้งนี้เป็นไปตามสมมติฐานในการวิจัย 2 ประการ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ดังนั้นจึงสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการวิจัยโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.6 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52.8 ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน อยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล อยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 69.4 การเคยมีประวัติทานยาไม่

ต่อเนื่องหรือขาดยาคิดเป็นร้อยละ 100 และมีความรุนแรงจากอาการข้างเคียงจากยา อยู่ในระดับรุนแรงน้อยและไม่มีอาการเลยเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3

จากผลการวิจัยที่กล่าวมาข้างต้นสามารถอภิปรายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างที่สามารถพบได้มากที่สุดจะอยู่ในช่วงอายุ 40-49 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทพบมากที่สุดในช่วงอายุ 15-54 ปี (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2552) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงและเพศชายเท่าๆกัน ร้อยละ 50 สามารถอธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถพบได้ในเพศหญิงและเพศชายพอกัน (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 30.6 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจะมีระดับการศึกษาน้อย เพราะผู้ป่วยมักมีปัญหาทางด้านการเรียนและอาจเรียนไม่จบ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 52.8 สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักไม่ได้แต่งงาน ซึ่งสอดคล้องกับสมภพ เรื่องตระกูล (2553) ที่พบว่า ร้อยละ 60-70 ของผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้แต่งงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) เนื่องจากผู้ป่วยที่เป็นโสด จะขาดการสนับสนุนจากคู่สมรส ขาดที่ปรึกษาและขาดแรงจูงใจส่งผลให้เกิดความไม่ร่วมมือในการรักษา มีระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วง 5- 10 ปี ร้อยละ 36.1 มีจำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล อยู่ระหว่าง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 69.4 การเคยมีประวัติทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา คิดร้อยละ 100 และมีความรุนแรงจากอาการข้างเคียงของยา อยู่ในช่วงรุนแรงน้อยและไม่มีอาการ เท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 33.3 ซึ่งสอดคล้องกับ สถาบันพัฒนาคุณภาพแห่งมิชิแกน (Michigan Quality Improvement Consortium, 2004 อ้างใน วินิกาญจน์ คงสุวรรณและจุฑาทิพย์ นุ่นดั่ง, 2555) พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาเกิดจากการมีผลข้างเคียงจากยาและระยะเวลาที่ใช้ในการรักษานาน ผู้ป่วยมักมีความเชื่อว่าตนเองดีขึ้นแล้วจึงไม่จำเป็นต้องรับประทานยาต่อ หรือจากการที่ผู้ป่วยได้รับผลกระทบจากยาทำให้รู้สึกไม่สุขสบาย ไม่สามารถทำงานได้

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่า โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น โดยผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ โดยกิจกรรมในการศึกษาในครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพ



ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายกลุ่ม ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดำเนินการสัปดาห์ละครั้ง ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์ ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 60 - 90 นาที คือ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรค จิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช และกิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม การนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแล้ว จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมากำเริบซ้ำได้อีก การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและสังคม ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา และการป้องกันการกลับมากำเริบซ้ำได้ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษา จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำเพราะผู้ป่วยจะเชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาและการรับรู้อุปสรรค ซึ่งการรับรู้อุปสรรคถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมป้องกันการโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคได้ การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยง รับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจิตเภท และการรับรู้อุปสรรค ประโยชน์ในการรักษาการร่วมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งพบว่ากิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประพนธ์ บุญไชย (2553) พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} < 0.001$ ) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างนัยสำคัญทางสถิติ

3. จากผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อต่อการเจ็บป่วยว่ามีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย และจะเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น (กัญญา จันทร์ใจและคณะ, 2556) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประพนธ์ บุญไชย (2553) พบว่า การนำโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรง

สนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะนำไปพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มความสำเร็จในการรับประทานยา เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Hazavehei et al. (2007) ที่พบว่าการป้องกันโรคที่ดีที่สุดคือการปลูกฝังพฤติกรรมป้องกันโรคและพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคได้ ดังนั้นจากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่ได้นำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ส่วนผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะได้รับกิจกรรมที่พยาบาลทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งได้แก่ กิจกรรมที่พยาบาลได้ทำให้กับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระหว่างที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้แก่ การประเมินอาการของผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตใจ การซักประวัติข้อมูลการเจ็บป่วย การประเมินความต้องการด้านต่างๆของผู้ป่วย การให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ได้แก่ การให้ความรู้ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การให้คำแนะนำเรื่องการรักษา การสังเกตอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช การปฏิบัติตัวในขณะที่อยู่ที่บ้านและการให้คำปรึกษาตามสภาพปัญหาด้านสุขภาพจิต ภายหลังจากทดลอง พบว่า ผู้ป่วยในกลุ่มควบคุมมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงขึ้น 4 ราย คิดเป็นร้อยละ 22.22 แสดงให้เห็นว่า การพยาบาลปกติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยามีประสิทธิภาพ ในผู้ป่วยบางรายเนื่องจากทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง แต่ก็ยังไม่เท่ากับกลุ่มทดลอง แต่สรุปผลการวิจัยในครั้งนี้ พบว่า หลังการทดลองผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยมีคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอยู่ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 100

จากผลการวิจัยสามารถสรุปได้ว่า ผลการดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น เนื่องมาจากการพิจารณารายละเอียดของกิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรม พบว่าแต่ละกิจกรรมมีส่วนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองเกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว โดยผู้วิจัยได้มีการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยก่อนดำเนินกิจกรรมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพที่ีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ มั่นใจที่จะให้ข้อมูลและให้ความร่วมมือในการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วัจนกรและคณะ (2551) พบว่า การมีสัมพันธภาพที่ดี

จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการยอมรับและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกัน นำไปสู่การให้คำปรึกษาแนะนำที่ตรงปัญหาและความต้องการและทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลตนเอง หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ไม่ถูกต้อง (พรทิพย์ คงสัตย์และสวัสดิ์ เที่ยงธรรม, 2551) ปัจจัยที่มีความสำคัญที่ทำให้เกิดความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย คือการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นจุดสำคัญในการเปลี่ยนแปลงให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา (ดวงเนตร ธรรมกุล และคณะ, 2553) สอดคล้องกับการศึกษาของ Favrod (1993) ที่ศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิต พบว่า สามารถเพิ่มความรู้เกี่ยวกับยารักษาอาการทางจิต เช่นเดียวกับการศึกษาของสุณี นิมิพิบูลย์และเพ็ญภา แดงด้อมยุทธ (2553) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้สุขศึกษามีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มที่ได้ได้รับการให้สุขศึกษา สอดคล้องกับอีกหลายการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การให้ความรู้หรือการสอนอย่างมีแบบแผนมีผลต่อความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Simoni et al., 2003; Simoni et al., 2006) ดังนั้น การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ในกิจกรรมที่ 1 ส่งผลให้ผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้นจากเดิม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยระหว่างทำกิจกรรมซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้นจากเดิม เช่น

“อาการที่คุณพยาบาลพูดว่า มันเหมือนอาการของผมเลยครับ แต่ผมเพิ่งรู้ว่า การที่เราไม่สนใจตนเอง เก็บตัว แยกตัว มันเป็นอาการของโรคจิตเภทด้วย”

“ดีจังเลยครับที่ผมได้มาทำกลุ่มในวันนี้ ทำให้ผมได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทเพิ่มขึ้น ได้รู้ในเรื่องที่ไม่เคยรู้มาก่อน” จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

