



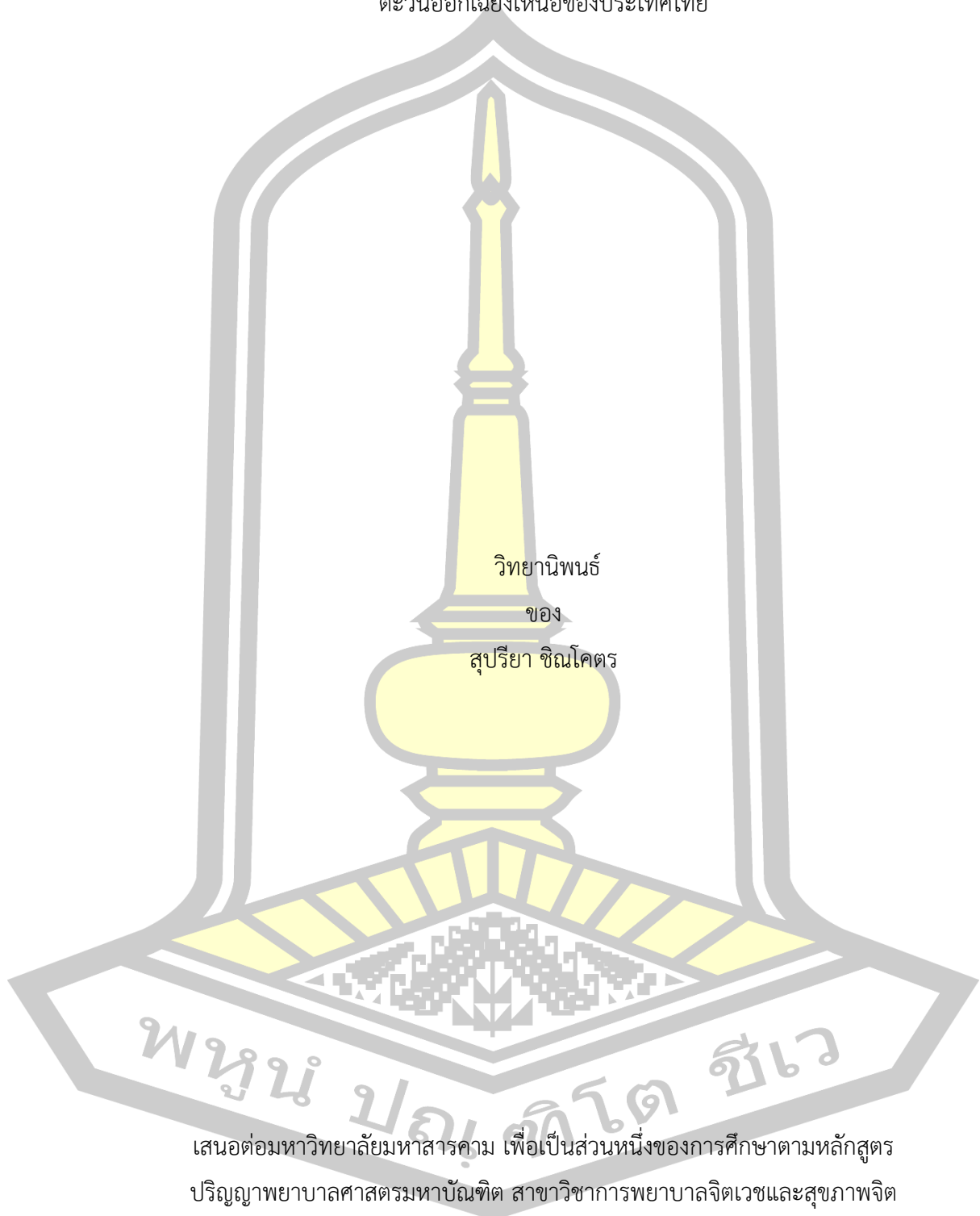
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วิทยานิพนธ์
ของ
สุปรียา ชินโคตร

เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับชั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาค
ตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

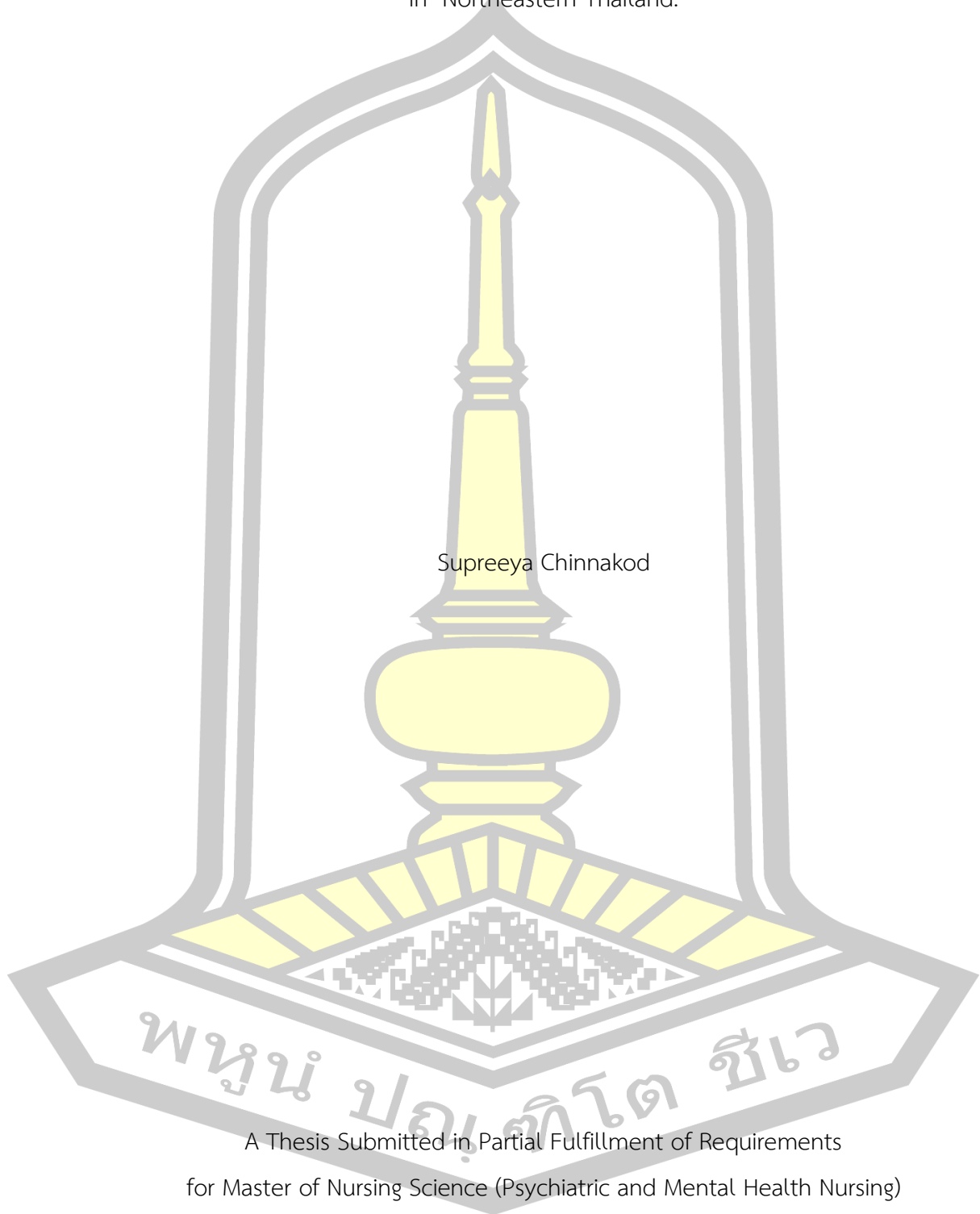


เสนอต่อมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เพื่อเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

มิถุนายน 2568

ลิขสิทธิ์เป็นของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Factors Related to Stages of Change in Physical Activity of People with Schizophrenia
in Northeastern Thailand.



Supreeya Chinnakod

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of Requirements
for Master of Nursing Science (Psychiatric and Mental Health Nursing)

June 2025

Copyright of Mahasarakham University



คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ได้พิจารณาวิทยานิพนธ์ของนางสาวสุปรียา ชินโคตร
แล้วเห็นสมควรรับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ประธานกรรมการ

(รศ. ดร. ดร. ตรี รุจกรกานต์)

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(ผศ. ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต)

กรรมการ

(รศ. ดร. นริสา วงศ์พนารักษ์)

กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก

(รศ. ดร. ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์)

มหาวิทยาลัยอนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ของมหาวิทยาลัย
มหาสารคาม

(รศ. ดร. จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล)

(ผศ. ดร. พลเดช เชาวรัตน์)

คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย

ชื่อเรื่อง	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย		
ผู้วิจัย	สุปรียา ชินโคตร		
อาจารย์ที่ปรึกษา	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชูชาติ วงศ์อนุชิต		
ปริญญา	พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชา	การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
มหาวิทยาลัย	มหาวิทยาลัยมหาสารคาม	ปีที่พิมพ์	2568

บทคัดย่อ

ปัญหาการวิจัย : โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตเรื้อรังที่พบได้มากที่สุด ซึ่งจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพโดยการใช้จ่ายด้านอาการทางจิตควบคู่กันไปกับการบำบัดทางจิตสังคม ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักจะมีอาการกำเริบบ่อยครั้งโดยส่วนใหญ่จะแสดงออกมาในลักษณะของการมีพฤติกรรมรุนแรงที่ทำให้สังคมเกิดการตีตราหรือมีอคติต่อผู้ป่วยได้ การส่งเสริมให้บุคคลประกอบกิจกรรมทางกายนั้นว่ามีประโยชน์อย่างมากโดยเป็นการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ของบุคคลเหล่านั้นให้ดีขึ้น การศึกษาวิจัยเพื่อทำความเข้าใจระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทภายใต้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์จึงนับว่าเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการติดตามผลการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวช 3 แห่ง ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ระเบียบวิธีวิจัยที่เลือกใช้ : การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 380 คน ที่ผ่านการคัดกรองด้วยแบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale: BPRS) เครื่องมือวิจัยประกอบด้วยแบบประเมินข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามคุณภาพการตัดสินใจ แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลง แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตน และแบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต ดำเนินการวิเคราะห์และนำเสนอข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา คือ ความถี่ ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และหาความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนรวมของตัวแปรที่

นำมาศึกษาโดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย : ชั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ($r = .147^{**}$, $P = .006$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) ($r = .332^{**}$, $P = <.001$) และการรับรู้ ว่าตนเองถูกตีตราจากการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ($r = .253^{**}$, $P = .000$) มีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับการมีกิจกรรมทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ ความสมดุลในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ($r = -.143^{**}$, $P = .007$) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ($r = -.242^{**}$, $P = <.001$) มีความสัมพันธ์ในเชิงลบกับการมีกิจกรรมทางกาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการวิจัย : ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อดี ($r = .13$; $p < .01$) และกระบวนการเปลี่ยนแปลง ($r = .20$; $p < .01$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ($r = .30$; $p < .01$) ในทางตรงกันข้าม ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อเสีย ($r = .05$; $p = .33$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ ($r = .06$; $p = .27$) ความเชื่ออำนาจในตน ($r = .08$; $p = .14$) และการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต ($r = .08$; $p = .13$)

สรุป : การส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยเน้นย้ำถึงข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกาย ในผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจเป็นประโยชน์มากกว่าการมุ่งเน้นไปที่การมองข้อเสียหรือการโน้มน้าวใจด้วยกระบวนการคิดที่ซับซ้อน ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาวิจัยในอนาคตควรพิจารณาทำวิจัยโดยการติดตามในระยะยาวและการวิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติขั้นสูง

คำสำคัญ : โรคจิตเภท การประกอบกิจกรรมทางกาย การรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

TITLE	Factors Related to Stages of Change in Physical Activity of People with Schizophrenia in Northeastern Thailand.		
AUTHOR	Supreeya Chinnakod		
ADVISORS	Assistant Professor Choochart wong-anuchit , Ph.D.		
DEGREE	Master of Nursing Science	MAJOR	Psychiatric and Mental Health Nursing
UNIVERSITY	Maharakham University	YEAR	2025

ABSTRACT

Significance of study: Schizophrenia is a common chronic mental disorder requiring treatment and rehabilitation with antipsychotic drugs and psychosocial therapy. People with schizophrenia frequently experience relapse and often exhibit violent behaviors that cause societal stigmatization and prejudice. Physical activity has numerous benefits that improve many people's physical, mental, and emotional health. The promotion of physical activity in people with schizophrenia by changing their behaviors may increase their well-being. Understanding the stages of change to promote physical activity in this population is beneficial using the Transtheoretical model (TTM).

Objective: To examine the factors related to the stages of change in physical activity of people with schizophrenia.

Population and Sample: People with schizophrenia at three psychiatric hospital outpatient clinics for follow-up in northeastern Thailand.

