

ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท*

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

ชุตินา ทองอยู่, พย.บ. (Chutima Thongyoo, BNS., RN)**

เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, RN, Ph.D. (Pennapa Dangdomyouth, RN, Ph.D.)***

Abstract

Objective: To examine the effect of Health Belief Enhancement Program on medication compliance behavior of schizophrenic patients.

Methods: This study was a quasi-experimental research. The sample composed of 36 schizophrenic patients who had lower to moderate score of medication compliance behavior and followed up in outpatient department at Psychiatric Hospital. They were matched pair by score of Brief Psychiatric Rating Scale and gender then randomly assigned to experimental groups and control groups with 18 subjects in each group. The experimental group received Health Belief Enhancement Program. The control group received regular nursing care activities. The research instruments were: 1) Health Belief Enhancement Program, and 2) the Compliance Behavior Assessment Scale. All instruments were examined for content validity by 5 professional experts. The 2nd instrument had Chronbach's

Alpha coefficient reliability of .80. Data were analyzed using descriptive statistics and t-test.

Results: 1) The medication compliance behavior of schizophrenic patients after received Health Belief Enhancement Program was significantly higher than before at .05 level. 2) The medication compliance behavior of schizophrenic patients who received Health Belief Enhancement Program was significantly higher than those who received regular nursing care activities at .05 level.

Conclusion: Health Belief Enhancement Program can help patients make informed decisions about their own health which beliefs as a stimulus for good health behaviors and develop to medication compliance behavior.

Keywords: Health Belief Enhancement Program, Medication Compliance Behavior, Schizophrenic Patients

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

***Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: dnayus@yahoo.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการวิจัย: การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระดับต่ำถึงปานกลางและเข้ารับการรักษาระหว่างผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช จำนวน 36 คน ได้รับการจับคู่โดยใช้ระดับคะแนนอาการทางจิตและเพศ สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 18 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและ 2) แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน เครื่องมือชุดที่ 2 มีค่าความเที่ยงของครอนบาคอัลฟาเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติร้อยละและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัย: 1) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ

อย่างถูกต้องด้วยตัวผู้ป่วยเองและความเชื่อที่เป็นสิ่งจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดีช่วยพัฒนาสู่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (อรพรรณ ลีอนุญธวัชชัย, 2554) จากสถิติพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบ่อยที่สุด (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุทธิชัย, 2555) จากการรายงานของกรมสุขภาพจิต พบว่าในปีงบประมาณ 2551-2553 มีผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทจำนวน 252, 492 ราย 252,655 ราย และ 255, 480 ราย ตามลำดับ จากสถิติดังกล่าวพบว่าแนวโน้มของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐแผนกผู้ป่วยนอกคิดเป็นร้อยละ 40-50 (กรมสุขภาพจิต, 2554)

การรักษาหลักของผู้ป่วยจิตเภท คือการรักษาด้วยยา เพื่อปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ช่วยควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ และสามารถลดอัตราการกำเริบซ้ำได้ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 60 สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ (Sadock

& Sadock, 2000) แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากยังไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องและมีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยาและกลับมาป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว, 2544; Sullivan et al., 1995) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองไม่เหมาะสม ขาดความพร้อมที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Drake et al., 2004) ทั้งนี้พบว่าพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาดังกล่าวถือเป็นปัจจัยสำคัญที่มีความสัมพันธ์ต่อการกลับมาได้รับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Azrin & Teichner, 1998; Gilmer et al., 2004)

พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (medication compliance behavior) ของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง พฤติกรรมแสดงออกในการปฏิบัติตัวในด้านการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ซึ่งสามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งประกอบไปด้วย 5 ลักษณะได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรงตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ (Farrgher, 1999) พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงถึงร้อยละ 50 (Gray, Wykes, & Gournay, 2002; Mahone, 2004; Maneesakorn, Robson, & Gray, 2007; Zygmunt et al., 2002) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัชนีอุทัยพันธ์และเพ็ญภาแดงค้อมยุทธ์ (2556) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการใน

แผนกผู้ป่วยนอกมีอาการทางจิตกำเริบสาเหตุจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยาคิดเป็นร้อยละ 40.42

ปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายสาเหตุ ซึ่งจากการศึกษาของ Barkhof, Meijer, Sonnevile, Linsszen, & Haan (2012) พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาคือ 1) การรับรู้การเจ็บป่วยและความเชื่อ 2) พยาธิสภาพของโรคทางจิตเวช 3) ยามาจากอาการข้างเคียงจากยาที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทรมานและจำนวนมียา 4) บุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง 5) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย การสนับสนุนทางสังคมและครอบครัว 6) การใช้สารเสพติด