“ตอนที่มีอาการแรกๆ ไม่มีความรู้เรื่องโรคเลย ญาติพาไปหาหมอพระ บอกว่าผีเข้า เข้าเอน้ำมนต์และเส้ตัจจนเจ็บไปหมดทั้งตัว ก็ไม่หาย แต่พอมารักษากินยาอาการจึงดีขึ้น” เป็นต้น

กิจกรรมที่ 2 การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ การมีรับรู้โอกาสเสี่ยงจะทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ว่ามีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำได้อีกหากไม่มีการดูแลตนเองอย่างถูกต้อง Becker (1974) สรุปว่า การที่บุคคลมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วัลลยา ทองน้อย ที่พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยง ทำให้เกิดการกระตุ้นความเชื่อต่อโอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำเช่นเดียวกับการศึกษาของ เสาวลักษณ์ สัจจาและรุจิรา ดวงสงค์ (2551) ด้านการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ จะส่งผลผู้ป่วยสามารถประเมินความรุนแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อร่างกายตนเองและผู้อื่นอาจส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคม รวมถึงต้องการรักษาที่ต้องใช้เวลานาน (Becker and Maiman, 1997) การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ จะสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและ

การป้องกันการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกัญญา จันทร์ใจและคณะ (2556) ที่พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคเอส แอล อี ว่ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคเอส แอล อี เช่นเดียวกับการศึกษาของ Chambers et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้ความรุนแรงของมาการป่วยซ้ำมากเท่าใด ก็จะส่งผลให้มีการรับประทานยาสม่ำเสมอมากขึ้นเท่านั้น ซึ่งในกิจกรรมที่ 2 วิจัยได้มีการให้ความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ในกิจกรรมนี้ยังมีการเปิดวิดีโอ เกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยทางจิตที่มีความรุนแรง และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยในกลุ่ม ที่เคยมีอาการรุนแรง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยได้เกิดการตระหนักในอาการที่สามารถเกิดขึ้นได้จากความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา และส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการที่รุนแรงเกิดขึ้นกับตัวเอง ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยระหว่างทำกิจกรรม เช่น

“ดูวิดีโอแล้วน่ากลัวจังเลยนะค่ะ ถ้าเราไม่กินยาจะเป็นแบบวิดีโอแน่ ดังนั้นดิฉันจะต้องกินยาตามแพทย์สั่งเพื่อไม่ให้เกิดอาการรุนแรงอย่างที่เกิดขึ้นในวิดีโอ”

“ผมเคยมีขาดยาเพราะคิดว่าตนเองหายดีแล้ว แล้วหลังจากนั้น ก็มีอาการหงุดหงิด อาละวาด ไปตีผู้อื่นจนถูกผู้อื่นตีจนหัวแตกเลย แต่ตอนนี้ทราบแล้วว่าจำเป็นต้องกินยาไปตลอด ไม่หยุดยาเอง” เป็นต้น

ซึ่งพบว่า ระดับของการรับรู้ความเสี่ยงและระดับของการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองและสร้างความเชื่อมั่นเพื่อให้เกิดการรักษาสุขภาพที่ดี (Diane, 2007)

#### จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช การที่บุคคลจะให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ต้องเกิดการยอมรับและการปฏิบัติตามคำแนะนำก่อน บุคคลจะต้องมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเสียก่อน โดยในกิจกรรมนี้ผู้วิจัยได้มีการให้ความรู้ถึงประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง พร้อมทั้งอธิบายถึงผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวชที่อาจเกิดขึ้นได้ และมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จริงจากผู้ป่วยในกลุ่มที่เคยมีอาการข้างเคียงจากยาในระดับที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาและทราบว่า อะไรบ้างเป็นอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยารักษาอาการทางจิต ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยระหว่างทำกิจกรรม เช่น

“ตอนที่ผมไม่กินยามีหูแว่ว ภาพหลอน นอนไม่หลับ แต่พอกินยาต่อเนื่องแล้ว อาการเหล่านี้หายไปเลย และนอนหลับได้ดีด้วย ทำให้ทราบว่ากินยานั้นมีประโยชน์ต่อตัวเราเอง”

“ผมทราบแล้วครับ ว่าการรับประทานยามีประโยชน์ ทำให้อาการไม่กำเริบ และสามารถทำงานได้ ต่อไปผมจะกินยาตามที่หมอสั่งครับ ไม่หยุดยาเองแล้ว”

“ผมพึ่งทราบนะครับ ว่าอาการกระวนกระวาย หน้ามืด มีผื่น และภาวะอ้วนเป็นอาการข้างเคียงจากยา และการดื่มน้ำมากเป็นอันตรายถึงชีวิตด้วย”

“ฉันก็เหมือนกันค่ะ ต่อไปนี้จะกินยาตลอดแล้ว เพราะเวลาที่ไม่กินยา ไม่อยากพูดคุยกับใครแล้วญาติๆ ก็บอกว่าฉันตาขวาง ไม่ให้ใครเข้าใกล้ ทำงานไม่ได้เลยเพราะคิดว่าเพื่อนร่วมงานคอยมาด่าว่าและนินทาตนเอง” เป็นต้น

ซึ่งพบว่าการรับรู้ประโยชน์จะมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Becker (1995) (อ้างใน บดินทร์ บุญจันทร์, 2553) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทต่อแบบแผนการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกัน การป่วยซ้ำ ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่นเดียวกับการศึกษาของสุมาลี วัฒนารและคณะ (2551) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรม การรับประทานยาอยู่ในเกณฑ์ระดับดี การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง สามารถทำนายพฤติกรรมรับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้องมากยิ่งขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากการรับรู้อุปสรรค จะเป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าถึงพฤติกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องในด้านลบ เช่น การเกิดความไม่สุขสบายจากการใช้ยา การสูญเสียภาพลักษณ์ในการดำเนินวัตรประจำวัน การอยู่ร่วมกันกับคนในสังคม โดยในกิจกรรมนี้ ผู้วิจัยได้ให้ความรู้ว่าจะอะไรบ้างเป็นอุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชพร้อมทั้งให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยพบว่าหลังให้ความรู้ไปแล้วผู้ป่วยมีการรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยระหว่างทำกิจกรรม เช่น

“ผมนะขอขมทานยาบ่อยๆครับ แต่พอมาทำกลุ่มกับคุณพยาบาล เห็นสมุดนี้ที่ไร ทำให้นึกถึงยาตลอดเลยครับ”

“ตอนนี้ต้องใช้วิธีการตั้งนาฬิกาปลุกกินยาและก็จดบันทึกลงสมุดที่คุณพยาบาลให้จะได้ไม่ลืมว่ากินยาไปหรือยัง”

“เมื่อก่อนครอบครัวมีความเชื่อว่า อาการที่ตนเองเป็นเกิดจากผีเข้า เลยไปหาหมอผี”

“เมื่อก่อนตนเองไม่อยากกินยา เพราะมีอาการตัวแข็ง เดินที่อ้อๆ ทำอะไรก็ไม่ได้ คนก็มองเราแปลกๆ แต่ตอนนี้รู้วิธีการจัดการที่เหมาะสมแล้ว และจะกินยาตามแพทย์สั่ง”