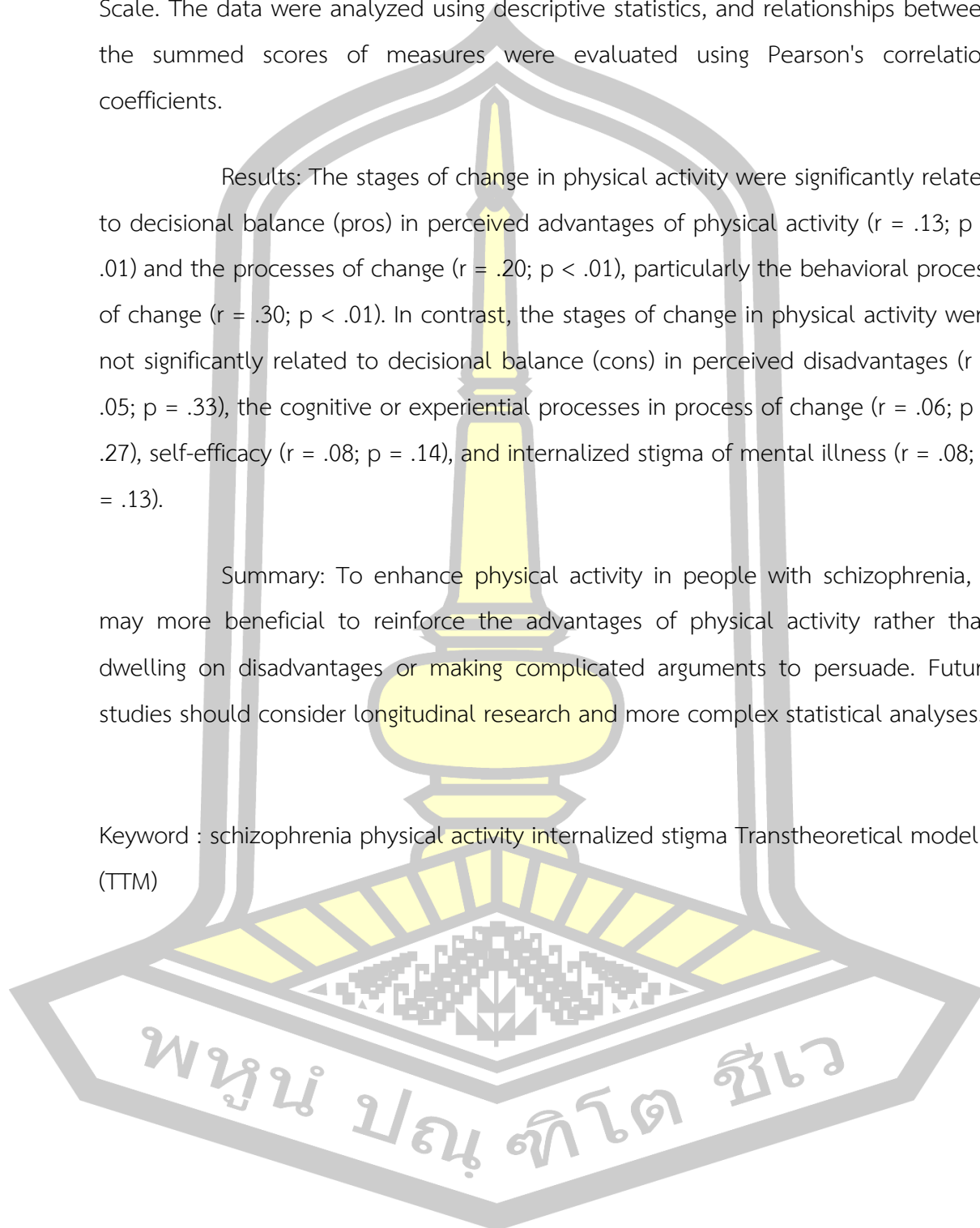
Methodology: This study used a descriptive correlational research design. After being screened for severity of symptoms using the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), 380 people with schizophrenia completed a demographic data questionnaire, the Physical Activity Stages Algorithm, the Physical Activity Decisional Balance Questionnaire, the Physical Activity Processes of Change Questionnaire, the Physical

Activity Self-Efficacy Questionnaire, and the Internalized Stigma of Mental Illness Scale. The data were analyzed using descriptive statistics, and relationships between the summed scores of measures were evaluated using Pearson's correlation coefficients.

Results: The stages of change in physical activity were significantly related to decisional balance (pros) in perceived advantages of physical activity ($r = .13$; $p < .01$) and the processes of change ($r = .20$; $p < .01$), particularly the behavioral process of change ($r = .30$; $p < .01$). In contrast, the stages of change in physical activity were not significantly related to decisional balance (cons) in perceived disadvantages ($r = .05$; $p = .33$), the cognitive or experiential processes in process of change ($r = .06$; $p = .27$), self-efficacy ($r = .08$; $p = .14$), and internalized stigma of mental illness ($r = .08$; $p = .13$).

Summary: To enhance physical activity in people with schizophrenia, it may more beneficial to reinforce the advantages of physical activity rather than dwelling on disadvantages or making complicated arguments to persuade. Future studies should consider longitudinal research and more complex statistical analyses.

Keyword : schizophrenia physical activity internalized stigma Transtheoretical model (TTM)



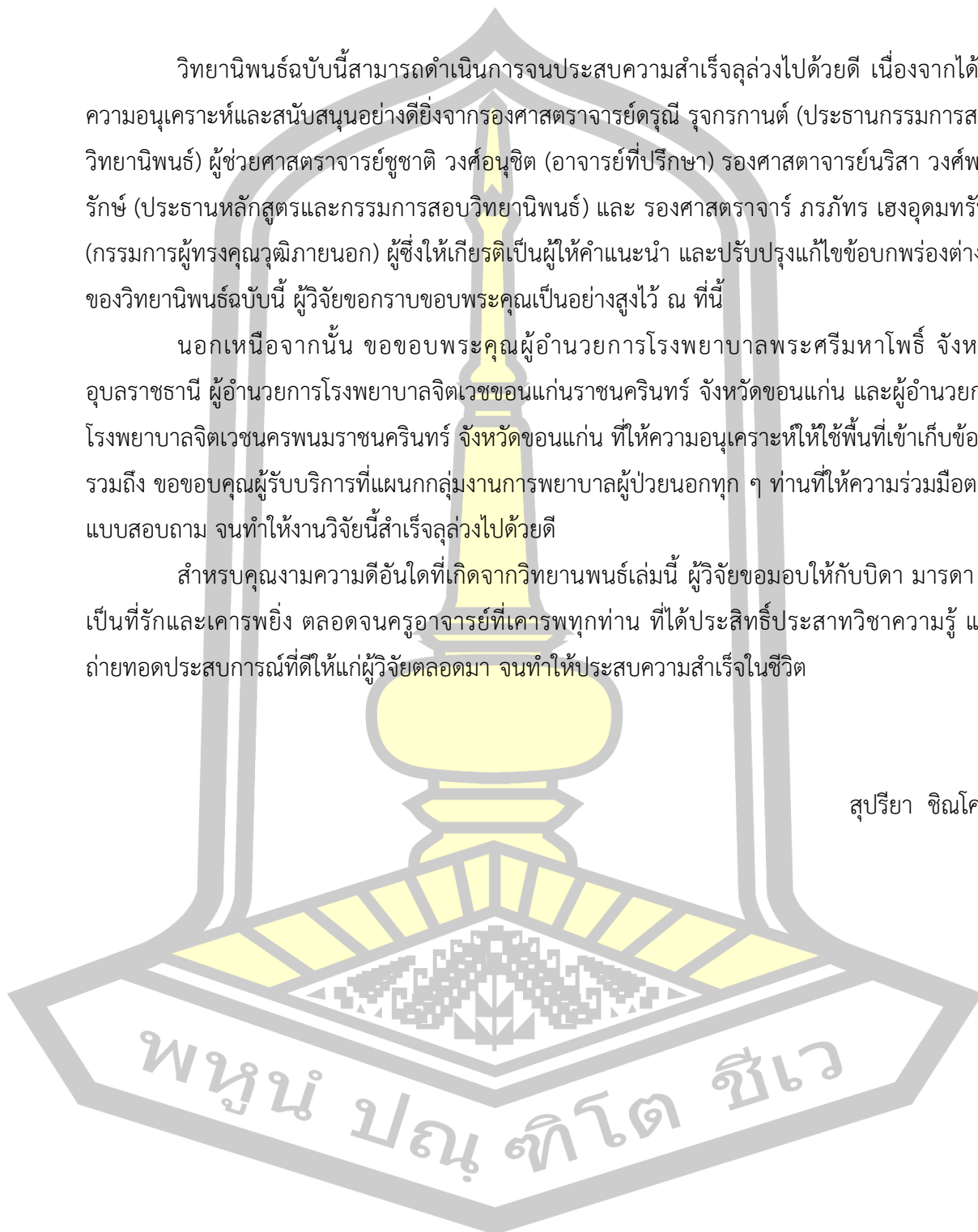
กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สามารถดำเนินการจนประสบความสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์และสนับสนุนอย่างดียิ่งจากรองศาสตราจารย์ดร.ณี รุจกรกานต์ (ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ชูชาติ วงศ์อนุชิต (อาจารย์ที่ปรึกษา) รองศาสตราจารย์นริสา วงศ์พนารักษ์ (ประธานหลักสูตรและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์) และ รองศาสตราจารย์ ภรภัทร เสงอุดมทรัพย์ (กรรมการผู้ทรงคุณวุฒิภายนอก) ผู้ซึ่งให้เกียรติเป็นผู้ให้คำแนะนำ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ของวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

นอกเหนือจากนั้น ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความอนุเคราะห์ให้ใช้พื้นที่เข้าเก็บข้อมูล รวมถึง ขอขอบคุณผู้รับบริการที่แผนกกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอกทุก ๆ ท่านที่ให้ความร่วมมือตอบแบบสอบถาม จนทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

สำหรับคุณงามความดีอันใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้กับบิดา มารดา ซึ่งเป็นที่รักและเคารพยิ่ง ตลอดจนครูอาจารย์ที่เคารพทุกท่าน ที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ และถ่ายทอดประสบการณ์ที่ดีให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา จนทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิต

สุปรียา ชินโคตร



สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	ฉ
กิตติกรรมประกาศ.....	ช
สารบัญ.....	ฌ
สารบัญตาราง.....	ฐ
สารบัญรูปภาพ.....	ฑ
บทที่ 1	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์การวิจัย	3
วัตถุประสงค์เฉพาะ.....	3
สมมุติฐานการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	4
ขอบเขตงานวิจัย.....	4
นิยามศัพท์เฉพาะ.....	4
กรอบแนวคิด.....	6
บทที่ 2	8
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	8
โรคจิตเภท.....	8
ความหมายของโรคจิตเภท.....	9
สาเหตุของโรคจิตเภท	9
การพยากรณ์โรค	10

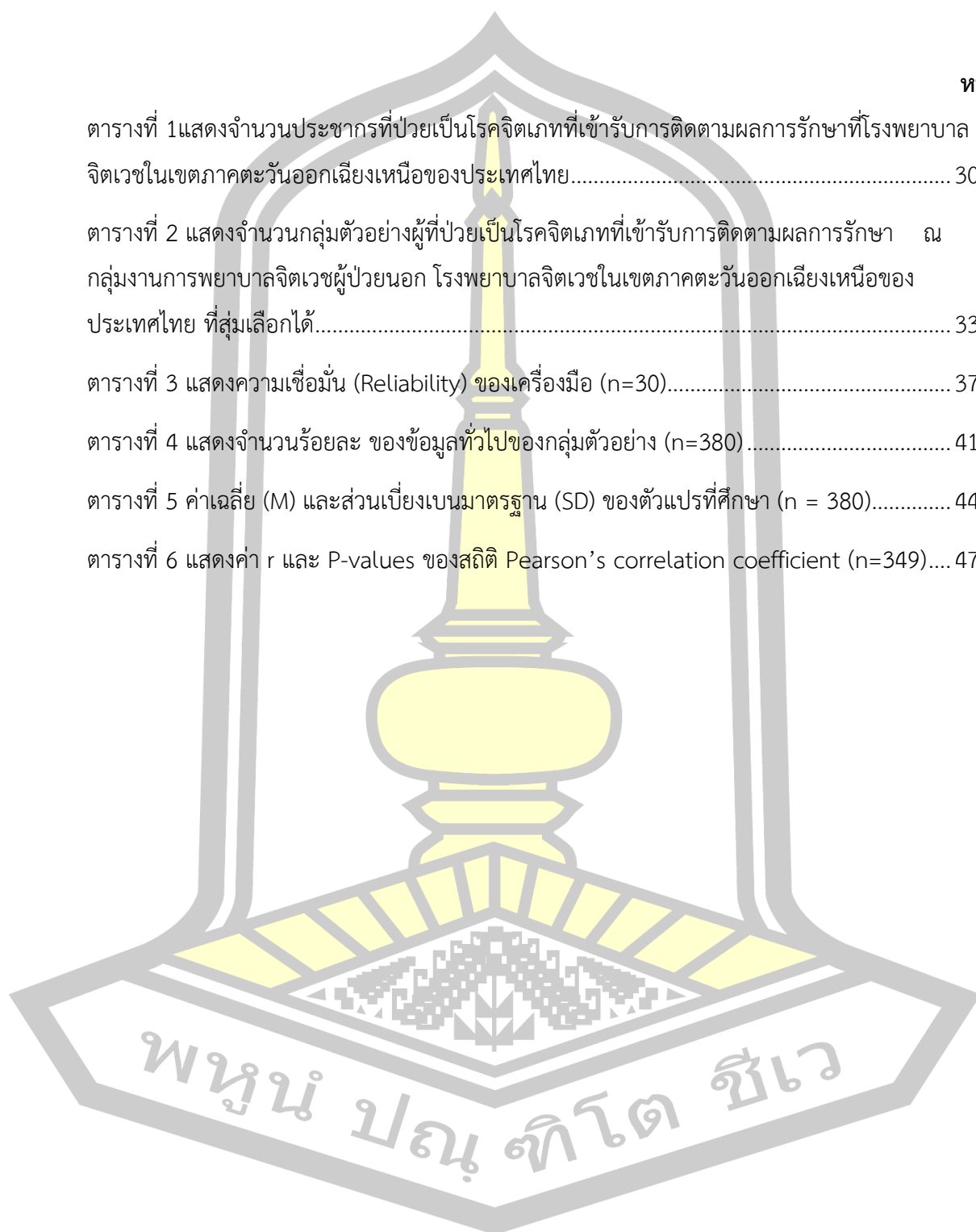
อาการของโรคจิตเภท.....	11
การดำเนินโรคของโรคจิตเภท.....	11
การบำบัดรักษาโรคจิตเภท.....	12
ความหมายของการประกอบกิจกรรมทางกาย.....	13
ประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกาย.....	15
หลักเกณฑ์การประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสม.....	15
ผู้ป่วยจิตเภทกับการประกอบกิจกรรมทางกาย.....	16
ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์.....	18
องค์ประกอบโครงสร้างของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์.....	19
1. ระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	19
2. คุณภาพการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม.....	20
3. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม.....	20
4. ความเชื่ออำนาจในตน.....	21
การรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต.....	27
บทที่ 3.....	29
วิธีการดำเนินการวิจัย.....	29
สถานที่ดำเนินการวิจัย.....	29
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	30
การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง.....	30
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	31
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	34
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	36
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	37
วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	38

