

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง “ผลการใช้โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท” ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้ นำเสนอเป็นลำดับ คือ

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการป่วยซ้ำ
 - 1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.3 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.3.1 การจำแนกอาการเตือน
 - 1.3.2 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา
 - 1.3.3 การใช้ยาที่ถูกต้อง
 - 1.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ
3. ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์
5. โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

แนวคิดและทฤษฎี

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการป่วยซ้ำ

1.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรง (Severe psychiatric disorder) เนื่องจากผู้ป่วยโรคนี้ส่วนใหญ่มักมีการดำเนินโรคเรื้อรังและกำเริบ (Relapse) ได้บ่อย (Wamer and Giroramo, 1995; Gelder, Mayou and Geddes, 1999) และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ประมาณกันว่าเฉพาะค่ารักษาทางตรงสำหรับโรคจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาก็มีมูลค่าเทียบเท่าร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศชาติ (gross national product, GNP) (Wamer and Giroramo, 1995) ทั้งนี้ยังไม่นับรวม

ค่าใช้จ่ายทางอ้อมอื่นๆ และยังเป็นโรคที่พบได้ในทุกสังคม ทุกวัฒนธรรม และทุกศาสนา (Jablensky, 1987) ซึ่งรวมทั้งในประเทศไทยด้วย (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2547: 107)

1.1.1 ความหมาย

โรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือท้อ (Blunted) มีสติสัมปชัญญะและเขาว์ปัญญามักคืออยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536: 332)

แม้ว่าโรคจิตเภทจะถูกวินิจฉัยได้และรู้จักกันมานาน แต่ก็ยังไม่ทราบว่าจะอะไรคือสาเหตุที่แท้จริง สมมติฐานดั้งเดิมเชื่อว่าเป็นเรื่องของจิตใจ แต่ความก้าวหน้าทางวิทยาการทำให้คนคิดค้นเครื่องมือที่ทันสมัย สามารถตรวจวิเคราะห์หารายละเอียดทั้งในระดับโครงสร้างสมอง ระดับโมเลกุล, เคมีชีววะ ตลอดจนการศึกษาเปรียบเทียบทางสถิติพบว่า มีหลายปัจจัยที่เป็นสาเหตุ ดังนี้

1) กรรมพันธุ์ (Hereditary)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พฤษชาชาติคุณากร, 2543: 774) การศึกษาวิจัยปัจจุบันพยายามลงลึกให้ถึงตัวยีนหรือโครโมโซม ที่ก่อให้เกิดความผิดปกติ เช่น โครโมโซมคู่ที่ 1, 5, 6, 8, 13, 15 และคู่ที่ 22 เป็นต้น โดยมีคู่ใดคู่หนึ่งเป็นตัวเด่น โดยเฉพาะคู่ที่ 6, 8, 22 และมีคู่อื่นๆ ที่มีส่วนสมรู้ร่วมคิดโดยยังหาข้อสรุปมิได้ (สันชัย วสุนธรา, 2547: 19)

2) เคมีชีววะผิดปกติ (Biochemical abnormality)

หมายถึงสารเคมีในสมองซึ่งผิดปกติไปโดยมีหลายตัวเช่นกันที่เชื่อว่าจะเป็นสาเหตุ โดปามีน (Dopamine) จัดเป็นตัวเด่นที่สุด เชื่อว่าเมื่อโดปามีนที่เพิ่มมากขึ้นในสมอง ทำให้เกิดอาการโรคจิตเภทได้ ทั้งนี้ยืนยันได้จากการตรวจพบสารดังกล่าวทั้งในเนื้อสมองและน้ำไขสันหลังในปริมาณมากผิดปกติ สารสื่อประสาทที่ชื่อว่า เซโรโทนิน (Serotonin) เป็นสารเคมีที่มีบทบาทสำคัญก่อให้เกิดอาการผิดปกติในผู้ป่วยจิตเภท คล้ายสารโดปามีน สารสื่อประสาทสำคัญอีกตัวที่กำลังศึกษากันอยู่ในเวลานี้ก็คือ กลูตาเมต (Glutamate) ซึ่งมีผลต่อเซลล์สมองทุกตัว สารนี้ไม่สามารถผ่านกระแสเลือดเข้าสมองได้แต่ถูกสร้างขึ้นในสมองโดยตรง หากปริมาณ กลูตาเมตลดน้อยลงผู้ป่วยจะแสดงอาการโรคจิตเภท (สันชัย วสุนธรา, 2547: 19)

3) โครงสร้างสมองผิดปกติ (Brain Structural Abnormalities)

พบความผิดปกติของโครงสร้างสมองผิดปกติ เช่น ช่องว่างในเนื้อสมอง (3rd and lateral Ventricle) มีขนาดใหญ่ขึ้น เนื้อสมองหลายส่วนหดเล็กลงกว่าปกติเป็นต้น ส่วนของสมองที่กำลังศึกษากันมากในเวลานี้ คือ บริเวณด้านหน้าสุดของสมองส่วนที่เรียกว่า Prefrontal Cortex กับส่วนของสมองย่อยๆ หลายชิ้น บริเวณด้านข้างที่ประสานการทำงานให้เกิดระบบที่เรียกว่า ลิมบิก (Limbic System) ซึ่งมีความสำคัญในเรื่อง อารมณ์ ความจำ และการเรียนรู้ต่างๆ (สันชัย วสุนธรา, 2547: 19)

4) การติดเชื้อระหว่างครรภ์และปัญหาการคลอด

จากการศึกษาพบว่ามารดาผู้ป่วยจิตเภท อาจติดเชื้อไวรัสบางชนิดขณะตั้งครรภ์ได้ 4-6 เดือน ซึ่งเซลล์สมองของทารกอาจถูกไวรัสดังกล่าวเข้าไปโจมตีและเลือกโจมตีเฉพาะบางจุดสำคัญโดยไม่ทิ้งร่องรอยผิดปกติใดๆ ไว้ให้เห็น และกลุ่มเซลล์ดังกล่าวก็สามารถพัฒนาต่อไปได้ ทั้งนี้ค่อยไปปรากฏอาการเมื่อเป็นหนุ่มสาวในอีก 20 หรือ 30 ปีต่อมา (สันชัย วสุนธรา, 2547: 19-20)

5) สาเหตุด้านจิตใจ (Psychological Factor)

ในยุค 40-50 ปีก่อน จะให้น้ำหนักไปในทางด้านจิตใจค่อนข้างมาก มีทฤษฎีต่างๆ มากมายถูกนำมาอธิบาย ปัจจุบัน ความเชื่อในเรื่องนี้ลดน้อยลง โดยเฉพาะเรื่องของความเครียดหรือความผิดหวังเป็นสาเหตุโรคจิตเภทนั้น เริ่มไม่ค่อยเป็นที่ยอมรับกันแล้วในวงการจิตเวช ปัญหาการอบรมเลี้ยงดูในวัยเด็ก ทศนะคติพ่อแม่ที่มีต่อลูก การเลี้ยงดูแบบตามใจมากเกินไป ปกป้องมากเกินไป บีบบังคับมากเกินไป การสื่อความหมายสองแง่ หรือครอบครัวยุติแตกแยกมิใช่สาเหตุที่แท้จริงของโรคจิตเภท แต่จะส่งผลต่อการเจริญพัฒนาการ และปัญหาทางจิตใจในด้านอื่นๆ มากกว่า อย่างไรก็ดี ความเครียดจะเกี่ยวข้องกับการเกิดโรคหรืออาการกำเริบซ้ำขึ้นมาได้อีก (สันชัย วสุนธรา, 2547 : 20)

1.1.2 ลักษณะอาการ

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ มีการแสดงออกของกลุ่มอาการที่ค่อนข้างแตกต่างและไม่มีความเกี่ยวเนื่องสัมพันธ์กัน Crow. (1980 อ้างถึงใน สันชัย วสุนธรา, 2547: 37, Taylor, 1994: 245) โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994: 245; Johnson, 1993; 473) คือ

1) กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) ได้แก่อาการต่อไปนี้ หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) ประโยคคำพูดฟังไม่รู้เรื่องใช้ศัพท์แปลกๆ (Disorganized Speech) พฤติกรรมผิดปกติมาก (Disorganized Behavior) นั่งไม่เคลื่อนไหว อยู่ในท่าแปลกๆ หรือเอะอะโวยวาย (Catatonia)

2) กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) ได้แก่อาการต่อไปนี้ อารมณ์เฉยเมยไม่ยินดียินร้าย (Affective flattening) พูดน้อย (Alogia) หดความกระตือรือร้น (Avolition) ตายด้านไม่สนุกกับชีวิต (Anhedonia) บกพร่องทางเชาว์ความคิด (Cognitive Deficit)

1.1.3 การดำเนินโรค

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548: 129-130) ดังนี้

1) ระยะก่อนเริ่มอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแยกลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลกๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆ อาจระแวง แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดจะเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยทั่วไปเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยจะดูแยกลง

