

ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยา  
ตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท

**The Effect of Perceived Self-Efficacy Promoting Group on Medication Adherence  
and Follow-up Intention of Schizophrenic Patients**

นภาพร เหลืองมงคลชัย (Napaporn Luangmongkhonchai, R.N.)\*  
อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D., R.N.)\*\*

**Abstract**

The purposes of this quasi-experimental research were; to study the effect of perceived self-efficacy promoting group on medication adherence and follow-up intention of schizophrenic patients. The samples were 40 schizophrenic patients, randomly assigned into one experimental group who participated in self-efficacy promoting group and one control group who participated in regular caring activities. Research instruments were; The self-efficacy promoting group, the medication adherence scale and follow-up intention scale, self-efficacy on medication adherence and follow-up intention of schizophrenic patients scale. These instruments were tested for content validity by 5 psychiatric experts. The reliability were .88, .81 and .80 respectively. The t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows:

1. Medication adherence and follow-up intention of schizophrenic patients, after

participation in self-efficacy promoting group, was significantly higher than that before the experimental, at the .05 level.

2. Medication adherence and follow-up intention of schizophrenic patients who participated in self- efficacy promoting group was significantly higher than that of schizophrenic patients who participated in the regular caring activities, at the .05 level.

**Keyword:** Schizophrenic Patients, self-efficacy promoting group, medication adherence and follow-up intention

**บทคัดย่อ**

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลปลวกแดง

\*\* Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail: Oraphun01@hotmail.com

แห่งตน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้คือ กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดความตั้งใจมาตรวจตามนัด และแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัด ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ค่าความเที่ยงของแบบวัดทั้ง 3 ฉบับเท่ากับ .88, .81, .80 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ t-test

#### ผลวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดหลังได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

2. ค่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

**คำสำคัญ** ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

#### ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม การตัดสินใจและความบกพร่องทางหน้าที่การงาน และสังคม (WHO, 2006) เป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุด มีความรุนแรงและเรื้อรังความชุกของ

โรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.5-1 (National Institute of Mental Health [NIMH], 1999) สำหรับประเทศไทยสถิติผู้ป่วยจิตเวชช่วงปี 2547-2549 พบโรคจิตเภทเป็นลำดับ 1 ของทุกปีงบประมาณ (กรมสุขภาพจิต, 2550) อาการมีทั้งเฉียบพลันรุนแรงและการดำเนินของโรคเรื้อรัง (Sodock and Sadock, 2005) ปัญหาที่พบบ่อยคือการไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 50 หยุดการรักษาหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายในปีแรก (Babiker IE, 1986) สอดคล้องกับ เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่า หนึ่งในตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำคือ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำถึงร้อยละ 63.33

พฤติกรรมที่แสดงถึงการใช้ยาที่ไม่เป็นไปตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ปฏิเสธการใช้ยาหยุดยาก่อนกำหนดใช้ยาไม่ถูกขนาดและเวลา (Perkins Do, 2002) รวมถึงไม่มาตรวจตามนัด (Davidhizar, 1982) ส่งผลให้เกิดปัจจัยเสี่ยงสำคัญของการป่วยซ้ำ (Weiden PJ, Olfson M, 1995) จากการศึกษาของ Weiden et al. (1994) พบปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำจากการขาดการรักษาร้อยละ 50-85 สอดคล้องกับ Sulligan (1996) ที่พบปัญหาผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายอาการกำเริบอย่างน้อยร้อยละ 40 ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การกำเริบทางจิตบ่อยครั้ง มีโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพอารมณ์ และการรับรู้อย่างถาวร (สันชัย วสุนทราราม, 2547) บางรายอาการรุนแรงทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายข้าวของ

ทำให้ญาติเดือดร้อน (Breier et al., 1991) สาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยนั้น เนื่องจาก 1) ทักษะคิดต่อการใช้ยาและการรักษาใช้เวลานาน (สาธิตพร พุฒขาว, 2541) 2) ผู้ป่วยขาดความเข้าใจ ความตั้งใจความตระหนักเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและแรงจูงใจให้เห็นประโยชน์ของการรักษาอีกทั้งได้รับข่าวสารที่บั่นทอนความเชื่อ (Aguglia et al., 2002; ทศนีย์ ทิพย์สุนะนิน, 2544) 3) ผลข้างเคียงของยาจิตเวช (Pierre-Michel Llorca, 2008) 4) ความรู้สึกเป็นตราบาปทำให้ความมั่นใจและการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Fung et al., 2007) 5) ความรู้สึกว่าการรักษาทำให้สุขภาพแยลงกลัวตนเองจะเป็นอันตราย (Fleischhacker et al., 2003)