การวิเคราะห์ข้อมูลและการดำเนินการทางสถิติ.....	39
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	40
ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	40
ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับ ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดุลยภาพการ ตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบ กิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณ ติตราของการป่วยทางจิต.....	43
ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดุลยภาพการตัดสินใจ ของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทาง กาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณติตราของ การป่วยทางจิต.....	45
บทที่ 5	48
สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	48
สรุปผลการวิจัย.....	48
อภิปรายผลการวิจัย.....	49
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	51
บรรณานุกรม.....	53
เลขที่แบบสอบถาม:	65
แบบสอบถามสำหรับการวิจัย	65
เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท	65
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Factors Related to Stages of Change in Physical Activity of People with Schizophrenia in Northeastern Thailand)	65
ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล	65
ประวัติผู้เขียน.....	85

สารบัญตาราง

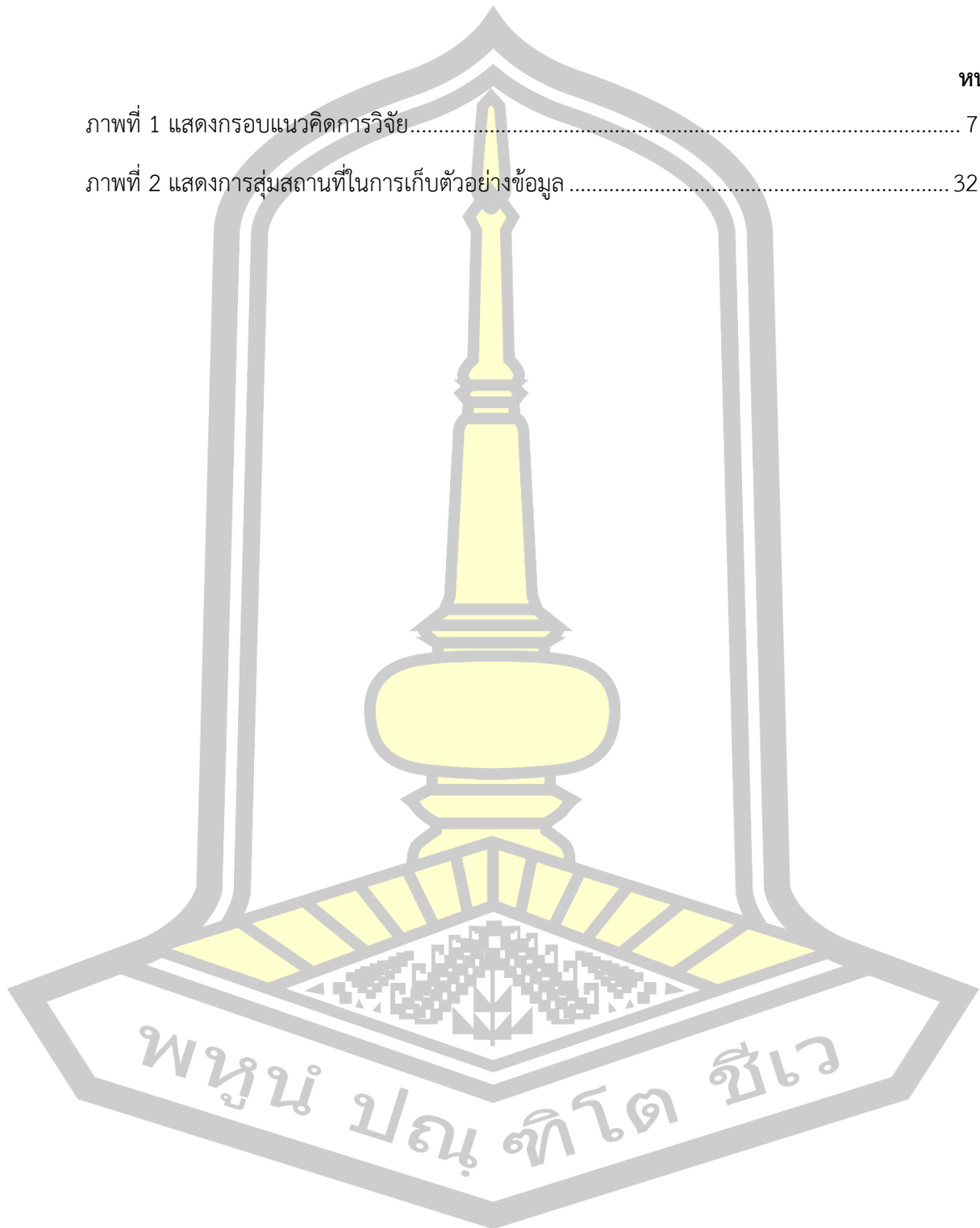
หน้า

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.....	30
ตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษา ณ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่สุ่มเลือกได้.....	33
ตารางที่ 3 แสดงความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ (n=30).....	37
ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=380).....	41
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 380).....	44
ตารางที่ 6 แสดงค่า r และ P-values ของสถิติ Pearson's correlation coefficient (n=349)....	47



สารบัญรูปภาพ

	หน้า
ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย.....	7
ภาพที่ 2 แสดงการสุ่มสถานที่ในการเก็บตัวอย่างข้อมูล.....	32



บทที่ 1

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยส่งผลกระทบต่อประชากรประมาณ 24 ล้านคน หรือ 1 ใน 300 คน (0.32%) ทั่วโลก ซึ่งอัตราการเกิดโรคดังกล่าวคิดเป็น 1 ใน 222 คน (0.45%) ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2022) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมักจะแสดงอาการออกมาในลักษณะการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจมีลักษณะหุนหันพลันแล่นหรือขาดแรงจูงใจไร้จุดหมายในการดำเนินชีวิต อาการทางคลินิกของผู้ป่วยอาจรวมไปถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง รูปแบบการเคลื่อนไหวผิดปกติ บกพร่องในการทำงาน การทำหน้าที่ทางสังคม และการจัดการทักษะชีวิต รวมไปถึงการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผิดปกติ (Brasso et al., 2025) ส่วนใหญ่แล้วโรคจิตเภทจะรักษาได้ไม่หายขาด มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังโดยมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ซึ่งความถี่หรือจำนวนครั้งของการกำเริบจะมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการกำเริบน้อยจะเกี่ยวข้องกับการมีอาการทางจิตที่ดี มีสัมพันธภาพเหมาะสมกับบุคคลรอบข้าง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีโอกาสได้รับการจ้างงานสูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยกว่า (Lin et al., 2021; Pothimas, Tungpunkom and Chanprasit et al., 2020) ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพควบคู่กันไป ซึ่งการใช้ยาต้านอาการทางจิตนับว่าเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อผสมผสานกันกับการบำบัดทางจิตสังคม (World Health Organization, 2022) แต่อย่างไรก็ตามโดยส่วนใหญ่แล้วยังคงพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบอยู่บ่อยครั้ง (Pothimas, Tungpunkom and Chanprasit et al., 2020) โดยอาการของโรคที่กำเริบมักก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงที่ทำให้สังคมมีการตีตราหรือเกิดอคติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภทอันเป็นที่มาของการที่สังคมเกิดไม่ยอมรับ โดยการถูกมองว่าเป็นบุคคลอันตราย ไม่มีความน่าเชื่อถือและถูกลดทอนบทบาททางสังคม เสมือนการตราสัญลักษณ์ที่ไม่ดีติดตัวไปตลอดชีวิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้สึกด้อยค่าและอับอายในการใช้ชีวิตส่งผลให้มีขีดจำกัดในการเข้าสังคม (World Health Organization, 2022)

ประเทศไทยในปี พ.ศ. 2564-2566 มีผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการทางจิตทั้งหมดในประเทศ มีจำนวน 284,273 คน, 314,250 คน และ 299,771 คน ตามลำดับ โดยพบว่ามียอดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2564-2566 จำนวน 29,647 คน, 36,417 คน และ 37,090 คน ตามลำดับ (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566) การรักษาดูแลอาการทาง

จิตในประเทศไทยนั้นเป็นไปในลักษณะทั้งการให้ยา การรักษาด้วยไฟฟ้า และการบำบัดทางจิตในหลายรูปแบบโดยทีมสหวิชาชีพ ซึ่งในประเทศไทยได้มีการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยองค์กรและเครือข่ายต่าง ๆ ที่มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การเรียนรู้และความรู้ใหม่ ๆ ของผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชทั้งในระดับชาติและระดับนานาชาติ อีกทั้งยังมีสถาบันที่มีบทบาทหน้าที่ในการฝึกอบรมและจัดการเรียนการสอนในด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอีก 12 แห่งด้วยกันที่มีส่วนช่วยสนับสนุนให้การดูแลโรคทางจิตเวชเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ (Wannarit, et al., 2023)

เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป พบว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่าคนปกติ 2 ถึง 3 เท่า โดยผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะถูกเลือกปฏิบัติและจำกัดสิทธิในหลาย ๆ ด้าน ส่งผลให้ขาดโอกาสในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ทางสังคมตามมาอีกมากมาย นำไปสู่การเกิดความเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ (World Health Organization, 2022) ดังนั้น การบำบัดและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อลดความเสื่อมถอยด้านสุขภาพจึงนับว่ามีความสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะสามารถจัดการกับอาการที่เปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม รวมไปถึงสามารถดำเนินชีวิตและตัดสินใจในการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี (Widoretno and Sulistyowati, 2025) แนวความคิดเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายได้ถูกนำมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยเชื่อว่าการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ จะสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยให้ดีขึ้นได้ ซึ่งการประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกายอย่างสม่ำเสมอ จะทำให้สุขภาพแข็งแรง มีความทนของร่างกายเพิ่มมากขึ้น ส่งผลทำให้เกิดการหลั่งของฮอร์โมนและสารสื่อประสาทต่าง ๆ เช่น Endorphins Serotonin และ Dopamine ออกมาในระดับที่พอเหมาะและมีความสมดุล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการตื่นตัวและพัฒนาระบบกล้ามเนื้อในร่างกายอีกด้วย (Kandola and Osborn, 2022)

ในการส่งเสริมผู้ป่วยโรคจิตเภท ให้มีการประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกาย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำหรือยังไม่ได้ปฏิบัติเป็นกิจวัตร ตามแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Transtheoretical model: TTM) ของ James Prochaska and Carlo DiClemente (1983) ซึ่งได้อธิบายไว้ว่า บุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการคิดเพียงครั้งเดียว แต่จะค่อย ๆ พัฒนาไปที่ละขั้น เรียกว่า ระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change) โดยจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุหลักของการมีพฤติกรรมแบบอยู่นิ่ง ๆ หรือมีการเคลื่อนไหวน้อย (sedentary behavior) ได้แก่ ความเหนื่อยล้าซึ่งบางส่วนเกี่ยวข้องกับความจำเป็นที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต การมีโรคร่วมทางกาย เช่น โรคอ้วน