“ไม่ยอมให้กิจกรรมแบบนี้หมดเลย อยากให้จัดกิจกรรมแบบนี้เรื่อยๆ” เป็นต้น

ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อพฤติกรรมการกลับมาป่วยซ้ำ และยังสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Becker, 1974) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุมาลี วังธนากรและคณะ (2551) พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมมารับประทานยาอยู่ในเกณฑ์ระดับดี การรับรู้ความรุนแรงของโรค และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาอยู่ในระดับมาก การรับรู้อุปสรรคของการรับประทานยาอยู่ในระดับปานกลาง สามารถทำนายพฤติกรรมมารับประทานยาได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และจากผลการศึกษาในครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผนในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและถูกต้องมากยิ่งขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ Kumar and Sedgwick (2001) ที่ได้ศึกษาความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวช ในอินเดียตะวันออก พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือ การข้างเคียงจากยา ค่าใช้จ่ายในการรักษา การไม่เข้าใจการดำเนินการของโรคและการลืมรับประทานยา

ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่นเดียวกับการศึกษาของประพนธ์ บุญไชย (2553) ที่ศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนด้านความรู้เรื่องโรคเอดส์และยาต้านไวรัส การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการดื้อยาต้านไวรัสและอาการข้างเคียงจากยา การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value < 0.001) และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งพบว่า ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม มีประสิทธิผลเพียงพอที่จะนำไปพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์ได้

จึงกล่าวได้ว่า ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นในครั้งนี้ สามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และก่อให้เกิดความเชื่อมั่นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเองและมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้นและต่อเนื่อง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

1. พยาบาลประจำการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทไปใช้ โดยประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานในการบำบัดผู้ป่วย เพื่อเป็นการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพให้ทางที่เหมาะสม โดยที่พยาบาลผู้ดำเนินการควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ให้มีความรู้และทักษะ เพื่อเป็นการเพิ่มศักยภาพของพยาบาล สามารถนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

2. นำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพไปสร้างเป็นแนวทางการปฏิบัติทางการพยาบาล เป็นการส่งเสริมการรับรู้ด้านความเชื่อทางสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

1. ควรมีการพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยการนำผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากขณะทำกลุ่มกิจกรรมผู้ป่วยได้มีการกล่าวถึงบุคคลในครอบครัวที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และนอกจากนี้ผู้ดูแลหรือครอบครัว เป็นสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติหรือเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งตามของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

2. ควรมีการนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพไปศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชชนิดอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อเพิ่มพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3. ควรมีการติดตามประเมินผลพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุดโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพเป็นระยะ คือ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนและ 1 ปี เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทและเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

## รายการอ้างอิง

### ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2550. **สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต**. นนทบุรี : ศูนย์สารสนเทศกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. 2554. **สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต**. นนทบุรี : ศูนย์สารสนเทศกองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญา จันทรีใจ, อธิราภรณ์ จันทร์ดาและอรสา พันธุ์ภักดี. 2556. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. **Rama Nurs J**, 19(1): 60-72.
- กาญจนา เหมะรัตและคณะ. 2555. การจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 26(6): 63-73.
- จงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. 2547. **ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. 2545. **พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จิตรรัตน์ พิมพ์ดีด. 2541. **กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จิระวัฒน์ วงศ์สวัสดิวัฒน์. 2538. **ทัศนคติ ความเชื่อและพฤติกรรม : การวัด การพยากรณ์ และการเปลี่ยนแปลง**. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : สามดีการพิมพ์.
- จุฬารัตน์ โสตะ. 2554. **แนวคิด ทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดวงเนตร ธรรมกุล, อุษณีย์ เทพวรชัย, ศิริพร ครุฑทาศและเยาวรัตน์ อินทอง. 2553. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยโรคเอดส์. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**, 4(2) : 1-11.
- ชูศรี วงศ์รัตน์. 2550. **เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย**. นนทบุรี : ไทเนรมิตกิจ อินเตอร์โพรเกรสซีฟ.
- ดวงสมร นิลตานนท์และ จุฬารัตน์ โสตะ. 2553. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดย



- ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนและกระบวนการกลุ่มร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในโรงพยาบาลเอราวัณ อำเภอเอราวัณ จังหวัดเลย. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 10(3): 51-60.
- ทิพศมัย ทายะรังสี, จีระพรรณ สุริยงค์และพิมพ์ภาภรณ์ แก้วมา. 2554. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาต่อการดูแลตนเองและการกลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาล สวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. **วารสารสวนปรุง**, 27(1): 5-14.
- ทัศนาศา แคมมณี. 2545. **กลุ่มสัมพันธ์เพื่อการทำงานและการจัดการเรียนการสอน**. กรุงเทพฯ : นิธิิน แอดเวอร์ไทซิง กรุ๊ป.
- ธีรนนท์ สิงห์เฉลิม. 2542. **ผลการให้ข้อมูลต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของ ผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัดผ่านกล้องส่องข้อ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์. 2549. **ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ. 2531. **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเองและความเชื่อด้านสุขภาพ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยหัวใจ วายเลือดคั่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นันทลักษณ์ สถาพรนานนท์. 2555. **ความไม่ร่วมมือในการใช้ยา (Medication non adherence)**. **วารสารไทยไภษัชยนิพนธ์ (ฉบับการศึกษาต่อเนื่องทางเภสัชศาสตร์)**. 7: 1-18.
- บดินทร์ บุญจันทร์. 2553. **ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ในจังหวัดอำนาจเจริญ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. 2553. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย.
- ปาริชาติ สุภาพ. 2547. **การจัดการดูแลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ประคอง มาโพทนัน. 2552. การบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย  
จิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.  
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประพนธ์ บุญไชย. 2553. การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรง  
สนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่  
รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลบุณทริก จังหวัดอุบลราชธานี.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. 2536. พฤติกรรมศาสตร์ พฤติกรรมสุขภาพและสุขศึกษา. กรุงเทพฯ :  
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยา  
ตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พงษ์ศักดิ์ สมใจ, อุดลย์ กลางบุรีรัมย์และทองใบ เหล่าสมบัติ. 2539. รายงานการศึกษาวิจัยเรื่อง  
การศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับการรักษาด้วยยาและทัศนคติของผู้รับบริการต่อการบริการของ  
เจ้าหน้าที่ห้องจ่ายยาโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น :โรงพยาบาลจิตเวช  
ขอนแก่น.
- พรทิพย์ คงสัตย์และสวัสดิ์ เทียงธรรม. 2551. การพัฒนาโปรแกรมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อ  
ส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลจิตเวช  
นครราชสีมาราชนครินทร์, 8(1): 20-29. วิทยาลัย
- พรทิพย์ วชิรดิถกและสมพร รุ่งเรืองกลกิจ. 2551. ผลของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตาม  
แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการ  
รักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 16(1) : 41-51.
- พรทิพย์ วชิรดิถก, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช, และบุญช่วย เทพยศ. 2549.  
ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับ  
พฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. อุดรธานี :  
โรงพยาบาลอุดรธานี.
- พรสวรรค์ พูลกระจำง. 2548. การศึกษาโปรแกรมให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรม  
การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาล  
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. 2552. ตำราโรคจิตเภท. กรุงเทพมหานคร :สมาคม  
จิตแพทย์แห่งประเทศไทย.