จากการทบทวนวรรณกรรม Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park (2002) ได้ศึกษาการให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยนำทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีการร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับ Ray et al. (2005) ที่นำโปรแกรมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเองมาใช้ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังพบว่าให้ผลลัพธ์ที่น่าพอใจกว่าโปรแกรมทั่วไป มีผู้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม (Ventura, et al., 2004) และจากการศึกษาของ สุภาวดี บุญชู (2551) ทำการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้อาการเตือนถูกต้องมากขึ้น จะ

เห็นได้ว่าการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสามารถใช้เป็นตัวทำนายแรงจูงใจในการเปลี่ยนแปลงสุขภาพและวิถีชีวิตได้มากที่สุดทุกด้านของชีวิตสามารถอธิบายการปฏิบัติพฤติกรรมได้โดยตรง (Kelly et al., 1991; วัฒนภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2549) เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งโรคจิตเภทก็มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง (Black, 2003) และต้องใช้ระยะเวลาในการรักษาดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด ต้องเกิดจากบุคคลรับรู้และมั่นใจในสมรรถนะแห่งตน (Bandura, 1986) การส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจึงมีความสำคัญ ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

จากความสำคัญและความเป็นมาของปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาการมาตรวจตามนัด จึงพัฒนากลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนโดยประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) มาใช้เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน
2. เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด

ของของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลปัจจุบันมุ่งเน้นรักษาผู้ป่วยที่อาการทางจิตรุนแรงเมื่ออาการสงบจะจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2550) โดยผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง แต่จากการศึกษาของ Sullivan et al (1995) พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องการไม่รับประทานยาตามแผนการรักษาถึงร้อยละ 40-60 จากหลายสาเหตุ ได้แก่ ทัศนคติต่อการรักษาและการรักษา ความเข้าใจ ความตั้งใจ ความมั่นใจ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนลดลง (Aguglia et al., 2002; สาธุพร พุฒขาว, 2541) การใช้ยาที่ถูกต้องเป็นการป้องกันอาการทางจิตที่มากขึ้นและสอดคล้องกับแผนการรักษา นับเป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากการรักษาต้องใช้เวลา นาน ผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความมั่นใจในการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำประกอบด้วย การมารับยาต่อเนื่อง ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาด้วยตนเอง รับประทานยาตามเวลา สังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา (Johnstone and Geddes, 1994) และคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตามนัด

การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความเชื่อ การตัดสินใจพิจารณาของบุคคลเกี่ยวกับความสามารถของตนเองที่จะตอบสนองบางอย่าง โดยเฉพาะ ซึ่งมีผลต่อการกระทำของบุคคล ดังนั้นสิ่งที่จะกำหนด ประสิทธิภาพของการ

แสดงออกของพฤติกรรม จึงขึ้นอยู่กับ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในสภาวะนั้นๆ Bandura (1986) ได้กล่าวถึง การพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนว่าประกอบด้วย 4 วิธีได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูง การรับรู้สมรรถนะแห่งตนเป็นความมั่นใจของบุคคลในความสามารถของตนที่รับมือกับความต้องการหรือเมื่อตกอยู่ในสถานการณ์หนึ่งหรือการเปลี่ยนแปลงสิ่งใหม่ๆ บุคคลที่มีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงมักจะประสบความสำเร็จในการเลือกปฏิบัติ แม้ว่าการปฏิบัตินั้นทำทายเป็นและต้องใช้ความพยายามในการปฏิบัติอย่างมาก (Schwarzer and Jerusalem, 1995)

จากการจัดกิจกรรม 4 ด้านดังกล่าว ส่งผลให้บุคคลเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีผลต่อการตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมของบุคคลนั้นๆ (Bandura, 1977) ในการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตามนัด

### สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน

2. พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน สูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

## คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

**พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา** หมายถึง การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลาไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์ มารับยาสม่ำเสมอสามารถสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา บอกรายการจากการรักษาด้วยยาได้ถูกต้อง ประเมินได้จากแบบวัดของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างจากแนวคิดของ Farragher (1999)

**ความตั้งใจมาตรฐาน** หมายถึง ความคิด ความรู้สึกและความมุ่งมั่นในการมาตรฐาน ซึ่งประยุกต์จากแนวคิดแบบวัดความตั้งใจในการมาตรฐานของ ยูพาพร มีหนองหว้า (2552) ที่สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ ไอเซ็น และพีชบายน์ (1980)

**กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน** หมายถึงกิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น เพื่อส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการเรียนรู้ร่วมกันตามทฤษฎีของ Bandura (1986) ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่ 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 4) การใช้คำพูดชักจูง 5) การทบทวนประสบการณ์ที่สำเร็จและความมั่นใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐาน

## ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพยาบาลจิตเวชเพื่อให้

ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้น ส่งผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐาน ไม่เกิดการป่วยซ้ำ

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยและพัฒนา

ด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐาน

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Polit and Hungler, 1999: 187) มีจุดประสงค์เพื่อศึกษาผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภท

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาแบบผู้ป่วยนอกแผนกจิตเวชโรงพยาบาลระยอง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มาการรักษาแบบผู้ป่วยนอก แผนกจิตเวชที่โรงพยาบาลระยอง จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน และกลุ่มทดลอง 20 คน

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) ประกอบด้วย 1) การกระตุ้นทางอารมณ์ 2) การใช้ตัวแบบ 3) การ

ทบทวนประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ  
4) การใช้คำพูดชักจูง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย จิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ป่วยผู้ให้การดูแล ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาต่อการดำเนินชีวิตเป็นต้น

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสร้างขึ้นโดยสรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ที่สร้างจากแนวคิดของ Farragher (1999) และเพชร คันธสายบัว (2544)

ส่วนที่ 3 ความตั้งใจมาตรวจตามนัดซึ่งผู้วิจัยประยุกต์จากแบบวัดความตั้งใจในการมาตรวจตามนัดของยูภาพร มีหนองหว้า (2552) ที่สร้างตามแนวคิดทฤษฎีการกระทำด้วยเหตุผลของ ไอเซ็น และ ฟิชบายน์ (1980)

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบประเมินการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วย จิตเภทในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและแบบวัดความตั้งใจการมาตรวจตามนัด สร้างขึ้นโดยยูภาพร มีหนองหว้า (2552) ที่สร้างจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) และแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pander et al., 2006 )

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนแห่งโรงพยาบาลระยอง ผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จุดประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการ และระยะเวลาของการวิจัยแก่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล และ

ชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ และไม่มีผลใดๆต่อกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอในภาพรวมหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการ เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือ ขอพิจารณาจริยธรรมที่โรงพยาบาลระยอง เตรียมผู้ช่วยทำกิจกรรมกลุ่ม 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ เตรียมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงจุดประสงค์และกิจกรรมประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) นัดหมายการทำกิจกรรม

ขั้นที่ 2 ขั้นตอนการ ดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตามที่กำหนดโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ดำเนินการตั้งแต่ เดือน พ.ค. 2554 – เดือน มิ.ย. 2554 โดยจัดกิจกรรมขึ้นที่แผนกผู้ป่วยนอก ดังรายละเอียดดังนี้

กลุ่มทดลอง พบกับผู้ป่วยตามเวลานัดหมาย ให้การพยาบาลโดยให้กลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีรายละเอียดดังนี้

แบ่งตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน ใช้เวลาทดลองทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ ประกอบด้วย 5 กิจกรรมกิจกรรมละ 60 นาที โดย สัปดาห์ที่ 1 จัดกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 และกิจกรรมที่ 1 และ 2 ในช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมที่ 3 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 ช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2 สัปดาห์ที่ 3 จัดกิจกรรมที่ 4 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 ช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2 สัปดาห์ที่ 4 จัดกิจกรรมที่ 5 ในช่วงเช้าสำหรับกลุ่มที่ 1 ช่วงบ่ายสำหรับกลุ่มที่ 2

### ขั้นที่ 3 ระเบียบประเมินผลการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมกลุ่มและการกำกับการทดลองโดยกลุ่มตัวอย่างผ่านเกณฑ์การกำกับการทดลองทุกคนแล้ว สัปดาห์ที่ 5 ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานตรวจรับยาตามนัดของสมาชิกแต่ละคน (Post-test) เปิดโอกาสให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ เกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดในงานวิจัยนี้

**กลุ่มควบคุม** ได้รับการพยาบาลตามปกติคือให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายกลุ่ม ขณะรอพบแพทย์ ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานตรวจรับยาตามนัดของสมาชิกแต่ละคน (Post-test) ระหว่างรอพบแพทย์ 09.00-11.00 น.