ปัญหาสุขภาพของระบบเผาผลาญ ระบบหัวใจและทางเดินหายใจ (metabolic and cardiorespiratory health issues) การขาดแรงจูงใจ ทั้งนี้อาจเกี่ยวข้องกับอาการด้านลบของโรคจิตเภท (negative symptoms) ไม่มีความมั่นใจ มีภาวะเครียด วิตกกังวล และรู้สึกว่าคุณเองถูกแบ่งแยก ตีตรา และเลือกปฏิบัติเมื่อต้องออกไปประกอบกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในที่สาธารณะ รวมไปถึงการขาดแหล่งสนับสนุนด้านทรัพยากรหรือกำลังใจจากบุคคลรอบข้าง (Tew et al., 2023; Viljoen and Roos, 2020) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยต่าง ๆ ภายใต้แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (TTM) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท กับคุณภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต ทั้งนี้ เพื่อให้ได้ทราบถึงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกายภายใต้กรอบแนวคิดทฤษฎี TTM และนำมาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยต่อยอดเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมกับตัวบุคคล รวมไปถึงส่งเสริมให้มีการประกอบกิจกรรมทางกายที่ยั่งยืน ซึ่งการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มการประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายเป็นประจำว่าเป็นอีกทางเลือกหนึ่งที่ใช้ในการส่งเสริมพุทธิปัญญาของผู้ป่วยจิตเภท (ธิติมา ฌรงค์ศักดิ์และคณะ, 2565) อันจะเป็นผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย คุณภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตน และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย กับคุณภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตน และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

สมมุติฐานการวิจัย

ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตน และการรับรู้ว่าคุณติตราจากการป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ทราบถึงความสัมพันธ์ของระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งผู้ที่เกี่ยวข้อง ความตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าว และนำไปสู่การจัดการประกอบกิจกรรมทางกายให้กับผู้ป่วยจิตเภทได้ถูกต้องและตรงประเด็น
2. เป็นแนวทางในการปรับปรุง พัฒนา และกระตุ้นการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทให้เหมาะสม

ขอบเขตงานวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlation research) ในครั้งนี้ได้ทำการศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia: F20) ตามเกณฑ์บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. **ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง ผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความคิด ทำให้มีการแสดงออกทางความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมที่แตกต่างไปจากที่ควรจะเป็น และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (schizophrenia: F20) ตามเกณฑ์บัญชีจำแนกทางสถิติระหว่างประเทศของโรคและปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้อง (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems: ICD) ขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2022) ที่เข้ารับการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย
2. **การประกอบกิจกรรมทางกาย** หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายในรูปแบบใด ๆ ก็ตาม ซึ่งอาจรวมถึงการทำกิจกรรมอย่างมีแบบแผน เช่น การเดิน การวิ่ง การเล่นบาสเกตบอล หรือ การเล่นกีฬาอื่น ๆ การประกอบกิจกรรมทางกายยังอาจรวมถึง

กิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานในสนาม การจูงสุนัขเดินเล่น เป็นต้น ทั้งนี้ กิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหวน้อย เช่น การเล่นโบว์ลิ่ง การเล่นเกมโดยการใช้รถกอล์ฟแทนการเดิน และการยืดเหยียดแบบใช้การเคลื่อนไหวน้อย ไม่จัดว่าเป็นกิจกรรมทางกาย (Boonchuaykuakul J., 2005)

3. **การประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ** หมายถึง การประกอบกิจกรรมทางกายระดับปานกลางสัปดาห์ละ 5 วันหรือมากกว่า โดยใช้เวลา 30 นาทีหรือมากกว่าในแต่ละวัน (เวลา 30 นาทีของการประกอบกิจกรรมในแต่ละวัน สามารถประกอบกิจกรรมในครั้งเดียวหรือสะสมเป็นช่วง ๆ ละไม่น้อยกว่า 10 นาทีก็ได้ (Boonchuaykuakul J., 2005)
4. **ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Stage of change)** ภายใต้ทฤษฎี TTM หมายถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกายตามระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นโครงสร้างหลักของทฤษฎีมี 5 ขั้นตอน คือ ขั้นก่อนคิด (pre-contemplation) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) ขั้นปฏิบัติ (action) และขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (maintenance) ประเมินได้จากแบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Stages Algorithm: PA_SA) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul J. (2005)
5. **ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Decisional balance)** ภายใต้ทฤษฎี TTM หมายถึง การตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยการประเมินความสมดุลระหว่างผลดี-ผลเสีย (Pros-cons) ของการประกอบกิจกรรมทางกาย ให้มีการเปลี่ยนแปลงระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายไปสู่ระดับที่สูงขึ้น ประเมินได้จากแบบสอบถามดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Decisional Balance Questionnaire: PA_DBQ) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินดุลยภาพการตัดสินใจเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul J. (2005)
6. **กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Processes of change)** ภายใต้ทฤษฎี TTM หมายถึง กระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความรู้อีกหนึ่งคิดหรือประสบการณ์และกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ใช้เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ประเมินได้จากแบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Processes of Change Questionnaire: PA_PCQ) เป็นเครื่องมือ

ที่ใช้ประเมินกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul J. (2005)

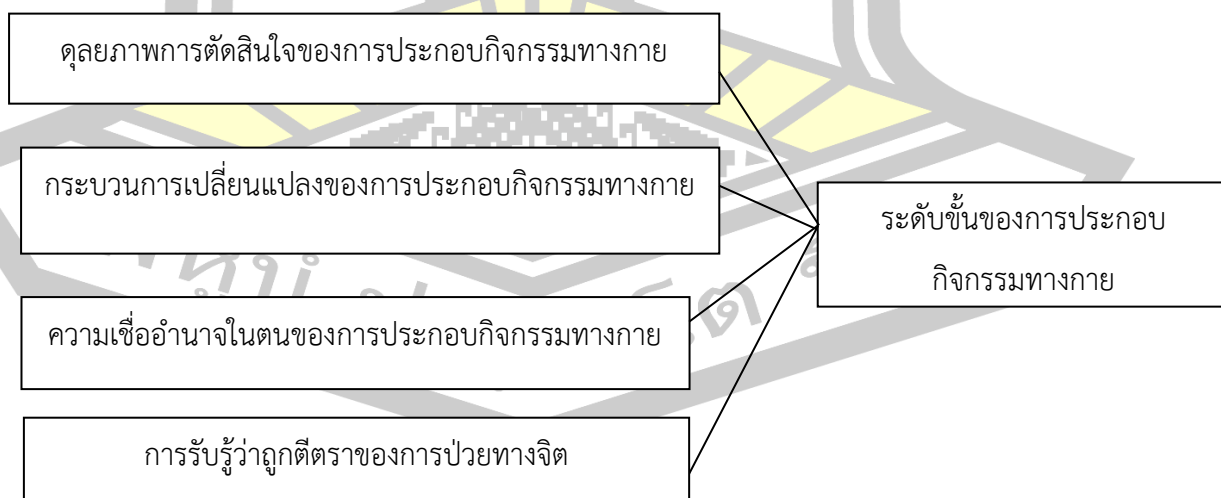
7. **ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Self-efficacy)** ภายใต้อาสาสมัคร TTM หมายถึง ความเชื่อมั่นที่ผู้ป่วยมีต่อตนเองว่าตนเองมีความสามารถที่จะปฏิบัติพฤติกรรมได้ตามเป้าหมายให้สำเร็จถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติประเมินได้จากแบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Self-Efficacy Questionnaire: PA_SEQ) เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทย โดย Boonchuaykuakul J. (2005)
8. **การรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต** หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงความแตกต่างของตนเองจากบุคคลอื่นทั่วไป ที่เป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ถูกมองเป็นบุคคลอันตราย ไม่มีความน่าเชื่อถือ ไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคมและถูกลดบทบาททางสังคมลง เสมือนการตราสัญลักษณ์ที่ไม่ดีติดตัวไปตลอดชีวิต ประเมินได้จากแบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต (Internalized Stigma of Mental Illness Scale: mISMI) เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต ซึ่งมีการแปลเป็นภาษาไทยและปรับปรุงโดย ชูชาติ วงศ์อนุชิต (2560) เป็นแบบวัดของ Marcus and Forsyth (2003)

กรอบแนวคิด

แนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (TTM) ของ James Prochaska and Carlo DiClemente (1983) ซึ่งประกอบไปด้วย 4 แนวคิดย่อย คือ ระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change) คุณภาพการตัดสินใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (decisional balance) กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (processes of change) และความเชื่ออำนาจในตนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (self-efficacy) โดยแนวคิดทฤษฎี TTM ได้อธิบายไว้ว่า บุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองได้จากการคิดเพียงครั้งเดียว แต่ในทางกลับกันบุคคลจะพัฒนาความคิดริเริ่มเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองในลักษณะเป็นระดับขั้นที่สามารถเปลี่ยนแปลงกลับไปกลับมา (relapse) ในระหว่างขั้นนั้น ๆ ได้ เรียกว่าระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change) แบ่งออกเป็น 5 ขั้น คือ ขั้นก่อนคิด (pre-contemplation) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) ขั้นปฏิบัติ (action) และขั้นปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (maintenance)

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของบุคคลเชื่อมโยงกับแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (TTM) ของ James Prochaska and Carlo DiClemente (1983) พบว่า TTM เป็นทฤษฎีที่อธิบายถึงการที่บุคคลจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยเชื่อว่า บุคคลจะค่อย ๆ พัฒนาการคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปที่ระดับขั้น (stages of change) ผ่านการประเมินพิจารณาซึ่งน้ำหนักระหว่างผลดี (pros) และผลเสีย (cons) ที่จะได้รับจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น (decisional balance) และตัดสินใจเริ่มปฏิบัติการตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change) ซึ่งเน้นทั้งทางด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (cognitive/ experiential processes) และด้านกระบวนการทางพฤติกรรม (behavioral processes) ภายใต้ความความเชื่ออำนาจในตน (self-efficacy) ซึ่งเป็นความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะประกอบกิจกรรมทางกายและออกกำลังกายได้สำเร็จถึงแม้ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติก็ตาม

อย่างไรก็ตาม ระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายของผู้ป่วยจิตเภท อาจมีอุปสรรคต่าง ๆ ที่เป็นกำแพงขวางกั้นทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถก้าวไปสู่ระดับขั้นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่สูงขึ้น หรือแม้กระทั่งในบางครั้งอาจจะส่งผลให้ระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมลดต่ำลงมาจากที่เคยเป็นอยู่ก็เป็นได้ ซึ่งการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิตก็นับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกว่าตนเองถูกแบ่งแยก เลือกปฏิบัติ และไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยอาจส่งผลต่อพฤติกรรมเมื่อต้องออกไปประกอบกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายในที่สาธารณะร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม (Tew et al., 2023; Viljoen and Roos, 2020) ซึ่งสามารถอธิบายตามกรอบแนวคิดวิจัยได้ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research) ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยการใช้ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Trans theoretical model) ของโปชาสกาและดีคีสแมนเต้ มาใช้อธิบายพฤติกรรมดังกล่าว ซึ่งผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าทฤษฎี เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อดังต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
2. การประกอบกิจกรรมทางกาย
3. ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Trans theoretical model)
 - 3.1 ระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 3.2 ดุลยภาพการตัดสินใจของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
 - 3.3 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม
 - 3.4 ความเชื่ออำนาจในตน
4. การรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต

โรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติทางจิตที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มภาวะการเจ็บป่วยทางจิตเวช โดยส่งผลกระทบต่อประชากรประมาณ 24 ล้านคน หรือ 1 ใน 300 คน (0.32%) ทั่วโลก ซึ่งอัตราการเกิดโรคดังกล่าวคิดเป็น 1 ใน 222 คน (0.45%) ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ (World Health Organization, 2022) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทมักจะแสดงอาการออกมาในลักษณะการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ควบคุมตนเองไม่ได้ อาจมีลักษณะหุนหันพลันแล่นหรือขาดแรงจูงใจ ไร้จุดหมายในการดำเนินชีวิต อาการทางคลินิกของผู้ป่วยอาจรวมไปถึงมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ลดลง รูปแบบการเคลื่อนไหวผิดปกติ บกพร่องในการทำงาน การทำหน้าที่ทางสังคม และการจัดการทักษะชีวิต รวมไปถึงการมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลที่ผิดปกติ (Brasso et al., 2025) ส่วนใหญ่แล้วโรคจิตเภทจะรักษาได้ไม่หายขาด มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังโดยมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ซึ่งความถี่หรือจำนวนครั้งของการกำเริบจะมีความเกี่ยวข้องกับผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับความเสื่อมถอยทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยผู้ป่วยที่มีจำนวนครั้งของการกำเริบน้อยจะเกี่ยวข้องกับการมีอาการทางจิตที่ดี มีสัมพันธ์ภาพเหมาะสมกับบุคคลรอบข้าง มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและมีโอกาสได้รับการจ้างงาน

สูงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยกว่า (Lin et al., 2021; Pothimas, Tungpunkom and Chanprasit et al., 2020)