- พัศตราภรณ์ แยมแม่น. 2554. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้แบบแผน  
ความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ  
ความค้ำน้ำหนักของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์ อำเภอเมือง  
จังหวัดพิษณุโลก. ปรินญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการ  
ส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ไพรัช อิ่มเนียม. 2556. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยข้อเข่าเสื่อมหลังผ่าตัด  
เปลี่ยนข้อเข่าเทียม. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข, 31(1): 20-31.
- เพชร คันธสายบัว. 2548. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ  
สุขภาพจิต, 20(1): 1-9.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มลลิกา สิงหสุริยะ. 2547. การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของผู้ดูแล : กรณีศึกษา.  
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มารศรี ปาณิวัด. 2548. บทบาทพยาบาลสุขภาพจิตเวชชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.  
รายงานการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ  
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2555. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร : ปิยอนต์ เอ็นเตอร์ไพซ์.
- ยุภาพร มีหนองหว้า. 2552. ผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความ  
ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาล  
ศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เยาวภา ไตรพุกษชาติ. 2554. การเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท  
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษาปริญญาพยาบาลศาสตร  
มหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์  
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัชณี อุทัยพันธ์. 2555. ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือใน

**การรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา  
บัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์  
มหาวิทยาลัย.

- รัตนา สารบุญและนิรมล เมืองโสม. 2555. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรง  
สนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรค  
ปอดในโรงพยาบาลวังสะพุงจังหวัดเลย. **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 12(3): 29-37.
- ลำพันธ์ อินทร์กอง. 2554. ปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัด  
ศัตรูพืชอาหารเจ็บป่วยทางกายและระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกรที่ปลูกยาสูบ.  
**พุทธชินราชเวชสาร**, 28(1): 41-50.
- วัลลยา ทองน้อย. 2554. การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพร้อมกับแรงสนับสนุนทาง  
สังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความ  
ดันโลหิตสูง ตำบลโนนพะยอม อำเภอชนบท จังหวัดขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญา  
สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วินิกาญจน์ คงสุวรรณและ จุฑาทิพย์ นุ่นด้วง. 2555. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาใน  
ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตเวชและสุขภาพจิต**, 26(1) : 1-11.
- ศิริธิดา ศรีพิทักษ์และคณะ. 2555. ประสิทธิภาพของโปรแกรมป้องกันการสูบบุหรี่ในนักเรียน  
มัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี**,  
23(1) :38-52.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร, กาญจน์กนก สุรินทร์ชมพู, ภาวิณี สถาพรธีระ, ประพัตรา จันชนะสมบัติ  
และนริสา วงศ์พนารักษ์. 2546. การบริการสุขภาพจิตชุมชน: การส่งเสริม ป้องกันปัญหา  
**สุขภาพจิต**. ขอนแก่น : โรงพิมพ์ธรรมขันธ์.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, โรงพยาบาล. 2551. **งานสารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์  
สมเด็จพระยา**. กรุงเทพฯ : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2543. **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้ว  
การพิมพ์.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2553. **ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.
- สวัสดี เทียงธรรม. 2547. **แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยที่เป็นโรค  
จิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สาธุพร พุฒขาว. 2541. **ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์

ปริญญาหมาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- เสาวลักษณ์ สัจจาและรุจิรา ดวงสงค์. 2551. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมต่อการมาตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกของสตรีวัย 35-60 ปี ณ ศูนย์บริการสาธารณสุขเทศบาล 2 จังหวัดหนองคาย. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น**, 1 (3) : 55-66.
- สุณี ฉิมพิบูลย์และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ. 2553. ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**, 24(ฉบับพิเศษที่ 1) : 218-230.
- สุนทรีย์ คำเพ็งและอรธิรา บุญประดิษฐ์. 2555. ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลดงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**, 22(3): 112-123.
- สุนันท์ จำรัฐสวัสดิ์. 2536. **ผลการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- สุพรรณรัตน์ ชีโร่. 2547. **ผลการให้ข้อมูลด้านสุขภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**
- สุมาลี วัจนากร, ชุตินา ผาติดำรงกุลและปราณี คำจันทร์. 2551. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. **สงขลานครินทร์เวชสาร**. 26(6): 539-547.
- สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2554. **การพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.**
- โสธยา ศุภโรจน์. 2554. **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.**
- หทัยรัตน์ หาคำ. 2552. **การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการบำบัดเพื่อเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษา. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**

- องค์อร ประจันเขตต์. 2551. **ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. 2554. **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อังคณา หมอนทอง. 2549. **ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนและความหวังกับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัจฉราพร สีหิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไตร, พวงเพชร เกสรสมุทรและวาริรัตน์ ถาน้อย. 2557. **การพยาบาลจิตเวชศาสตร์.** กรุงเทพฯ : สายธุรกิจโรงพิมพ์ บริษัท อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน)
- อรุณี ศรีนวล. 2548. **การประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- อำพัน หิรัญอุทก. 2547. **การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจังหวัดสุพรรณบุรี.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2543. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : บริษัท ธรรมสาร จำกัด.

#### ภาษาอังกฤษ

- Agarwal, R. M. et.al. 1998. Non-Compliance with treatment in patients suffering Form schizophrenia A Study to evaluate possible contributing factors. **International Journal of social psychiatry**, 44(2): 92-106.
- Alan, S. et al. 2007. Assessment of Community Functioning in People With Schizophrenia and other Severe Mental Illnesses: A White Paper Based on an NIMH-Sponsored Workshop. **Schizophrenia Bulletin**, 33(3): 805-822.

- Andrea, E. et al. Medication compliance among mentally ill patients in public clinics in Kingston and St Andrew, **Jumica Pulished** [online]. 2010. Available from: <http://www.scrip.org/journal/libise> [2014, Jnau 10]
- Azrin, N. H. and Teichner, G. 1998. Evaluation of an instructional program for improving medication compliance for chronically ill outpatients. **Behavior Research Therapy**, 39(9): 849-861.
- Barkhof, E., Meijer C.J., Sonnevile L.M., Linsszen D.H. and Haan L. 2012. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—A review of the past decade. **European Psychiatry**, 27: 9-18.
- Becker, 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.
- Becker, M.H. 1974. The health belief model and sick role behavior. **Health Educ Q**, 2: 409-17.
- Becker, M.H. 1974. **The Health Belief Model and Sick Role Behavior in the Health Belief Model and Personal Health Behavior**. New Jersey: Chales B. Slack.
- Becker, M.H. and Maiman, L.A. 1997. A new approach to explaining sick role behavior in low Income population. **American of Public Health**, 2(3): 330-336.
- Best, J. W. 1981. **Research Education**. 3<sup>rd</sup> ed. New Jersey: prentice-Hall.
- Bloom, B.S. 1971. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning**. New York: David Mackay.
- Breier, A., Schreiber, J.L., Dyer, J. and Pickar, D. 1991. Nation institute of mental health Longitudinal study of chronic schizophrenia. **Archives General Psychiatric**, 48: 239-246.
- Buckwalter, K. C. 1991. Community mental health and home care. In G.K. Mcfarland & M. D. Thomas (Eds.) **Psychiatric Mental Health Nursing : Application of the Nursing Process**. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Chamber, S., Raine, R., Rahman, A., Hagley, K., Ceulaer, K. D., and Isenberg, D. 2008.

