

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภท
  - 1.1 ความหมาย สาเหตุ ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
  - 1.2 การดำเนินโรค
  - 1.3 การรักษาโรคจิตเภท
  - 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ
  - 2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ
  - 2.3 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ
  - 2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ
  - 2.5 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.6 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
5. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ถึงแม้ว่าความชุกของการเกิดโรคจิตเภทผู้ชายจะเท่ากับในผู้หญิง แต่ระยะเวลาการเกิดในผู้ชายจะเร็วกว่า และรายงานอุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภท จะอยู่ในช่วง 0.5-5.0:10,000 คนในพื้นที่ต่าง ๆ กัน อุบัติการณ์สูงในผู้ที่อยู่ในเขตเกษตรกรรมมากกว่าคนที่อยู่ในเขตเมือง (Kaplan & Sadock's, 2007)

### 1.1 ความหมาย สาเหตุและลักษณะอาการของโรคจิตเภท

#### 1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบในประชากรทุกกลุ่มและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง และมีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอจะสรุปได้ดังนี้

ICD-10 (The International classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขาวงปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

ในระบบการจำแนกโรคของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition ; DSM-IV , 1995) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วย และการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูด และความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในคนทั่ว ๆ ไปควรจะมี ประกอบด้วย อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูดและขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิด ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน และมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (American Psychiatric Association, 1995)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกตัวและความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการและปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็น

เวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม / การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือภาวะการเจ็บป่วยทางกาย

### 1.1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ แต่ มีเหตุปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัย สรุปได้ดังนี้ (รัชนิ ศรีหิรัญ, 2544)

#### 1) ปัจจัยทางชีวภาพ

- พันธุกรรม พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษานในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Black & Anderson cited in Townsend, 2000) ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมมากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

#### - ปัจจัยทางชีวเคมี

1. สมมุติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมุติฐานนี้เชื่อว่ามีการหลั่งสารโดปามีนออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตมีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาค้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

2. สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโตนิน (Serotonin) อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2542)

- ปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส (Steven cited in Townsend, 2000) ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจที่สมองพบว่า ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน hippocampus, amygdala, temporal lobes, basal ganglia (Black & Anderson cited in: Townsend, 2000)

## 2) ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ Freud (2000) เชื่อในกระบวนการคิดเริ่มแรกว่าการคิดเพื่อฝัน และเผด็จการ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดในโรคจิตเภท Sullivan (1953) เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างเด็กและครอบครัวที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูง ซึ่งทำให้เด็กปฏิเสธว่าไม่ใช่ฉัน (not me) แต่เป็นคนอื่นซึ่งมีผลกระทบต่อระบบความเป็นตนเอง และเป็นพื้นฐานของการเกิดโรคจิตเภท

## 3) ปัจจัยทางครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งเป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ผู้รับสารที่เป็นเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัว ขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Kaplan & Sadock, 1998)

## 4) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & sadock, 2000)

## 5) ปัจจัยรวม (Transactional model)

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจนไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าจะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

**1.1.3 อาการทางคลินิก** ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ อาการและอาการแสดงที่สำคัญแบ่งได้เป็น 2 แบบ (Taylor, M.C., 1994 ; Jonhson, 1993) คือ

1) อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms/ Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัดคือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพุดเร็ว และมีพฤติกรรมอาการแสดงออกที่แปลกไปจากเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2) อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms/ Type II syndrome) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ทำเฉยวานาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม หรือเฉยชา ซึ่งเกิดจากความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน

1.2 การดำเนินของโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1.2.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจด้านศาสนาหรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ได้ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัดๆอาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมา

1.2.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายเดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น อาการที่พบบ่อยในระยะกำเริบมีดังนี้

1) อาการหลงผิด (delusions) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น หวาดระแวง หลงผิด

2) อาการประสาทหลอน (hallucinations) คือการมีการรับรู้ต่างๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปกับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและการสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว เช่น เสียงแว่วคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ภาพหลอน อาจเห็นภาพคนใกล้ชิด รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆหรือลิ้นรับรู้รสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

3) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะไม่เป็นเหตุเป็นผล

หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเข้าใจคนเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาโดยผ่านทาง การสนทนา เป็นการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง โดยไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิม หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นหลายๆการวางคำในประโยคเองจะสับสนทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย

4) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปจนเห็นได้ชัด บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าว

5) อาการทางอารมณ์ อาจพบผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางรายอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียวทั้งที่ไม่มีเรื่องขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการทางจิตดีขึ้น

**1.3 การรักษา** สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทำให้ยากแก่การรักษา ดังนั้นการรักษาจึงแปรเปลี่ยนไปตามอาการเด่นๆของผู้ป่วย วิธีการรักษาอาจต้องใช้ในการผสมผสานของวิธีกรหลายอย่างร่วมกัน โดยแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

#### 1.3.1 การรักษาด้วยยา

ยังถือเป็นการรักษาหลัก โดยยาจะช่วยปรับแก้ความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค มีผลทำให้ลดอาการรุนแรงของโรคลงเกือบทุกอาการ โดยเฉพาะอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น ถ้ายาที่รักษาได้ผล พบว่ามีผลมากที่สุด ในสัปดาห์แรก และพบว่าผลของยาเกิดมากในเวลา 4 สัปดาห์แรก เมื่อเริ่มอาการทุเลา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การติดต่อสื่อสารจะดีขึ้น ซึ่งในระยะนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับยาต่อไปจนกว่าอาการจะคงที่ โดยจะต้องรับยาต่อเนื่องประมาณ 1 - 2 ปี ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

#### 1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง

#### 1.3.3 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment)

เนื่องจากโรคจิตเภททำให้ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมเสียอย่างมากในด้านการทำงาน และการเข้าสังคมซึ่งปัญหาดังกล่าวยังคงอยู่ แม้อาการของโรคจิตจะลดลงแล้ว ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียด ซึ่งแบ่งได้ดังนี้

- การรักษาแบบผู้ป่วยใน (inpatient milieu treatment) ซึ่งจะลดความเครียดของผู้ป่วย และดูแล และการรักษาจะช่วยทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์จริงเพื่อให้สามารถกลับไปประยุกต์ใช้เมื่ออยู่ในชุมชนของตนเองได้

- การรักษาแบบไปกลับ (partial hospitalization) การรักษาสามารถจัดให้กับผู้ป่วยนอก โดยจัดให้ผู้ป่วยมีการเข้าสังคม การฝึกอาชีพ การทำจิตบำบัดและการให้ความรู้ในเรื่องของจิตใจ

- การทำจิตบำบัด โดยแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) และจิตบำบัดรายกลุ่ม (group psychotherapy) การรักษาแบบนี้มีประโยชน์ในการช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้ได้มากที่สุด

- ครอบครัวบำบัด (family therapy) มุ่งเน้นให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องธรรมชาติบำบัดของโรค และบทบาทของญาติในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ (relapse)

- การฝึกความชำนาญในการเข้าสังคม (social skill training) ซึ่งจะเป็นการมุ่งเน้นเพิ่มความชำนาญในการคบหาผู้อื่น (interpersonal skills) การให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมต่างๆ ก่อนที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