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามอาการและอาการแสดงดังกล่าวไปแล้วข้างต้น ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก ผู้ป่วยบางรายมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตัวเอง

มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หวนก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (Incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆยังเป็นบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลือมากขึ้นและเสื่อมลงเรื่อยๆ

อาการด้านบวกจะค่อยๆลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.1.4 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี โดย มาโนซ หล่อตระภูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์ (2548: 131-134) อธิบายดังนี้

1) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมกินยา และมีปัญหาในการวินิจฉัย การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลดลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆที่มีปัญหามากขึ้นไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2) การรักษาด้วยยา

เพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่ส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา การรักษานั้นอาจแบ่งออกเป็น 3 ช่วง

2.1) ระยะเวลาควบคุมอาการ (Acute phase) คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรก เกิดจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล

2.2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง (Stabilization phase) หลังจากที่อาการสงบลง ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีก 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

2.3) ระยะเวลาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาดยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก

ผู้ที่ป่วยครั้งแรกหลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้ว จะพิจารณาหยุดการรักษาได้ต่อเมื่อผู้ป่วยไม่มีอาการเลยนานอย่างน้อย 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไปนานอย่างน้อย 5 ปี หรือตลอดชีวิต

3) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy: ECT)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย โดยทำสัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง

4) การรักษาด้านจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้น

จากการทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความรุนแรง สาเหตุการเกิดโรคทางจิตเภทมีหลากหลายสาเหตุทั้งทางด้านกายภาพ สารชีวเคมีในสมอง สภาวะทางจิตหรือสังคมสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางความคิด การรับรู้อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้การทำหน้าที่และบุคลิกภาพเปลี่ยนแปลงจากภาวะปกติ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในด้านต่างๆลดลง เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการกำเริบขึ้นบ่อยครั้งย่อมส่งผลให้เกิดเป็นโรคเรื้อรังได้ แต่จากลักษณะการดำเนินโรคพบว่าโรคจิตเภทไม่ได้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตตลอดเวลา เพราะการดำเนินโรคแบ่งออกได้เป็นระยะก่อนเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบและระยะอาการหลงเหลือ ซึ่งเมื่อผู้ป่วยสามารถป้องกันไม่ให้เกิดระยะอาการกำเริบได้ จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคงอาการทางจิตไว้ได้หรือไม่เกิดการกลับป่วยซ้ำ การดูแลรักษาในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นที่การจัดการกับสาเหตุ โดยให้ผู้ป่วยคงอาการในภาวะปกติมากที่สุดด้วยการรักษาด้วยยา ร่วมกับการบำบัดทางจิต

1.2 แนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

จากการศึกษามีผู้ให้ความหมายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายท่าน พบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and Sundel, 1999 : 160) เป็นการปรากฏของอาการทางจิตซ้ำหรือมีอาการทางจิตที่รุนแรงเช่นเดิม หลังจากที่ได้รักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่งจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (ดวงตา อุทุม พฤกษ์พร, 2533 ; Birchwood and Spencer, 2001; เพชรวิ คันธสายบัว, 2544) เป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หลังจากพฤติกรรมนั้นๆหยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า (<http://johnrecover.faiweb.com/relapse.html>,2006) ไม่สามารถบอกระยะเวลา จำนวนอาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดการป่วยซ้ำได้ (Falloon, 1984 ; Lader, 1995 อ้างถึงใน

Birchwood and Spencer, 2001 : 1212) จากการให้ความหมาย พบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไม่มีกรอบแนวคิดที่ชัดเจน เพราะการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการมากกว่าปรากฏการณ์ การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถจำแนกได้จากการเปลี่ยนแปลงของการรู้คิดและพฤติกรรมซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal symptoms) (Baker, 1995; Kennedy et al, 2000 ; Meijel, 2003) จากการศึกษาจะเห็นว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

1.2.2 อุบัติการณ์และความชุกของการป่วยซ้ำ

จากการติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายในหนึ่งปีแรก พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษาใดๆเลยกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 70 (Meijel et al., 2003 : 65) ผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น (Sandock and Sandock, 2000 : 1197-1198) ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้คำปรึกษาทางจิตสังคมกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 40 แต่ถึงอย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแต่ครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงก็สามารถกลับป่วยซ้ำ ร้อยละ 60 (Tarrier, 1997) นอกจากนี้พบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่บ้านเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่แสดงถึงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการอยู่ในชุมชน กล่าวคือ การที่ผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการรักษาโรงพยาบาลแล้วมากกว่า 6 เดือน ถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวอยู่ในสังคม (วรารัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุลม 2525 อ้างถึงใน เพชรี คันธสายบัว, 2544) และร้อยละ 43 ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายในเวลา 1-6 เดือน (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่ป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถกลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวหลังจำหน่ายได้ดีควรมีช่วงของการอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนจึงถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จที่ไม่ป่วยซ้ำ

1.2.3 ปัจจัยการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยหลายปัจจัย และเป็นปัญหาที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท นับว่าเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการจำแนกปัจจัยที่

แสดงถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จึงเป็นสิ่งที่บอกถึงแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จากการศึกษาเรื่อง การวิเคราะห์หัตถ์แปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2544) พบว่ามีปัจจัยที่จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ คือ

- 1) การเตรียมการเผชิญปัญหา ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำหรืออาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ
- 2) การใช้ยาที่ถูกต้อง เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อที่ว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
- 3) สถานภาพสมรส การมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงข้ามกับการไม่มีคู่สมรสกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักถึงการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่า ซึ่งอาจเนื่องมาจากที่ผู้ป่วยที่แต่งงานมีครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น ทำให้มีความเครียดซึ่งส่งผลต่อการป่วยซ้ำได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรส แต่อยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงานและทำให้สามารถดูแลตัวเองได้ดี โดยไม่มีภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด
- 4) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวสูง ซึ่งมีหลายสาเหตุ ได้แก่ ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้ ญาติที่รู้สึกผิด อาจอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป พบบ่อยในญาติที่เป็นบิดามารดามากกว่าญาติที่เป็นสามีภรรยา และเป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำ เป็นการอธิบายถึงลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิต

เกทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นาน โดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

5) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

นอกจากนี้การศึกษาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำในต่างประเทศให้ความสำคัญกับการจำแนกอาการเตือนซึ่งเป็นตัวชี้วัดการตอบสนองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดความเครียดบางอย่างขึ้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต่างมีประสบการณ์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมซึ่งเป็นตัวที่เริ่มก่อให้เกิดอาการทางจิตที่เสื่อมถอยลง ซึ่งมีความสัมพันธ์กับอาการเตือนล่วงหน้า มีการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50-70 ล้วนเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการเตือนล่วงหน้าในช่วง 1-4 สัปดาห์ก่อนเกิดการป่วยซ้ำ (Royal Brisbane Hospital, 2003)

1.2.4 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยโดยการป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบว่าภาวะเสี่ยงจะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย (Sandock and Sandock, 2000 :1198) นอกจากนี้การป่วยซ้ำมีผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัว ทำให้รู้สึกเป็นภาระ ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ไม่ดี ทำให้มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความตึงเครียดเป็นสาเหตุของการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536 ; 112) การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งผู้ป่วย แพทย์และระบบบริการสุขภาพจิต ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการป้องกันโรคมักมีความสำคัญเป็นอันดับสอง รองจากการรักษาในระยะเฉียบพลัน การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก การรักษาและป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพแต่ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ก็ไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นทั้งโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพจิตและระบบการเงิน ต้องเอื้อประโยชน์สำหรับการป้องกันการเกิดโรคและการป่วยซ้ำ (Kissling, 1994

อ้างถึงใน เพชรี คันธสายบัว, 2544) ในการป้องกันการป่วยซ้ำในสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นการลดการเจ็บป่วยหรือความพิการอย่างเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การสร้างพฤติกรรมใหม่นับเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด ซึ่งการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีอาการเตือนหรือมีอาการนำมาก่อนที่จะมีอาการทางจิตเกิดขึ้นเสมอ และเป็นลักษณะที่เฉพาะในแต่ละบุคคล

จากการทบทวนแนวคิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท จะเห็นว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มอาการซึ่งจะมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสที่ป่วยซ้ำได้สูง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง ซึ่งสามารถกลับป่วยซ้ำได้มากในช่วง 3 สัปดาห์หลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการปรับตัวหลังจำหน่ายได้ดีควรมีช่วงของการอยู่ในชุมชนอย่างน้อย 6 เดือนจึงถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จที่ไม่ป่วยซ้ำ นอกจากนี้พบปัจจัยจำแนกของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่ามีปัจจัยสำคัญตามลำดับน้ำหนักมากไปน้อย ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544) ร่วมกับการจำแนกอาการเตือน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการอาการได้ก่อนเกิดอาการกำเริบ อันส่งผลกระทบไปสู่ตนเองทำให้เกิดบุคลิกภาพเสื่อมถอย ภาวะการดูแลของครอบครัว และการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

