

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือ ในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท

EFFECTS OF HEALTH PROMOTION PROGRAM ON HEALTH BEHAVIORS FOR MEDICATION ADHERENCE OF PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA

ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์, พย.ม., วพย. (Nuttaphat Suntarowit, M.N.S., APN)*

อัญชลี วิจิตรปัญญา, พย.ม. (Anckalee Wijiitphanya, RN, M.N.S.)**

ปานิสรา อินทร์กันทุม, พย.บ. (Panitsara Inkunthum, RN)***

Abstract

Objective: To compare health behavior for medication adherence of persons with schizophrenia before and after receiving health promotion program and follow up period and to compare health behavior for medication adherence of persons with schizophrenia who received health promotion programs and those who received regular nursing care at before the experiment, after the experiment and the follow up period.

Methods: This study was a quasi-experimental research with two groups of repeat measures using the pretest-multiple-posttest control group design. The subjects were 68 schizo-

phrenia patients who were admitted to inpatient clinic of psychiatric hospital for the second time and had a history of medication non-adherence. Purposive sampling was used and the subjects were randomly assigned into experimental group and control group, 34 subjects in each group. The experimental group received the health promotion program developed by the researcher. The control group received regular nursing care. The research instrument consisted of 1) Personal information questionnaire, 2) Health behavior for medication adherence assessment form, and 3) The Health promotion for medication adherence of schizophrenia patients program. All instruments were

*Corresponding author, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ (Corresponding author, Registered Nurse, Professional Level, Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital), E-mail: s.nuttaphat@gmail.com

**พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ (Registered Nurse, Professional Level, Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital)

***พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ (Registered Nurse, Professional Level, Loei Rajanagarindra Psychiatric Hospital)

วันที่รับ (received) 18 มีนาคม 2562 วันที่แก้ไข (revised) 03 มกราคม 2563 วันที่ตอบรับ (accepted) 17 เมษายน 2563

validated for content validity by 3 experts. The IOC was 1 and the reliability of the 2nd instrument by chronbach's alpha coefficient was 0.81. Data were analyzed by descriptive statistics, independent t-test and repeated measures ANOVA.

Results: 1) The mean scores of health behavior for medication adherence of schizophrenia patients at immediately after receiving the health promotion program and the follow up period were significantly higher than that before at $< .001$ level. 2) The mean scores of health behavior for medication adherence of schizophrenia patients in the experimental group at immediately after receiving the health promotion program and the follow up period were significantly different from those in the control group at $< .001$ level.

Conclusion: The health promotion program could increase health behavior for medication adherence of schizophrenia patients. Therefore, this study should be further conducted in all psychiatric patients.

Keywords: Health promotion program, Adherence medication, Schizophrenia

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผลของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนการ

ทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดซ้ำ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาระดับผู้ป่วยในครั้งที่ 2 มีประวัติรักษาด้วยยาไม่ต่อเนื่อง จำนวน 68 คน โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง และสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 34 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และ 3) โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 คน มีค่า IOC เท่ากับ 1 และค่าความเที่ยงอัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือลำดับที่ 2 เท่ากับ 0.81 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา สถิติที่ชนิดที่เป็นอิสระต่อกันและสถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ

ผลการศึกษา: 1) ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทันทีและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $< .001$ 2) คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภตก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผลของกลุ่มทดลอง และเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อนการ

ส่งเสริมสุขภาพทันทีและระยะติดตามผลแตกต่างกัน จากกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $<.001$

สรุป: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดังนั้นจึงควรมีการขยายผลการทดสอบไปในผู้ป่วยโรคจิตเวชทุกกลุ่ม

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา โรคจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคจิตเวชที่พบมากที่สุดของผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชในประเทศไทย (Department of Mental Health, 2013) มีอุบัติการณ์เท่ากับ 0.1 – 0.5 ต่อประชากร 1000 คน ความชุกของโรค 2.5 – 5.3 ต่อประชากร 1000 คน และมีความชุกตลอดชีพ (lifetime prevalence) 7.0–9.0 ต่อประชากร 1000 คน (มาโนชหล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ถึงแม้จะมีอาการอยู่ในระดับที่ควบคุมได้แล้วก็ตาม แต่ยังมีโอกาสเกิดอาการกลับเป็นซ้ำได้ร้อยละ 60 ภายหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายในเวลา 1 ปี (Linstrom & Bingeors, 2000) แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังโดยผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการแยกตัวไม่สนใจผู้อื่นหรือแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวันของตน ขาดความสนใจในการดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลทำให้เกิดปัญหาในการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นมากขึ้นเรื่อย ๆ