- Factors influencing adherence to medication in a group of patient with systemic lupus erythematosus in Jamaica. **Lupus**, 17: 761-769.
- Cunningham, P. A. 2007. The role of the psychiatric nurse in home care. **Home Healthcare Nurse**, 25(10): 645-652.
- Davis, L. 1992. Instrument review : Getting the most from your panel of expert. **Applied Nursing Research**, 5: 104-107.
- Diane ,K.D. 2007. A Review of the Use of the Health Belief Model for Weight Management. **Medsurg Nursing**, 16 (6): 363-366.
- Drake, R. E. et al. 2004. Implementing dual diagnosis services for clients with severe Mental Illness. **Winter**, 9(1): 102-110.
- 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: 68-70.
- Forman, L. 1993. Medication : Reasons and interventions for Non-compliance. **Journal of Psychosocial Nursing**, 31(10): 23-25.
- Frank ,A.F. and Gunderson, J.G. 1990. The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia. Relationship to course and outcome. **Arch Gen Psychiatry**, 47(3): 228-36. มหาวิทยาลัย
- Gilmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J.P., Folsom, D.P., Lindamer, L., Garcia, P. and Jeste, D. V. 2004. Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. **The American Journal of Psychiatry**, 161(4): 692-699.
- Gray, R.,Wykes, T. and Gournay, K. 2000. 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(5): 277-284.
- Grove, S. K., Burns, N. and Gray, J. 2013. **The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence**. 7<sup>th</sup> ed. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
- Hazavehei. S.M., Taghdisi, M.H and Saidi, M. 2007. Application of the Health Belief



Model for Osteoporosis Prevention Among Middle School Girl Student, Garmsar, Iran.

**Education for Health**, 20(1): 1-11.

Holmes, L. 2003. **How long should people with schizophrenia take antipsychotic drug.** Retrieved June 17, 2003, from

[http://www.mentalhealth.about.com/cs/psychopharmacology/a/antipsy\\_2.htm](http://www.mentalhealth.about.com/cs/psychopharmacology/a/antipsy_2.htm).

Janz, N. K. and Becker, M.H. 1984. The Health Belief Model: A Decade Later. **Health Education and Behavior**, 11(1): 1-47.

Jennifer, G. and Judith, A. L. 2011. Reliability and Validity of Diabetes Specific Health Beliefs Model Scales in Patients with Diabetes and Serious Mental Illness.

**Diabetes Res Clin Pract**, 92(3): 342-347.

John, U., et al. 2011. Motivation intervention Individual counselling vs a group Treatment approach for alcohol-dependent patient. **Alcohol and Alcoholism**, 38(3): 263-9.

Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. 1995. **Comprehensive textbook of Psychiatry**. Baltimore : Lippincott Williams and Wilkins.

Kaplan, H. I. and Sadock, B. J. 2000. **Comprehensive textbook of Psychiatry**. Baltimore : Lippincott Williams and Wilkins.

Kamali, M. et. al. 2006. A prospective evaluation of adherence to medication in first episode schizophrenia. **European Psychiatry**, 21(2006): 29-33.

Kathy, A.B. and Laura, K.H. 1980. The Relationship Between the Health Belief Model And Compliance of Persons with Diabetes Mellitus. **Diabetes Care**, 3(5) :594-598.

Kumar, S. and Sedgwick, P. 2001. Non-compliance to psychotic medication in Eastern India : Clients' perspective. Part II. **Journal of mental Health**, 10(3):279-284.

Lewin, K. 1951. **Field theory in social science : selected theoretical papers**. New York : Harper & Row.

Mahone, H. 2004. Medication Decision-making by persons with serious mental illness. **Archives of Psychiatric Nursing**, 18(5): 126-134.

Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay, K. and Gray, R. 2007. An RCT of adherence

- therapy For people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. **Journal of Clinical Nursing**, 16 : 1302-1312.
- Marram, G.D. 1978. **The group approach in nursing practice**, second edition. Saint Louis.,MO: The C. V.Mosby Co.
- Mattews, D. and Hingson. 1977. Improving patient Compliance. **A guide for Psychiatric Nursing** , 29(6): 6-7.
- McCabe, R. et al. 2012. The Therapeutic Relationship Adherence to Antipsychotic Medication in Schizophrenia. **Plos ONE**, 7(4) : e36080.doi :10.1371/jurnal.pone.0036080.
- Michigan Quality Improvement Consortium. 2004. **Management of adult with Major Depression**.
- National Institute of Mental Health. **Schizophrenia**. The Health belief model and Medication Compliance in schizophrenia. Retrived June 17, 2003 from
- Oehl, M., Hummer, M. and Fleischhachhackwer. W.W. 2000. Compliance with antipsychotic treatment. **Aca Psychiatrica Scandinavia**, 102(407): 83-86.
- Osterberg L. and Blaschke T. 2005. Adherence to Medication. **N Engl J Med**, 353 :487-97.
- Pender, N.J., Mardugh, C.L. and Parsons, M.A. 2006. **Health Promotion in Nursing Practice**. 5<sup>th</sup> ed. New Jersey: Upper Saddle River.
- Perri, M. **The role medication compliance in improving out come of pharmaceutical care**. [online]. 2003. Available from: <http://www.MedicalCompliance>. [2014, Janu 10]
- 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.
- Rosenstock, I. M. 1974. Historical Origins of the Health Belief Model. **Health Education Monographs**, 2 : 329-333.
- Rosenstock, I.M., Strecher, V. J., and Becker, M.H. 1988. Social Learning theory and the Health Belief Model. **Health Education Quarterly**, 15(2): 176-182.
- Sadock, B.J,and Sadock, V.A. 2000. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelthephia: Lippincott Williams and Wilkins.

- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. 2005. **Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry**. 4<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- Simoni, J.M., Frick, P.A., Pantalone, D.W. and Tumer, B.J. 2003. Antiretroviral Adherence interventions : a review of current literature and ongoing studies. **Top HIV Med**, 11(6): 185-198.
- Simoni, J.M., Pearson, C.R., Pantalone, D.W., Marks, G and Crepaz, N. 2006. Efficacy of intervention in improving highly active antiretroviral therapy adherence and HIV -1 RAN viral load a meta-analytic review of randomized controlled trials. **J Acquir Defic Syndr**, 43(Sup, 1 Dec,1): 23-35.
- Sullivan, et al. 1995. Identifying modifiable risk factor for re-hospitalization: A case control study seriously mentally ill persons in Mississippi. **American Journal of Psychiatry**, 152(12): 1749-1756.
- Tay, S. E. 2007. Compliance therapy: An intervention to improve inpatient s' attitudes toward Treatment. **Journal of Psychosocial Nursing**, 45(6):29-37.
- World Health Organization. 1992. **The ICD-10 Classification of mental and Behavior Disorders**. Geneva : n.p.
- World Health Organization. **Schizophrenia** [online]. 2011. Available from: [www.who.int/mental\\_health/management/ Schizophrenia/en/](http://www.who.int/mental_health/management/Schizophrenia/en/)[2013, Nov 26].
- World Health Organization. 2003. **Adherence to Long-Term Therapies : Evidence for Action**. 1<sup>st</sup> ed. Sabate E, ed. Geneva, Switzerland : WHO Publications.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C. A. et al. 2002. Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. **Am J Psychiatry**, 159(6): 1653-1664.