#### 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงความคิดผิดปกติทางจิตหลายประการ ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความครอบคลุมลักษณะโดยรวมของผู้ป่วย และจำเป็นที่ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีลักษณะตรงไปตรงไปมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมาย สื่อความหมาย ของสิ่งที่ได้รับรู้ และด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญ คือ เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดจริงได้ ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายมีลักษณะการดำเนินของโรคและอาการแตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนการพยาบาล ควรต้องมีการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น เป้าหมายระยะสั้น สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ เป้าหมายระยะกลางสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และเป้าหมายระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะกลับบ้าน โดยการให้การช่วยเหลือพยาบาลต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งพยาบาล ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพยาบาลต้องได้รับความครอบคลุมทุกด้านตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ต้องให้การดูแลทั้ง “บุคคล” โดยสาระสำคัญที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) คือ

1) การเน้นการให้พยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความช่วยเหลือ การตอบสนอง

ความต้องการด้านสุขภาพครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพ  
นั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล  
ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ  
การช่วยเหลือให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ การดูแล บำบัดรักษา/  
บรรเทาอาการของโรค ฟื้นฟูสภาพ (Rehabitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู  
(Recover Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention)  
การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

### แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของ  
บุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ

1) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น  
การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ(Compassion)  
ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรม  
เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึง  
พอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการ  
เจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็น  
สภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการ  
พัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์  
ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุข  
ภายในครอบครัวที่อบอุ่น

พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเองเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิเพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้  
และประสบการณ์ของตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ไขปัญห  
สุขภาพ พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกลงในขณะนั้น พัฒนาและ  
ดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

3) พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึด  
ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง  
วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

- กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว  
รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ



- กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

- ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

- ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคูณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้นต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

- จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือการมีสุขภาพดีหรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

นอกจากนั้น พยาบาลควรต้องคำนึงถึงความต้องการของมนุษย์ เนื่องจากการดำเนินชีวิตของบุคคลที่มีความปกติสุข คือ การที่บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้ จึงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยพยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป ซึ่งประกอบด้วย 4 ประเภท ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เพิ่มความแข็งแกร่งของอวัยวะของร่างกาย ในสถานะที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ ความต้องการเพื่อการอยู่รอดนี้ จะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตลอดเวลา เหมายหารตอบสนองความต้องการกลุ่มนี้ คือชีวิตอยู่รอด ปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) บุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลยังมีอายุมากขึ้นเท่าใด บทบาทที่ต้องกระทำยิ่งมีมากขึ้นเท่านั้น ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary role) คือบทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด จะไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่ทุกคนได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้และเป็นบทบาทหน้าที่ค่อนข้างถาวร บทบาทตติยภูมิ (Tertiary role) คือบทบาทที่ทุกคนได้มาแล้วดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เมื่อบุคคลมีบทบาทหลายบทบาท บุคคลนั้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในบทบาทและยิ่งยากลำบากในการตอบสนองหรือการแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เป้าหมายการตอบสนองเพื่อการทำหน้าที่นี้ คือความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) คือ ความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านความคิด ความเชื่อและความศรัทธา อารมณ์ และ

การแสดงออก มีความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการของบุคคลที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะมีความสุข พึงพอใจ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ รู้สึกและรับรู้คุณค่าในตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน กล่าวได้ว่า เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการในกลุ่มนี้ คือ บุคคลมีความรู้สึกมั่นใจและพอใจ

4) ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รักและบุคคลอื่นๆที่เป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายถึงการมีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมที่เกิดขึ้น สู่การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์และการพึงพาสันับสนุน ปรึกษาปรึกษาซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต

### การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและ/หรือผู้อื่น การรับไว้รักษาเป็นการป้องกันเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้จากอาการทางจิตที่เกิดขึ้นและการรักษาพยาบาลเป็นการบำบัดอาการทางจิตหลังจากให้การบำบัดจนอาการทุเลาลงแล้ว ผู้ป่วยก็จะสามารถกลับไปดำเนินชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้ต่อไป

ดังนั้นในการพยาบาลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย ภายหลังการประเมินปัญหาและสาเหตุของการเจ็บป่วยได้อย่างละเอียด เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ และให้การส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมรวมทั้งการให้คำปรึกษาครอบครัวคำปรึกษากับครอบครัว การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตเป็นสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) มีดังนี้

- 1) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล
- 2) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
- 3) การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆ ดังนี้

- การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวของร่างกายและขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ

- การดำรงตนในฐานะสมาชิกในสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคม ในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรมเพื่อการร่วมกับบุคคลอื่น เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทางสังคม

- การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

- การมีสมรรถนะด้านร่างกายหรือมีความแข็งแรงทางด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงในระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

การพยาบาลผู้ป่วยปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

จากที่ได้กล่าวมาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช จะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีการกระทำ/การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ 2 แบบ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป จัดเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการรักษาเป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาทางยาและการรักษาทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพและการพยาบาลผู้ป่วยปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท คือ การปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

## 2. แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือ เป็นการกลับมาเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and Sundel, 1999 : 160) เป็นการปรากฏของอาการทางจิตซ้ำหรือมีอาการทางจิตที่รุนแรงเช่นเดิม หลังจากที่ได้รักษา

จนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่ลงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (ดวงตา อุทุมพฤษย์พร, 2533 ; Birchwood and Spencer, 2001; เพชร คันธสายบัว, 2544) การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกได้จากการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรม ซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มอาการ (Baker, 1995; Kennedy et al, 2000 ; Meijel, 2003) จะเห็นว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรม ตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

## 2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ

จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในหนึ่งปีแรก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆเลยกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 70 (Meijel et al., 2003 : 65) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น (Sandock and Sandock, 2000) จากการศึกษาของสมพร นุชราทิจและคณะ (2551) พบว่าผู้ป่วยที่การหยุดยาโรคกำเริบมากกว่าคนกินยาต่อเนื่อง 5 เท่า ถ้าโรคกำเริบแล้วกว่าจะรักษาหายกลับมาดีเท่าเดิม จนหายจากโรค อาจต้องใช้เวลามากกว่า 2 ปี โดยเกณฑ์ที่บอกว่าผู้ป่วยน่าจะหายจากโรคคือ อาการทางจิตหายไป ทำหน้าที่ของตนเองได้ ดูแลตนเองในเรื่องชีวิตประจำวันได้ ผู้ป่วยที่ครั้งแรกหายตามเกณฑ์ ดังกล่าวนี้เพียง 14 % เมื่อรักษาไปเป็นเวลา 5 ปี

## 2.3 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

ปัจจัยการป่วยซ้ำ การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลายปัจจัยและเป็นปัญหาที่พบได้มากนับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการจำแนกปัจจัยที่แสดงถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จึงเป็นสิ่งที่บอกถึงแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จากการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2544) พบว่ามีปัจจัยที่จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ คือ

1) การเตรียมการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหาเป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำหรืออาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ

2) การใช้จ่ายที่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้จ่าย การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของ

ผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษาและการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3) สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงข้ามกับการไม่มีคู่สมรสกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักถึงการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากที่ผู้ป่วยที่แต่งงานมีครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น ทำให้มีความเครียด ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรส แต่อยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงานและทำให้สามารถดูแลตัวเองได้ดี

4) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง ซึ่งมีหลายสาเหตุได้แก่ ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้ ญาติที่รู้สึกผิดก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป และเป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำ เป็นการอธิบายถึงลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นาน โดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ

5) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำในต่างประเทศให้ความสำคัญกับการจำแนกอาการเตือน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดการตอบสนองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความเครียดบางอย่างขึ้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมซึ่งเป็นตัวที่เริ่มก่อให้เกิดอาการทางจิตที่เสื่อมถอยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการเตือนล่วงหน้า มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-70 ล้วนเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนล่วงหน้าในช่วง 1-4 สัปดาห์ก่อนเกิดการป่วยซ้ำ (Royal Brisbane Hospital, 2003)