1.3 พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่ามีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท 3 ปัจจัย ได้แก่ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ดังนี้

1.3.1 การจำแนกอาการเตือน (Recognize of Early Warning Signs)

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นที่จะต้องให้การรักษาทันทีเท่าที่จะสามารถทำได้ เพื่อลดความรุนแรงของโรคและป้องกันการเกิดปัญหาต่างๆ ในอนาคต (disability, handicap) นอกจากนี้ยังพบว่าสามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทพึงตระหนักกว่าอาการเตือนนี้มี

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

- 1) ระดับปกติหรือคงที่: รู้ตัวเองว่าอารมณ์หงุดหงิดได้ง่าย มีความคิดวิตกกังวลเพิ่มขึ้น พักผ่อนน้อยลง แต่ยังคงควบคุมและจัดการได้
- 2) ระดับปานกลาง: มีความคิดฟุ้งซ่าน หมกมุ่นทางกิจกรรมด้านศาสนา ไม่หลับ (ตั้งแต่ 1 คืน) ระแวงคนรอบตัว ไม่รับประทานอาหารเช้า
- 3) ระดับรุนแรง: มีความคิดกลัวหวาดระแวง คิดว่าตนเองติดต่อกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ได้ ประสาทหลอน

การจำแนกอาการเตือนที่เกิดขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีการเตรียมตนเอง จำเป็นต้องมีความรู้ทั่วไปของโรคจิตเภท ลักษณะอาการเตือน มีแนวทางในการจำแนกอาการเตือน และวางแผนที่จะปฏิบัติเพื่อให้ตนเองหลีกเลี่ยงสถานการณ์อันส่งผลต่อการเกิดอาการเตือนได้

1.3.2.1 การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา

เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคม และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถเผชิญปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Antai-Otong, 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Baker, 1995) กล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีการเตรียมการเผชิญปัญหา (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

การเตรียมการเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

1.3.2 การใช้ยาที่ถูกต้อง

การดูแลตนเองในเรื่องการรักษาหรือการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท นับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องใช้เวลานาน และมีการรักษาด้วยยาเป็น

หลัก ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) มีฤทธิ์ข้างเคียง (side effect) ของยาก่อนข้างมากและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และเมื่อการรับประทานยาเป็นเวลานานๆ แต่การรักษาด้วยยาเป็นการควบคุมอาการของโรควิธีเดียวที่สามารถทำได้ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Horwath and Coumos, 1999) การดูแลตนเองในการรับประทานยาและการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยการให้ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วย

พฤติกรรมการใช้ยา เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และคำแนะนำของทีมนุคลากร เป็นการปฏิบัติโดยตั้งใจ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ นับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทนับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองเพื่อสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งมีความรู้เรื่องยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้เองให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความกังวล และการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีมนุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้ (Johnstone and Geddes, 1994)

จากการทบทวนการศึกษาของ Meijel, et al. (2003) ร่วมกับงานวิจัยของเพทรี คันธสายบัว (2544) พบว่ามีพฤติกรรม 3 ด้าน ได้แก่ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการการดูแลตนเองได้ก่อนเกิดอาการกำเริบ เมื่อผู้ป่วยจำแนกอาการเตือนได้ด้วยตนเองทำให้สามารถรับรู้ถึงภาวะที่ผิดปกติ จึงใช้ความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ ร่วมกับการใช้ยาตามแผนการรักษาที่ถูกต้อง นับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทนับว่ามีความสำคัญมาก เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

1.4 บทบาทพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำควรให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและ

ครอบครัวไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1.4.1 ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Sandock and Sadock, 2000: 1197)

1.4.2 วางแผนการสอนก่อนจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญและการจัดการกับปัญหา ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.4.3 ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการจำแนกอาการเตือนของตนเอง โดยให้คำแนะนำที่เกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จำมีอาการป่วยซ้ำ

1.4.4 จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันการป่วยซ้ำควรทำไปพร้อมๆกันกับการรักษาเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ดังนั้นการนำพฤติกรรมการเรียนรู้ (Cognitive behavior) มาอธิบายการเกิดการป่วยซ้ำ โดยเริ่มจากภาวะเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ ถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น สามารถลดการป่วยซ้ำได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองลดลง เริ่มกลับไปมีอาการหรือความประพฤติแบบเดิมอีก มีโอกาสป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น (Marlatt and Gordon, 1985 cited in Taylor, 1995: 112)

จากการดำเนินการวิจัยการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งใช้แนวคิดทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ในปัจจัยอิทธิพลส่วนบุคคลและความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม (Behavior-Specific Cognitions and Affect) ทั้ง 4 ด้าน คือ 1) การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ 2) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันการป่วยซ้ำ 3) การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ และ 3) อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ ร่วมกับการทบทวนงานวิจัยของ Meijel, et al. (2003) และเพชร คันธสายบัว (2544) โดยมุ่งเน้นการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ด้าน คือ 1) การจำแนกอาการเตือน 2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และ 3) การ

ใช้ยาที่ถูกต้อง มาสร้างเป็นโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เน้นลักษณะการอภิปรายกลุ่มและการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนการป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพมีคะแนนการป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ

มีหลายแนวคิดทฤษฎีที่อธิบายการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น

2.1 แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) แนวคิดนี้อธิบายว่า การรับรู้ภาวะเสี่ยงและการรับรู้ความรุนแรงของปัญหาสุขภาพเป็นส่วนที่ขึ้นอยู่กับความรู้ของบุคคล การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเสี่ยงต่อการมีปัญหาสุขภาพซึ่งเชื่อว่ามี ความรุนแรง จะเกิดแรงผลักดันที่นำไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรม แต่ยังไม่บอกไม่ได้แน่ชัดว่าจะเป็นพฤติกรรมแบบใด การเลือกแนวทางของการปฏิบัตินั้นเชื่อว่าจะขึ้นอยู่กับอิทธิพลของความเชื่อเกี่ยวกับประโยชน์ของการปฏิบัติในการลดอันตราย ทั้งนี้โดยผ่านการพิจารณาเปรียบเทียบกับข้อเสียหรืออุปสรรคต่างๆ ของการปฏิบัติ ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีสูงและข้อเสียหรืออุปสรรคมีน้อย ก็จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมขึ้น แต่ถ้าความพร้อมมีน้อยในขณะที่ข้อเสียมีมาก ก็จะไม่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ถ้าความพร้อมในการปฏิบัติมีมาก แต่ข้อเสียหรืออุปสรรคก็มีมากเช่นกัน ในสถานการณ์เช่นนี้บุคคลจะเกิดความรู้สึกขัดแย้ง (conflict) และอาจมีปฏิกิริยาออกมาใน 2 ลักษณะ คือ 1) พยายามหนีจากสถานการณ์นั้น หรือ 2) มีความกลัวหรือความวิตกกังวลอย่างมาก ส่วนปัจจัยด้านลักษณะประชากร ปัจจัยทางจิตสังคมและปัจจัยด้านโครงสร้างเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งต่อการรับรู้ของบุคคลการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ

2.2 ทฤษฎีสมรรถนะของตนเอง (Self-efficacy theory) แนวคิดนี้อธิบายว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จำเป็นบางอย่างได้สำเร็จ บุคคลใช้กระบวนการทางปัญญาพิจารณาตัดสินความสามารถของตนโดยอาศัยการประเมินข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ได้แก่ การกระทำที่บรรลุผลสำเร็จของตนเอง ประสบการณ์ของบุคคลอื่น การชักจูงด้วยคำพูด และภาวะอารมณ์ การรับรู้สมรรถนะของตนเองเป็นกลไกที่เชื่อมโยงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรมของบุคคล บุคคลจะประเมินสมรรถนะของตนเองเมื่อจะต้องปฏิบัติพฤติกรรมที่ต้องใช้ความพยายาม หรือเมื่อเผชิญกับสถานการณ์ที่ยุ่งยากลำบาก

2.3 ทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล (Theory of Reasoned Action) อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อเกี่ยวกับพฤติกรรม ความเชื่อเกี่ยวกับบรรทัดฐาน เจตคติ ความ

ตั้งใจและพฤติกรรม โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่ามนุษย์เป็นผู้ที่มีเหตุผลและใช้ข้อมูลต่างๆอย่างมีระบบ มีการพิจารณาก่อนที่จะตัดสินใจว่าจะปฏิบัติหรือไม่ ปฏิบัติพฤติกรรมใดๆ การปฏิบัติพฤติกรรมต่างๆจึงอยู่ภายใต้การควบคุมโดยการเลือกหรือการตัดสินใจของบุคคล ตัวกำหนดพฤติกรรมโดยตรงคือความตั้งใจ ซึ่งเกิดจากปัจจัยพื้นฐาน 2 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล คือ เจตคติต่อพฤติกรรมนั้นๆและปัจจัยทางสังคม คือบรรทัดฐานของสังคม