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีหลายวิธี เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา การจัดการรายกรณี การเสริมสร้างแรงจูงใจ การบำบัดรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งรูปแบบการบำบัดส่วนใหญ่จะเป็นการสอน การแนะนำผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษาในรูปแบบต่างๆ ที่ช่วยพัฒนาความรู้ของผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวไม่ได้ส่งผลต่อการพัฒนาการรับรู้การทางจิตทัศนคติ และความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Gray, 2000 อ้างใน ประคอง มาโพทนัน, 2552) แต่การช่วยให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจอย่างถูกต้องด้วยตัวผู้ป่วยเองจะช่วยพัฒนาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ (McDonald & Badger, 2002) และความเชื่อที่เป็นสิ่งจูงใจอย่างหนึ่งที่ทำให้เกิดการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (สุมาลี วัชรนากร, ชุติมา ผาติคำรังกุล และปราณี คำจันทร์, 2551) นอกจากนี้พฤติกรรม การ

รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอต้องเกิดจากความพร้อมและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติด้วยตนเองของผู้ป่วย (Iekovics & Meade, 2002 อ้างใน องค์การ ประจันเขตต์, 2551)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Becker (1974) กล่าวว่าบุคคลจะต้องมีความเชื่อทางด้านสุขภาพในลักษณะต่างๆ คือต้องรับรู้ว่าคุณเองมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วย จะต้องเชื่อว่าการศึกษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ และต้องเชื่อว่าค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคไม่สูงเกินไปเมื่อเทียบกับประโยชน์ที่ได้รับ โดยเน้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ สิ่งที่จะเป็นแรงจูงใจที่ทำให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอาจมีอิทธิพลจากองค์ประกอบ 6 องค์ประกอบคือ 1) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ 2) การรับรู้ต่อความรุนแรงของการป่วยซ้ำ 3) การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาและการป้องกัน 4) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว 5) สิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติ และ 6) ปัจจัยร่วม การที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมในการควบคุมโรคนั้น จะต้องมีการจัดกิจกรรมการให้คำแนะนำหรือการดูแลที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ที่ถูกต้องโดยที่ผู้ป่วยไม่ใช่แค่ผู้ที่คอยรับความช่วยเหลือเพียงอย่างเดียวแต่ผู้ป่วยต้องมีส่วนร่วมในการค้นหาศักยภาพของตนเอง รับรู้ปัญหา กำหนดแนวทางและเป้าหมายในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมร่วมกับทีมสุขภาพ ซึ่งการที่ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมที่ทำให้เกิดการรับรู้ทางสุขภาพที่ถูกต้องแล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการ

เปลี่ยนแปลงสุขภาพในทางที่ดีขึ้น (สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรริธา บุญประดิษฐ์, 2555)

จากการทบทวนวรรณกรรมตามแนวคิดของ Becker (1974) พบว่าส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเรื้อรังมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีขึ้นเช่น จากศึกษาของ สุมาลี วังธนากร และคณะ (2551) เรื่องปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมในการรับประทานยาที่เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่รับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่มาตรวจตามนัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประพนธ์ บุญไชย (2553) พบว่าภายหลังการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และยาต้านไวรัสเอดส์ การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงต่อการดื้อยาและอาการข้างเคียงจากยา การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตามคำแนะนำการปฏิบัติตัวตาม และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งด้านการกินยาครบทุกมื้อ ด้านการกินยาตรงเวลาเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาของรัตนาศา สารบุญ และนิรมล เมืองโสม (2555) ได้ศึกษาเรื่องการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของ

ผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย พบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรับประทานยาสม่ำเสมอ

จากเหตุผลดังกล่าว ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ โดยนำองค์ประกอบทั้ง 6 ประการ มาใช้พัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท และมีการนำเสนอให้ผู้ป่วยเห็นภาพจากสถานการณ์ถึงความรุนแรงที่เกิดขึ้นจริงจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องด้วยวิธีทัศน์ นอกจากนี้ยังมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากผู้ป่วยที่เคยมีอาการทางจิตรุนแรง และผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากยาที่รุนแรงเพื่อให้สมาชิกในกลุ่มได้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์จริง รวมถึงมีการแจกคู่มือ ความรู้เรื่อง ความไม่สมดุลของสารเคมีในสมองและการดูแลตนเอง สำหรับ