ภาคผนวก

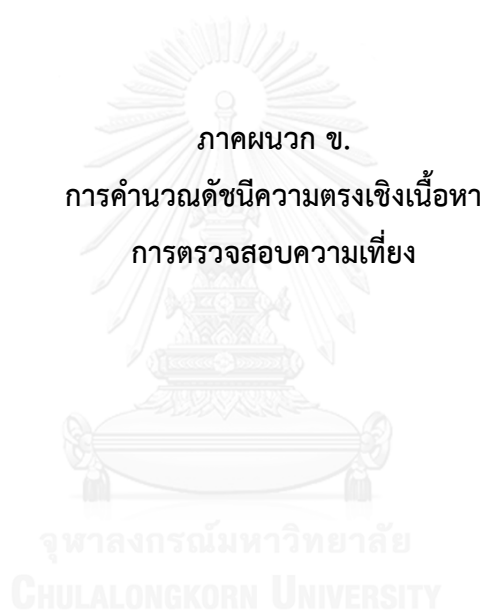
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก.  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
1. นายแพทย์นพดล วานิชฤดี	นายแพทย์เชี่ยวชาญ รองผู้อำนวยการฝ่ายพัฒนาคุณภาพ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
2. นางเพชร คันธสายบัว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) หัวหน้าหอผู้ป่วยสามัญหญิงพวงชมพู สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
3. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช) โรงพยาบาลสามชุก
4. นางสาวรัชณี อุทัยพันธ์	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
5. นางสุพัตรา จันทร์สุวรรณ	หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี



### การคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตรดังนี้  
(บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2553)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1. โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 5/6 = .83$

2. แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 16/16 = 1.00$

3. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการข้างเคียงจากยา

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 14/15 = .93$

4. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 12/12 = 1.00$

5. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 11/12 = .91$

6. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

ผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา คือ  $CVI = 11/12 = .91$



### การตรวจสอบความเที่ยง

#### 1. แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

นำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้คือ.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .80

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.809	16

#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Ad1	2.73	.944	30
Ad2	2.93	1.048	30
Ad3	2.87	1.224	30
Ad4	3.47	.937	30
Ad5	3.63	.669	30
Ad6	3.63	.850	30
Ad7	3.10	1.322	30
Ad8	3.10	1.213	30
Ad9	2.57	1.251	30
Ad10	2.90	1.242	30
Ad11	2.03	.999	30
Ad12	3.03	1.159	30
Ad13	3.43	1.006	30
Ad14	3.57	.858	30
Ad15	2.77	1.357	30
Ad16	2.90	1.213	30

## 2. แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการข้างเคียงจากยา

นำแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและอาการข้างเคียงจากยามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .81

### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.813	15

### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Know1	.83	.379	30
Know2	.20	.407	30
Know3	.73	.450	30
Know4	.70	.466	30
Know5	.53	.507	30
Know6	.57	.504	30
Know7	.73	.450	30
Know8	.53	.507	30
Know9	.63	.490	30
Know10	.73	.450	30
Know11	.53	.507	30
Know12	.43	.504	30
Know13	.67	.479	30
Know14	.70	.466	30
Know15	.80	.407	30

### 3. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา

นำแบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างในบุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.832	12



**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
Risk1	1.73	.640	30
Risk2	1.97	.809	30
Risk3	1.87	.819	30
Risk4	1.67	.884	30
Risk5	1.67	.758	30
Risk6	1.57	.774	30
Risk7	1.50	.777	30
Risk8	1.87	.860	30
Risk9	2.07	.740	30
Risk10	2.07	.907	30
Risk11	2.10	.885	30
Risk12	1.93	.868	30

#### 4. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา

นำแบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยามาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .81

**Reliability Statistics**

Cronbach's Alpha	N of Items
.811	12



**Item Statistics**

	Mean	Std. Deviation	N
S1	1.83	.747	30
S2	2.27	.828	30
S3	2.10	.885	30
S4	2.03	.890	30
S5	1.87	.819	30
S6	2.00	.871	30
S7	2.03	.809	30
S8	2.17	.791	30
S9	1.80	.805	30
S10	1.93	.785	30
S11	1.80	.847	30
S12	2.07	.907	30

### 5. แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ

นำแบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยง โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ใช้เกณฑ์ค่าที่ยอมรับได้ คือ.80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตรากร, 2553) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .83

#### Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.830	12



#### Item Statistics

	Mean	Std. Deviation	N
Use1	2.47	.776	30
Use2	2.53	.571	30
Use3	2.30	.750	30
Use4	2.30	.837	30
Use5	1.87	.860	30
Use6	1.83	.874	30
use7	1.90	.803	30
Use8	1.60	.770	30
Use9	1.77	.858	30
Use10	1.37	.669	30
Use11	2.67	.661	30
Use12	2.63	.669	30



### ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

**ชื่อโครงการวิจัย** ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

**ชื่อผู้วิจัย** นางสาวชุติมา ทองอยู่ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับ ปฏิบัติการ

**สถานที่ติดต่อผู้วิจัย** (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

(ที่บ้าน) 77 หมู่ 13 ต.เสื่อโฮก อ.เมือง จ. ชัยนาท 17000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4422500 ต่อ 59373-5

โทรศัพท์มือถือ 087-9372074, 086-5034811 E-mail : aon\_jui@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในดำเนินงานวิจัยก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัยมีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้จัดทำขึ้นเพราะเหตุใดและเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบและสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท อย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

3.1 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

3.2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยมีคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ

1. มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำมากถึงปานกลาง (21-42 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดย รัชณี อุทัยพันธ์(2555)

2. มีอาการทางจิตสงบโดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน

3. มีประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยามากกว่า 1 ครั้ง
4. สามารถพูดสื่อสารภาษาไทยได้ ไม่มีปัญหาของการพูด การได้ยินหรือการมองเห็น
5. สมัยครใจและยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

#### เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่มีอาการแทรกซ้อนทางกายและอาการทางจิตกำเริบขณะดำเนินการวิจัย
2. ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกขั้นตอน

#### ขนาดกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 18 คน รวมจำนวน 36 คน

#### ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยประสานงานกับพยาบาลวิชาชีพประจำแผนกผู้ป่วยนอกและหัวหน้าเวชระเบียน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตสำรวจรายชื่อผู้ป่วยในทะเบียนผู้ป่วยที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยผู้วิจัยได้ดำเนินการคัดเลือกผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก โดยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ จำนวน 36 คน หากพบว่ามีความสอดคล้องตามที่กำหนด ผู้วิจัยจะเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ระยะเวลาของการดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจและอธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการจับคู่กลุ่มตัวอย่างเพื่อให้มีลักษณะคล้ายคลึงกันหรือใกล้เคียงกันมากที่สุดเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ เนื่องจากพบว่าเพศหญิงมีการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาดีกว่าเพศชาย (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; Agarwal et al.,1988) และระดับคะแนน BPRS เพื่อแสดงว่าผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาแล้วจากนั้นใช้วิธีการสุ่มแบบง่ายเพื่อจัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยใช้วิธีการจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งทางผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มละ 9 คนเริ่มดำเนินการตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งครั้งละ 1 กิจกรรม ใช้เวลา 60 – 90 นาที จนครบตามกิจกรรมที่กำหนดเป็นระยะเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นการทำกิจกรรมด้วยตัวของผู้วิจัยเองและมีผู้ช่วยวิจัย 1 คน 2) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย รายได้ และมีประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา 3)แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดยพรทิพย์ วชิรติกและคณะ (2549)และปรับปรุงโดย



รัชนี อุทัยพันธ์ (2555) 4) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 5) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Becker (1974) ที่ปรับปรุงโดย ประพนธ์ บุญไชย (2553) ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมการวิจัย และบุคคลที่เกี่ยวข้องข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ได้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ โดยผู้วิจัยเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ ความยุติธรรม ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่าผู้ดูแลมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธแบบสอบถามในครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการให้บริการแต่อย่างใด ระหว่างดำเนินการทดลองหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมกิจกรรมสามารถบอกยกเลิกได้โดยไม่ต้องอธิบายเหตุผลใดๆ รวมทั้งการชี้แจงข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้ คือ เพื่อเป็นแนวทางสำหรับพยาบาลในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่จะช่วยลดอัตราการกลับมารักษาซ้ำและเพื่อเป็นแนวทางการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

7. การขออนุมัติจากผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์ เพื่อขอข้อมูลจากเวชระเบียนเพื่อการคัดกรอง

8. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 087-9372074, 086-5034811

9. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

10. ในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีค่าใช้จ่าย ค่าตอบแทนให้แก่ผู้เข้าร่วมการวิจัย

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-228-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

### หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่ .....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. ....