2.4 ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Planned Behavior) เป็นทฤษฎีที่ขยายมาจากทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล โดยเพิ่มมโนทัศน์การรับรู้การควบคุมในการปฏิบัติพฤติกรรมเข้าไป เพื่ออธิบายปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจและการปฏิบัติพฤติกรรม ด้วยแนวคิดว่าคุณคนจะปฏิบัติพฤติกรรมต่อเมื่อบุคคลนั้นมีความตั้งใจที่จะปฏิบัติ และรับรู้ว่าคุณคนสามารถควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวได้ การปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคลจึงถูกกำหนดโดยความตั้งใจและความสามารถในการควบคุมพฤติกรรม บุคคลจะให้ความพยายามในการปฏิบัติพฤติกรรมมากยิ่งขึ้น เมื่อรับรู้ว่าคุณคนมีความสามารถในการควบคุมพฤติกรรมดังกล่าวสูง

2.5 ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (The Protection Motivation Theory) ทฤษฎีนี้พัฒนาขึ้นมาเพื่อสร้างความเข้าใจในภาวะคุกคามต่อสุขภาพหรือความกลัวในภาวะคุกคามต่อสุขภาพ โดยเน้นผลที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จุดเน้นคือ การสร้างแรงจูงใจให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการรู้คิด ให้บุคคลตระหนักในความรุนแรงของโรค โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ผลลัพธ์ในพฤติกรรมและความสามารถของตนเองที่จะทำพฤติกรรมนั้น ซึ่งจะมีผลต่อความตั้งใจและมีอิทธิพลที่ช่วยให้บุคคลปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเฉพาะอย่างมีประสิทธิภาพ

2.6 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 โดยการพัฒนาแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีแรงจูงใจ

เพื่อการป้องกันโรคในช่วงแรกๆพัฒนาขึ้น เพื่ออธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันโรค เน้นผลลัพธ์ที่ป้องกันการเกิดโรคหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค ส่วนแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพเน้นการสร้างเสริมและป้องกันโรค

2) ทุกแนวคิดทฤษฎีเน้นการสร้างแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการผ่านกระบวนการรู้คิด

3) ทุกแนวคิดทฤษฎียกเว้นทฤษฎีการกระทำอย่างมีเหตุผล ให้ความสำคัญกับการประเมินความสามารถของตนเอง ถ้าบุคคลประเมินว่ากระทำพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ ก็จะเป็นแรงจูงใจและทำให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ

4) ทุกแนวคิดทฤษฎีให้ความสำคัญกับปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เช่น เครือข่ายทางสังคมและการระดับระครองทางสังคม

จะเห็นได้ว่า แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพให้ความสำคัญครอบคลุมทั้ง 4 ข้อว่ามีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพดังกล่าวมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ทั้งนี้เพราะแบบจำลองนี้มีการปรับปรุงและพัฒนา มาตั้งแต่ปี ค.ศ. 1980 จนปัจจุบัน และมีการทดสอบองค์ประกอบต่างๆว่าสามารถอธิบายและมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pender et al., 2006)

3. ทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Health Promotion Model)

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

แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) ได้อธิบายถึงกระบวนการทางชีวจิตสังคม (Biopsychosocial process) ที่มีผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ โดยการปฏิบัตินั้นบุคคลจะต้องเป็นผู้ริเริ่มและกระทำอย่างจริงจัง (active role) พฤติกรรมเหล่านี้จะต้องเป็นพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย (goal directed) เพื่อยกระดับสุขภาพและความ เป็นอยู่ที่ดีของตน ดังนั้นการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ บุคคลจะต้องรับเอาพฤติกรรมนั้นๆเข้าไปเป็นวิถีชีวิต (life style) แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender นี้ได้รับการ

ตีพิมพ์ครั้งแรกในปี 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



แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2006)

คุณลักษณะ
และประสบการณ์

อารมณ์และความคิด
ที่เฉพาะกับพฤติกรรม

ผลลัพธ์
ด้านพฤติกรรม



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

3.1 คุณลักษณะและประสบการณ์ของบุคคล

บุคคลแต่ละคนมีคุณลักษณะและประสบการณ์ที่เฉพาะ ซึ่งจะมีผลต่อการกระทำที่ตามมาภายหลัง คุณลักษณะและประสบการณ์ดังกล่าว คือ พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง และปัจจัยส่วนบุคคล

3.1.1 พฤติกรรมเดิมที่เกี่ยวข้อง (Prior related behavior) พฤติกรรมที่บุคคลเคยปฏิบัติมาก่อน เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งโดยตรงและโดยอ้อมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อิทธิพลโดยตรงอาจเกิดจากการสร้างเป็นนิสัย ซึ่งทำให้บุคคลปฏิบัติพฤติกรรมนั้นอย่างอัตโนมัติโดยไม่ต้องสนใจรายละเอียดของการปฏิบัตินั้นมากนัก

อิทธิพลโดยอ้อมนั้นสามารถอธิบายได้ตามทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม (Social cognitive theory) พฤติกรรมที่ได้ปฏิบัติจริงและการป้องกันจากพฤติกรรมเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรับรู้ความสามารถหรือทักษะของตนเอง ส่วนประโยชน์ที่คาดหวังหรือที่เกิดขึ้นจริงจากการปฏิบัติพฤติกรรมดังกล่าว คือ การคาดหวังผลลัพธ์ ถ้าประโยชน์ในระยะสั้นเกิดขึ้นเร็วบุคคลก็มีแนวโน้มที่จะกระทำพฤติกรรมนั้นซ้ำๆ นอกจากนี้ในการปฏิบัติพฤติกรรมให้สำเร็จนั้นจำเป็นจะต้องเอาชนะอุปสรรคที่เคยประสบและเก็บสะสมไว้ในความทรงจำด้วย ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์นั้น พบว่า การกระทำพฤติกรรมใดๆ ก็ตามมักมีอารมณ์ต่างๆเกิดขึ้นร่วมด้วย ทั้งที่เป็นอารมณ์ในทางบวกและทางลบ อาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือภายหลังการกระทำพฤติกรรม อารมณ์ดังกล่าวจะถูกบันทึกอยู่ในความทรงจำ เป็นข้อมูลซึ่งจะถูกดึงออกมาเมื่อมีการพิจารณาไตร่ตรองเกี่ยวกับการกระทำพฤติกรรมนั้นในภายหลัง

พฤติกรรมเดิมจึงเป็นปัจจัยที่มีผลทั้งต่อการรู้คิดและอารมณ์ที่เฉพาะกับพฤติกรรม พยาบาลสามารถช่วยให้ผู้ใช้บริการปรับความคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมที่ผ่านมาทางบวก และสร้างเสริมให้รับรู้ความสามารถและอารมณ์ของตนเองในทางบวก โดยผ่านประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จและการป้องกันทางบวก

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

ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological) ได้แก่ อายุ เพศ ดัชนีความหนาของร่างกาย ภาวะการเจริญพันธุ์ ขีดความสามารถในการทำงานอย่างต่อเนื่อง ความแข็งแรง ความคล่องแคล่วว่องไวหรือการทรงตัว

ปัจจัยทางจิต (Psychological) ได้แก่ ความรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง แรงจูงใจในตนเอง ความสามารถส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพ และการนิยามสุขภาพ เป็นต้น

ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ เชื้อชาติ ชนชาติ ลักษณะทางวัฒนธรรม การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจสังคม เป็นต้น

ปัจจัยส่วนบุคคลมีมากมาย บางปัจจัยมีอิทธิพลเฉพาะบางพฤติกรรมเท่านั้น เช่น ขีดความสามารถในการทำงานแบบต่อเนื่อง มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมการออกกำลังกาย แต่ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ดังนั้นในการให้การบำบัดทางการพยาบาล ควรพิจารณาเลือกเฉพาะปัจจัยที่มีข้อสนับสนุนเชิงทฤษฎีว่าสามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรม สร้างเสริมสุขภาพที่เป็นเป้าหมายได้ และควรคำนึงว่าปัจจัยส่วนบุคคลบางอย่างเป็นสิ่งที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้

3.2 อารมณ์และความคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม

ปัจจัยทางด้านอารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรมเป็นแรงจูงใจที่สำคัญ และยังเป็นแก่นที่สำคัญสำหรับการบำบัด เนื่องจากสามารถปรับเปลี่ยนได้ด้วยวิธีการทางการพยาบาล ปัจจัยดังกล่าวได้แก่

3.2.1 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefits of Action)