ความหมายของโรคจิตเภท

WHO (2022) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคทางจิตที่เรื้อรังและมีความรุนแรง มีลักษณะการบิดเบือนในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ ภาษา พฤติกรรม และความรู้สึก

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (2560) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทไว้ว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติของสมองแล้วแสดงออกมาทางความคิด พฤติกรรม และความรู้สึก มีระดับความรุนแรงของโรคที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาวและเป็นโรคเรื้อรัง

วิลาวัลย์ กล้าแรง และคณะ (2565) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม การรับรู้ และความคิด เป็นโรคที่รักษาหายขาดได้ยาก และถึงแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้วแต่ก็ยังสามารถเกิดการกลับมาเป็นซ้ำได้

นวนันท์ กองอุต (2567) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมองทำให้มีการแสดงออกทางความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมแตกต่างไปจากที่ควรจะเป็น และมีระดับความรุนแรงที่หลากหลาย และมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว โดยอาจมีช่วงที่อาการดีขึ้นเป็นระยะโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีการกลับเป็นซ้ำได้บ่อย โดยปัจจัยที่สำคัญคือขาดการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การฟื้นฟูและการบำบัดด้านจิตใจมีส่วนสำคัญจะสามารถช่วยลดความรุนแรง และช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติ รวมถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคม

ดังนั้นโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติทางด้านสมอง แสดงออกมาทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความคิดที่แตกต่างไปจากที่ควรจะเป็น เป็นเวลา 6 เดือน โดยเป็นโรคที่ไม่มีสาเหตุมาจากโรคทางกาย ยา หรือสารเสพติดใด ๆ มีผลกระทบต่อสังคม การงาน และสุขอนามัยของผู้ป่วยเอง เป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงของโรคที่หลากหลายต้องรักษาต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของการเกิดโรคนั้น ยังไม่ทราบแน่ชัด เชื่อว่าเกิดจากหลากหลายสาเหตุมารวมตัวกัน ทั้งนี้ได้มีการตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับสาเหตุของโรคได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors) ซึ่งพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมซึ่งฝาแฝดถ้านคนหนึ่งเป็น โอกาสที่อีกคนเป็นมีได้ถึงร้อยละ 77.60 และแฝดไข่เดียวกันอยู่ด้วยกันมีโอกาสเป็นโรคร้อยละ 91.50

2. ปัจจัยด้านชีวเคมีของสมอง (Biological factors) จากการการศึกษาพบว่า dopamine ในสมองมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท โดยมีข้อค้นพบ 3 ประการ คือผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณ dopamine ที่ synapse ในสมองมากเกินไป มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไปไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma-amino butyric acid สันนิษฐานว่าความผิดปกติของ catecholamine metabolism โดยมี hyperactive ของ dopamine เป็นสาเหตุสำคัญประการหนึ่งของโรคจิตเภท นอกจากนี้ยังมี การศึกษาค้นพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidize ต่ำใน blood platelet.
3. ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors) จากการศึกษ จิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรก มีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นโดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด การตัดสินใจ ความสนใจ และการรับรู้ ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี นอกจากนี้ผู้ที่มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทง่ายจะมีบุคลิกภาพชนิด schizoid เป็นคนเก็บตัวไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน พูดน้อย ไม่ไวใจคน ระแวงประหม่าง่ายเวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าธรรมดา ความผิดปกติของอุปนิสัยดังกล่าวนี้ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากพันธุกรรม
4. ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่อยู่ในสังคมที่มีฐานะยากจน เศรษฐฐานะต่ำ ยิ่งพบว่าการที่อาการกำเริบอยู่บ่อย ๆ ยิ่งจะทำให้สถานภาพทางสังคมต่ำลงกว่าเดิม และการที่บุคคลไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมเดิมได้ในสภาพทางสังคมกดดัน ทำให้เกิดการเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น

การพยากรณ์โรค

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตแบบเรื้อรังและรุนแรง มีลักษณะพฤติกรรม อารมณ์ ความคิด และการรับรู้บิดเบือนไปจากที่ควรจะเป็นทำให้การทำหน้าที่บกพร่อง เป็น 1 ใน 15 ของภาวะสุขภาพที่ทำให้เกิดความพิการทั่วโลก ผู้ป่วยที่เริ่มป่วยในวัยผู้ใหญ่ที่มีอายุระหว่าง 18-35 ปี โดยมีโรคร่วมทางจิตเวช เช่นโรคเครียด ภาวะซึมเศร้า และการใช้สารเสพติด (Lin et al., 2021)

สำหรับผู้ป่วยส่วนใหญ่ ในการกำเริบซ้ำของโรคนั้นเกิดจากการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา การกำเริบของโรคมักเกิดในช่วงต้นของโรค โดยผู้ป่วยจะมีการกำเริบของโรคภายใน 5 ปีของการเกิดโรค ซึ่งการกำเริบบ่อยครั้ง ยิ่งส่งผลต่อการฟื้นฟูของโรคในระยะยาว ทำให้มีความพร้อมทั้งทาง

ร่างกาย และจิตใจตามมาเช่นกัน จากการศึกษาพบว่า การกำเริบของโรคจิตเภทนั้นมีผลต่อระบบสมอง ส่งผลให้การทำหน้าที่ที่สำคัญลดลง และอาจเป็นตัวพยากรณ์การรักษาของโรค รวมทั้งมีผลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ และความสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โรคจิตเภทที่กำเริบโดยส่วนใหญ่มีอาการกำเริบในทางบวก คืออาการก้าวร้าว พฤติกรรมรุนแรง ทำให้เกิดความหวาดกลัวต่อผู้พบเห็น อาจส่งผลเสียต่อจิตสังคม เช่น ความสัมพันธ์ส่วนตัว การศึกษา และการจ้างงาน ซึ่งนำไปสู่ความภูมิใจในตนเองที่ไม่ดีและความรู้สึกสิ้นหวัง รวมทั้งอาการกำเริบยังสัมพันธ์กับความเสียหายต่อชีวิตที่เพิ่มขึ้นด้วย (Lin et al., 2021)

อาการของโรคจิตเภท ประกอบด้วย

อาการของโรคจิตเภทมีลักษณะอาการ 2 กลุ่มด้วยกัน คือกลุ่มอาการทางบวก คือมีอาการผิดปกติทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม และความคิด เช่นมีอาการประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางหู อันอาจส่งผลให้มีพฤติกรรมรุนแรง และกลุ่มอาการทางลบ ซึ่งเป็นอาการแสดงออกทางอารมณ์และความตั้งใจลดลง ทำให้ผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในบุคคลทั่วไป ได้แก่ ผู้ป่วยจะมีอาการไม่อยากได้ ไม่อยากดี ไม่กระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย การแต่งตัวรุงรังมอซอ อาจมีอาการนั่งอยู่เฉยได้ทั้งวันโดยที่ไม่ทำอะไร ไม่รู้ร้อนรู้หนาว อารมณ์เฉยเมยพูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด (Lin et al., 2021)

การดำเนินโรคของโรคจิตเภท (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข., 2560)

การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป เฉลี่ยใช้เวลา 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแยลง ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม
2. ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ระยะนี้ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีกลุ่มอาการทางบวก คือมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน
3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบอารมณ์ราบเรียบ (flat affect) ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว มีความทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัว วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน

การบำบัดรักษาโรคจิตเภท

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 2) มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- 3) เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

2. การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ การรักษานี้อาจแบ่งออกได้เป็น 2 ช่วง

- 1) ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว
- 2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้วผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วยังต้องให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี และหากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาจึงใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมด้วย

4. การรักษาด้านจิตสังคม

- 1) จิตบำบัด (Psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาต้องตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตามได้
- 2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (Family counseling or Psycho education) เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะเป็นวิธีที่ช่วยได้เป็นอย่างมาก
- 3) กลุ่มบำบัด (Group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยด้วยกัน โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหา และให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ
- 4) นิเวศน์บำบัด (Milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมทั้งในโรงพยาบาลและที่อยู่อาศัย เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ การจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยใน

กิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย (Wannarit, et al., 2023)

สรุป ในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทนั้นต้องบำบัดรักษาให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย นอกจากการรักษาด้วยยาเป็นหลักเพื่อควบคุมอาการทางจิตให้ดีขึ้นแล้ว ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย และการประกอบกิจกรรมทางกายถือเป็นอีกหนึ่งการบำบัดที่ได้รับความสนใจ เพื่อหวังการฟื้นฟูทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้มีการนำการประกอบกิจกรรมทางกายมาใช้ในการบำบัดฟื้นฟูในหลายรูปแบบ ซึ่งในต่างประเทศ มาเน่ แอนนา และคณะ (Mané Anna et al., 2020) ได้ศึกษาการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยจิตเภท พบว่านอกจากจะส่งเสริมการมีสุขภาพจิตดีแล้วยังช่วยลดอาการซึมเศร้า และความวิตกกังวลได้อีกด้วย ทั้งยังมีผลต่อทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญ และยังสามารถเพิ่มอัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับซาเบะ มิเชล และคณะ (Sabe Michel, et al., 2020) ที่ได้ศึกษาการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบพบว่าอาการทางลบถึงแม้จะไม่แตกต่างกันแต่ไม่ทำให้อาการทางบวกเพิ่มขึ้น โวเกล และคณะ (Vogel J.S., et al., 2015) ได้ศึกษาการออกกำลังกายแบบแอโรบิกในผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน พบว่าการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอจะมีส่วนสัมพันธ์กับการลดลงของอาการทางลบที่สูงขึ้น ฟัลไก และคณะ (Falkai. et al., 2017) ได้ศึกษาการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งแอโรบิก ไทเก๊ก และโยคะ พบว่าสามารถช่วยให้สารสื่อประสาทในสมองสมดุลเกิดผลดีต่อความรู้ความเข้าใจในโรค และยังสามารถลดอาการทางจิตได้อีกด้วย ส่วนในประเทศไทยนั้นได้นำกิจกรรมทางกายในหลายรูปแบบมาเพื่อใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทกันมากขึ้น อาทิ จิระภา สุมาลี และ รัชนิกร อุปเสน (2561) ได้ศึกษาการให้สุขศึกษาร่วมกับการออกกำลังกาย พบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกร่วมกับการให้ความรู้ด้านสุขศึกษามีความแตกต่างจากกลุ่มให้การพยาบาลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญ

ความหมายของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical activity)

WHO (2020) ได้ให้ความหมายของการประกอบกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) หมายถึง กิจกรรมการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ทำให้เกิดการทำงานของกล้ามเนื้อสลาย และทำให้มีการใช้พลังงานเพิ่มขึ้นจากภาวะปกติขณะพัก ซึ่งได้ครอบคลุมไปถึงการออกกำลังกายด้วย

Boonchuaykuakul J (2005) ได้ให้ความหมายของการประกอบกิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายใน

รูปแบบใด ๆ ก็ตาม ซึ่งอาจรวมถึงการทำกิจกรรมอย่างมีแผนการ เช่น การเดิน การวิ่ง การเล่น บาสเกตบอล หรือ การเล่นกีฬาอื่น ๆ การประกอบกิจกรรมทางกายยังอาจรวมถึงกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่นการทำงานบ้าน การทำงานในสนาม การจูงสุนัขเดินเล่น เป็นต้น

จุฬาลักษณ์ จันทรหอม และภัสสรดา หนู่มคำ (2563) ได้ให้ความหมายของการประกอบ กิจกรรมทางกายหรือการเคลื่อนไหวร่างกาย (Physical activity) หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกาย โดยใช้กล้ามเนื้อและกระดูกที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน ซึ่งประกอบด้วยการประกอบกิจกรรม ทางกายที่เกิดจากการทำงาน การประกอบกิจกรรมทางกายที่เกิดยามว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และกิจกรรมนั่ง ๆ นอน ๆ

ดังนั้นการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical activity) จึงหมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายที่ ต้องใช้พลังงานของกล้ามเนื้อลายและกระดูกมากกว่าภาวะปกติขณะพักรวมไปถึงการออกกำลังกาย ร่วมด้วย