**เลขที่** ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวชุตินา ทองอยู่

ที่อยู่ติดต่อ (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา 112 ถนนสมเด็จเจ้าพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร 10600

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4422-500 ต่อ 59373-5 โทรศัพท์มือถือ 087-9372074 , 086-5034811

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดี** แล้วข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ รวมถึงการเข้ารับการฝึกอบรมตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยมีการดำเนินการทั้งหมดกิจกรรม 4 กิจกรรม สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม ดำเนินการครั้งละ 60-90 นาที ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและสรุปเน้นการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ณ ห้องกิจกรรมกลุ่ม หอผู้ป่วยมะลิวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จังหวัดกรุงเทพมหานครข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากกรวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากกรวิจัยนั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น (ระบุเป็น

ต้นว่า ได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตาม ข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บ รักษาเป็นความลับ โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-228-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147

E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....นางสาวชุตินา ทองอยู่.....)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พยาน





เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ผลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา  
ของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวชุตินา ทองอยู่

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : มีนาคม ๒๕๕๘ - มีนาคม ๒๕๕๙

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว  
คณะกรรมการฯ พิจารณานุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ  
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมpong)

ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



ที่ ศธ 0512.11/ ๒๕๖๔



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

25 กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน นายประพนธ์ บุญไชย

เนื่องด้วย นางสาวชุตติมา ทองอยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือ แบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลบุณทรภิก จังหวัดอุบลราชธานี

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชางวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-2181-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวชุตติมา ทองอยู่ โทร. 08-7937-2074

ที่ ศร 0512.11/1430



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11  
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน  
กรุงเทพฯ 10330

7 พฤศจิกายน 2557

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

เนื่องด้วย นางสาวชุตติมา ทองอยู่ นิสิตชั้นปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ผลของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้ใคร่ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย คือแบบประเมินแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ จากวิทยานิพนธ์ เรื่อง การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โรงพยาบาลบุณฑริก จังหวัดอุบลราชธานี ของนายประพนธ์ บุญไชย สาขาวิชาสุขภาพศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น (2553) โดยมี รองศาสตราจารย์ ดร. จุฬารัตน์ โสตะ เป็นอาจารย์ควบคุมวิทยานิพนธ์

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุญาตให้นิสิตใช้เครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-2181-1152

ชื่อนิสิต

นางสาวชุตติมา ทองอยู่ โทร. 08-7937-2074







หมายเลขแบบสอบถาม.....

## แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาของท่านมากที่สุด ใน  
ระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดกินยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว				
2. ท่านลืมกินยา				
3.....				
4. ....				
5. ....				
6. ....				
7. ....				
8. ....				
9. ....				
10. ....				
11. ....				
12. ....				
13. ....				
14. ....				
15. ....				
16. ท่านปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ เมื่อมีปัญหาหรือ มีอาการผิดปกติจากการใช้ยา				

หมายเหตุ :    เป็นประจำ           หมายถึง           ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน  
 บ่อยครั้ง        หมายถึง           ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)  
 นานๆ ครั้ง      หมายถึง           นานๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)  
 ไม่เคย           หมายถึง           ไม่เคยปฏิบัติเลย

### แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต

**คำชี้แจง** กรุณาทำเครื่องหมายกากบาท X ในคำตอบที่ถูกที่สุด ในคำถามแต่ละข้อ

1.โรคจิตเภท หมายถึง ข้อใด

- ก.โรคจิต ที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม
- ข.โรคจิตที่มีความผิดปกติของอารมณ์เด่นชัด มีอารมณ์ซึมเศร้าสลับกับมีอารมณ์ครื้นเครง
- ค. โรคจิตที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ท้อแท้ รับประทานอาหารได้น้อยลง
- ง. ไม่มีข้อใดกล่าวได้ถูกต้อง

2. ข้อใดต่อไปนี้เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท

- ก. กรรมพันธุ์
- ข. สารสื่อประสาทในสมอง
- ค. ด้านสังคมและวัฒนธรรม
- ง. ถูกทุกข้อ

3.....

4.....

5.....

6.....

7.....

8.....

9.....

10.....

11.....

12.....

13.....

14.....

15.ข้อใดคือประโยชน์ของการรับประทานยาทางจิต

- ก. ทำให้เกิดอาการง่วงนอน จนไม่ต้องทำงาน
- ข. ต้องใช้เวลาในการรักษานานกว่าจะเห็นผลในการรักษา
- ค. จะช่วยลดอาการทางจิต เช่น หูแว่ว ภาพหลอน อาการหลงผิด ก้าวร้าว เป็นต้น
- ง. ช่วยให้อาการทางจิตดีขึ้น

หมายเลขแบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

เห็นด้วยมาก

หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านมากที่สุด

เห็นด้วยปานกลาง

หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่าน แต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้อง

หรือไม่

เห็นด้วยน้อย

หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านน้อยหรือไม่ตรงเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปาน กลาง	เห็น ด้วย น้อย
1.	การที่ท่านมีพ่อแม่ พี่น้อง ป่วยเป็นโรคจิตเภท ท่านมีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนที่ ไม่มีพ่อแม่ พี่น้องเป็นโรคจิตเภท			
2.	การที่ท่านดื่มสุรา ใช้สารเสพติด ทำให้ท่านมี อาการทางจิตกำเริบได้			
3.	การที่ท่านเพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ ปรึกษาแพทย์ จะมีโอกาสเสี่ยงทำให้อาการ กำเริบได้			
4.	.....			
5.	.....			
6.	.....			
7.	.....			
8.	.....			
9.	.....			
10.	.....			
11.	.....			
12.	การดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ชา กาแฟ ไม่ส่งผลต่อ การรักษาด้วยยาทางจิต			

หมายเลขแบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและอาการข้างเคียงจากยา

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านมากที่สุด  
 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่าน แต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่  
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านน้อยหรือไม่ตรงเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็น ด้วย น้อย
1.	โรคจิตเภทเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้			
2.	การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการ ทางจิตที่ก้าวร้าว รุนแรง เช่น ทำร้ายผู้อื่น ทำลายข้าวของ			
3.	ถึงแม้ว่าท่านได้รับการรักษาจนอาการสงบ ท่านก็ไม่สามารถทำงานได้เหมือนคนปกติ			
4.	.....			
5.	.....			
6.	.....			
7.	.....			
8.	.....			
9.	.....			
10.	.....			
11.	.....			
12.	ผู้ป่วยที่รับประทานยาทางจิตเวชทุกราย จำเป็นต้องมีอาการข้างเคียงที่รุนแรงจากการใช้ยา			

หมายเลขแบบสอบถาม.....

## แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำ

คำชี้แจง โปรดเขียนเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับคำตอบของท่าน

เห็นด้วยมาก หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านมากที่สุด  
 เห็นด้วยปานกลาง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่าน แต่ไม่แน่ใจว่าถูกต้องหรือไม่  
 เห็นด้วยน้อย หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเชื่อของท่านน้อยหรือไม่ตรงเลย

ข้อ	ข้อความ	เห็นด้วย มาก	เห็นด้วย ปานกลาง	เห็นด้วย น้อย
1.	การรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอตามแพทย์สั่งจะส่งผลให้ไม่ต้องมานอนโรงพยาบาล			
2.	การรับประทานยาทางจิตครบทุกมื้อตามแพทย์สั่ง จะช่วยลดอาการทางจิตที่รุนแรงได้			
3.	.....			
4.	.....			
5.	.....			
6.	.....			
7.	.....			
8.	.....			
9.	.....			
10.	.....			
11.	.....			
12.	เมื่อท่านมีอาการทางจิตที่ดีแล้ว ท่านยังคงจำเป็นต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่ง			

แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

NO	อาการและอาการแสดง	ว/ด/ป	ว/ด/ป
1.	หมกหมุ่น กังวล เกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)		
2.	อาการวิตกกังวล (Anxiety)		
3.	การแยกตัว (Emotional Withdrawal)		
4.	ความคิดสับสน (Conceptual Disorganization)		
5.	ความรู้สึกผิด (Guilt Feeling)		
6.	ความตึงเครียด (Tension)		
7.	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms and Posturing)		
8.	ความคิดว่าตนมีความพิเศษเกินจริง (Grandiosity)		
9.	อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive Mood)		
10.	ไม่เป็นมิตร (Hostility)		
11.	ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)		
12.	อาการประสาทหลอน (Hallucinatory Behavior)		
13.	การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor Retardation)		
14.	การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา (Uncooperativeness)		
15.	เนื้อหาความคิดผิดปกติ หลงผิด (Unusual Thought Content)		
16.	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted Affect)		
17.	อาการกระวนกระวาย (Excitement)		
18.	ไม่รับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)		
	รวมคะแนน		
	ลายมือชื่อผู้ประเมิน		

การให้คะแนน

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

ความหมายของคะแนน

- ≤ 18      หมายถึง อยู่ในเกณฑ์ปกติ  
 19 – 36      หมายถึง มีอาการทางจิต  
 37 – 126      หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน



ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างแบบฟอร์มความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ  
โปรแกรมแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## ใบความคิดเห็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

### โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

(สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ)

ชื่อผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์นพดล วาณิชฤดี  
 ชื่อผู้ศึกษา นางสาวชุตินา ทองอยู่  
 สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช  
 อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก อาจารย์ ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์  
 เบอร์ที่สามารถติดต่อได้ 087-9372074, 086-5034811  
 หัวข้อวิทยานิพนธ์ ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือ  
 ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท  
 เครื่องมือที่ใช้ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการ  
 รักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท  
 กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9)  
 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษา  
 แผนกผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา มีประวัติการขาดยาและการรับประทานยา  
 ไม่ต่อเนื่องมากกว่า 1 ครั้ง ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 20 – 59 ปี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่  
 กำหนดไว้ จำแนกเป็นกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

#### ความคิดเห็น

##### 1.รูปแบบกิจกรรม

เหมาะสม

ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....  
 .....

##### 2.จำนวนครั้งในการจัดกิจกรรม

เหมาะสม

ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....  
 .....

### 3. เนื้อหาของกิจกรรม

3.1 กิจกรรมที่ 1 สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท  
สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว

เหมาะสม  ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

3.2 กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 การสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของการ  
ป่วยซ้ำ

เหมาะสม  ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

3.3 กิจกรรมที่ 3 สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและ  
ผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช

เหมาะสม  ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

3.4 กิจกรรมที่ 4 สัปดาห์ที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการ  
ข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

เหมาะสม  ควรปรับปรุง

ข้อเสนอแนะ

.....  
.....

ลงชื่อ .....

(นายแพทย์นพดล วาณิชฤดี )

ผู้ตรวจสอบเครื่องมือ

ภาคผนวก ซ.

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ตารางแสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ข้อคำถาม	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม	
	Pre-test	Post-test	Pre-test	Post-test
1. ....	7.92	12.24	7.92	9.36
2. ....	9.18	11.34	9.00	10.08
3. ....	7.56	10.08	8.10	7.38
4. ....	8.10	11.70	9.18	10.08
5. ....	9.18	12.78	9.00	10.08
6. ....	9.54	12.24	8.82	9.32
7. ....	8.46	11.70	8.82	9.72
8. ....	8.10	11.16	9.00	9.90
9.เมื่อท่านมีอาการผื่นปกติจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต รีบไปพบแพทย์ทันที	<b>6.12</b>	<b>9.72</b>	<b>3.78</b>	<b>4.68</b>
10.เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านจะกดยาลดอาการข้างเคียงที่แพทย์สั่งให้	7.02	<b>8.64</b>	<b>4.32</b>	<b>5.22</b>
11.ท่านขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	<b>5.40</b>	<b>9.72</b>	<b>4.68</b>	<b>4.68</b>
12. ....	8.10	12.78	9.72	9.90
13. ....	9.54	12.24	9.54	8.82
14. ....	9.00	12.24	9.00	10.44
15. ....	8.28	12.06	8.48	9.90
16.ท่านปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผื่นปกติจากการใช้ยา	<b>6.48</b>	11.88	6.66	11.52

จากตาราง แสดงค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา พบว่า ในกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบข้อคำถามใน ข้อที่ 9, 10 และ 11 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในน้อย คือ 3.78, 4.32 และ 4.68 ตามลำดับ และหลังการทดลองก็ยังพบว่า ข้อคำถามใน ข้อที่ 9, 11 และ 10 ก็ยังมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในน้อย เช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง ที่พบว่าก่อนการทดลอง พบข้อคำถามใน ข้อที่ 11, 9 และ 16 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในน้อย คือ 5.40, 6.12 และ 6.48 ตามลำดับ

เมื่อเทียบกับค่าเฉลี่ยของคะแนนในข้อคำถามอื่น และเมื่อได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก็ยังพบว่า ข้อคำถามใน ข้อที่ 10, 9 และ 11 มีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ในน้อย คือ 8.64, 9.72 และ 9.72 ตามลำดับ ซึ่งพบว่า

1. ข้อคำถามดังกล่าวยังเป็นปัญหาหรือผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมซ้ำๆแบบเดิมอยู่
2. บทบาทของพยาบาลที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อพยาบาลประเมินได้ว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงจากยาที่ผู้ป่วยได้รับ พยาบาลก็จะมีการรายงานอาการให้แก่แพทย์เจ้าของไข้ทราบ ซึ่งเป็นผลให้ผู้ป่วยไม่ได้เป็นผู้กระทำเอง
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมาพบแพทย์หรือพยาบาล โดยไม่ได้จัดการกับอาการข้างเคียงจากยาเบื้องต้นหรือไม่ได้ปรึกษาก่อน โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยาในระดับที่รุนแรง



### ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวชุติมา ทองอยู่ เกิดเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2530 ที่จังหวัดชัยนาท สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี เมื่อปีการศึกษา 2551 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2555 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ หอผู้ป่วยจิตเวชพิเศษหญิง ตึกมะลิวัลย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