**การเก็บรวบรวมข้อมูล** กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานตรวจรับยาตามนัด (Pre-test) โดยวัด 1 อาทิตย์ก่อนเข้ารับกลุ่มและประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรฐานตรวจรับยาตามนัด (Post-test) ในสัปดาห์ที่ 5

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองโดยใช้การทดสอบค่าที (Paired t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 40 ราย เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 10 ราย คิดเป็นร้อยละ 25 และเคยมีพฤติกรรมไม่ร่วมมือใช้ยาตามแผนการรักษา 27 ราย คิดเป็นร้อยละ 67.5 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย มีจำนวน 23 ราย คิดเป็นร้อยละ 57.5 มีอายุระหว่าง 35-44 ปี มีจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาที่มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 50 ระยะเวลากาเรื้อรังป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 6-10 ปี มีจำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 45 ผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาจิตเวชอยู่ในระดับน้อย มีจำนวน 33 ราย คิดเป็นร้อยละ 82.5 สถานภาพ โสด มีจำนวน 24 ราย คิดเป็นร้อยละ 60 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง มีจำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 40 มารดาเป็นผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วยมีจำนวน 15 ราย คิดเป็นร้อยละ 37.5

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกก่อนและหลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (Paired- t test)

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนทดลอง (n=20)		หลังการทดลอง (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	72.30	5.82	86.45	1.63	19	-10.78	.00
ความตั้งใจมาตรวจตามนัด	35.65	4.93	46.75	1.41	19	-9.65	.00

จากตารางที่ 1 พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง เท่ากับ 72.30 และหลังการทดลองเท่ากับ 86.45 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจมาตรวจตามนัดของกลุ่มทดลองก่อนการทดลอง เท่ากับ 35.65 และหลังการทดลองเท่ากับ 46.75 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่า

หลังการทดลองค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษา และความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างจากค่าเฉลี่ยก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือค่าเฉลี่ยของคะแนนทั้ง 2 ด้าน หลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (Independent t-test)

พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มทดลอง (n=20)		กลุ่มควบคุม (n=20)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา	86.45	1.63	77.10	14.04	38	-2.95	.00
ความตั้งใจมาตรวจตามนัด	46.75	1.41	36.90	5.78	38	-7.39	.00

จากตารางที่ 2 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เท่ากับ 77.10 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 86.45 ค่าเฉลี่ยของคะแนน

ความตั้งใจมาตรวจตามนัดของกลุ่มควบคุมหลังการทดลอง เท่ากับ 36.90 และกลุ่มทดลอง เท่ากับ 46.75 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกันพบว่าหลังการทดลองกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย

ของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ ) คือค่าเฉลี่ยของคะแนนหลังการทดลอง ทั้ง 2 ด้าน โดยเฉพาะค่าเฉลี่ยของคะแนนความตั้งใจมาตรฐานของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับสูงกว่ากลุ่มควบคุม

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยได้นำเสนอตามวัตถุประสงค์การวิจัยดังนี้

วัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก ก่อนและหลังได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ผลการเปรียบเทียบพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรฐาน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อภิปรายได้ดังนี้

1) การได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยบูรณาการจากแนวคิดตามทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) เป็นการสะท้อนให้ผู้ป่วยพิจารณาถึงปัญหาสุขภาพจิตของตน มีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยา ได้รับความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการป้องกันการป่วยซ้ำ มีโอกาสแสดงความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยเฉพาะคนที่มิมีปัญหาเช่นเดียวกัน ไม่รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น การได้เรียนรู้จากตัวแบบที่มีประสบการณ์การใช้ยาตามเกณฑ์รักษาและมาตรฐานดี สร้างความรู้สึกรู้สึกว่าผู้ป่วยอยากทำตามตัวแบบ มีการฝึกทบทวนตัวเองเกี่ยวกับการป่วยซ้ำการใช้ยาที่ผ่านมาและความ

ตั้งใจในการใช้ยาและมาตรวจตามนัดในอนาคต รวมทั้งการได้รับการชักจูงด้วยคำพูด และได้รับกำลังใจจากพยาบาลและเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และความตั้งใจมาตรฐานสูงสูงกว่าก่อนได้รับกลุ่ม

วัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนและกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการเปรียบเทียบพบว่ากลุ่มที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับ การพยาบาลตามปกติ ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานสูงสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายได้ว่า การนำแนวคิดของBandular (1986) ทั้ง 4 ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มาสร้างเป็นกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐาน ทำให้กลุ่มทดลองมีการพัฒนาการรับรู้สมรรถนะแห่งตนเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของ Kyung-Hee Shon

and Si-Sung Park (2002) ได้ศึกษาการให้ความรู้ เรื่องการรักษาด้วยยาและการจัดการอาการด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเวช โดยนำทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนมาใช้ พบว่า กลุ่มทดลองมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนมีการร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น