## 2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

### 2.4.1. ผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเสี่ยงจะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย (Sandock and Sandock, 2000) ความบกพร่องในการดูแลตนเองโดยทั่วไ้แก่ ด้านอาหาร คือ ไม่สนใจรับประทานอาหาร (จินดารัตน์ พิมพีศิต, 2541) ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (Gopinath & Chaturvedi, 1992 อ้างใน สถิต วงศ์สุรประกิจ, 2541) ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้าไม่ยอมทำอะไร (จินดารัตน์ พิมพีศิต, 2541) มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการประกอบอาชีพ คือหลังการเจ็บป่วยทางจิตบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่ทำงานอะไร ส่วนผู้ที่เรียนหนังสือก็ไม่กลับไปเรียนต่อ (จินดารัตน์ พิมพีศิต, 2541) บกพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง เช่น ดิคสารเสพติด เป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคเอดส์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ(จินตนา ถีละไกรวรรณ, 2542 อ้างถึงใน ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

### 2.4.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

สำหรับครอบครัวนั้น มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมากทำให้รู้สึกเป็นภาระส่งผลกระทบต่ออารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ทำให้มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความตึงเครียดเป็นสาเหตุของการแสดงอารมณ์สูง(เพชร คันธสายบัว, 2548) ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา(ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำมากกว่าที่มารับการรักษาครั้งแรก (วิวัฒน์ ขณภูพานนท์ และคณะ, 2536) บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องทำงานบ้านเองทั้งหมดเพราะผู้เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงาน ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบและเกิดภาวะเครียดจนเกิดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) และการมีพฤติกรรมก้าวร้าว/ไม่เป็นมิตรร้อยละ 39 อยู่ไม่นิ่ง/กลางคืนไม่นอนร้อยละ 38 และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด ร้อยละ 35 ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการเก็บอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ เกิดความกดดันให้กับตนเองทำให้มีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางจิตสูง

(Sallhe,1994) และจากการศึกษาของรัชนีกร อุปเสน (2541) ที่ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่า การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภททำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมาคืออาการพักผ่อนและผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ

### 2.4.3. ผลกระทบต่อสังคม

ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน เมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด หรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทุบทำลายข้าวของ เป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) มีพฤติกรรมที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เช่น โรคเอดส์ และมีความเสี่ยงต่อการติดสารเสพติดมากกว่าคนปกติ ดังนั้นศึกษาของ มาเลท (Mallakh,1998) ที่พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ที่เป็นโรคจิตมักติดสุรา หรือสารเสพติด

### 2.4.4. ผลกระทบต่อประเทศ

การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งผู้ป่วย แพทย์ และระบบบริการสุขภาพจิต การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ ทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ดังการศึกษา วิจัยต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 175.36 บาท/ครั้ง ผู้ป่วยใน 9446.7 บาท/ราย (วิวัฒน์ ยถาภูรานนท์ และคณะ, 2536) และในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต , 2541)

## 2.5 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำ เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Sundel and sundel, 1999 อ้างในเพชร คันทสายบัว, 2544) ดังนั้นพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการกระทำเพื่อไม่ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น องค์ประกอบที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมี 3 ปัจจัย ได้แก่ การจำแนกออาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง (วัฒนารณณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549) ดังนี้

### 2.5.1 การจำแนกออาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs)

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ในอนาคต (disability, handicap) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอก

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

1. ระดับปกติหรือคงที่: รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังคงควบคุมและจัดการได้
2. ระดับปานกลาง: มีความคิดฟุ้งซ่าน หงุดหงิดทางกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระแวงคนรอบตัว ไม่รับประทานอาหาร
3. ระดับรุนแรง: มีความคิดกลัวหวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน

การจำแนกอาการเตือนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการเตรียมตนเอง จำเป็นต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท ลักษณะอาการเตือน มีแนวทางในการจำแนกอาการเตือนและวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้

### 2.5.2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา

เป็นการ จัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคม และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antai-Otong, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช เพื่อให้ไม่ให้อาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Baker, 1995)

การเตรียมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

### 2.5.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง

ยารักษาโรคจิตมีความสำคัญอย่างมากต่อการรักษาโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีข้อดีที่เหนือกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการรักษาอาการด้านลบ และยังสามารถลดอุบัติการณ์การเกิดอาการไม่พึงประสงค์ เช่น Tardive dyskinesias, Extrapyrimalidal syndrome แต่ผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่จะมีรายงานการเกิดอาการไม่พึงประสงค์ที่พบบ่อยที่สุดคือ น้ำหนักเพิ่มเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ผู้ป่วย จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานานอีกทั้งยังเกิดอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา จึงทำให้พบปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ มีรายงานพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความไม่



ร่วมมือในการใช้ยาประมาณร้อยละ 20-89 (เฉลี่ยร้อยละ 50) ผลกระทบของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะทำให้เพิ่มความเสี่ยงในการกลับเป็นซ้ำ เพิ่มการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล เสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลจำนวนมาก (สมพร บุษราทิจ, 2551) การป้องกันการป่วยซ้ำนับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ คือการมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาดด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Johnstone and Geddes, 1994) เมื่อผู้ป่วยจำแนกอาการเตือนได้ด้วยตนเองทำให้สามารถรับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ จึงใช้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ ร่วมกับการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง นับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทนับว่ามีความสำคัญมาก เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549)

## 2.6 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อนมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง ที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่า ปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับรักษาซ้ำ ได้แก่ มีการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ดังนั้นเป้าหมายหลักของการพยาบาลเพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่กลับไปป่วยซ้ำ

### บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่ง ซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแล รักษาฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์ และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้สึกความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการ

บุญวดี เพชรรัตน์(2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยาตลอดจนศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต

ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และ การปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

**สมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูง** ( Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) ประกอบด้วย (Hickey,J.V. et al.,1999)

- 1) การเป็นผู้ชำนาญการด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
- 2) การมีทักษะในการสอนอบรม และแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว (education)
- 3) การเป็นที่ปรึกษา (consultation)
- 4) การประสานงาน ทั้งในสาขาวิชาชีพเดียวกัน ต่างสาขาวิชาชีพ (collaboration)
- 5) บทบาท change agent
- 6) การเป็นผู้นำและผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical and professional leadership)
- 7) การใช้ผลงานการวิจัย (researcher) เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
- 8) บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม (ethical)
- 9) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation of outcomes)
- 10) การประกันคุณภาพ (quality assurance) ทางพยาบาล

การดำเนิน โครงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและกิจกรรม ที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วย โรคจิตเภทที่มีพฤติกรรมการป่วยซ้ำ ดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการ พยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหา เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติ ของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและและผู้ให้การดูแล ให้การวินิจฉัย ทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป่วยซ้ำ เพื่อวางแผนการ ในการจัดการกับพฤติกรรมและการรับรู้ที่ไม่เหมาะสม ดำเนินการ โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยต่างๆเป็นแนวทางในการปฏิบัติ ซึ่งประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับ ผู้ป่วย ประเมินความเข้มแข็งหรือศักยภาพในการดูแลตนเองที่มีอยู่ของผู้ป่วย และการให้ความรู้ เกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการและการรักษาผลกระทบของความเจ็บป่วยและประสบการณ์ การในการจัดการกับอาการในอดีต ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม และสอนกลยุทธ์การ จัดการพฤติกรรมการป่วยซ้ำ ด้วยวิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้แล้วได้ผลดี และลดลักษณะของ พฤติกรรมการป่วยซ้ำ

2) ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ในการจัดการกับพฤติกรรมการป่วยซ้ำ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ถึงสาเหตุ อาการและการรักษา สอนกลยุทธ์การจัดการกับพฤติกรรม การป่วยซ้ำวิธีต่างๆที่มีงานวิจัยออกมาว่าใช้แล้วได้ผลดี ฝึกทักษะในการจัดการกับพฤติกรรมการ

ป่วยซ้ำ ซึ่งในการสอนและฝึกทักษะต้องใช้เทคนิคหลากหลายเช่นการสาธิตจากตัวแบบ การทดลอง ปฏิบัติ รวมทั้งครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับการส่งเสริมให้มีการพึ่งตนเอง ด้วยการดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ให้คำแนะนำในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Sandock and Sadock, 2000) มีการวางแผนการสอนก่อนจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญ และการจัดการกับปัญหา ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้ป่วย

3) ด้านการให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยเกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งให้ในระหว่างการดำเนิน การและเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการความช่วยเหลือหลังจากดำเนินการศึกษาในระหว่างที่ผู้ป่วยยังอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการของผู้ป่วยและสังเกตอาการนำก่อนที่จะมีอาการทางจิตที่รุนแรงมากขึ้น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหรือมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ครอบครัว เพื่อช่วยให้มีแหล่งช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาอื่นๆเมื่อเกิดปัญหาขึ้น

4) ด้านการประสานงานกับ โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ โดยประสานงานกับ ผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล หัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วยใน โดยชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้านการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ภายหลังจากดำเนินการศึกษา มีการพัฒนาคุณภาพบริการ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการ มีความตระหนักในบทบาทเรื่องการเสริมสร้างพัฒนาความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ

6) ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในโรงพยาบาลจิตเวชและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนปัญหาการจัดการกับอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นปัญหาที่ต้องหาแนวทางการแก้ไข พัฒนาความสามารถในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการป่วยซ้ำ เนื่องจากการป่วยซ้ำบ่อยๆ ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว คือตัวผู้ป่วยเองจะมีอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ทำให้มีพยาธิ

สภาพค่อนข้างถาวร มีการสูญเสียในทางเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้รู้สึกเป็นตราบาป นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาทั้งผู้ป่วย แพทย์และระบบบริการสุขภาพจิตซึ่งโดยทั่วไปแล้วการป้องกันโรคมักมีความสำคัญเป็นอันดับสอง รองจากการรักษาในระยะเฉียบพลัน การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษาและจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก การรักษาและการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอก็ไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นทั้งโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพจิตและระบบการเงิน ต้องเอื้อประโยชน์สำหรับการป้องกันการเกิดโรคและการป่วยซ้ำ (Kissling, 1994) ในการป้องกันการป่วยซ้ำในสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นการลดการเจ็บป่วยหรือความพิการอย่างเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การสร้างพฤติกรรมใหม่ นับว่าเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองให้ได้มากที่สุดซึ่งการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ที่มักมีอาการเตือนหรือมีอาการนำมาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นเสมอและมีลักษณะที่เฉพาะในแต่ละบุคคล

บทบาทของพยาบาลในการป้องกันการป่วยซ้ำ ควรทำไปพร้อมๆกันกับการรักษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ดังนั้นการนำพฤติกรรมการเรียนรู้ (Cognitive behavior) มาอธิบายการเกิดการป่วยซ้ำ โดยเริ่มจากภาวะเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น สามารถลดการป่วยซ้ำได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองลดลง เริ่มกลับไปมีอาการหรือความประพฤติกกรรมแบบเดิมอีก มีโอกาสป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น (Marlatt and Gordon, 1985 cited in Taylor, 1995: 112)

### 3. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีหลายแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น

**3.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)** แนวคิดนี้อธิบายว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพ เป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคลการที่บุคคลรับรู้ว่าคุณเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังไม่แน่ชัดว่าจะเป็นพฤติกรรมแบบใด การเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าคุณอยู่ภายใต้อิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคน้อย ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้น แต่ถ้าความพร้อมมีน้อยในขณะที่ข้อเสียมีมาก ก็จะไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีมาก แต่

ข้อเสียหรืออุปสรรคก็มีมากเช่นกัน ในสถานการณ์เช่นนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง และอาจมีปฏิกิริยาออกมาใน 2 ลักษณะ คือ พยายามหนีจากสถานการณ์นั้นและมีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมาก ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยด้านโครงสร้างเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

**3.2 ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy theory)** แนวคิดนี้อธิบายว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นบางอย่างได้สำเร็จ บุคคลใช้กระบวนการทางปัญญาพิจารณาตัดสินใจความสามารถของตนโดยอาศัยการประเมินข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จของตนเอง ประสบการณ์ของบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และภาวะอารมณ์ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นกลไกที่เชื่อมโยงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะประเมินสมรรถนะของตนเองเมื่อจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากลำบาก

**3.3 ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action)** อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐาน เจตคติ ความตั้งใจและพฤติกรรม โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและใช้ข้อมูลต่างๆอย่างมีระบบ มีการพิจารณาก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ ปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆจึงอยู่ภายใต้การควบคุมโดยการเลือกหรือการตัดสินใจของบุคคล ตัวกำหนดพฤติกรรมโดยตรงคือความตั้งใจ ซึ่งเกิดจากปัจจัยพื้นฐาน 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือเจตคติต่อพฤติกรรมนั้นๆ และปัจจัยทางสังคม คือบรรทัดฐานของสังคม

**3.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior)** เป็นทฤษฎีที่ขยายมาจากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล โดยเพิ่มโน้ตศน์การรับรู้การควบคุมในการปฏิบัติพฤติกรรมเข้าไปเพื่ออธิบายปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรม ด้วยแนวคิดว่าคุณคนจะปฏิบัติพฤติกรรมต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติและรับรู้ว่าคุณคนสามารถควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวได้ การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยความตั้งใจและความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม บุคคลจะใช้ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมมากยิ่งขึ้นเมื่อรับรู้ว่าคุณคนมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวสูง

**3.5 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory)** ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างความเข้าใจในภาวะคุกคามต่อสุขภาพหรือความกลัวในภาวะคุกคามต่อสุขภาพ โดยเน้นผลที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จุดเน้นคือ การสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการรู้คิด ให้บุคคลตระหนักในความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผลลัพธ์ในพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น

ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่ช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะอย่างมีประสิทธิภาพ

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

จะเห็นได้ว่า แนวคิดทฤษฎีต่างๆอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในหลายๆปัจจัยคล้ายกัน เช่น

1) บุคคลจะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อบุคคลเป็นคุณค่าของผลลัพธ์จากการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยการพัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรคในช่วงแรกๆพัฒนาขึ้น เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค เน้นผลลัพธ์ที่ป้องกันการเกิดโรคหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพเน้นการสร้างเสริมและป้องกันโรค

2) ทุกแนวคิดทฤษฎีเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยการผ่านกระบวนการรู้คิด

3) ทุกแนวคิดทฤษฎียกเว้นทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล ให้ความสำคัญกับการประเมินความสามารถของตนเอง ถ้าบุคคลประเมินว่ากระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ ก็จะเป็นแรงจูงใจและทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