ในการวางแผนปฏิบัติพฤติกรรมนั้น บุคคลมักคาดการณ์ถึงประโยชน์ที่จะได้รับ หรือผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น การคาดการณ์ดังกล่าวเป็นการวาดมโนภาพของผลด้านบวกหรือผลที่เสริมแรง โดยอาศัยประสบการณ์ตรงของบุคคลนั้นหรือจากการสังเกตประสบการณ์ของผู้อื่น บุคคลมีแนวโน้มที่จะพยายามปฏิบัติพฤติกรรมที่มีความเป็นไปได้สูงว่าจะเกิดประโยชน์ ประโยชน์ดังกล่าว มีทั้งประโยชน์ภายใน เช่น ความรู้สึกตื่นตัว ความอ่อนล้าลดลง และประโยชน์ภายนอก เช่น การได้รับรางวัล การได้เข้าร่วมกลุ่มสังคม เป็นต้น การรับรู้ประโยชน์ภายนอกเป็นแรงจูงใจที่สำคัญซึ่งทำให้คนเริ่มต้นปฏิบัติพฤติกรรม ส่วนการรับรู้ประโยชน์ภายในจะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้คนปฏิบัติพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง การรับรู้ประโยชน์ข้างต้นมีอิทธิพลโดยตรงโดยจูงใจให้คนปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผน แต่จะมีอิทธิพลมาน้อยเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับความสำคัญของประโยชน์ดังกล่าวและระยะเวลาระหว่างการปฏิบัติและเกิดประโยชน์นั้น

3.2.2 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Barrier to Action)

การคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมมีผลทั้งต่อความตั้งใจและการลงมือปฏิบัติของบุคคล อุปสรรคเหล่านั้นอาจเป็นสิ่งที่บุคคลวาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ เช่น ความไม่เหมาะสม ความไม่สะดวก ความสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย ความยากลำบาก การสูญเสียเวลา เป็นต้น อุปสรรคมักถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมรวมทั้งทำให้บุคคลเกิดความสูญเสีย การรับรู้อุปสรรคจะกระตุ้นให้คนหลีกเลี่ยงการปฏิบัติหรือไม่ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะเมื่อบุคคลขาดความพร้อมในการปฏิบัติและรับรู้อุปสรรคสูง แต่ถ้ามีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมมากขึ้น การรับรู้อุปสรรคมีอิทธิพลโดยตรงโดยขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ และโดยอ้อมโดยเจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนลดลง

3.2.3 การรับรู้ความสามารถของตนเอง (Perceived Self-Efficacy)

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

Bandura มีความเชื่อว่า การรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น มีผลต่อการกระทำของบุคคล บุคคล 2 คนอาจมีความสามารถไม่ต่างกัน ในคนๆเดียวกัน ถ้ารับรู้ความสามารถของตนเองในแต่ละสภาพการณ์แตกต่างกัน ก็อาจจะแสดงพฤติกรรมออกมาได้แตกต่างกัน เช่นกัน Bandura เห็นว่าความสามารถของคนเรานั้นไม่ตาย หากแต่ยืดหยุ่นตามสภาพการณ์ ดังนั้นสิ่งที่กำหนดประสิทธิภาพของการแสดงออก จึงขึ้นอยู่กับรับรู้ความสามารถของตนเองในสภาวะการณ่นั้น Bandura (1997) ได้เสนอภาพแสดงความแตกต่างระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้น

การรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นการตัดสินใจความสามารถของตนเองว่าจะสามารถทำงานได้ในระดับใด ในขณะที่ความคาดหวังเกี่ยวกับผลที่จะเกิดขึ้น เป็นการตัดสินใจว่า ผลกรรมใดจะเกิดขึ้นจากการกระทำพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นนั้นมีความสัมพันธ์กันมากโดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทั้งสองนี้มีผลต่อการตัดสินใจ ที่จะกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น Bandura เสนอว่ามีอยู่ด้วยกัน 4 ปัจจัย คือ (Evan, 1989 cited by Bandura, 1997)

(1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ (Mastery Experiences) ซึ่ง Bandura เชื่อว่าเป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมากที่สุด ในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง เนื่องจากว่าเป็นประสบการณ์โดยตรง ความสำเร็จทำให้เพิ่มความสามารถของตนเอง บุคคลจะเชื่อว่าเขาจะสามารถทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขาสามารถที่จะทำได้ ดังนั้นในการที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น จำเป็นที่จะต้องฝึกให้เขามีทักษะเพียงพอที่จะประสบความสำเร็จได้พร้อมๆกันการทำให้เขารับรู้ ว่า เขามีความสามารถจะกระทำเช่นนั้น จะทำให้เขาใช้ทักษะที่ได้รับการฝึกได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด บุคคลที่รับรู้ว่าคุณมีความสามารถนั้น จะไม่ยอมแพ้จะไร้ง่ายๆ แต่จะพยายามทำงานต่างๆเพื่อให้บรรลุถึงเป้าหมายที่ต้องการ

(2) การใช้ตัวแบบ (Modeling) การที่ได้สังเกตตัวแบบแสดงพฤติกรรมที่มีความซับซ้อน และได้รับผลกรรมที่พึงพอใจ ก็จะทำให้ผู้ที่สังเกตฝึกความรู้สึกว่า ตนเองก็สามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ ถ้าตนเองพยายามจริงและไม่ย่อท้อ ลักษณะของการใช้ตัวแบบที่ส่งผลต่อความรู้สึกว่าตนเองมีความสามารถที่จะทำได้นั้น ได้แก่ การแก้ปัญหาของบุคคลที่มีความกลัวต่อสิ่งต่างๆโดยที่ให้ผู้ดูตัวแบบที่มีลักษณะคล้ายกับตนเอง ก็สามารถทำให้ลดความกลัวต่างๆเหล่านั้นได้

(3) การใช้คำพูดชักจูง (Verbal Persuasion) เป็นการบอกว่าบุคคลนั้นมีความสามารถที่จะประสบความสำเร็จได้ วิธีการดังกล่าวนี้ค่อนข้างใช้ง่ายและใช้กันทั่วไปซึ่ง Bandura ได้กล่าวว่า การใช้คำพูดชักจูงนั้นไม่ค่อยจะได้ผลนัก ในการที่จะทำให้คนเราสามารถที่จะพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตนเอง ซึ่งถ้าจะให้ได้ผลควรจะใช้ร่วมกับการทำให้บุคคลมีประสบการณ์ของความสำเร็จ ซึ่งอาจจะต้องค่อยๆสร้างความสามารถให้กับบุคคลอย่างค่อยเป็นค่อยไปและให้เกิดความสำเร็จตามลำดับขั้นตอนพร้อมทั้งการใช้คำพูดชักจูงร่วมกัน ก็ย่อมที่จะได้ผลดีในการพัฒนาการรับรู้ความสามารถของตน

(4) การกระตุ้นทางอารมณ์ (Emotional Arousal) การกระตุ้นทางอารมณ์มีผลต่อการรับรู้ความสามารถของตน บุคคลที่ถูกกระตุ้นอารมณ์ทางลบ จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและความเครียด และจะนำไปสู่การรับรู้ความสามารถของตนต่ำลง ถ้าอารมณ์ลักษณะดังกล่าวเกิดมากขึ้น ก็จะทำให้บุคคลไม่สามารถที่จะแสดงออกได้ดี อันจะนำไปสู่ประสบการณ์ของความล้มเหลว ซึ่งจะทำให้การรับรู้เกี่ยวกับความสามารถของตนต่ำลงไปอีก แต่ถ้าบุคคลสามารถลดหรือระงับการถูกกระตุ้นทางอารมณ์ได้ จะทำให้การรับรู้ความสามารถของตนดีขึ้น อันจะทำให้การแสดงออกถึงความสามารถดีขึ้นด้วย

3.2.4 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 ตามปกติพฤติกรรมที่ปฏิบัติแล้วเกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านบวกมักจะถูกนำมาปฏิบัติซ้ำ ในขณะที่พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับอารมณ์ด้านลบมักจะถูกหลีกเลี่ยง อย่างไรก็ตามการปฏิบัติพฤติกรรมบางอย่างอาจทำให้เกิดทั้งอารมณ์ด้านบวกและด้านลบ จึงต้องเปรียบเทียบกัน อารมณ์ข้างต้นนี้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพโดยอ้อมผ่านการรับรู้ความสามารถของตนเองและเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

3.2.5 อิทธิพลระหว่างบุคคล (Interpersonal Influences)

อิทธิพลระหว่างบุคคลเป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อ และเจตคติของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ แหล่งสำคัญที่สุดของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ครอบครัว เพื่อน เจ้าหน้าที่สุขภาพ นอกจากนี้ยังรวมถึงบรรทัดฐานทางสังคม แรงสนับสนุนทางสังคมและตัวแบบอย่าง

บรรทัดฐานทางสังคม เป็นสิ่งที่กำหนดมาตรฐานสำหรับการปฏิบัติที่คนส่วนใหญ่ยอมรับหรือไม่ยอมรับ แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ในการสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนตัวแบบอย่างสามารถแสดงให้เห็นถึงลำดับขั้นตอนของพฤติกรรมสุขภาพและเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญสำหรับใช้ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อิทธิพลระหว่างบุคคลมีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสุขภาพการสร้างเสริมสุขภาพ และโดยอ้อมผ่านแรงกดดันทางสังคมหรือการกระตุ้นเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