การประกอบกิจกรรมทางกายในที่นี้ไม่ได้มีเพียงแค่การออกกำลังกายเท่านั้น แต่ยังรวมไป ถึงการเคลื่อนไหวร่างกายในการใช้ชีวิตประจำวัน โดยแบ่งกิจกรรมทางกายออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1. การประกอบกิจกรรมทางกายที่เกี่ยวข้องกับการทำงาน (Work-related physical activity) ซึ่งประเมินได้จากประเภทของการทำงานที่ดูจากการออกแรงในการทำงาน ร่วมกับ ระยะเวลาในการทำงาน นับเป็นชั่วโมง นาทีต่อสัปดาห์
2. การประกอบกิจกรรมทางกายที่เกิดจากการเดินทางในชีวิตประจำวัน (Daily-routine physical activity) เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้การเดินทางในชีวิตประจำวัน เช่นการเดินทาง ไปทำงาน การเดินทางไปจ่ายตลาดโดยใช้ยานพาหนะ เช่นการปั่นจักรยานและการเดิน เป็นเวลา 10 นาทีขึ้นไป ส่วนการเดินทางโดยวิธีขับรถยนต์ หรือการเดินทางโดยวิธีอื่น ไม่นับรวมในกิจกรรมทางกายด้านนี้ โดยพิจารณาร่วมกับระยะเวลาที่ใช้เดินหรือปั่น จักรยานไปในแต่ละวัน เป็นจำนวนวันต่อสัปดาห์
3. การประกอบกิจกรรมทางกายในเวลาว่างจากการทำงาน (Leisure-time physical activity) เป็นกิจกรรมที่ทำนอกเหนือจากการทำงาน และการใช้ชีวิตประจำวัน เป็น กิจกรรมที่ทำขณะพัก เช่นการรดน้ำต้นไม้ หรือการออกกำลังกายในระดับหนัก เช่นการ เต้นแอโรบิก การวิ่ง การเล่นเทนนิสและการออกกำลังกายในระดับกลาง เช่น การว่ายน้ำ น้ำ การเดินเร็ว เป็นต้น โดยในแต่ละกิจกรรมจะมีความแตกต่างกันตามความบ่อย (Frequency) ความหนัก (Intensity) และระยะเวลาของการปฏิบัติ

ประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกาย

ประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกาย มีหลักฐานเชิงประจักษ์ คือมีผลทำให้มีสุขภาพจิตดี ลดความเสี่ยงของการเกิดโรคทางกาย ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค โดยเฉพาะโรคหัวใจและหลอดเลือด มีส่วนทำให้หลอดเลือดหัวใจแข็งแรงขึ้น ซึ่งสามารถลดอัตราการเกิดโรคหัวใจโคโรนารี ลดอัตราการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 มะเร็งเต้านม และมะเร็งลำไส้ ซึ่งประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกาย สามารถแบ่งออกเป็นประเภทใหญ่ๆ ได้ดังนี้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

1. ประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกายต่อร่างกาย ได้แก่

1.1 ลดอัตราการตายในผู้ป่วยเบาหวานได้ร้อยละ 38 และลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 79 ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงลดอัตราการตายมากกว่าสองเท่า และลดอัตราการตายจากโรคหัวใจและหลอดเลือดร้อยละ 16 ถึง 67 ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง และพบว่า HbA1c ลดลงประมาณ ร้อยละ 0.8 ซึ่งบ่งบอกว่าจะลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่ตาและที่ไตได้ประมาณร้อยละ 40

1.2 ทำให้ความไวต่ออินซูลินเพิ่มขึ้น (Insulin sensitivity) และมีฤทธิ์อยู่ได้นานถึง 24 – 72 ชั่วโมงหลังประกอบกิจกรรมทางกาย

1.3 หลังการประกอบกิจกรรมทางกายจะช่วยให้ความดันโลหิตลดลง

1.4 ทำให้ระดับไตรกลีเซอไรด์ (triglyceride) ในเลือดลดลง

1.5 สามารถควบคุมน้ำหนักได้

1.6 ระบบกล้ามเนื้อและข้อต่อต่าง ๆ ในร่างกายทำงานได้ดีขึ้น

1.7 ลดความเสี่ยงจากการเกิดโรคกระดูกพรุน (osteoporosis)

2. ประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกายด้านจิตใจ มีผลทำให้ผ่อนคลาย ลดความเครียด ลดความวิตกกังวล เพิ่มความตื่นตัว และลดความซึมเศร้าได้ด้วย

3. ประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกายด้านสังคมทำให้มีเครือข่ายสังคมหรือชุมชนเพิ่มความมั่นใจในตนเอง (self-confidence and self-esteem)

4. ประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกายด้านเศรษฐกิจ ทำให้ลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ หลักเกณฑ์การประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายที่เหมาะสม

หลักของการประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย คือต้องปฏิบัติต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงควรเลือกรูปแบบของการประกอบกิจกรรมทางกายที่ตนเองชอบจะได้ไม่เป็นการฝืนใจปฏิบัติ ในการเริ่มการประกอบกิจกรรมทางกายควรเริ่มจากช้า ๆ เบาๆ ก่อน แล้วจึงค่อย ๆ เพิ่ม

เวลาและความหนักมากขึ้นตามลำดับ เพื่อลดปัญหาความเจ็บปวดทางด้านร่างกายของแต่ละบุคคล ซึ่งเกณฑ์การประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายนั้นต้องใช้ปัจจัยหลายอย่างเข้ามาควบคุม เช่น การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การควบคุมความตึงเครียด โดยเฉพาะการประกอบกิจกรรมทางกายที่ต้องการเผาผลาญพลังงานเป็นอย่างมาก อาจต้องแบ่งออกเป็นสองช่วง คือ ช่วงเช้าและช่วงเย็น โดยจะเพิ่มเวลาขึ้นไปเรื่อย ๆ เพื่อการเผาผลาญพลังงาน (ชนินทร์ ลำซำ, 2563)

ผู้ป่วยจิตเภทกับการประกอบกิจกรรมทางกาย

ผู้ป่วยจิตเภทนั้นพบว่าโดยทั่วไปแล้วจะมีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าประชากรทั่วไปมากถึง 80 % ซึ่งด้วยเหตุผลของอาการของโรคเอง รวมทั้งยารักษาโรคทางจิตเวชที่ผู้ป่วยได้รับ ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเฉยชา ไม่สนใจไม่ยอมทำอะไร แยกตัว ส่งผลให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพที่เกิดจากการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย อย่างเช่น โรคหลอดเลือดแดงและเมแทบอลิซึมที่พบได้เพิ่มขึ้น 1.4–2 เท่า การไม่ประกอบกิจกรรมทางกายถือเป็นสาเหตุหลักของวิถีชีวิตที่ไม่ดีต่อสุขภาพ ซึ่งในรายที่ป่วยทางจิตอยู่แล้วยังส่งผลให้อาการทางจิตมีแนวโน้มที่จะแย่ลง และหากผู้ป่วยจิตเภทมีการประกอบกิจกรรมทางกายที่ต่อเนื่อง มีส่วนช่วยลดความซึมเศร้าและอาการวิตกกังวล ทำให้อ่อนหลับได้ดีขึ้น ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตและการปรับตัวทางสังคม (Aaron A. Kandola. et al., 2022)

ในการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้นำการประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายมาใช้ในหลายรูปแบบที่แตกต่างกันออกไป โดยมุ่งหวังคือการคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ สามารถฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังการศึกษาของ จิระภา สุมาลี และ รัชนิกร อุปเสน (2561) ได้ศึกษาการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ผลการศึกษาพบว่า การออกกำลังกายที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย มีผลทำให้สุขภาพแข็งแรง มีความทนของร่างกาย มีผลทำให้เกิดการหลั่งของ Endorphins Dopamine และ Serotonin ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบเกิดการตื่นตัว และยังมีการพัฒนาระบบกล้ามเนื้อในร่างกายอีกด้วย ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกมีผลทำให้อาการทางลบดีขึ้นและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ในด้านการฟื้นฟู เมน แอนนา และคณะ (Mane Anna et al., 2020) ได้ศึกษาการแก้ไขภาวะการรู้คิดและการออกกำลังกาย ที่มีผลต่ออาการทางลบและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการออกกำลังกายนอกจากจะส่งเสริมการมีสุขภาพจิตดีแล้ว ยังช่วยลดอาการซึมเศร้าและความวิตกกังวลได้อีกด้วย ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอต่ออาการทั้งทางบวกและทางลบของผู้ป่วยจิตเวชชายที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกอย่างสม่ำเสมอ รวม 8 สัปดาห์ มีความแตกต่างกันทั้ง

อาการทางบวกและอาการทางลบอย่างมีนัยสำคัญ และยังสามารถเพิ่มอัตราการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้อีกด้วย ซึ่งสอดคล้องกับโวเกลและคณะ (Vogel J.S. et al., 2015) ที่ได้ศึกษาผลของออกกำลังกายแบบแอโรบิก ในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ พบว่าการออกกำลังกายแบบแอโรบิก มีผลต่ออาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท และการออกกำลังกายแบบแอโรบิกถ้าฝึกมากขึ้นจะมีส่วนสัมพันธ์กับการลดลงของอาการทางลบที่สูงขึ้น

จะเห็นได้ว่า การประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย มีส่วนช่วยฟื้นฟูด้านร่างกายและความจำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และยังสามารถลดอาการซึมเศร้า เนื่องจากการประกอบกิจกรรมทางกายช่วยเพิ่มการผลิต Endorphins Dopamine และ Serotonin มีผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ทำให้เกิดการตื่นตัว ช่วยลดอาการทางลบ และยังไม่เพิ่มอาการทางบวกของผู้ป่วยอีกด้วย ซึ่งในการที่จะให้ผู้ป่วยจิตเภทหันมาสนใจและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนจากผู้ที่ไม่มีการประกอบกิจกรรมทางกาย กลายเป็นผู้ที่มีการประกอบกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีไม่เสื่อมถอยนั้น ไม่สามารถที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ด้วยการคิดเพียงแต่ครั้งเดียว แต่จะผ่านขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อปลูกฝังผู้ป่วยให้ก้าวข้ามไปที่ละขั้น ส่งผลไปสู่การประกอบกิจกรรมทางกายที่เป็นประจำและต่อเนื่อง ทั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาถึงผลดีของการประกอบกิจกรรมทางกาย และผลเสียของการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย ร่วมกับความเชื่ออำนาจในตนว่าฉันสามารถทำได้ ถึงแม้จะมีอุปสรรคคือตัวของพยาธิสภาพของโรคเอง และทั้งผลข้างเคียงจากการได้รับยาจิตเวชก็ตาม

การประกอบกิจกรรมทางกาย/ ออกกำลังกายของคนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย หรือที่เรียกว่า อีสาน เป็นภูมิภาคที่มีพื้นที่และประชากรมากที่สุดของประเทศหรือเทียบเท่าพื้นที่ 1 ใน 3 ของประเทศไทย (ขวัญฟ้า ภู่งามสุทธิ, 2561) ครอบคลุมทั้งหมด 20 จังหวัด ได้แก่จังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น ชัยภูมิ นครพนม นครราชสีมา บึงกาฬ บุรีรัมย์ มหาสารคาม มุกดาหาร ยโสธร ร้อยเอ็ด เลย ศรีสะเกษ สกลนคร สุรินทร์ หนองคาย หนองบัวลำภู อำนาจเจริญ อุดรธานี และจังหวัดอุบลราชธานี โดยชาวอีสานจะดำรงชีวิตให้เข้ากับธรรมชาติตามสภาพแวดล้อมที่แห้งแล้ง พื้นที่ส่วนใหญ่ส่วนใหญ่เป็นดินทราย มีแร่ธาตุน้อย อาชีพหลักจึงเป็นอาชีพเกษตรกรรม มีการทำนาปลูกข้าวเป็นหลัก การประกอบกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกายมักจะแฝงด้วยขนบธรรมเนียม และประเพณีที่สืบทอดจากรุ่นสู่รุ่น ที่มุ่งประโยชน์แก่ผู้ทำกิจกรรมในหลายๆ ด้าน สามารถทำกิจกรรมได้ทุกเพศทุกวัยทั้งเด็กและผู้ใหญ่ มีจุดประสงค์เพื่อผ่อนคลายความตึงเครียด พักผ่อนหย่อนใจ และสามารถที่จะส่งเสริมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น ซึ่งมีทั้งกิจกรรมในที่ร่ม เป็นกิจกรรมที่ไม่ต้องใช้บริเวณมาก สามารถทำกิจกรรมได้ทุกที่ เช่น ใต้ถุนบ้าน ใต้ร่มไม้ ฯลฯ

เช่น การเล่นกึ่งก่องแก้ว (เต็นยาง) เป็นต้น และการมีกิจกรรมกลางแจ้ง เป็นการเล่นแบบอิสระ จะมีอุปสรรคในการเล่นหรือไม่ก็ได้ มีกฎเกณฑ์และกฎกติกาง่าย ๆ เน้นความสนุกสนานที่สามารถส่งเสริมร่างกายในด้านต่าง ๆ เช่น การวิ่งกะลา การเล่นกีฬา เป็นต้น (ชาย นครชัย, 2562)

ทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Transtheoretical Model: TTM)

การเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีประกอบกิจกรรมทางกายให้ปฏิบัติเป็นประจำในผู้ป่วยจิตเภท นับเป็นเรื่องยากที่จะปลุกพลังใจให้ทำได้ประสบผลสำเร็จ เนื่องจากการประกอบกิจกรรมทางกาย มีผลต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านการฟื้นฟูภาวะรู้คิด สุขภาพทางกาย และสุขภาพทางจิต ดังนั้นจึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยให้มีการประกอบกิจกรรมทางกายที่เป็นประจำและต่อเนื่อง โดยทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Transtheoretical Model) ใช้ตัวย่อว่า TTM ถูกพัฒนาโดย Prochaska and DiClemente (1983) เป็นโมเดลที่อธิบายความตั้งใจหรือความพร้อมของบุคคลที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตนเองโดยเน้นที่กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการตัดสินใจ (Decisional making) ของบุคคล ช่วงแรก ๆ TTM ถูกพัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ติดยาและบุหรี่ ต่อมาได้ขยายขอบเขตมาใช้อธิบายพฤติกรรมป้องกันโรค และการประยุกต์ใช้ในด้านบริการทางการแพทย์ โพรเชสกา และคณะ (Prochaska et al., 1994) ได้สร้างโมเดลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Transtheoretical Model of Behavior Change) เพื่อช่วยการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตามความพร้อมของแต่ละบุคคล โดยผ่านการพิจารณาผลดีผลเสียจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และความเชื่ออำนาจในตน มาเป็นแนวทางให้การปรับพฤติกรรมในแต่ละระดับขึ้นความพร้อมของผู้ป่วย Model นี้ได้ถูกนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกับบุคคลหลายกลุ่มและประสบความสำเร็จมาแล้ว การนำ TTM มาประยุกต์ใช้ในพฤติกรรมออกกำลังกาย เริ่มต้นในปี ค.ศ.1990 โดย Marcus et al, (1992) และ Marcus and Simkin (1993) ได้อธิบายว่าบุคคลไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จากการคิดเพียงครั้งเดียว แต่จะค่อย ๆ พัฒนาการคิดในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปทีละขั้น เรียกว่าระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) ซึ่งมีทั้งหมด 6 ขั้น ได้แก่ 1) ขั้นก่อนคิด (pre-contemplation) 2) ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) 3) ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) 4) ขั้นปฏิบัติ (action) 5) ขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (maintenance) และ 6) การกลับไปมีปัญหาค้ำ (relapse) จะเห็นได้ว่า ขั้นที่ 1-3 คือ ขั้นก่อนปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย ส่วนขั้นที่ 4 และ 5 เป็นขั้นกำลังปฏิบัติพฤติกรรมเป้าหมาย ซึ่งบุคคลที่อยู่ในแต่ละขั้นความพร้อมจากขั้นที่ 1 ถึงขั้นที่ 5 อาจเปลี่ยนแปลงขั้นความพร้อมไปในทิศทางลดลงหรือเพิ่มขึ้นได้ตลอดเวลา เช่น วันนี้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าตนเองอยู่ในขั้นที่ 1 เมื่อได้อ่านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับประโยชน์ของการประกอบ

กิจกรรมทางกาย และรับรู้ว่าคุณเองมีโอกาเป็นโรคอ้วนได้ถ้าไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย จึงเกิดความรู้สึกรู้สึกอยากประกอบกิจกรรมทางกาย และเริ่มปฏิบัติจริงจัง ดังนั้น 1 สัปดาห์ต่อมา บุคคลนี้จึงเลื่อนมาอยู่ในขั้นเริ่มปฏิบัติ

องค์ประกอบโครงสร้างของทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ มี 4 ประการ ดังต่อไปนี้ (กรรฐา มาตยากร. 2559)

1. ระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) ระดับขั้นความพร้อมในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีทั้งหมด 6 ขั้นผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกาย ในแต่ละขั้น ดังนี้
 - 1.1 ขั้นก่อนคิด (pre-Contemplation) ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะนี้ คือยังไม่สนใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกาย และยังไม่มีตระหนักถึงผลเสียถึงพฤติกรรมเดิมที่กระทำอยู่
 - 1.2 ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) ผู้ป่วยคิดที่จะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกายภายในระยะเวลา 6 เดือน ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะพิจารณาถึงผลดี-ผลเสีย (Pros-cons) ที่จะได้รับจากการประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งในขั้นนี้ผู้ป่วยจะพิจารณาผลดีมากกว่าผลเสีย (Pros > cons)
 - 1.3 ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) ผู้ป่วยเตรียมที่จะประกอบกิจกรรมทางกายภายใน 30 วันข้างหน้า หรือผู้ป่วยบางคนเริ่มลงมือปฏิบัติแล้วแต่ไม่สม่ำเสมอ จึงยังไม่เกิดประโยชน์ที่ควรจะได้รับ
 - 1.4 ขั้นปฏิบัติ (action) ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นนี้สามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้อย่างสม่ำเสมอตามเกณฑ์ แต่ระยะเวลาที่ปฏิบัติน้อยกว่า 6 เดือน
 - 1.5 ขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (maintenance) ในขั้นนี้ผู้ป่วยสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้อย่างสม่ำเสมอ เป็นระยะเวลาติดต่อกันนานมากกว่า 6 เดือน
 - 1.6 การกลับไปมีปัญหาค้ำ (relapse) การที่ผู้ป่วยถอยกลับไปมีพฤติกรรมแบบเดิมคือพฤติกรรมก่อนที่จะมีการเปลี่ยนแปลง

นอกจากระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (stages of change) โครงสร้างของทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมยังมีแนวคิดหลัก (core constructs) ที่เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยในแต่ละขั้น (stage of change) คือระดับขั้นของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stage of change) ดุลยภาพการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (decisional balance) กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (processes of change) และความเชื่ออำนาจในตน (self-efficacy) ซึ่งสามารถอธิบายความหมายของแต่ละแนวคิดได้ดังนี้

2. ดุลยภาพการตัดสินใจปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Decisional balance) คือการที่ผู้ป่วยประเมินความสมดุลถึงผลดี-ผลเสีย (Pros-cons) ที่ได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกาย การประเมินดุลยภาพในการตัดสินใจเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายในระดับที่สูงขึ้น
3. กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Processes of change) เป็นเทคนิคที่ใช้ประสบการณ์หรือความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตัวผู้ป่วยเอง นำมาใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ยับยั้งระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม 5 ขั้น Prochaska and Di Clemente (1983) ได้อธิบายถึงกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมว่ามี 10 วิธีด้วยกัน ซึ่งนำมาจากทฤษฎีจิตบำบัด ประกอบด้วยการใช้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือการใช้ประสบการณ์ (Cognitive/ Experiential processes) และการใช้กระบวนการทางพฤติกรรม (Behavioral processes) ซึ่งแต่ละวิธีมีอย่างละ 5 กระบวนการ ดังนี้

3.1 กระบวนการใช้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (Cognitive/Experiential processes) ประกอบด้วย 5 กระบวนการ คือ

- 3.1.1 การเพิ่มการตระหนักรู้ (consciousness raising) เป็นการค้นหาข้อมูลใหม่ ๆ เกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย เช่น การอ่านบทความเกี่ยวกับประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกายที่มีต่อร่างกายและจิตใจ
- 3.1.2 การกระตุ้นให้รู้สึกกลัวหรือสะเทือนใจ (dramatic relief) เป็นการค้นหาประสบการณ์และความรู้สึกกลัวเกี่ยวกับผลของการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย เช่น ถ้าฉันไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย ฉันนั่งท่าเดียวนาน ๆ ข้อต่อฉันจะยึดติดและเคลื่อนไหวลำบาก ถ้าฉันไม่เคลื่อนไหวร่างกายฉันจะกลายเป็นคนอ้วน ถ้าฉันไม่ประกอบกิจกรรมทางกายฉันจะเป็นโรคหัวใจและต้องกลายเป็นภาระของคนในครอบครัว เป็นต้น
- 3.1.3 การประเมินสิ่งแวดล้อม (environmental reevaluation) เป็นการประเมินว่าการไม่ประกอบกิจกรรมทางกายจะมีผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย สิ่งแวดล้อมและสังคมอย่างไร เช่น การประกอบกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ ทำให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตดี ไม่เป็นภาระของผู้อื่น
- 3.1.4 การประเมินตนเอง (self-reevaluation) เป็นการประเมินประสบการณ์ที่ผ่านมาเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกายของตนเอง เช่นการประกอบกิจกรรมทางกายทำให้รู้สึกกระฉับกระเฉง ทำให้อวัยวะส่วนต่าง ๆ ของร่างกายเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น

- 3.1.5 การประกาศเจตนารมณ์ให้สังคมรับรู้ (social liberation) เป็นการประกาศให้บุคคลอื่นรู้ว่าผู้ป่วยเป็นผู้ที่ประกอบกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอ

3.2 กระบวนการทางพฤติกรรม (Behavioral processes) ประกอบด้วย 5 กระบวนการย่อย ดังนี้

- 3.2.1 การใช้เทคนิคการหาสิ่งทดแทน (counter-conditioning) เป็นการเลือกทำพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกายแทนการมีพฤติกรรมอื่น เช่น เมื่อมีความเครียดแทนที่จะนัดเพื่อนไปรับประทานอาหาร แต่เลือกนัดเพื่อนไปประกอบกิจกรรมทางกาย เพื่อช่วยลดความเครียด
- 3.2.2 การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน (helping relationship) เป็นการได้รับความสนับสนุนจากแหล่งต่าง ๆ เพื่อที่จะสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เช่น การที่คนในครอบครัวช่วยแบ่งเบาภาระงานบ้าน เพื่อที่จะให้ผู้ป่วยได้มีเวลาประกอบกิจกรรมทางกายได้มากขึ้น
- 3.2.3 การใช้เทคนิคการให้รางวัลตนเอง (reinforcement management) เป็นการสร้างเงื่อนไขให้ตนเอง เมื่อได้ทำตามจุดมุ่งหมายจะมีรางวัลให้กับตนเอง เช่น ถ้าฉันสามารถประกอบกิจกรรมทางกายต่อเนื่องและสม่ำเสมอเป็นเวลา 1 เดือน ฉันจะทานอาหารที่ฉันชอบ 1 มื้อ
- 3.2.4 เทคนิคการให้คำมั่นสัญญากับตนเอง (self-liberation) เป็นการให้คำมั่นสัญญากับตนเองที่จะประกอบกิจกรรมทางกาย และมีความเชื่อมั่นว่าตนเองจะทำได้ เช่น ผู้ป่วยให้คำสัญญากับตนเองว่าจะประกอบกิจกรรมทางกายสม่ำเสมอ
- 3.2.5 การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) เป็นการควบคุมสิ่งที่มาขัดขวาง หรือไม่เอื้อต่อการประกอบกิจกรรมทางกาย เช่น ฝนตกไม่สามารถประกอบกิจกรรมทางกายกลางแจ้งได้ เลือกที่จะประกอบกิจกรรมทางกายในร่มแทน เป็นต้น

- 4 ความเชื่ออำนาจในตน (Self-efficacy) เป็นความเชื่อมั่นในตนเองของตัวผู้ป่วยว่าจะมีความสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมที่ตั้งใจไว้ได้ ถึงแม้จะอยู่ในสถานการณ์ที่เป็นอุปสรรค ซึ่งในกลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นก่อนคิด (pre-Contemplation) และขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) จะมีความเชื่ออำนาจในตนน้อยกว่ากลุ่มที่อยู่ในขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) และขั้นปฏิบัติ (action) ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (maintenance) จะมีความเชื่ออำนาจในตนในการประกอบกิจกรรมทางกายมากที่สุด

ในการใช้ TTM เพื่อนำมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปทีละขั้น จากผู้ที่อยู่ในขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) เมื่อผ่านกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (processes of change) จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและสนใจที่จะประกอบกิจกรรมกายและเข้าสู่ขั้นปฏิบัติ (action) ซึ่งจะมีความเชื่ออำนาจในตน (self-efficacy) มากขึ้น รวมทั้งยังสามารถนึกคิดถึงประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกายเป็นสำคัญ ถึงแม้จะมีอุปสรรคขัดขวางการประกอบกิจกรรมทางกายก็จะเป็นปัญหา และหาวิธีที่จะสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้ เพื่อการปฏิบัติต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จนกลายเป็นกิจวัตรประจำวันที่ต้องทำในแต่ละวัน จึงได้นำ TTM มาประยุกต์ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อการประกอบกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการประกอบกิจกรรมทางกายที่สม่ำเสมอ

ความสัมพันธ์ระหว่างทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Transtheoretical model) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกาย

การประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical activity) เป็นการเคลื่อนไหวของร่างกายโดยใช้กล้ามเนื้อและกระดูกที่ทำให้เกิดการเผาผลาญพลังงาน ซึ่งประกอบไปด้วยการประกอบกิจกรรมทางกายจากการทำงาน การประกอบกิจกรรมทางกายจากการเดินทาง การประกอบกิจกรรมทางกายยามว่างเพื่อพักผ่อนหย่อนใจ และการประกอบกิจกรรมหนึ่ง ๆ นอน ๆ กิจกรรมทางกายยังเป็นส่วนหนึ่งของการรักษาทางการแพทย์ เพื่อให้การรักษา การส่งเสริมและการป้องกันที่ได้ผลดี อีกทั้งช่วยลดการใช้ยาที่ไม่จำเป็นได้ (จุฬาลักษณ์ จันทรหอม และ ภัทรดา หนู่มคำ, 2561) การที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ประกอบกิจกรรมทางกายต่อเนื่องนั้นควรจะมีการประเมินระดับขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (stages of change) เพื่อให้ทราบว่าผู้ป่วยอยู่ในระดับขั้นความพร้อมขั้นใด และนำความรู้ในรูปทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (Transtheoretical Model: TTM) มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทได้ดังนี้