4) ทุกแนวคิดทฤษฎีให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ

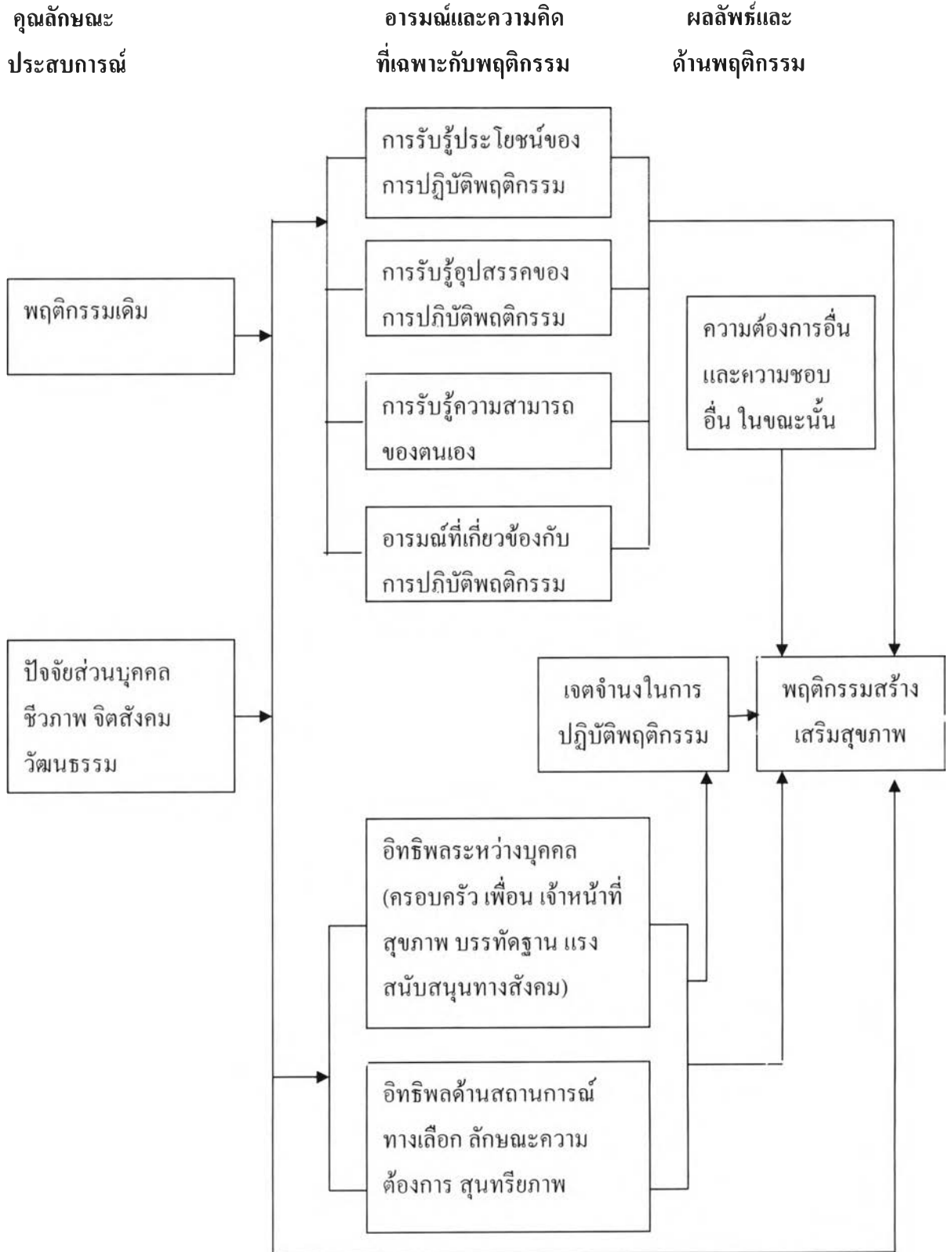
จะเห็นได้ว่า แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญครอบคลุมทั้ง 4 ข้อว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าว มาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย เพราะแบบจำลองนี้มีการปรับปรุงและพัฒนามาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 จนปัจจุบัน มีการทดสอบองค์ประกอบต่างๆว่าสามารถอธิบายและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ (Pender et al., 2006) รวมทั้งการนำแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้เพื่อที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ (Bandura, 1986)

### ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (Health Promotion Model)

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ได้อธิบายถึงกระบวนการทางจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (active role) พฤติกรรมเหล่านี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆ เข้าไว้เป็นวิถีชีวิต (lifestyle) แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender นี้ได้รับการตีพิมพ์ครั้งแรกในปี 1987 ได้รับการปรับปรุงใหม่จนถึงปี 1996 โดยอาศัยผลการวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆ ซึ่งทำให้ทราบถึงปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender, 1996: 55-56) องค์ประกอบของแบบจำลอง ได้แก่ ปัจจัยด้านคุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล (Individual Characteristics and Experiences) อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognition and Affect) และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม (behavioral Outcome) และในการตีพิมพ์ในปี ค.ศ. 2002 และ ค.ศ. 2006 ยังคงใช้แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพที่ปรับปรุงในปี ค.ศ. 1996 อยู่ต่อไป

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพมีพื้นฐานมาจากทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social learning theory) เน้นถึงความสำคัญของกระบวนการรู้คิดที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม และผลลัพธ์ด้านพฤติกรรม

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006)





### 1) คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

บุคคลแต่ละคนมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำที่ตามมา ภายหลัง คุณลักษณะและประสบการณ์ดังกล่าว คือ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล

#### ก. พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมที่บุคคลเคย

ปฏิบัติมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงอาจเกิดจากการสร้างเป็นสุขนิสัย ซึ่งทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างอัตโนมัติโดยไม่ต้องสนใจรายละเอียดของการปฏิบัตินั้นมากนัก

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

พฤติกรรมเดิมจึงเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งต่อการรู้คิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการปรับความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผ่านมาทางบวก และสร้างเสริมให้รับรู้ความสามารถและอารมณ์ของตนเองในทางบวก โดยผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการป้อนกลับทางบวก

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

- ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological) ได้แก่ อายุ เพศ คีชีความหนาของร่างกายภาวะการเจริญพันธุ์ ชีตความสามารถในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไว หรือการทรงตัวปัจจัยทางจิต (Psychological) ได้แก่ ความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการนิยามสุขภาพ เป็นต้น

- ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชนชาติ ลักษณะทางวัฒนธรรม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น

ปัจจัยส่วนบุคคล มีมากมาย บางปัจจัยมีอิทธิพลเฉพาะบางพฤติกรรมเท่านั้น เช่น จิตความสามารถในการทำงานแบบต่อเนื่อง มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายแต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้นในการให้การบำบัดทางการแพทย์ ควรพิจารณาเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีข้อสนับสนุนเชิงทฤษฎีว่าสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายได้ และควรคำนึงว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

## 2) อารมณ์และความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ปัจจัยทางด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และยังเป็นแก่นที่สำคัญสำหรับการบำบัด เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการทางการแพทย์ปัจจัยดังกล่าวได้แก่

### ก. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

ในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลมักคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นการคาดการณ์ดังกล่าวเป็นการวัดมโนภาพของผลด้านบวกหรือผลที่เสริมแรง โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่นบุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ ประโยชน์ดังกล่าวมีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกดีในตัว ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มสังคม เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงโดยจูงใจให้คนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน แต่จะมีอิทธิพลเล็กน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ดังกล่าวและระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและเกิดประโยชน์นั้น

### ข. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barrier to Action)

การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทั้งต่อความตั้งใจ และการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลวัดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบากการสูญเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม รวมทั้งทำให้บุคคลเกิดความสูญเสีย การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้นการรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงโดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนลดลง

### ค. การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถกระทำสำเร็จในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังของผลที่จะเกิดขึ้นเป็นตัวตัดสินว่า ผลอันใดที่จะเกิดขึ้นจากการกระทำนั้น เช่น เกิดประโยชน์หรือมีการสูญเสียเกิดขึ้น การรับรู้ความสามารถเป็นแรงจูงใจของบุคคลที่จะกระทำพฤติกรรมที่เรามีความสามารถจริง ๆ ความรู้สึกเกี่ยวกับความสามารถ และทักษะในการกระทำของบุคคลเป็นสิ่งเสริมสนับสนุนให้บุคคลบรรลุถึงพฤติกรรมเป้าหมายได้มากกว่าบุคคลที่มีความรู้สึกว่าตนเองไม่มีความสามารถ และไม่มีทักษะการรับรู้ความสามารถของตนเอง ขึ้นอยู่กับพื้นฐาน 4 ประการ คือ(1) การประเมินพฤติกรรมที่ตนเองประสบความสำเร็จด้วยมาตรฐานของตนเอง และจากการได้รับข้อมูลย้อนกลับจากผู้อื่น (2) ประสบการณ์จากการได้เห็นการกระทำของผู้อื่น โดยการสังเกต และนำมาประเมินเปรียบเทียบกับของตนเอง (3) จากคำพูดชักจูงของบุคคลอื่น ว่าเราเป็นบุคคลที่มีความสามารถกระทำพฤติกรรมนั้นได้ (4) สภาพร่างกาย เช่น ความวิตกกังวล ความกลัว ความสงบ ความเจ็บ เป็นต้น

รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ เสนอว่า ความรู้สึกนึกคิดที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมที่ปฏิบัติ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถของตนเอง เมื่อมีความรู้สึกนึกคิดทางบวกมากขึ้น ในทางกลับกันการรับรู้ความสามารถของตนเองมีอิทธิพลต่อการรับรู้อุปสรรคของการกระทำ โดยที่บุคคลที่มีความรับรู้สามารถสูง จะทำให้การรับรู้อุปสรรคในการแสดงพฤติกรรมเป้าหมายลดลงตามไปด้วย ความสามารถของตนเองเป็นแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยตรง และมีอิทธิพลโดยอ้อมต่อการรับรู้อุปสรรค และการตกลงใจที่จะปฏิบัติตามแผนที่กำหนด

### ง. อารมณ์ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรม (Activity-Related Affect)

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

### จ. อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งสำคัญที่สุดของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบอย่างบรรทัดฐานทางสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติที่คนส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแบบอย่างสามารถแสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

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

### ฉ. อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation Influences)

อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถสร้างเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้องการ และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อมที่พฤติกรรมดังกล่าวจะถูกปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

## 3) ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavior Outcome)

### ก. เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to plan of Action)

โดยทั่วไปเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้น ไปจนจบได้ เว้นเสียแต่เมื่อมีความต้องการหรือความชอบอื่นที่เหนือกว่า เป็นการใช้ความรู้ ความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือเจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง โดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบอื่นในขณะนั้น และความนึกคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์หรือวิธีการที่แน่นอนสำหรับ

การปฏิบัติ ให้เป็นผลสำเร็จและการเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรมซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้ามีเพียงเจตจำนงเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีวิธีการที่เหมาะสม มักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

#### **ข. ความต้องการและความชอบในขณะนั้น (Immediate Competing Demands and Preferences)**

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

ความต้องการและความชอบอื่นที่เข้ามาในขณะนั้น มีผลกระทบโดยตรงต่อโอกาสที่จะปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดเจตจำนงในการปฏิบัติ ทำให้บุคคลไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ตั้งไว้ อย่างไรก็ตาม การที่เจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างแข็งแรงแจ้งอาจช่วยให้สามารถลงการปฏิบัติพฤติกรรมจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ได้ แม้จะมีความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น

**ค. พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพนี้** พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน

#### **ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Efficacy Expectation) ของ Bandura**

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

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน ในคนๆเดียวกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกันเช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตาย หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาพการณ์นั้น

Bandura (1997) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น เป็นการตัดสินใจว่าผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ Bandura กล่าวว่า การเรียนรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการรับรู้ความสามารถในตนเอง มีพื้นฐานมาจากข้อมูล 4 ประการ คือ

### 1) ประสบการณ์ที่กระทำสำเร็จด้วยตัวเอง (Enactive Mastery Experiences) ซึ่ง

Bandura เชื่อว่าเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ความสามารถในตนเองมากที่สุด เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาจะสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขาสามารถที่จะทำได้ ให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกันการทำให้เขารับรู้ว่าเขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้อะไรง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

### 2) ประสบการณ์จากการตระหนักถึงการกระทำของบุคคลอื่น (Vicarious experience)

การที่บุคคลได้เห็นบุคคลอื่นที่มีสภาพคล้ายคลึงกับตนเอง เช่น วัยเดียวกัน เพศเดียวกัน ความสามารถและประสบการณ์ในอดีตใกล้เคียงกัน สามารถกระทำกิจกรรมได้สำเร็จมาแล้วก็จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ทศนคติ ที่คล้ายคลึงกับลักษณะตัวแบบที่นำเสนอ การเรียนรู้ผ่านตัวแบบจะเกิดขึ้นมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับคุณค่าที่ได้รับ จากการสังเกตและประสบการณ์ที่ได้รับจากตัวแบบ ซึ่งสอดคล้องกับประสบการณ์ในอดีตและตรงกับสถานการณ์ที่บุคคลต้องการ ซึ่งการส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในตัวเองผ่านตัวแบบมี 2 รูปแบบคือ

#### ก. การใช้ตัวแบบที่มีชีวิต (Live Model) คือตัวแบบที่เป็นบุคคลจริง จะทำให้

บุคคลได้มีโอกาสสังเกตและมีปฏิสัมพันธ์โดยตรง มีข้อดี คือ สามารถปรับปรุงพฤติกรรมของตัวแบบให้เหมาะสมกับสถานการณ์ตามธรรมชาติและกระตุ้นความสนใจได้มากกว่าตัวแบบสัญลักษณ์ ซึ่งลักษณะของตัวแบบมีชีวิตที่ดีควรมีลักษณะ ดังนี้

- มีลักษณะคล้ายคลึงกับผู้สังเกต ทั้งเพศ เชื้อชาติ อายุ และทัศนคติที่ทำให้ผู้สังเกตมั่นใจว่าพฤติกรรมที่ตัวแบบแสดงออกนั้นเหมาะสมและสามารถทำได้เพราะมีความคล้ายคลึงกับผู้สังเกตและทำให้คาดหวังว่าตนเองสามารถทำได้เช่นกัน

- ควรเป็นที่น่าเชื่อถือ ทำให้อบอุ่นและเป็นกันเองในสายตาของผู้สังเกต

- ควรมีระดับความสามารถใกล้เคียงกับผู้สังเกต หรือมีความสามารถสูงกว่าผู้สังเกตเล็กน้อยจึงจะมีผลต่อการรับรู้ความสามารถในตนเองมากขึ้น