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

3.2.6 อิทธิพลจากสถานการณ์ (Situation Influences)

อิทธิพลจากสถานการณ์ เป็นการรับรู้และความรู้สึกนึกคิดของบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์หรือบริบทที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งสามารถสร้างเสริมหรือขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ทางเลือกที่มีอยู่ ลักษณะของความต้องการ และสุนทรียภาพของสิ่งแวดล้อมที่พฤติกรรมดังกล่าวจะถูกปฏิบัติ สิ่งเหล่านี้มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและโดยอ้อมผ่านเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน

3.3 ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม (Behavior Outcome)

3.3.1 เจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน (Commitment to a plan of Action)

โดยทั่วไปเจตจำนงในการปฏิบัติพฤติกรรมตามแผน เป็นปัจจัยที่ผลักดันให้บุคคลริเริ่มและปฏิบัติพฤติกรรมจากเริ่มต้นไปจนจบได้ เว้นเสียแต่เมื่อมีความต้องการหรือความชอบอื่นที่เหนือกว่า เป็นการที่ต้องใช้ความรู้ ความคิด ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เจตจำนงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เฉพาะเจาะจงในเวลา สถานที่ที่กำหนดร่วมกับบุคคลอื่นหรือปฏิบัติเพียงลำพัง โดยไม่คำนึงถึงความชื่นชอบในขณะนั้น และความนึกคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์หรือวิธีการที่แน่นอนสำหรับการปฏิบัติ ให้เป็นผลสำเร็จและการเสริมแรงในการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพราะถ้ามีเพียงเจตจำนงเพียงอย่างเดียวโดยไม่มีวิธีการที่เหมาะสม มักจะปฏิบัติพฤติกรรมไม่สำเร็จ

3.3.2 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 การที่เจตจำนงในการปฏิบัติตามแผนอย่างแข็งแกร่ง

อาจช่วยให้สามารถคงการปฏิบัติพฤติกรรมจนเสร็จสิ้นสมบูรณ์ได้ แม้จะมีความต้องการและความชอบอื่นในขณะนั้น

3.3.3 พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เป็นเป้าหมายสุดท้ายหรือผลลัพธ์ในแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพนี้ พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน

4. ปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ที่มีอิทธิพลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender et al. (2006) พบว่ามี 4 ปัจจัยที่สามารถอธิบายหรือทำนายพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของรพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำและอิทธิพลส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

4.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived Benefits of Relapse Prevention Behavior)

สำหรับการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรคจิตเภท หรือการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นแล้ว เป็นการตัดสินใจในการกระทำกิจกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา ตลอดจนการใช้ยาที่ถูกต้อง พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง สามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และหาทางควบคุมอาการดังกล่าวหรือมีพฤติกรรมด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา จะสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995 ; Brichwood and Spencer, 2001; Meijel et al, 2003; เพชร คันธสายบัว, 2544) และการรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและการจำแนกอาการจากอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ดังนั้น

พฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

ดังนั้นการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นแรงจูงใจทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะป้องกันการป่วยซ้ำได้ โดยผู้ป่วยจิตเภทจะตกลงใจหรือตั้งใจวางแผนป้องกันการป่วยซ้ำ มักจะคาดหวังถึงประโยชน์และผลที่ได้รับจากการปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆก่อน เมื่อรับรู้ว่าการปฏิบัติป้องกันการป่วยซ้ำเกิดประโยชน์ช่วยลดความเสี่ยงที่ป่วยซ้ำ ก็จะเป็นเกิดแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง

4.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived barriers of Relapse Prevention Behavior)

เป็นการรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ที่ขัดขวางการปฏิบัติการดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในการกระทำที่ขัดขวางพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้มีอาการกำเริบทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ มีอาการอยู่ในระยะหลงเหลือ ทำให้ไม่สามารถจำแนกความผิดปกติที่หลงเหลือกับอาการเตือนได้ (Brichwood, 2001) การดื่มสุรา เสพยาบ้าและใช้สารเสพติดอื่นๆขณะรับการรักษา 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 เป็นการคาดการณ์ถึงอุปสรรคต่างๆของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีผลทั้งต่อความตั้งใจการลงมือปฏิบัติการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยอุปสรรคเหล่านี้ อาจเป็นสิ่งที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดมโนภาพไปเองหรือมีอยู่จริงก็ได้ อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำจะถูกมองว่าเป็นสิ่งที่สกัดกั้นและกีดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำรวมทั้งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้

แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมสูงและรับรู้อุปสรรคต่ำก็จะมีโอกาสปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำมากขึ้น

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 ผู้ป่วยสามารถพูดคุยขอคำแนะนำขณะทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆของตนเอง โดยทีมสุขภาพยอมรับฟังและเอาใจใส่ต่อปัญหาการป้องกันการป่วยซ้ำที่เกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจและสามารถประคับประคองให้ตนเองกระทำกรจำแนกอาการเตือน การวางแผนการดูแลสุขภาพตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและใช้ยาที่ถูกต้อง

ได้อย่างต่อเนื่อง ไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ (Kampman and Lehtinen, 1999; van Meijel, et al., 2003; จันจิลา ดวงสลัด และคณะ, 2545; จลี เจริญสรรพ และคณะ, 2548)

ดังนั้น อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นความนึกคิดที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ความเชื่อและเจตคติต่อป้องกันการป่วยซ้ำของบุคคลอื่น ความนึกคิดนี้อาจตรงหรือไม่ตรงกับความเป็นจริงก็ได้ โดยที่มสุขภาพเป็นแหล่งสำคัญของอิทธิพลระหว่างบุคคลที่มีต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งลักษณะของผู้ป่วยนั้นจะมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานหรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยจำองได้รับการดูแลในระยะยาว แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทอาจมีข้อจำกัดในการกระทำกิจกรรมต่างๆ แต่มีโอกาที่จะปรับปรุงเพิ่มความสามารถในการกระทำกิจกรรมและเพิ่มคุณภาพชีวิตได้ด้วยการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งเป็นเรื่องของพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงพฤติกรรมภายนอกต่างๆที่สามารถสังเกตเห็นได้อย่างชัดเจน และพฤติกรรมภายในที่เป็นความรู้สึกนึกคิด ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อดำรงรักษาฟื้นฟู ปกป้องหรือปรับปรุงสุขภาพให้ดีขึ้นที่จะกระทำไม่ให้ตนเองป่วยซ้ำ

5. โปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้ง 3 ด้าน คือ การจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งวรรณกรรมต่างๆ พบว่ามีแนวคิดเกี่ยวกับทฤษฎีการสร้างเสริมสุขภาพหลากหลายทฤษฎี ซึ่งอธิบายปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพในหลายๆปัจจัยที่คล้ายกันสำหรับทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ ของ Pender et al. (2006) นั้น ให้ความสำคัญครอบคลุมต่อการอธิบายปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการสร้างเสริมป้องกันโรค รับรู้ถึงอิทธิพลของสังคมและสิ่งแวดล้อม มุ่งเน้นที่ความสามารถของบุคคล ให้เกิดแรงจูงใจในการกระทำพฤติกรรมสุขภาพ ผสมผสานศาสตร์ทางการแพทย์และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่ออธิบายและทำนายพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของบุคคล และจากการทบทวนงานวิจัยที่นำองค์ประกอบต่างๆไปทดสอบสามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยต่างๆตามทฤษฎีสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Pender et al., 2006) จากการทบทวนงานวิจัยเกี่ยวกับทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพ พบว่าตัวแปรด้านการรับรู้สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมมีอำนาจทำนายในระดับมาก และเป็นตัวชี้วัดต่อการปฏิบัติพฤติกรรมโดยตรง ตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์มีอำนาจทำนายในระดับปานกลาง และด้านอิทธิพลระหว่างบุคคลในส่วนของ การสนับสนุนทางสังคมมีอำนาจทำนายในระดับปานกลาง โดยมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ สำหรับตัวแปรด้านอารมณ์ที่สัมพันธ์กับการปฏิบัติกิจกรรม เป็นการเลือกปฏิบัติพฤติกรรมตามแผนกับความชอบ เป็นตัวแปรที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทดสอบได้ยาก (Pender, 1996 ; Pender, Murdaugh and Parsons, 2002 ; Shin, Yun, Pender et al., 2005 : 122 ; Pender et al., 2006) ดังนั้นในการสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงคงไว้ซึ่ง 4 ตัวแปร คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ด้านอิทธิพลด้านสถานการณ์และการตัดสินใจอย่างเฉียบพลัน เป็นการเรียนรู้ของกลุ่มสังคมมากกว่าเป็นการเรียนรู้เฉพาะของบุคคล เกี่ยวข้องกับวัตถุมากกว่าเรียนรู้จากสัญลักษณ์ เป็นการเรียนรู้ที่มีสถานการณ์เฉพาะมากกว่าการเรียนรู้บนพื้นฐานทฤษฎี และเกิดขึ้นในองค์ประกอบของกิจกรรมบริบทวัฒนธรรมที่เกิดขึ้น (Lave and Wenger, 1991 cited in Herrington, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) ที่พบว่าเหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในระดับต่ำมาก ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ พบว่าผู้วิจัยในต่างประเทศให้ความสำคัญกับอาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท เพราะเป็นอาการและอาการแสดงเริ่มแรกก่อนที่ผู้ป่วยจิตเภทจะเกิดการป่วยซ้ำได้ ทำให้ผู้ป่วยต้องแสวงหาการช่วยเหลือเพื่อเตรียมเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้นก่อนนำไปสู่การป่วยซ้ำ (Baker, 1995 ; Birchwood, Spencer, and McGovern, 2000 ; Herz, Lamberti, Mintz et al, 2000 ; ; Kennedy, Schepp and O'Connor, 2000 Kennedy, Schepp, and O'Connor, 2000 ; Birchwood, 2001 ; Meijel, Gaag, Kahn et al, 2003 ; Meijel, Gaag, Kahn et al., 2003 ; Meijel, Kruitwagen, Gaag et al., 2006) และปฏิบัติตามแผนการรักษาในการรับประทานยาให้ถูกต้อง (Limpattanasiri, 2004) มีความสอดคล้องกับการศึกษาการวิเคราะห์ ตัวแปรจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของของเพชร คันธสายบัว (2544) พบว่ามี 5 ตัวแปรที่มีสามารถจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ในครอบครัวและการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ แต่มีงานวิจัยที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวไม่ได้มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำเสมอไป (Brown et al, 1972 ; Vaughn et al, 1976 ; ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533 ; Ralph, 2002) และลักษณะประชากร เช่น สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ (Weiss, Smith, Hull, Piper and Hupport, 2002) ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของเพชร คันธสายบัว ดังกล่าวข้างต้น ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษา 2 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติด้วย