ผู้สนใจ โดยในเล่มคู่มือจะมีแบบฟอร์มในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วย เพื่อเป็นการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีใช้รูปแบบกลุ่มในการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยหวังว่าผลลัพธ์ของการนำแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) มาประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท จะช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้อาการทางจิตสงบ ลดอาการกำเริบซ้ำและทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องโรคจิตเภท

กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและ ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ โดยการให้ความรู้เรื่องโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องความรุนแรงการป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช โดยการให้ความรู้เรื่องประโยชน์ในการรับประทานยาต่อเนื่องตามแผนการรักษาผลข้างเคียงจากยาและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องอาการข้างเคียงจากยา

กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม โดยการให้ความรู้เรื่องปัญหาในการรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียงจากยาและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องที่เป็นปัญหาในการรับประทานยาและวิธีการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง

พฤติกรรมความร่วมมือ
ในการรักษาด้วยยา
ของผู้ป่วยจิตเภท
(Farrgher, 1999)

แผนภาพ 1 กรอบแนวคิดวิจัย

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ

2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental research) ศึกษา

สองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-posttest Design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 ที่เข้ารับการรักษารักษาแผนผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยตาม ICD-10 ที่เข้ารับการรักษารักษาแผนผู้ป่วยนอกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา ทั้งเพศชายและเพศหญิงมีอายุ 20-59 ปี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 36 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ

1) มีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระดับต่ำมากถึงปานกลาง (21-42 คะแนน) โดยใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา 2) มีคะแนน BPRS < 30 คะแนน 3) จากการสอบถามผู้ป่วยพบมีประวัติการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยามากกว่า 1 ครั้ง 4) สามารถพูดและสื่อสารภาษาไทยได้และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย จับคู่กลุ่มตัวอย่างโดยใช้ระดับคะแนน BPRS และเพศ เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นต่อกระบวนการวิจัย จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 18 คน ทั้งสองกลุ่มได้ทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (pretest) จากนั้นกลุ่มทดลองมีการดำเนินกิจกรรมการบำบัดเป็นแบบรายกลุ่ม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที ติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยมีการแบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 2 กลุ่มในช่วงเช้าและช่วงบ่าย กลุ่มละ 9 คน เมื่อครบทุกกิจกรรมในกลุ่มทดลองแล้วจึงดำเนินการกำกับกรทดลองทันทีด้วยแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ หลังจากนั้นได้นัดหมายกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในสัปดาห์ต่อไป (สัปดาห์ที่ 5) เพื่อทำแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (post-test)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมจากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งได้รับการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยได้ในระหว่างเดือนมีนาคม 2558 ถึงเดือนมีนาคม 2559 โดยผู้วิจัยได้เข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา ประโยชน์ที่ได้รับ และขอความร่วมมือใน

การให้ข้อมูลก่อนที่จะดำเนินการวิจัย พร้อมชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูล ไม่มีการบังคับใดๆ และผู้เข้าร่วมวิจัยสามารถยุติการเข้าร่วมเมื่อไรก็ได้ โดยไม่ต้องบอกเหตุผลและจะไม่มีผลกระทบต่อการรักษาพยาบาล พร้อมทั้งมีการเน้นย้ำว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ ผลการวิจัยที่ได้จะนำเสนอผลในภาพรวมเท่านั้น และผู้วิจัยสอบถามถึงความสมัครใจ หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการเข้าร่วมศึกษาให้ผู้ป่วยลงชื่อยินยอมในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 3 ชุด ได้แก่

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยได้ประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974) เพื่อพัฒนาพฤติกรรมทางสุขภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ มีรายละเอียดกิจกรรมดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัว กิจกรรมที่ 2 การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการป่วยซ้ำ กิจกรรมที่ 3 การรับรู้ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่องและผลข้างเคียงจากยาทางด้านจิตเวช กิจกรรมที่ 4 การรับรู้อุปสรรคในการรับประทานยาและการจัดการอาการข้างเคียงจากยาจิตเวชและการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ ระยะเวลาที่เจ็บป่วย การเคยมีประวัติ