ข. **ตัวแบบสัญลักษณ์ (Symbolic model)** เป็นตัวแบบที่เสนอผ่านสื่อต่างๆ ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ เป็นต้น การนำเสนอตัวแบบชนิดนี้ สามารถเน้นจุดสำคัญของสถานการณ์และพฤติกรรมให้มีความชัดเจน ไม่ซับซ้อนตลอดจนสามารถควบคุมผลของการกระทำของตัวแบบได้ เนื่องจากมีการจัดเตรียมเรื่องราวของตัวแบบไว้ ตัวแบบสามารถใช้กับกลุ่มบุคคลในสถานการณ์และสามารถถ่ายทอดความคิดและการแสดงออกได้พร้อมกัน

3) **การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion)** เป็นการบอกว่าบุคคลนั้น มีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนั้นค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

4) **การกระตุ้นทางสรีรวิทยาและอารมณ์ (Emotional Arousal)** การรับรู้ความสามารถของตนจากการกระตุ้นทางอารมณ์และจากความต้องการทางร่างกายความรู้สึกในทางบวกเช่น ความตื่นเต้น เป็นสภาวะที่ร่างกาย มีความตื่นตัวจะช่วยส่งเสริมการรับรู้ในตนเอง ส่วนความรู้สึกทางด้านลบ เช่น ความเครียดความวิตกกังวล อ่อนเพลีย ถูกตำหนิหรือว่ากล่าวตักเตือน จะทำให้บุคคลมักหลีกเลี่ยงการกระทำนั้นๆ และการรับรู้ความสามารถในตนเองลดลง

#### 4. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทตามแบบจำลองการสร้างสุขเสริมสุขภาพของเพนเดอร์

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

##### 4.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived Benefits of Relapse Prevention Behavior)

สำหรับการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรคจิตเภท หรือการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นหลังจากรับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นแล้ว เป็นการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อ

การป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา ตลอดจนการใช้ยาที่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง สามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และหาทางควบคุมอาการดังกล่าว หรือมีพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาจะสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995 ; Brichwood and Spencer, 2001; Meijel et al, 2003; เพชรี คันธสายบัว, 2544) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและการจำแนกอาการจากอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ดังนั้น พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะป้องกันการป่วยซ้ำได้ โดยผู้ป่วยจิตเภทจะตกลงใจหรือตั้งใจวางแผนป้องกันการป่วยซ้ำ มักจะคาดหวังถึงประโยชน์และผลที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ก่อน เมื่อรับรู้ว่าการมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเกิดประโยชน์ช่วยลดความเสี่ยงที่ป่วยซ้ำ ก็จะเป็นเกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การจำแนกอาการเตือนการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง

#### 4.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived barriers of Relapse Prevention Behavior)

เป็นการรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ที่ขัดขวางการปฏิบัติดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ในผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในการกระทำที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้มีอาการกำเริบทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ มีอาการอยู่ในระยะหลงเหลือ ทำให้ไม่สามารถจำแนกความผิดปกติที่หลงเหลือกับอาการเตือนได้ (Brichwood, 2001) การดื่มสุราเสพยาบ้าและใช้สารเสพติดอื่นๆ ณะรับการรักษา เป็นปัจจัยให้กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (จันจิลา ดวงสลัด และคณะ, 2545) การไม่มีสังคม อยู่คนเดียวไม่มีบ้าน หรืออยู่ในครอบครัวที่ไม่สามารถให้คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีปัญหา อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ต้องเผชิญความเครียดค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการเดินทางมาพบแพทย์แต่ละครั้ง ทำให้ขาดแหล่งสนับสนุนในการเตรียมเผชิญปัญหา (Kampman and Lehtinen, 1999) อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา (เพชรี คันธสายบัว, 2544; Limpattanasiri, 2004) ทำให้ขาดความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เป็นต้น



ดังนั้นการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลทั้งต่อความตั้งใจการลงมือปฏิบัติกรจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยอุปสรรคเหล่านี้ อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทควบคุมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะถูมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมาก

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

การรับรู้ความสามารถของตนเอง มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ โดยจะมีบทบาทสำคัญต่อการริเริ่มกระทำพฤติกรรมใหม่ๆ หรือคงพฤติกรรมเดิมไว้ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะเริ่มการดูแลสุขภาพด้วยตนเองและแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ควบคุม และหยุดยั้งพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ รวมทั้งแสวงหาการรับรู้ตั้งแต่เริ่มมีอาการกำเริบ นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองสูง จะประเมินสุขภาพของตนเองว่าดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่รับรู้ความสามารถของตนเองต่ำ (Gecas, 1989: 298) ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกอาการเตือนได้ด้วยตนเอง โดยบันทึกการรายงานตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Jorgensen, 1998 cited by Birchwood and Spencer, 2000) รวมทั้งการผ่านประสบการณ์ในการรับประทานยาต้านโรคจิตมาก่อน จะมีความเชื่อมั่นในตนเองว่าสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ Limpattanasiri, 2004 ; 72)

ดังนั้น การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทด้วยตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่กำหนดภายใต้สถานการณ์ที่จำเพาะ โดยการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการคาดหมายของผู้ป่วยจิตเภทในความสามารถของตนเอง ซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามลักษณะของกิจกรรมที่กำหนดและสถานการณ์ที่เผชิญอยู่ การมีความรู้ความสามารถไม่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป้องกันการป่วยซ้ำได้สำเร็จ ถ้าหากผู้ป่วยจิตเภทยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองที่จะใช้ความรู้ความสามารถของตนเอง

#### 4.4 อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Interpersonal Influences of Relapse Prevention Behavior)

สัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพแม้ภายหลังกลับเข้าสู่ชุมชน มักจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนร่วมในการวางแผนการรักษา รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า เมื่อมีปัญหาในการป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยสามารถพูดคุยขอคำแนะนำจากทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆของตนเอง โดยทีมสุขภาพยอมรับฟังและเอาใจใส่ต่อปัญหาการป้องกันการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและสามารถระคับประคองให้ตนเองกระทำกรจำแนกอาการเตือน

การวางแผนการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและใช้ยาที่ถูกต้องได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ (Kampman and Lehtinen, 1999; van Meijel, et al., 2003; จันจิลา ดวงสลัด และคณะ, 2545) ดังนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยทิมสุขภาพเป็นแหล่งสำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยนั้น จะมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยซ้ำ ทำให้ต้องได้รับการดูแลในระยะยาว แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทอาจมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆ แต่มีโอกาที่จะปรับปรุงเพิ่มความสามารถในการกระทำกิจกรรมและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงพฤติกรรมภายนอกต่างๆที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน และพฤติกรรมภายในที่เป็นความรู้สึคนึกคิด ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อดำรงรักษาฟื้นฟู ปกป้องหรือปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นที่จะกระทำไม่ให้ตนเองป่วยซ้ำ

##### 5. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่าผู้วิจัยในต่างประเทศให้ความสำคัญกับอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เพราะเป็นอาการและอาการแสดงเริ่มแรก ก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดการป่วยซ้ำได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาการช่วยเหลือเพื่อเตรียมเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนนำไปสู่การป่วยซ้ำ (Meijel, Kruitwagen, Gaag et al., 2006) และปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรับประทานยาให้ถูกต้อง (Limpattanasiri, 2004) มีความสอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ของเพชรี คันธสายบัว (2544) แต่มีงานวิจัยที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัว ไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำเสมอไป (Brown et al, 1972 ; Vaughn et al, 1976 อ้างถึงใน ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร, 2533) และลักษณะประชากร เช่น สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ (Weiss, Smith, Hull, Piper and Huppert, 2002) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว ดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงเลือกศึกษา 2 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วยตนเอง สำหรับตัวแปร แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำนั้น มีความสอดคล้องกับปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของPender, et al. (2006)

ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงนำโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพของวัฒนาภรณ์ พิบูลธาลักษณ์ (2549) ที่ประยุกต์แนวความคิดการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al., 2006 และแนวคิดของ Bandura, 1997 มา

พัฒนาและประยุกต์ใช้ในโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.1 พัฒนาการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยซ้ำและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและผลดีของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.2 พัฒนาการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย ปัจจัยที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ปัญหาของการจำแนกอาการเตือนด้วยตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และ ปัญหาของการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.3 พัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นกิจกรรมซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ตัวแบบผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย รูปแบบการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ และคำถามที่อยากรู้เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ และกิจกรรมรูปแบบการอธิบาย การแลกเปลี่ยน และการจัดให้ฝึกทักษะการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.4 พัฒนาการรับรู้สิ่งที่มีอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นกิจกรรมโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่

กานดา จรดล (2542) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการฝึกอบรมตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมของแบนดูราที่มีต่อการเสริมสร้างสมรรถภาพการสอนสำหรับครูประถมศึกษาเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดนนทบุรี จำนวน 43 คน โดยใช้การฝึกอบรมตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมของแบนดูรา 3 รูปแบบ ได้แก่ การนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการกำกับตนเอง การนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการกำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การฝึกอบรมภาคทฤษฎี 5 วัน และการสอนจริง 1 เดือน มีขั้นตอนดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการฝึกอบรม 2) ให้ได้รับ

ความรู้ทฤษฎีการสังเกตจากตัวแบบ 3) ให้ได้รับความรู้เนื้อหาด้วยการปฏิบัติจริง 4) สาธิตการสอน โดยตัวแบบ 5) เลียนแบบพฤติกรรมการสอน 6) ให้ความรู้เรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการกำกับตนเอง 7) วางแผนการสอนในการปฏิบัติการสอนจริง 8) ฝึกปฏิบัติการสอนจริง 9) ติดตามผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 10) ประเมินผลการปฏิบัติการสอนจริง ผลการวิจัยพบว่า หลังการฝึกอบรมครูกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องท้อบรม มีเจตคติต่อการฝึกอบรม สามารถพัฒนาทักษะทางการสอนในเรื่องที่ฝึกอบรมดีขึ้น มีการกำกับตนเองในการสอน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนเรื่องท้อบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมและก่อนการปฏิบัติการสอนจริงและครูกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการฝึกอบรมโดยการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการกำกับตนเองและครูกลุ่มตัวอย่าง ที่ได้รับการฝึกอบรม โดยการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนเรื่องที่ฝึกอบรมไม่แตกต่างกัน

พรทิพย์ ชรรวมวงศ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง มากกว่าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำกลุ่มละ 110 คน โดยศึกษาตัวแปรดังต่อไปนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการแสดงอารมณ์ของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ที่ทั้งหมด 5 ตัวแปรและมีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่า มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่า และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะเพศชายที่รับไว้รักษา

ในโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและจำหน่ายในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2544 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คนและกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ละเอียด รอดจันทร์และคณะ (2542) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำเกิน 6 เดือน รั่วไว้ครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวนอย่างละ 80 คนรวมทั้งหมด 160 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำ และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำ และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง 3) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำ 4) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า ครั้งที่รับไว้ในโรงพยาบาลและการวินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์กับการรักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .03 ตามลำดับ ส่วนเพศอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ ของครอบครัว ประเภทครอบครัว สถานภาพของผู้ป่วยในครอบครัว ผู้รับผิดชอบ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคจิตเวช สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

วยุณี ช่างมิ่ง (2546) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้การนำ การสนับสนุนทางสังคมและการจัดการกับอาการด้วยตนเอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างรับรู้การนำโดยรวมอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ ได้รับการสนับสนุนทางสังคมในระดับค่อนข้างสูง และสามารถจัดการกับอาการนำด้วยตนเองในระดับค่อนข้างต่ำ การรับรู้การนำและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการจัดการกับอาการด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < .05$ ) การรับรู้การนำสามารถอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 14.7 ( $P < .05$ ) และการการรับรู้การนำกับการได้รับการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันอธิบายความแปรปรวนของการจัดการกับอาการด้วยตนเองได้ร้อยละ 29.4 ( $P < .05$ )

วัฒนาภรณ์ พิบุรณ์อาลักษณ์ (2545) ศึกษาเรื่องผลของการศึกษาการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยใน และกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 30 คน เป็นการศึกษาเชิงทดลอง จากการศึกษาสรุปได้ว่า พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง และพิจารณารายด้าน พบว่าหลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเตรียมเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้องแตกต่างจากก่อนการทดลอง คือ พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง ดังนั้น โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพสามารถสร้างเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ภัทรา ธิรภาพ (2530) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสภาพผู้ป่วยภายหลังการรักษา กรณีศึกษา : โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็: ผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 212 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 160 ราย และผู้ป่วยโรคจิตเภทอื่นๆจำนวน 52 ราย ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 68 มีอายุระหว่าง 15-50 ปี ในจำนวนนี้ร้อยละ 95 มีอายุต่ำกว่า 35 ปี มีสถานภาพโสดมากที่สุดร้อยละ 74.4 ร้อยละ 50 ไม่ได้เรียนและเรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.4 ไม่มีอาชีพ และผู้ป่วยจิตเภทมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 0.82 ครั้ง มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทอื่นๆอย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 75 รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

สาธูพร พุฒขาว (2541) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ 5 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาทัศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยเคยมีประวัติมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 51.7 มารับการรักษาแบบเป็นครั้งคราว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอาการของโรคกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 84.7 ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาทัศนคติต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

Baker (1995) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมารับแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนตัน (Moncton) นิวบรันสวิก (New Brunswick) แคนาดา (Canada) จำนวน 15 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการศึกษาสรุปได้ว่า 1) การค้นพบอาการป่วยซ้ำเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ (Cognitive process) ความทุกข์ทรมานที่เป็นปัจจัย

ในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วย และในที่สุดความกลัวของผู้ป่วยต่อความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ จะเปลี่ยนเป็นการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำที่จะเพิ่มขึ้น 2) การค้นพบในครั้งนี้ สามารถอธิบายถึงความก้าวหน้าของปรากฏการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และ 3) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติมารวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องในการที่สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้น อธิบายและควบคุมการป่วยซ้ำได้

Kennedy, Schepp and O'Conner (2000) ศึกษาการจัดการอาการแสดงกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18-55 ปี จำนวน 60 คน ในหน่วยผู้ป่วยระยะแรกเริ่มและระยะเรื้อรังของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ในแปซิฟิกฝั่งตะวันตกเฉียงเหนือเป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำได้แก่ การรับรู้ในตนเอง การจำแนกอาการแสดง การจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเอง ตามแนวคิดของทฤษฎีการจัดการตนเองและรูปแบบการเผชิญความเครียดพบว่า การจำแนกอาการแสดงกับการจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการจัดการอาการแสดงกับการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใดๆ สามารถสรุปได้ว่าการจำแนกอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับ การป้องกันการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการจัดการอาการแสดงได้ด้วยตนเอง และการป้องกันการป่วยซ้ำไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในตนเอง

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

Limpattanasiri (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการรับประทานยาต่อเนื่อง โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2002) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา/รับยาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับประทานยาต่อเนื่องในระดับมาก โดยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุน

ระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคระดับน้อย และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับประทานยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 5.8

จากการทบทวนเอกสาร ตำราและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนากรอบแนวคิด ดังนี้

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