ตนเอง สำหรับตัวแปรแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยช้ำนั้นมีความสอดคล้องกับปัจจัยตามแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender, et al.(2006)

ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำแนวคิดตามทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของ Pender (2006) 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ และอิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เนื่องจากเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายและทำนายพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างสม่ำเสมอ ร่วมกับการนำแนวคิดการจำแนกอาการเตือนของ Meijel, et al. (2003) และตัวแปรการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้องของเพชรี คันธสายบัว (2544) เพื่อนำมาสร้างโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

5.1 การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เป็นกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับความสำคัญของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ ประกอบด้วยความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการป่วยช้ำ และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำของผู้ป่วยจิตเภทและผลดีของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ ในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.2 การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เป็นกิจกรรมการอภิปรายกลุ่มเกี่ยวกับปัญหาของพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ ประกอบด้วย ปัจจัยที่ขัดขวางต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ ปัญหาของการจำแนกอาการเตือนด้วยตนเองเพื่อป้องกันการป่วยช้ำ ปัญหาของการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา และ ปัญหาของการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.3 การรับรู้ความสามารถของตนเองต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เป็นกิจกรรมซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ตัวแบบผ่านผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยช้ำ ประกอบด้วย รูปแบบการป้องกันการป่วยช้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยช้ำ และคำถามที่อยากรู้เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยช้ำ และกิจกรรมรูปแบบการอธิบาย การแลกเปลี่ยน และการจัดให้มีกิจกรรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยช้ำในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

5.4 อิทธิพลระหว่างบุคคลต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยช้ำ เป็นกิจกรรมโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อให้คำแนะนำ การกระตุ้นให้ผู้ป่วยสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพหลังจำหน่ายจาก

โรงพยาบาล ในด้านการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำและการป้องกันการป่วยซ้ำ ได้แก่

ดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 90 คน โดยศึกษาตัวแปรที่ทำนายการกลับมารักษาซ้ำ คือ รายได้ เหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ฐานะเศรษฐกิจ การแสดงออกทางอารมณ์ และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัว ได้แก่ รายได้ เหตุการณ์ในชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ และภูมิหลังด้านครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา ในระดับต่ำมาก ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ละเอียด รอดจันทร์และคณะ (2542) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำภายใน 6 เดือน และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำเกิน 6 เดือน รับประทานที่ 2 ขึ้นไป จำนวนอย่างละ 80 คน รวมทั้งหมด 160 คน ผลการวิจัยสรุปได้ว่า 1) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำ และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำ มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชในระดับปานกลาง 2) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำ และผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำมีความเชื่อด้านสุขภาพในระดับปานกลาง 3) ผู้ป่วยจิตเวชมารักษาซ้ำมีคะแนนสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่มารักษาซ้ำ 4) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ครั้งที่ได้รับไว้ในโรงพยาบาลและการวินิจฉัยโรค มีความสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01 และ .03 ตามลำดับ ส่วนเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว ประเภทครอบครัว สถานภาพของผู้ป่วยในครอบครัว ผู้รับผิดชอบ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวช ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคจิตเวช สัมพันธภาพของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช มีความสัมพันธ์กับการมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเรื่องการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจำนวน 110 คน และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจำนวน 110 คน โดยศึกษาตัวแปรดังต่อไปนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการใช้ยา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการแสดงอารมณ์ของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 ที่ทั้งหมด 5 ตัวแปร และมีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา การใช้ยาที่ถูกต้อง สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่า มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่า และมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

Baker (1995) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมารับแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนตัน (Moncton) นิวบรันสวิก (New Brunswick) แคนาดา (Canada) จำนวน 15 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ จากการศึกษาสรุปได้ว่า 1) การค้นพบอาการป่วยซ้ำเป็นผลมาจากกระบวนการเรียนรู้ (Cognitive process) ความทุกข์ทรมานที่เป็นปัจจัยในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วย และในที่สุดความกลัวของผู้ป่วยต่อความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ จะเปลี่ยนเป็นการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำที่จะเพิ่มขึ้น 2) การค้นพบในครั้งนี้สามารถอธิบายถึงความก้าวหน้าของปรากฏการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และ 3) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปรากฏการณ์ที่มีหลายมิติมารวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่องในการที่สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้น อธิบายและควบคุมการป่วยซ้ำได้

Herz , Lamberti , Mintz , et al. (2000) ศึกษาโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 82 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 41 คน และกลุ่มควบคุม 41 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับการรักษาตามปกติร่วมกับการได้รับโปรแกรมป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การให้ความรู้จิตศึกษาแก่ครอบครัวของผู้ป่วยเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ วิธีจำแนกอาการเตือนและสังเกตพฤติกรรม ทั้งแบบรายครอบครัว และรายกลุ่มครอบครัว สัปดาห์ละ 2 ครั้งนาน 6 เดือน หลังจากนั้นเดือนละ 1 ครั้ง จนครบ 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีการป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยกลุ่มควบคุม ($p=0.01$) หรือ ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($P = 0.03$) เมื่อติดตามผลในเดือนที่ 18

Kennedy, Schepp and O'Conner (2000) ศึกษาการจัดการอาการแสดงกับการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18-55 ปี จำนวน 60 คน ในหน่วยผู้ป่วยระยะแรกรับและระยะเร่งรัดของโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ในแปซิฟิกฝั่งตะวันตกเฉียงเหนือ

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา เพื่อทดสอบความสัมพันธ์ระหว่าง 4 ตัวแปรที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ได้แก่ การรับรู้ในตนเอง การจำแนกอาการแสดง การจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเอง ตามแนวคิดของทฤษฎีการจัดการตนเองและรูปแบบการเผชิญความเครียด พบว่า การจำแนกอาการแสดงกับการจัดการอาการแสดงด้วยตนเอง และการจัดการอาการแสดงกับการรับรู้ประสิทธิผลของการจัดการอาการด้วยตนเองมีความสัมพันธ์กัน การรับรู้ในตนเองไม่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรใดๆ สามารถสรุปได้ว่าการจำแนกอาการแสดงในผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวข้องกับการป้องกันการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยสามารถหาแนวทางในการจัดการอาการแสดงได้ด้วยตนเอง และการป้องกันการป่วยซ้ำไม่ได้เกี่ยวข้องกับการรับรู้ในตนเอง

Meijel, et al. (2006) ศึกษาโปรแกรมสนับสนุนทางจิตสังคมต่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทโดยพยาบาลจิตเวช กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการจากโรงพยาบาลกลางวัน ผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกจากสถานพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง จำนวน 48 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 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

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ในผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่ามีน้อย ซึ่งงานวิจัยส่วนใหญ่เป็นลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการสร้างเสริมสุขภาพในสาขาการพยาบาลอื่นๆ