ส่วนในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ เป็นกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมการพยาบาลทั่วไป ผู้ป่วยอาจได้รับความรู้แต่ไม่ได้ผ่านกระบวนการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน เนื่องจากไม่ได้รับการฝึกทบทวนตนเองถึงการป่วยซ้ำ การใช้ยาที่ผ่านมา การวางแผนการใช้ยาและการมาตรวจตามนัดในอนาคต ไม่เคยได้รับรู้ประสบการณ์ของผู้ป่วยเหมือนกันหรือการสังเกตเรียนรู้จากแบบอย่างของผู้ที่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจตามนัด ไม่ได้รับการชักจูงให้รับรู้ในความสามารถของตนเอง ผู้ป่วยไม่รับรู้ว่าตนเองมีความสามารถในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และมาตรวจตามนัด

จากคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยจิตเวชพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเหตุผลดังกล่าว จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดและทฤษฎีดังกล่าวมาใช้ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับกลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัดสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการพยาบาล

ตามปกติ

จึงกล่าวได้ว่ากลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนที่ให้กับผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเพื่อให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรวจตามนัด โดยผ่านกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน (self-efficacy) ตามทฤษฎีการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของ Bandura (1986) ทั้ง 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรมที่กล่าวมาแล้วนั้นสามารถทำให้การเรียนรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและมาตรวจรับยาตามนัดเพิ่มมากขึ้น การรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษาและการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำตลอดจนการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำจึงเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาคือว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2548)

**ข้อเสนอแนะ**

**ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้**

1) ผู้ที่จะนำกลุ่มไปใช้ควรเป็นพยาบาลจิตเวช ที่มีความรู้ความเข้าใจเทคนิคสำคัญที่ใช้เกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การป่วยซ้ำและการป้องกัน เรื่องการใช้ยา การรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีประสบการณ์การทำกลุ่ม ประสบการณ์การฝึกใช้แบบประเมินอาการทางจิต และควรฝึกปฏิบัติการทำกลุ่มก่อนจะช่วยให้สามารถนำกลุ่มนี้ไปใช้มีประสิทธิภาพ

2) สำหรับผู้ป่วยที่จะนำเข้ากลุ่มควรมี

คะแนนประเมินอาการทางจิตไม่เกิน 30 คะแนน หรือผู้ป่วยที่ไม่อยู่ในระหว่างการปรับยาเพื่อความพร้อมเข้ากลุ่มโดยปราศจากอาการทางจิตที่ไม่สงบ หรือผลข้างเคียงของยา เนื่องจากกลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะแห่งตน เป็นการให้ความรู้ ร่วมกับการฝึกทักษะให้ผู้ป่วยระบุงการป่วยซ้ำ แผนการใช้ยาและการมาตรวจตามนัด เฉพาะแต่ละคน

### ข้อเสนอแนะสำหรับทำวิจัยครั้งต่อไป

1) ในการดำเนินการวิจัยครั้งต่อไป อาจใช้ การดำเนินการเป็นรายครอบครัวเพราะครอบครัว เป็นอีกปัจจัยหนึ่งในหลายๆ ปัจจัยที่เป็นส่วน สำคัญ สามารถสนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอก โรคจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การ รักษา การมาตรวจตามนัด

2) จากการศึกษาครั้งนี้ควรทำการศึกษา และประเมินอย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มอื่นๆ โดยนำกลุ่มส่งเสริมการเรียนรู้สมรรถนะ แห่งตนปรับให้เหมาะสมกับบริบทของกลุ่ม ผู้ป่วย

### กิติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ความกรุณาของ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญวัชชัย อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่ถ่ายทอดวิชาความรู้และ ประสบการณ์อันมีคุณค่าแก่ผู้ศึกษา ตลอดจน ผู้ที่เกี่ยวข้องทุกท่านที่ไม่ได้เอ่ยนามในที่นี้ การ วิจัยครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์ สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คุณค่า และประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ขอบแต่

กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยนอกจิตเภททุกท่าน

### รายงานอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550).

สถิติโรงพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี: สำนักงาน พัฒนาสุขภาพจิต.

ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ การให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย จิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิต วิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เพชร กิ่งสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปร จำแนกกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและ ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ยุทธพร มีหนองหว้า. (2552). ผลของโปรแกรม กลุ่มส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพต่อความ ร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแผนก ผู้ป่วยนอก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

วัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์. (2549). ผลของ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยา นิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สาธิตพร พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความ ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร

- มหาวิทยาลัย. สาขาวิชาสุขภาพจิตบัณฑิต  
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรินทร์ เชี่ยวโสธร. (2542). *การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภาวดี บุญชู. (2551). *ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการรับรู้อาการเตือนของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สันชัย วสุนทราราม. (2547). *จิตเภท*. กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์.
- Aguglia, E., De vanna, M., Onor, M.L., Ferrara, D. (2002). Insight in persons with schizophrenia : effects of switching from conventional neuroleptics to atypical antipsychotics. *Progress in Neuro psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 26: 1229-1233.
- Babiker IE. (1986). Noncompliance in schizophrenia. *Psychiatr Dev*, 4: 329-37.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action : A Social cognitive theory*. New Jersey : Prentice-Hall,ine.
- Bandura, A. (1989). Social cognitive theory. *Annals of Child Development*, 6, 1-60.
- Bandura, A. (1997). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Black, M. (2003). Importance of Research and Treatment to Reduce Relapse Rates in schizophrenia. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 34, 9-13.
- Breier, A., Schreiber, J.L., Dyer, J., & Pickar, D. (1991). Nation institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. *Archives. General Psychiatric*, 48, 239-246.
- Davidhizar, R. E. (1982). Compliance by Persons with schizophrenia: a research issore for the nurse. *Issue in Mental Heath Nursing*, 4, 233-255.
- Fleischhacker, w., Oehl, M.A., Hummer, M. (2003). a. Factors influencing compliance in Schizophrenia patients. *Journal of Clinical Psychiatry* 64, (suppl 16), 10-13.
- Fung, K. M. T., Tsang, H. W. H., Corrigan, P. W., Lam, C.S., and Cheung, W. M. (2007). Measuring self-stigma of mental illness in china and its implications for recovery, *International Journal of Social Psychiatry*, 53(5), 408-418.
- Kelly, R. A., Zyzanski, S. J. and Alemagno, S. A. (1991). Prediction of Motivation and Behavior Change Following Health Promotion: Role of Health Beliefs, Social. Support and Self-Efficacy. *Social Science Medication*, 32, 311-319.
- Kyung-Hee Shon and Si-Sung Park. (2002). Medication and Symptom management education program for the rehabilitation of psychiatric patients in Korea: the effect of promoting schedule on self-efficacy theory. *Yonsei Med I*. 43, 579-589.

- National Institutes of mental Health. (1999) *Clinical Guidelines of the Identification and treatment of over weight in Adult*. NIH. Publication. September, 98, 4083.
- Perkins DO. (2002). Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 1121- 8.
- Pierre-Michel Llorca. (2008). Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research Comprehensive Psychiatry*, 161, 235-247.
- Polit, D.F. and Hungler, B.P. (1999). *Nursing Research Principle and Methods*. 6<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott.
- Ray, M., John, P. A. and Kate, L. (2005). A Review and Synthesis of Research Evidence for Self-efficacy-Enhancing Interventions for Reducing Chronic Disability: Implacations for Health Education Practice(Part I). *Health Promotion Practice*, 6(1), 37-43.
- Schwarzer, R., Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy Scael. In: Weinman, J., Wright, S., Johnston, M. (Eds), *Measures in Health Psychology: A User's Portfolio. Causal and Control Beliefs*. NFER-Nelson, Windsor, UK, pp. 35-37.
- Sodock, B.J. and Sadock, V.A. (2005). *Kaplan & Sadock's pocket handbook of clinical psychiatry*. 4<sup>th</sup> ed. New York: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sullivan, G.; Well, K.B., Morgenstern, H. and Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factor for rehospitalization: a case control study of seriously mentally: Il person Missisippy. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1749-1756.
- Valenstein, M., Copeland, L.A., Blow, F. C. McCarthy, J. F., Zeber, J.E., Gillon, L. Bingham, C. R. Stavenger, T. (2002). Pharmacy data identify poorly adherent patients with schizophrenia at increased risk for admission. *Medical care*, 40, 630-639.
- Weiden PJ, Olfson M. (1995). Cost of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Bullatin*, 21, 419-29.
- World Health Organization. (2006). *The ICD-10 classification of mental and behavioral. Disorder: clinical description and Diagnostic guidelines*. Geneva:WHO.