(มาโนชหล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมโดยที่ความรู้สึกตัวและสติปัญญาปกติ (World Health Organization [WHO], 2006)

การบำบัดรักษาที่สำคัญของผู้ป่วยโรคจิตเภทคือ การบำบัดรักษาด้วยยา ซึ่งจะช่วยในการปรับสมดุลของสารชีวเคมีในสมอง ช่วยควบคุมอาการและลดความรุนแรงของโรคได้ และสามารถลดอัตราอาการกำเริบ (Leucht et al., 2012) การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวในผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลร้อยละ 60 สามารถใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ (Sadock & Sadock, 2000) แต่ก็พบว่าผู้ป่วยบางกลุ่มที่ไม่มีความเข้าใจในการเจ็บป่วยของตน มีความเชื่อไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา และการใช้สารเสพติด (Higashi et al., 2013) ไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและมีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง อันอาจเกิดจากอาการข้างเคียงจากยาและส่งผลให้กลับมาป่วยซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2544; ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราณี, 2561; Sullivan, Morgenstern, & Leake, 1995) โดยพบว่า ร้อยละ 75 ผู้ป่วยโรคจิตเภทหยุดการรักษาดด้วยยา และขาดการรับประทานยาต่อเนื่องภายใน 18 เดือน ร้อยละ 26 ถึง 41 (Bressington, Mui, & Gray, 2013; Hui et al., 2006; Lacro, Dunn, Dolder, Leukband, & Jeste, 2002; Lieberman et al., 2005) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาอันเป็นพฤติกรรมการใช้ยาให้สอดคล้องกับการดำเนินชีวิตที่ตรงกับคำแนะนำทางการแพทย์จึงเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่ง (Haynes, Taylor, & Sockett, 1979)

จากสถิติผู้มารับบริการแบบรับไว้รักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่ง ระหว่างปี 2558 – 2560 มีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ารับบริการจำนวน 1,129 1,128 และ 1,086 ราย ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 12.21 9.08 และ 9.07 ปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทหญิง ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 67.9 มีปัญหาภายในครอบครัว และขาดทักษะการเผชิญปัญหา คิดเป็นร้อยละ 63.5 (ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์, 2556) และจากการสนทนากลุ่มที่มารับบริการตั้งแต่เดือนสิงหาคม 2560 (16 คน) พบว่า ปัญหาที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ มีปัญหาล้ำคลึงกัน เช่น การรับประทานยาไม่ถูกเวลา (ร้อยละ 12.5) การเลือกรับประทานยาบางตัว (ร้อยละ 6.25) มีอาการข้างเคียงที่เกิดจากยา (ร้อยละ 12.5) เกิดความเครียดไม่สามารถที่จะไปปรึกษาใครจึงเลือกใช้สารเสพติด ประเภทยาและยาบ้า (ร้อยละ 25) คิดว่าตนเองอาการดีแล้วจึงหยุดยา (ร้อยละ 37.5) และไม่มีผู้พามารับยา (ร้อยละ 6.25) (งานผู้ป่วยในหญิง, 2560) นอกจากนี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม ผู้ป่วยโรคจิตเภทชายจำนวน 22 ราย พบว่า สาเหตุที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 18 ราย กลับมารักษาซ้ำเนื่องจากกลับไปดื่มสุรา คิดเป็นร้อยละ 81.8 เมื่อสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าเหตุผลที่กลับไปใช้สารเสพติดเนื่องจากไม่สามารถจัดการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นได้ (กรรณิการ์ ชื่นสมบัติ, 2560)