รับประทานยาไม่ต่อเนื่องหรือขาดยา จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล และระดับการเกิดอาการข้างเคียงจากยา ส่วนที่2แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ที่พัฒนาโดย พรทิพย์ จิรฉัตร สมพร รุ่งเรืองกลกิจ วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช และบุญช่วย เทพยศ (2549) ปรับปรุงโดยรัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ซึ่งประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตรงตามเวลาการไม่ลดหรือเพิ่มขนาดของยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับปัญหาที่เกิดจากการใช้ยา แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยามีค่าความตรงเชิงเนื้อหาของเท่ากับ 1.00 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง ได้แก่ แบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพตามแนวคิดของ Becker (1974) ที่พัฒนาโดยประพนธ์ บุญไชย (2553) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยสาเหตุ อาการและอาการแสดง การรักษาด้วยยาทางจิต ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการป่วยซ้ำและผลจากอาการข้างเคียงจากยา ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำและผลข้างเคียงจากยา ส่วนที่ 4 แบบสอบถามการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ มีการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .93, 1.00, .91 และ .91 ตามลำดับและค่าความเที่ยง เท่ากับ .81, .83, .81 และ .83 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ดังนี้ การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง นำมาวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงบรรยาย เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ โดยใช้สถิติทดสอบที (Dependent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และ เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบที (Independent t-test) หาค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยสรุปตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

1. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -14.936$) ส่วนคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36)

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

2. พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพและกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 9.658$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=36)

คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	39.06	3.05	ปานกลาง	34	1.844	.074
หลังการทดลอง	37.28	2.71	ปานกลาง	34		
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	54.67	5.72	สูง	34	9.658	.000
หลังการทดลอง	38.83	3.94	ปานกลาง	34		

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลของการวิจัยโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัย ได้ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในระหว่าง 40-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 เป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน คิดเป็นร้อยละ 50 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 30.6 สถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 52.8 ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่เริ่มเจ็บป่วยจนถึงปัจจุบัน อยู่ในช่วง 5-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.1 จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล อยู่ในช่วง 1-5 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 69.4 เคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษา คิดเป็นร้อยละ 100 และมีความรุนแรงจากอาการข้างเคียงจากยา อยู่ในระดับรุนแรงน้อยและไม่มีอาการเลยเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 33.3

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1

จากผลการวิจัยสามารถอภิปรายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพสามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการรับรู้ว่ามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคแล้ว จะมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมากำเริบซ้ำได้อีก การที่บุคคลมีการ

รับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค จะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพที่ดี การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่มีต่อร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยทราบถึงผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นทั้งต่อตนเองและสังคม ซึ่งสามารถทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาและการป้องกันการกลับมากำเริบซ้ำได้ การรับรู้ประโยชน์ของการรักษาจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามคำแนะนำ เพราะผู้ป่วยจะเชื่อว่าเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมร่วมมือในการรักษาและการรับรู้อุปสรรค ซึ่งการรับรู้อุปสรรคถือเป็นปัจจัยสำคัญต่อพฤติกรรมการป้องกันโรค และพฤติกรรมของผู้ป่วยสามารถใช้ทำนายพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาโรคได้ การที่ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับรู้โอกาสเสี่ยงรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรคจิตเภท และการรับรู้อุปสรรค ประโยชน์ในการรักษาการร่วมถึงการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม ซึ่งพบว่ากิจกรรมทั้ง 4 กิจกรรมที่ผู้ป่วยได้รับ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดีและให้ความร่วมมือในการรักษามากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประพนธ์บุญไชย(2553)พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3. จากผลการวิจัยพบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาตามปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2

ผู้ป่วยจิตเภทย่อยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมีคะแนนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ป่วย

จิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จะเห็นได้จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเชื่อต่อการเจ็บป่วยว่ามีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย และเป็นแรงกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเกิดขึ้น (กัญญา จันทรใจ, ชีราภรณ์ จันทรดา และอรสา พันธักดี, 2556) จากการศึกษาของประพนธ์ บุญไชย (2553) พบว่าการนำโปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์จากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมมีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะนำไปพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพและเพิ่มความสม่ำเสมอในการรับประทานยาเช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Hazavehei, Taghdisi, & Saidi (2007) ที่พบว่า การป้องกันโรคที่ดีที่สุดคือการปลูกฝังพฤติกรรมป้องกันโรค และพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพนั้นสามารถทำให้นักบุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมป้องกันโรคได้ ดังนั้นจากผลการวิจัยในครั้งนี้ที่ได้้นำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในผู้ป่วยจิตเภทจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลประจำการทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและพยาบาลประจำหอผู้ป่วยใน สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพไปใช้โดยประยุกต์ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงานในการบำบัดผู้ป่วยทั้งสองแผนกเพื่อเป็นการเน้นย้ำให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางสุขภาพให้ทางที่เหมาะสม
2. ควรมีการพัฒนาโปรแกรม โดยการนำ