จินตนา ฤทธารมย์ และคณะ (2002) ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่าง เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจากวิทยาลัยแพทยศาสตร์กรุงเทพมหานครและวชิรพยาบาล จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 รายและกลุ่มควบคุม 20 ราย โดยผู้ป่วยทั้งสองกลุ่มมีความใกล้เคียงกันในเรื่อง เพศ และอายุ ประเมินความแตกต่างของคะแนนความเจ็บปวด การสูญเสียความสามารถและระดับความวิตกกังวลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนดำเนินขั้นตอนการวิจัย ผู้ป่วยกลุ่มทดลองได้เข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งได้รับความรู้ได้รับการฝึกการมีท่าทางที่ถูกต้องในชีวิตประจำวัน การบริหารร่างกาย และการผ่อนคลายความเครียดกับผู้วิจัย จำนวน 2 ครั้ง ในเวลา 4 สัปดาห์ และให้ผู้ป่วยนำไปปฏิบัติที่บ้านทุกวันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับคำแนะนำตามปกติ เมื่อสิ้นสุดสัปดาห์ที่ 4 เปรียบเทียบ

คะแนนความเจ็บปวด และการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเป็นเวลา 4 สัปดาห์ มีระดับความเจ็บปวดและการสูญเสียความสามารถลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

Limpattanasiri (2002) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทุษยาต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย เพื่อศึกษาอิทธิพลของการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนทางสังคมที่มีต่อการรับประทุษยาต่อเนื่อง โดยประยุกต์แบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (2002) เป็นกรอบแนวคิด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาตรวจรักษา/รับยาที่แผนกตรวจโรคผู้ป่วยนอก ณ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนการรับประทุษยาต่อเนื่องในระดับมาก โดยมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการสนับสนุนระดับปานกลาง การรับรู้อุปสรรคระดับน้อย และการรับรู้อุปสรรคเป็นปัจจัยที่สามารถอธิบายความแปรปรวนของการรับประทุษยาต่อเนื่องได้ร้อยละ 5.8

อรวมน ศรียุคตศุทธ และคณะ (2548) ศึกษาการนำแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ไปใช้ในการอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนากลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจำนวน 198 คน ที่มารับการรักษาที่คลินิกโรคข้อและแผนกอายุรกรรม ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศิริราช อายุตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์นานกว่า 6 เดือน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพทั้งโดยรวมและรายด้านทั้ง 6 ด้านในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนพฤติกรรมด้านโภชนาการและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลสูงที่สุดและคะแนนด้านกิจกรรมทางกายต่ำที่สุด ปัจจัยที่ร่วมอธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ คือ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ภาวะสุขภาพ รายได้ และระดับการศึกษา โดยสามารถอธิบายความผันแปรของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 32.50 ผลการวิเคราะห์พบว่า ผู้ป่วยโรคข้ออักเสบ รูมาตอยด์ที่มีการรับรู้ประโยชน์สูงกว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพดีกว่าและระดับการศึกษาสูงกว่า มีแนวโน้มจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่า นอกจากนั้นยังพบว่าแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์มีประโยชน์ในการใช้อธิบายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ถึงแม้ว่าอิทธิพลโดยตรงและโดยอ้อมของปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นไปตามที่ เพนเดอร์เสนอไว้บางส่วนเท่านั้น

Shin, Yun, Pender and Jang (2005) ศึกษา การทดสอบแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพต่อการยินยอมวางแผนการออกกำลังกายของผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศ

เกาหลี โดยทดสอบโครงสร้าง 7 ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการออกกำลังกาย ได้แก่ พฤติกรรมเดิม การรับรู้ความสามารถของตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง ตามแนวคิดแบบจำลองการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคเรื้อรังวัยผู้ใหญ่ในประเทศเกาหลี จำนวน 400 คน จากการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่ศึกษามีความเหมาะสมต่อการยินยอมวางแผนออกกำลังกาย ร้อยละ 54 โดยสถานการณ์ที่เกี่ยวข้อง และประโยชน์ของการออกกำลังกายเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องมากที่สุด

Ronis, Hong and Lusk (2006) ศึกษาการเปรียบเทียบแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม (Pender et al, 1987) กับแบบปรับปรุง (Pender et al., 1996 ; Pender et al., 2002) ต่อการทำนายการใช้เครื่องป้องกันเสียงของผู้ประกอบอาชีพที่ประสบเสียงดัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ประกอบอาชีพที่ประสบเสียงดัง ได้แก่ ช่างไม้ วิศวกรภาคสนาม และ ช่างท่อประปา ในประเทศสหรัฐอเมริกาจำนวน 703 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความเหมาะสมและการทำนายการนำไปใช้ของแบบจำลองการสร้างเสริมสุขภาพแบบดั้งเดิม (Pender, 1987) กับแบบปรับปรุง (Pender, 1996 ; Pender et al., 2002) ต่อการนำไปประยุกต์ใช้เครื่องป้องกันเสียงของคนงานในโรงงาน ผลการศึกษาพบว่า โครงสร้างของแบบจำลองทั้งสองแบบมีความเหมาะสม แต่แบบปรับปรุงใหม่มีความเหมาะสมและอธิบายตัวแปรการป้องกันได้ร้อยละ 28 มากกว่าแบบดั้งเดิม ที่มีความเหมาะสมและอธิบายตัวแปรการป้องกันได้ร้อยละ 18

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ศึกษางานวิจัยที่นำมาสร้างโปรแกรมการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

กานดา จรดล (2542) ศึกษาผลของการใช้กระบวนการฝึกอบรมตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมของแบนดูราที่มีต่อการเสริมสร้างสมรรถภาพการสอนสำหรับครูประถมศึกษา เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นครูระดับประถมศึกษา สังกัดสำนักงานการประถมศึกษาจังหวัดนนทบุรี จำนวน 43 คน โดยใช้การฝึกอบรมตามแนวทฤษฎีการเรียนรู้ทางปัญญาเชิงสังคมของแบนดูรา 3 รูปแบบ ได้แก่ การนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการทำกับตนเอง การนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง และการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการทำกับตนเองและการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ การฝึกอบรมภาคทฤษฎี 5 วัน และการสอนจริง 1 เดือน มีขั้นตอนดังนี้ 1) ให้ความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการฝึกอบรม 2) ให้ได้รับความรู้ทฤษฎีการสังเกตจากตัวแบบ 3) ให้ได้รับความรู้เนื้อหาด้วยการปฏิบัติจริง 4) สาธิตการสอนโดยตัวแบบ 5) เลียนแบบพฤติกรรมการสอน 6) ให้ความรู้เรื่องการรับรู้ความสามารถของตนเองและการทำกับตนเอง 7) วางแผนการสอนในการปฏิบัติการสอนจริง 8) ฝึกปฏิบัติการสอนจริง 9) ติดตามผลและให้ข้อมูลย้อนกลับ 10)

ประเมินผลการปฏิบัติการสอนจริง ผลการวิจัยพบว่า หลังการฝึกอบรมครูกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ความเข้าใจเรื่องท้อบรม มีเจตคติต่อการฝึกอบรม สามารถพัฒนาทักษะทางการสอนในเรื่องที่ฝึกอบรมดีขึ้น มีการกำกับตนเองในการสอน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอน มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนเรื่องท้อบรมสูงกว่าก่อนการฝึกอบรมและก่อนการปฏิบัติการสอนจริงและครูกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมโดยการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการกำกับตนเองและครูกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการฝึกอบรมโดยการนำเสนอตัวแบบควบคู่กับการรับรู้ความสามารถของตนเอง มีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการสอนเรื่องท้อบรมไม่แตกต่างกัน

ธราทิพย์ วงศ์พันธ์ (2543) ศึกษาผลของการเรียนรู้โดยใช้ตัวแบบสัญลักษณ์วิถีทัศน์ร่วมกับกลุ่มการอภิปรายต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยของพยาบาลประจำการ เป็นการวิจัยเชิงทดลองแบบเบื้องต้นกลุ่มเดียววัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลประจำการที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลโพธิ์ไทร จำนวน 15 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโดยรวมของพยาบาลประจำการหลังการเรียนรู้จากตัวแบบสัญลักษณ์โดยใช้วิถีทัศน์ร่วมกับการอภิปรายกลุ่มดีกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความเห็นอกเห็นใจของพยาบาลประจำการหลังและก่อนการเรียนรู้ไม่แตกต่างกัน พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความสามารถในการดูแลของพยาบาลประจำการดีกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านความเชื่อมั่นไว้ใจของพยาบาลประจำการดีกว่าก่อนการเรียนรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านจิตสำนึกความถูกต้องทางศีลธรรมจรรยาของพยาบาลประจำการไม่สามารถสรุปได้ดีกว่าก่อนการเรียนรู้ พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยด้านความยึดมั่นผูกพันในการปฏิบัติงานการดูแลของพยาบาลประจำการดีกว่าก่อนการเรียนรู้ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทและจำหน่ายในช่วงเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2544 จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน และกลุ่มควบคุม 15 คน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุม ในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์
มากกว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ

.05

กรอบแนวคิดในการวิจัย