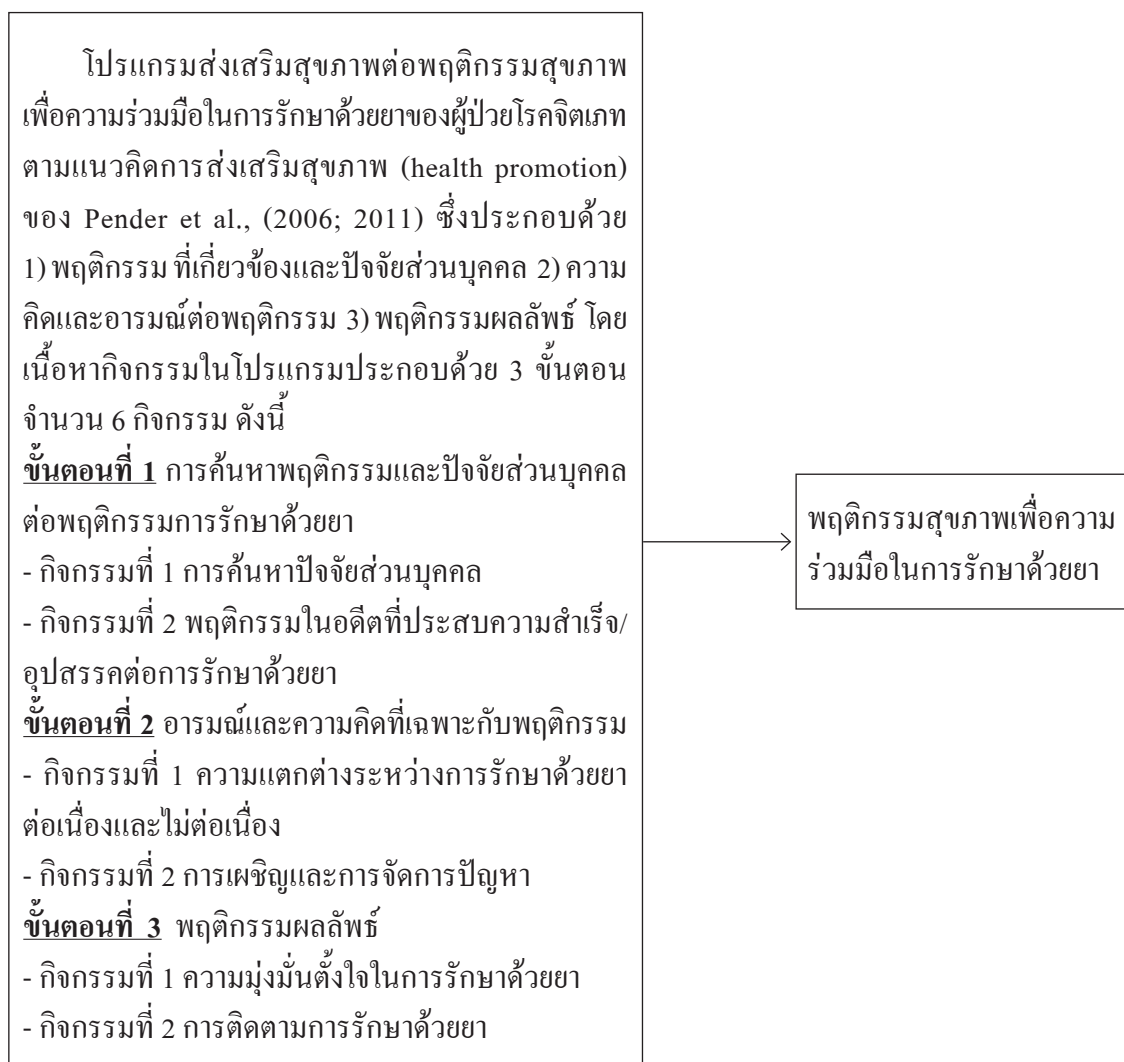
จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทอาจเป็นปัจจัยด้านผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยด้านบุคลากรทางสาธารณสุข และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (วัชรินทร์ วุฒิธนาฤทธิ์, 2560) ซึ่งปัจจัยที่สำคัญอย่างยิ่งก็คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ในผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจไม่ได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องและส่งผลให้กลับเป็นซ้ำ ดังนั้นผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำโดยปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดำเนินชีวิต มีการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่สอดคล้องกับแผนการรักษา โดยพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกิดจากแรงจูงใจที่ต้องการมีภาวะสุขภาพที่ดี ให้ความสำคัญในการพัฒนาตนเองและศักยภาพของบุคคล โดยมีการผสมผสานให้สอดคล้องกับแบบแผนการดำเนินชีวิต เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ (Pender, Murdaugh, & Parson, 2006) การพัฒนาและศึกษาประสิทธิภาพการบำบัดทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในลักษณะของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีความสำคัญอย่างยิ่ง ผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงจากงานผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปสู่ชุมชนเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านสอดคล้องกับบริบทและแบบแผนการดำเนินชีวิตผู้ป่วยโรคจิตเภทต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้แนวคิดแบบจำลองการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al., 2006; 2011) มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาโปรแกรมบำบัด ซึ่งตามแนวคิดนี้เชื่อว่าการรับรู้เป็นกระบวนการขั้นแรก ของการสร้างแรงจูงใจ

ในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นการรับรู้ภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยสำคัญ ที่บุคคลควรรับรู้พฤติกรรมเดิมที่ตนกระทำมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนหรือไม่ นอกจากนี้การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม จะช่วยให้ลดหรือหลีกเลี่ยงการกระทำที่ส่งผลเสียต่อการส่งเสริมสุขภาพ ส่วนการรับรู้ประโยชน์ส่งผลต่อระดับการกระทำพร้อมกับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องทำให้มีแนวโน้มที่จะร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง แสดงตามแผนภาพที่ 1 ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผลของกลุ่มทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผลระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทก่อน หลัง และระยะการติดตามผลที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แตกต่างกันหรือไม่

2. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยากับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังการทดลองและระยะการติดตามผลมีความ

แตกต่างกับก่อนได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

2. คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะการติดตามผล

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) แบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (two – group pretest – posttest design)

ประชากร ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่กลับเข้ามารักษารักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวช

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่กลับเข้ามารักษารักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 68 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 34 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ จำนวน 34 คน มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือก

เกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria)

1. อายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป
2. เข้ารับบริการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์ของบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10)
4. เข้ามารักษาแบบผู้ป่วยในครั้งที่ 2
5. มีประวัติขาดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุ่ดรับประทานยา
6. เป็นผู้ที่ไม่มีภาวะปัญญาอ่อน โรคสมองพิการ โรคหลอดเลือดสมอง เนื้องอกโรคติดเชื้อของระบบประสาท โรคพาร์กินสัน
7. มีจำแนกประเภททางกายภาพ อยู่ในระดับ 2a, 2b, 2c (กรมสุขภาพจิต, 2560)

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างตามสูตรขนาดตัวอย่าง แบบการหาความแตกต่างของค่าเฉลี่ยที่มีจำนวนมากกว่า 2 ขึ้นไป (difference between many means) (Jos & Twisk, 2003) โดยการนำผลการศึกษาของ Emine and Ahsen (2015) มาร่วมในการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย กลุ่มละ 28.17 คน ผู้วิจัยได้ปรับเพิ่มขนาดที่ใช้ในการศึกษาเพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างครบตามจำนวนที่ต้องการศึกษาและตัวแทนของประชากร ได้มีการนำผู้สูญหายจากการติดตามมาร่วมวิเคราะห์(dropout) เพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่าง

อีกร้อยละ 20 หรือ 6 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ กลุ่มละ 34 คน รวมเป็นกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 68 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราช-นครินทร์ เลขที่ 2/2561 ลงวันที่ 1 เมษายน 2561 อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับการอธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของโครงการ วิธีการเข้าร่วมโครงการ รายละเอียดขั้นตอน ระยะเวลา และกิจกรรมที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการ ประโยชน์ที่ได้รับความไม่สุขสบายหรือความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจได้รับการวิจัย อาสาสมัครสามารถตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ได้อย่างอิสระ โดยไม่มีผลกระทบต่อการมารับบริการรักษาพยาบาลแต่อย่างใด ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ ไม่มีการเปิดเผยต่อผู้ไม่เกี่ยวข้อง จนกว่าจะได้รับอนุญาตจากอาสาสมัครเท่านั้นและได้รับความยินยอมจากอาสาสมัครเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งอาสาสมัครสามารถถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาซึ่งผลการวิจัยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ (health promotion) ของเพนเดอร์ (Pender et al., 2011) เป็นองค์ประกอบของการจัดกิจกรรม ซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมครั้งละ

60 นาที ระยะเวลาดำเนินการ 1 สัปดาห์ โปรแกรมนี้ผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และมีการนำไปทดลองใช้ในผู้ป่วยที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรม 6 กิจกรรม มีดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 : การค้นหาพฤติกรรมและปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการรักษาด้วยยา