ผู้ดูแลหรือครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากผู้ดูแลหรือครอบครัว เป็นสิ่งชักนำที่ทำให้เกิดการปฏิบัติหรือเป็นสิ่งกระตุ้นทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรม ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งตามของแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของ Becker (1974)

3. การทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรพิจารณานำองค์ประกอบอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพมาร่วมในโปรแกรมเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงทางสุขภาพให้ดียิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2554). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี : ศูนย์สารสนเทศกองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.*
- กัญญา จันทรใจ, ชีราภรณ์ จันทรดา, และอรสา พันธักดี. (2556). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคเอส แอล อี. *รามาชิดิพยาบาลสาร*, 19(1), 60-72.
- ประคอง มาโพนทัน. (2552). *การบำบัดเพื่อพัฒนาความร่วมมือในการรักษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.*
- ประพนธ์ บุญไชย. (2553). *การประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์*

- โรงพยาบาลบุษราคัม จังหวัดอุบลราชธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาขารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรทิพย์ วชิรฉัตร, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดชและบุญช่วย เทพยศ. (2549). ผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. *อุดรธานี: โรงพยาบาลอุดรธานี*.
- เพชร คันธสาขบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: ปิยอนด์เอ็นเตอร์ไพซ์.
- รัชนี อุทัยพันธ์และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์ (2556). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 27(1), 136-148.
- รัตนา สารบุญและนิรมล เมืองโสม. (2555). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อของผู้ป่วยวัณโรคปอดในโรงพยาบาลวังสะพุง จังหวัดเลย. *วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 12(3), 29-37.
- สุนทรีย์ คำเพ็ง และอรธิรา บุญประดิษฐ์. (2555). ผลของการจัดโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพร่วมกับการสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง หมู่ที่ 9 ตำบลคงตะงาว อำเภอดอนพุด จังหวัดสระบุรี. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, 22(3), 112-123.
- สุมาลี วังชนากร, ชุติมา ผาติดำรงกุล และปราณี คำจันทร์. (2551). *ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม การรับประทานยาในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง*. *สงขลานครินทร์เวชสาร*, 26(6), 539-547.
- องค์อร ประจันเขตต์. (2551). *ผลของการให้การปรึกษาโดยการสัมภาษณ์เพื่อการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Azrin, N. H., & Teichner, G. (1998). Evaluation of an instructional program for improving medication compliance for chronically ill outpatients. *Behavior Research Therapy*, 39(9), 849-861.
- Barkhof, E., Meijer C. J., Sonnevile L. M., Linssen D. H. & Haan, L. (2012). Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia—A review of the past decade. *European Psychiatry*, 27(1), 9-18.

- Becker, M.H. (1974). The health belief model and sick role behavior. *Health Educational Quarterly*, 2, 409-17.
- Becker, M.H. (1974). *The health belief model and sick role behavior in the health belief model and personal health behavior*. New Jersey: Chales B. Slack.
- Drake, R.E., Essock, S.M., Shaner, A., Carey, K.B., Minkoff, K., Kola, L. et al. (2004). Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness. *Psychiatric Service*, 9(1), 102-110.
- Farragher, B., (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6), 1-3.
- Gilmer, T. P. et al. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 692-699.
- Gray, R., Wykes, T. & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(5), 277-284.
- Hazavehei. S.M., Taghdisi, M.H & Saidi, M. (2007). Application of the health belief model for osteoporosis prevention among middle school girl student, Garmsar, *Iran. Education for Health*, 20(1), 1-11.
- Mahone, H. (2004). Medication decision-making by persons with serious mental illness. *Archives of Psychiatric Nursing*, 18(5), 126-134.
- Maneesakorn, S., Robson, D., Gournay., K. & Gray, R. (2007). An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 1302-1312.
- McDonald, J. L. & Badger, T.A., (2002). Social Function of persons with schizophrenia, *Journal of psychosocial Nursing*, 40(6), 42-50.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Sullivan, G., Wells, K.B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factor for re-hospitalization: A case control study seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1749 -1756.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C.A., & Mechanic, D. (2002). Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 159(6), 1653-1664.