กิจกรรมที่ 1. การค้นหาปัจจัยส่วนบุคคล

กิจกรรมที่ 2. พฤติกรรมในอดีตที่ประสบความสำเร็จ/อุปสรรคต่อการรักษาด้วยยา

ขั้นตอนที่ 2 : อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม

กิจกรรมที่ 1. ความแตกต่างระหว่างการรักษาด้วยยาต่อเนื่องและไม่ต่อเนื่อง

กิจกรรมที่ 2. การเผชิญและการจัดการปัญหา

ขั้นตอนที่ 3 : พฤติกรรมผลลัพธ์

กิจกรรมที่ 1. ความมุ่งมั่นตั้งใจในการรักษาด้วยยา

กิจกรรมที่ 2. การติดตามการรักษาด้วยยา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล มี 14 ข้อ 2) แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 2011) มีจำนวน 21 ข้อ แต่ละข้อคำถามมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย = 1, บางครั้ง (1-3 วัน/สัปดาห์) = 2, บ่อยครั้ง (4-5 วัน/สัปดาห์) = 3, ทุกวัน = 4 แปลผลโดยคะแนนรวมน้อยกว่า 39 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ระดับต่ำ คะแนนระหว่าง 39 - 53 หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับปานกลาง และมากกว่า 53 คะแนน หมายถึง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพระดับสูง แบบสอบถามได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่า IOC เท่ากับ 1 และนำไปทดลองใช้ในกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .81

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้มีขั้นตอนการดำเนินการศึกษา 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ

1. เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย ในการศึกษาครั้งนี้ จากเอกสาร ตำราและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

2. เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และจัดทำแผนการดำเนินการวิจัย สร้างโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท และพัฒนาแบบสอบถาม

3. เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัยจำนวน 1 คน เพื่อช่วยในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่มในการดำเนินการทดลอง

4. หลังจากโครงการวิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยประสานงานหัวหน้าหอผู้ป่วยในเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย วิธีดำเนินการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

5. เตรียมกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยพบกลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนในการวิจัย การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างและถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้ประเมินผู้ป่วยด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และขอให้ผู้ป่วยที่ผ่านตามเกณฑ์ที่กำหนดลงในใบยินยอมการเข้าร่วมวิจัยพร้อมนัดวันเวลาที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มควบคุมและกลุ่มเปรียบเทียบโดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบกลุ่ม โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้นำกลุ่มและผู้ช่วยผู้วิจัยเป็นผู้ช่วยผู้นำกลุ่ม แบ่งกลุ่มทดลองออกเป็น 4 กลุ่ม กลุ่มละ 8 – 9 คน โดยกลุ่มที่ 1 และ 3 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า ส่วนกลุ่มที่ 2 และ 4 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติที่ได้รับขณะเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยได้แก่ 1) กิจกรรมการดูแลกิจวัตรประจำวันทั่วไป และ 2) กิจกรรมการดูแลด้านจิตใจ เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรค การทำกิจกรรมบำบัดต่าง ๆ

3. ระยะประเมินผลการดำเนินกิจกรรม

หลังจากดำเนินกิจกรรมครบครั้ง 6 กิจกรรม ประเมินกลุ่มตัวอย่างด้วย แบบวัดพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาทันที และหลังจากนั้น 1 เดือน จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถาม

ก่อนนำไปวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติบรรยาย โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท กลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผลโดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนเมื่อมีการวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง ($n = 34$) และกลุ่มเปรียบเทียบ ($n = 34$) พบว่า สัดส่วนเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน อายุระหว่าง 29–38 ปี ร้อยละ 32.4 เท่ากัน ส่วนใหญ่สถานภาพโสด ร้อยละ 73.5 และ 64.7 ตามลำดับ จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 26.5 และ 44.1 ระยะเวลาก่อนเจ็บป่วย 6 ปี ร้อยละ 47.1 และ 38.2 และจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล 1-5 ครั้ง ร้อยละ 76.5 และ 91.2 ตามลำดับ

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลอง กลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล พบว่า

เมื่อเวลาผ่านไปคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แตกต่างกันอย่าง ระหว่างกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีนัยสำคัญทางสถิติ และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ในระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	p-value
ภายในกลุ่ม					
ระยะเวลา	11944.088	1.266	9436.769	258.589	.000
ระยะเวลา X กลุ่ม	1360.069	1.266	1074.561	29.445	.000
ความคลาดเคลื่อน	3048.510	83.536	36.493		
ระหว่างกลุ่ม					
กลุ่ม	2764.711	1	2764.711	29.288	.000
ความคลาดเคลื่อน	6230.167	66	94.396		

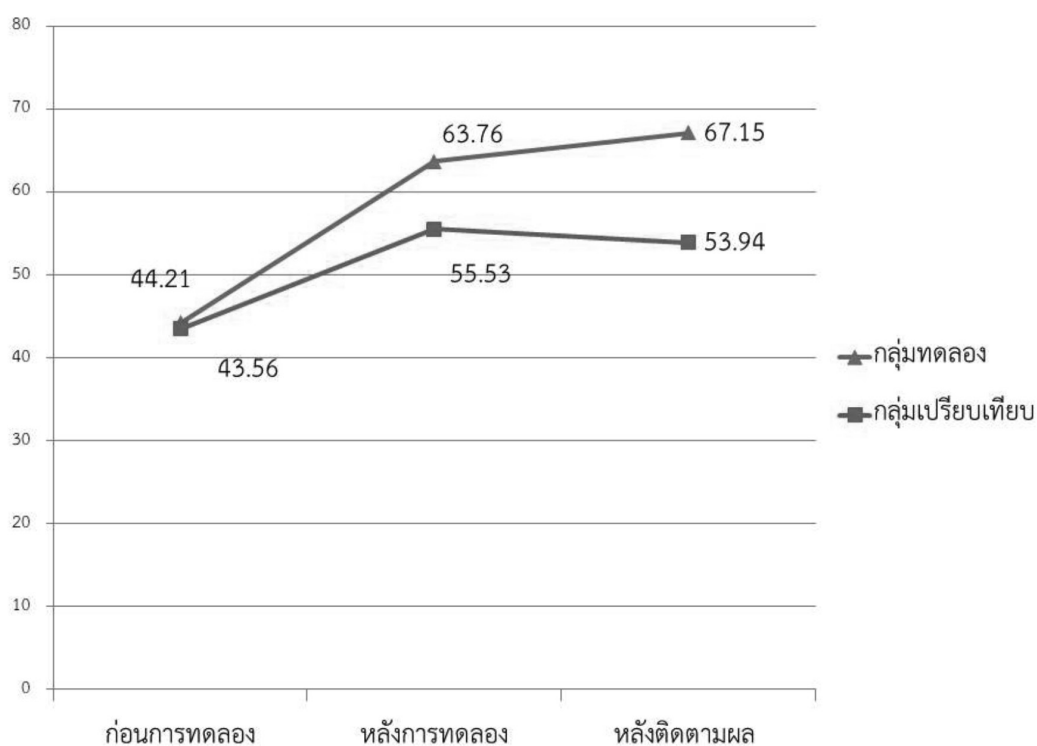
2. การเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และหลังการติดตามผล 1 เดือน 3 คู่ ได้แก่ 1) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (คู่ที่ 1) 2) ก่อนการทดลองและระยะติดตามผล (คู่ที่ 2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตารางที่ 2

3) หลังการทดลองและระยะติดตามผล (คู่ที่ 3)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะติดตามผล 1 เดือน ด้วยวิธี Bonferroni

ระยะเวลาการทดลอง		Mean Difference	Std.Error	p-value
T0	T1	-15.76	1.03	.000
	T2	-16.66	.88	.000
T1	T2	-.897	.437	.133

T0 = ก่อนการทดลอง, T1 = หลังการทดลอง, T2 = ระยะติดตามผล 1 เดือน



ภาพที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการทดลอง หลังการทดลองและระยะติดตามผล

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล 1 เดือน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยที่หลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมและยังคงสูงต่อเนื่องเมื่อติดตามผลในระยะ 1 เดือน และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบรายคู่ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยากลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระยะก่อนการทดลอง หลังการทดลอง และระยะการติดตามผล พบว่ามีความแตกต่างกัน 2 คู่ ได้แก่

- 1) ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง และ
- 2) ก่อนการทดลองและระยะการติดตามผลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Azita et al. (2017) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพต่อความมุ่งมั่นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยมีความมุ่งมั่นในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากผลการศึกษาอาจอธิบายได้ว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender et al. 2006) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอนนี้ เน้นให้สมาชิกได้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน รวมทั้งมีการตั้งเป้าหมายและการวางแผนในการมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษา

ด้วยยาได้ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 เป็นการค้นหาพฤติกรรมและปัจจัยส่วนบุคคลต่อพฤติกรรมการรักษาด้วยยา โดยมี 2 กิจกรรม (ครั้งที่ 1 และ 2) โดยให้สมาชิกได้ทบทวนตัวเองถึงพฤติกรรมในอดีตที่ประสบความสำเร็จหรืออุปสรรคต่อการรักษาด้วยยา เพื่อทำให้เกิดการรับรู้การเจ็บป่วยของตนเองและได้มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเจ็บป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความตระหนักและยอมรับการเจ็บป่วย รวมทั้งให้ผู้วิจัยได้รับทราบข้อมูลถึงความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย ขั้นตอนที่ 2 อารมณ์และความคิดที่เฉพาะกับพฤติกรรม มี 2 กิจกรรม (ครั้งที่ 3 และ 4) เป็นการรับรู้ประโยชน์ที่จะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ก็ให้เกิดแรงจูงใจและปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้และการรับรู้อุปสรรคเป็นการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถที่จะหาทางเลือกที่มีอยู่ได้ส่งผลให้เลือกพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ขั้นตอนที่ 3 ผลลัพธ์ทางด้านพฤติกรรม มี 2 กิจกรรม (ครั้งที่ 5 และ 6) เป็นการทบทวนความมุ่งมั่นตั้งใจในการปฏิบัติพฤติกรรมที่จะนำไปสู่การปฏิบัติและติดตามการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้ รวมทั้งให้ฝึกปฏิบัติการจัดการับประทานเอง เป็นการมุ่งมั่นให้เกิดความมุ่งมั่นตั้งใจ เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ไปจนถึงวันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล รวมถึงมีการกำกับติดตามด้วยแบบบันทึกการรับประทานยาประจำวันขณะอยู่บ้าน

จะเห็นได้ว่ากิจกรรมในโปรแกรมนี้มีการเน้นที่การรับรู้ภาวะสุขภาพอันเป็นปัจจัยที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับความถี่ในการกระทำพฤติกรรม การส่งเสริมสุขภาพ จากประสบการณ์ของบุคคลที่กระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วทำให้เกิด

ความปกติสุขและมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น เพื่ออำนวยความสะดวกให้กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การที่บุคคลรับรู้พฤติกรรมที่ตนกระทำมีประโยชน์ต่อภาวะสุขภาพของตนจะส่งผลต่อระดับการกระทำนั้นและสนับสนุนให้มีแนวโน้มที่จะกระทำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้ก็จะแสดงให้เห็นว่าภายหลังการทดลองผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมฯ น่าจะมีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และน่าจะมีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปฏิบัติ และการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งตามแนวคิดของเพนเดอร์ (2006) ได้กล่าวไว้ว่า ปัจจัยด้านความรู้การรับรู้เป็นกระบวนการขั้นแรก ของการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมา ก็พบว่าสาเหตุการไม่ร่วมมือรับประทายาเกิดจากการขาดความรู้เรื่องโรค การรับรู้ความเจ็บป่วย อาการข้างเคียงจากยา (Saboo et al., 2015)

นอกจากนี้การรับรู้อุปสรรคของการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการไม่มีโอกาสจะทำพฤติกรรม จะส่งผลทางลบต่อการกระทำพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งจากการศึกษาของ Allison (2013) ได้วิจัยเชิงคุณภาพถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยาจิตเภทกลุ่มใหม่ โดยใช้กรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ (Pender et al., 2011) ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอุปสรรคในการรักษาด้วยยา ดังนั้นการที่ในกิจกรรมของโปรแกรมฯ มีการอธิบายและแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ก็น่าจะช่วยให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับอุปสรรคต่อการรักษา

ด้วยยา พฤติกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงการเกิดความตระหนักถึงประสบการณ์ที่ผ่านมาของตน ก็น่าจะส่งผลในการปฏิบัติที่เหมาะสมและมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ผลการศึกษาน่าจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการพยาบาลจิตเวชในการบำบัดแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา
2. ควรนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ไปดัดแปลงใช้บำบัดในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มอื่น เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน
3. ควรทำการวิจัยเชิงทดลองแบบหลายแห่ง (multi - setting) และควรมีการศึกษาวิจัยการติดตามประเมินพฤติกรรมสุขภาพเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในระยะยาว เช่น 6 เดือนหรือ 1 ปี เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

- กรรณิการ์ ชื่นสมบัติ. (2560). ผลการดำเนินการกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาโรคจิตเภทงานผู้ป่วยในชาย.โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์เลย.
- งานผู้ป่วยในหญิง. (2560). ผลการดำเนินการกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาโรคจิตเภท.โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์เลย.
- ณัฐพัชร สุนทโรวิทย์. (2556). สถานการณ์การกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทหญิง

- โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์.
นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปร
จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,
บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์.
(2555). *จิตศาสตร์รามธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 6).
กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- รัชณา มังคะลวง, กุลชญา ลอยหา, และจำลอง
วงศ์ประเสริฐ. (2560). ผลการส่งเสริม
สุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมความดัน
โลหิตสูงเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนใน
ผู้สูงอายุความดันโลหิตสูงของศูนย์สุขภาพ
ชุมชน อำเภอเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี.
*วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัย
ราชภัฏอุบลราชธานี*, 6(2), 5 – 17.
- วัชรินทร์ วุฒิธนาภรณ์. (2560). การส่งเสริมความ
ร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต*, 31(1), 1 – 12.
- ภาวินี ธนบดีธรรมจารี และบุญเยี่ยม เต็มราษี.
(2561). การพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมการ
รับรู้ความเจ็บป่วยและความเชื่อการกินยา
ต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยาของ
ผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต*, 32(3), 133 – 153.
- Allison, G. M. (2013). *The experience of adult
women with schizophrenia who take second
generation antipsychotic*. Montana state
university.
- Azita, N., Farideh, E., Rahim, T., & Katayon, V.
(2017). The effect of education based on
Health Promotion Model (HPM) on
Adherence to Antiretroviral Therapy (ART)
in HIV- Infected Patients, *Health Scope*,
6(4), 562-592.
- 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.
- Bressington, D., Mui, J., & Gray, R. (2013).
Factors associated with antipsychotic
medication adherence in community-based
patients with schizophrenia in Hong Kong:
A cross sectional study. *International
Journal of Mental Health Nursing*, 22,
35 - 46.
- Costa, J. A., Balga, R. S., Alfenas, R. C., & Cotta,
R. M. (2011). Health promotion and
diabetes: discussing the adherence and
motivation of diabetics that participate in
health programs. *Ciênc. Saúde Coletiva*,
16(3), 2001-2009.
- Department of Mental Health, Ministry of Public
Health. (2013). *Number of outpatient
psychiatric outcomes*, Retrived, 2017
November 27, from [http://www.dmh.go.th/
report/report1.asp](http://www.dmh.go.th/report/report1.asp) (in Thai)
- Drake, R. E., Essock, S. M., Shaner, A., Carey,
K. B., Minkoff, K., & Kola, L. (2004).

- Implementing dual diagnosis services for clients with severe mental illness for clients with severe mental illness. *Psychiatric Service*, 9(1), 102 – 110.
- 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.
- Haynes, R. B., Taylor, D. W., & Sackett, D. L. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Higashi, K., Medic, G., Littlewood, K. J., Diez, T., Granström, O., & De Hert, M. (2013). Medication adherence in schizophrenia: Factors influencing adherence and consequences of nonadherence, a systematic literature review. *Therapeutic advances in psychopharmacology*, 3(4), 200–218. <https://doi.org/10.1177/2045125312474019>
- Hui, C. L., Chen, E. Y., Kan, C. S., Yip, K. C., Law, C.W., & Chiu, C. P. Y. (2006). Antipsychotics adherence among outpatients with schizophrenia in Hong Kong. *Journal of Medicine*, 55(1), 9-14.
- Jos, W. R., & Twisk. (2003). *Applied longitudinal data analysis for epidemiology: A practical guide*. Cambridge: Cambridge university press.
- Lacro, J., Dunn, L., Dolder, C., Leukband, S., & Jeste, D. (2002). Prevalence of and risk factors for medication nonadherence in patients with schizophrenia: a comprehensive review of recent literature. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 892 – 909.
- Leucht, S., Tardy, M., Komossa, K., Heres, S., Kissling, W., Salanti, G., et al. (2012). Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 379, 2063-71.
- Lieberman, J. A., Stroup, T. S., McEvoy, J. P., Swartz, M. S., Rosenheck, R. A., Perkins, D. O., et al. (2005). Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *The New England Journal of Medicine*, 353, 1209-23.
- Lindström, E., & Bingefors, K. (2000). Patient compliance with drug therapy in schizophrenia: Economic and clinical issues. *Pharmacoeconomics*, 18(2), 106-124. DOI: 10.2165/00019053-200018020-00002
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parson, M. A. (2006). *Health promotion in nursing practice*. (5th ed). NJ: Pearson Education Inc.
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2011). *Health Promotion in nursing practice* (6th ed.). NJ: Pearson Education LTD.
- Saboo, A.V., Deshmukh, P. S., & Deshmukh, S. B. (2015). Study on non-compliance in

patients of schizophrenia. *Journal of Evolution of Medical and Dental Sciences*, 4(47), 8112-8118.

Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2000). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.

Sendt, K.V., Tracy, D. K., & Bhattacharyya, S. (2015). A systematic review of factors influencing adherence to antipsychotic medication in schizophrenia-spectrum disorders. *Psychiatry Research*, 225(1-2), 14-30. Doi:10.1016/j.psychres.2014.11.002

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.

World Health Organization. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorder: Clinical description and diagnostic guidelines*. Geneva: WHO.