ขั้นก่อนคิด (Pre-contemplation)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะไม่ที่จะไม่คิดประกอบกิจกรรมทางกาย ดังนั้นเป้าหมายการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม คือการทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกายให้มากขึ้น โดยการให้ความรู้ ให้คำปรึกษาด้านการประกอบกิจกรรมทางกาย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความอยากปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เน้นย้ำให้ผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจในตน (self-efficacy) เพื่อสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยสามารถทำได้ ซึ่งสอดคล้องกับ Marcus et al., (1992) ที่ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจในตนของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกาย โดยพัฒนาแบบสอบถามวัดระยะการเปลี่ยนแปลงกับขั้นตอนการเริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

ประกอบกิจกรรมทางกาย ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่ยังไม่คิดที่จะประกอบกิจกรรมทางกาย จะมีความเชื่ออำนาจในตนในระดับต่ำ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่ประกอบกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอจะมีความเชื่ออำนาจในตนในระดับสูง

ส่วนกระบวนการที่ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกายนั้น ในขั้นก่อนคิด (pre-contemplation) ควรเลือกกระบวนการดังนี้ 1) การเพิ่มความตระหนักรู้ (consciousness raising) 2) การกระตุ้นทางอารมณ์ให้รู้สึกกลัวหรือสะเทือนใจ (dramatic relief) และ 3) การประเมินสิ่งแวดล้อม (environmental reevaluation) พยาบาลผู้ดูแลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความตระหนักรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องประกอบกิจกรรมทางกาย มองเห็นประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกาย โดยการให้สุขศึกษา การดูวีดิทัศน์ที่แสดงถึงประโยชน์ที่จะได้รับจากการประกอบกิจกรรมทางกาย หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้ประเมินถึง ผลดีของการประกอบกิจกรรมทางกาย และผลเสียจากการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจในการประกอบกิจกรรมกาย และลองให้ผู้ป่วยนึกภาพของผู้ป่วยด้วยกันที่แยกตัว ไม่รวมกิจกรรมกับสมาชิกท่านอื่น ไม่มีการประกอบกิจกรรมทางกาย นั่งหรือนอนท่าเดียวนาน ๆ เป็นเวลานาน ๆ จนเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมา เช่น โรคอ้วน ไ้มนในเลือดสูง แม้กระทั่งการขาดปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนผู้ป่วยด้วยกันเอง การพูดคุยถึงภาวะเสี่ยงหรือผลเสียที่จะตามมาจากการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย เป็นเทคนิคที่ช่วยกระตุ้นอารมณ์ให้รู้สึกกลัวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้นถ้ายังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และในขณะเดียวกันควรมีการพูดคุยแนวทางแก้ไขจะช่วยให้ผู้ป่วยเห็นประโยชน์ของการยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ข้อมูลที่ได้รับจากพยาบาลผู้ดูแลร่วมกับใช้เทคนิคการกระตุ้นอารมณ์ให้รู้สึกกลัวหรือสะเทือนใจเกี่ยวกับปัญหาที่อาจเกิดขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาสุขภาพที่อาจเพิ่มมากขึ้นจากการที่ไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย และในช่วงนี้ควรนำเทคนิคการประเมินสิ่งแวดล้อมมาใช้ในการประเมินผลกระทบต่อบุคคลรอบข้าง ผู้ดูแล หรือสังคมอย่างไร ถ้าหากผู้ป่วยยังไม่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยประเมินตนเองว่าหากไม่พยายามประกอบกิจกรรมทางกาย อาจจะทำให้ผู้ป่วยไม่กระฉับกระเฉง ง่วงนอน นอนเยอะ กลายเป็นคนอ้วนและมีปัญหาด้านสุขภาพกายตามมา และมีสุขภาพจิตที่ไม่สดชื่นทำให้ผู้ป่วยสีหน้าไม่แจ่มใส หงุดหงิดง่าย ส่งผลกระทบต่อคนในครอบครัว ผู้ดูแลหลัก เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยที่อยู่ในขั้น Pre-contemplation คือผู้ป่วยที่ยังไม่มีความคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในช่วง 6 เดือนนี้ จะไม่มีความคิดหรือเป้าหมายที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างจริงจัง ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลต้องติดตามและประเมินผลการให้กระบวนการเปลี่ยนแปลงทั้ง 3 เทคนิคนี้อย่างต่อเนื่อง เมื่อผู้ป่วยเริ่มคิดสนใจที่จะเปลี่ยนแปลง แต่ยังไม่แสดงพฤติกรรมปรับเปลี่ยนเปลี่ยนแปลง พยาบาลผู้ดูแลควรให้ผู้ป่วยตระหนักรู้ถึงความจำเป็นที่ต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อมี

ข้อมูลที่แสดงว่าบุคคลนั้น ๆ มีความพร้อมหรือมีความตั้งใจมากขึ้น เช่น คำพูดที่บางคำที่ผู้ป่วยพูดว่า “ฉันอยากจะลองประกอบกิจกรรมทางกายดูบ้างเพื่อสุขภาพจะได้แข็งแรง” ซึ่งสามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยนั้นมีความพร้อม และมีความตั้งใจที่จะก้าวข้ามไปอีกขั้นหนึ่งได้

ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (Contemplation)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีความคิดที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและจะเริ่มใน 6 เดือนข้างหน้า เนื่องจากกลัวปัญหาสุขภาพที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย แต่ยังคงมีความลังเลว่าตนจะทำได้หรือไม่ ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเริ่มที่จะสนใจการประกอบกิจกรรมทางกายรูปแบบต่าง ๆ เช่น การพูดคุยหรือดูโทรทัศน์ที่เกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย เมื่อผู้ป่วยขยับมาสู่ขั้นเริ่มคิดพิจารณา (contemplation) สิ่งแรกที่พยาบาลผู้ดูแลควรทำ คือการประเมินความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการประกอบกิจกรรมทางกายว่า ที่ผ่านมาจากที่ผู้ป่วยเคยประกอบกิจกรรมทางกายมาแล้ว ผู้ป่วยเจอปัญหาหรืออุปสรรคอะไร จากการศึกษาของ สุก-ฮยอน ลี และคณะ (Sook-Hyun Lee et al, 2018) พบว่าอุปสรรคการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง คือผลข้างเคียงจากการได้รับยา รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยอาการของโรคเองที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สนใจ ไม่ยินดียินร้าย แยกตัว นั่งท่าเดิมนาน ๆ จึงเป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจกรรมทางกายเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลผู้ดูแลควรช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ไขปัญหาดังกล่าว พร้อมทั้งการตั้งเป้าหมายทั้งในระยะสั้นระยะยาว และให้ผู้ป่วยเลือกการประกอบกิจกรรมทางกาย ที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตัวเอง

กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย (processes of change) สำหรับผู้ป่วยในขั้นเริ่มพิจารณา คือ 1) การเพิ่มความตระหนักรู้ (consciousness raising) 2) การประเมินตนเอง (self-reevaluation) 3) การให้คำมั่นสัญญากับตนเอง (self-liberation) การใช้กระบวนการเพิ่มความตระหนักรู้ (consciousness raising) พยาบาลผู้ดูแลควรให้สุขศึกษาเกี่ยวกับประโยชน์ของการประกอบกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง และอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย โดยระบุขั้นตอนการประกอบกิจกรรมทางกายทีละขั้น จากน้อยไปหามาก เริ่มจากง่ายไปยาก เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นประโยชน์จากการปฏิบัติ เช่น ให้ผู้ป่วยเริ่มจากการทำการยืดเหยียดกล้ามเนื้อแบบอยู่กับที่และมีการเคลื่อนไหว ซึ่งจะช่วยให้ข้อต่าง ๆ มีการงอเหยียดหรือหมุนได้ดีขึ้น (Tseng, Chen, Wu, and Lin, 2006) เมื่อเวลาผ่านไปสักระยะหนึ่งให้ผู้ป่วยประเมินประสิทธิภาพการเคลื่อนไหวของข้อต่าง ๆ จะพบว่าความสามารถในการเคลื่อนไหวได้ดีขึ้นกว่าเดิม การประเมินประสบการณ์ที่ผ่านมาเป็นการใช้กระบวนการประเมินตนเอง (self-reevaluation) โดยให้ผู้ป่วยประเมินความรู้สึกว่าข้อเคลื่อนไหวได้ดีขึ้น รู้สึกกระฉับกระเฉงและใช้ความรู้สึกนี้พาลูกป่วยให้สามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้อย่างต่อเนื่อง กระบวนการให้คำมั่นสัญญากับตนเอง (self-liberation) เป็นอีก

กระบวนการหนึ่งที่น่ามาใช้ปรับพฤติกรรมในขั้นนี้ เพื่อสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถจะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ และให้สัญญากับตัวเองว่าจะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกาย

ขั้นเตรียมหรือเริ่มปฏิบัติ (Preparation)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเริ่มปฏิบัติกิจกรรมประกอบกิจกรรมทางกายตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ใน 30 วัน ข้างหน้า ผู้ป่วยในขั้นนี้จะหาข้อตกลงและวางแผนว่าจะประกอบกิจกรรมทางกายในรูปแบบใด นานแค่ไหน และจะประกอบกิจกรรมทางกายในระดับใด รวมทั้งคิดคำนึงถึงว่าในการประกอบกิจกรรมทางกายในแต่ละวันเป็นอย่างไร ได้ตามที่วางไว้หรือไม่ ซึ่งกระบวนการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในขั้นเตรียมตัวหรือเริ่มปฏิบัติ (preparation) คือ 1.) การประเมินตนเอง (self-reevaluation) 2.) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน (Helping relationship) และ 3.) การให้คำมั่นสัญญากับตนเอง (self-liberation) การประเมินตนเองในขั้นเตรียมตัวหรือเริ่มปฏิบัติให้ผู้ป่วยได้พิจารณาว่าการประกอบกิจกรรมทางกายมีประโยชน์อย่างไร และถ้าปฏิบัติสม่ำเสมอจะมีประโยชน์อย่างไร ขณะเดียวกันพยาบาลผู้ดูแลหากิจกรรมที่หลากหลายที่เหมาะสมกับผู้ป่วย แล้วให้ผู้ป่วยเลือกประกอบกิจกรรมทางกายที่เหมาะสมกับตนเอง ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นนี้จะมีคำสัญญากับตนเองว่าจะปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ แต่ควรหลีกเลี่ยงความคิดที่จะเปรียบเทียบการประกอบกิจกรรมทางกายกับผู้อื่น หรือความคิดที่จะล้มเลิกการประกอบกิจกรรมทางกาย ควรให้กำลังใจ คิดบวกอยู่เสมอ และพยายามเอาชนะใจตนเองให้ได้ เมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ตามเป้าหมาย พยาบาลผู้ดูแลควรพูดชื่นชมให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมประกอบกิจกรรมทางกายได้ตามเป้าหมายที่สัญญาไว้กับตนเอง

ขั้นปฏิบัติ (Action)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยประกอบกิจกรรมทางกายได้ครบตามเกณฑ์แต่เพิ่งเริ่มทำไม่ถึง 6 เดือน โดยเป้าหมายในขั้นนี้คือ ผู้ป่วยจะต้องให้คำมั่นสัญญาที่จะประกอบกิจกรรมทางกายอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ทบทวนเป้าหมายของการประกอบกิจกรรมทางกายอีกครั้งว่าต้องการประกอบกิจกรรมทางกายให้มากและนานขึ้น และปรับเปลี่ยนรูปแบบการประกอบกิจกรรมทางกาย เพื่อไม่ให้เกิดความเบื่อหน่าย กระบวนการที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในขั้นนี้คือ 1) การใช้เทคนิคการให้รางวัลตนเอง (reinforcement management) 2) การควบคุมสิ่งเร้า (stimulus control) 3) การได้รับความช่วยเหลือสนับสนุน (helping relationships) 4) การใช้เทคนิคหาสิ่งทดแทน (counter-conditioning) เมื่อผู้ป่วยประกอบกิจกรรมทางกาย และสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ควรมีรางวัลให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นการเสริมแรง เช่น ถ้าผู้ป่วยสามารถเพิ่มเวลาในการเดินแต่ละวันได้จากเดิมวันละ 30 นาที อาจเพิ่มเป็น 40 นาที รางวัลที่ได้เพื่อการเสริมแรง เช่นการชื่นชมเพื่อให้มีความรู้สึกอยากเดินมากขึ้น นอกจากนี้หากมีอุปสรรคในการประกอบกิจกรรมทางกาย เช่น สถานที่คับแคบ

ไม่มีเพื่อนหรือฤดูฝนทำให้ไม่สะดวกในการประกอบกิจกรรมทางกายกลางแจ้ง เป็นต้น พยาบาลผู้ดูแล
 ช่วยหาแหล่งที่จะเอื้อต่อการประกอบกิจกรรมทางกาย หรือปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม
 ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นนี้พยาบาลผู้ดูแลควรให้ความสำคัญเพื่อป้องกันการกลับไปสู่สภาพเดิม คือการไม่
 ประกอบกิจกรรมทางกาย ในขั้นนี้ควรให้กำลังใจเสริมแรงบวกที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ (Maintenance)

เมื่อเข้าสู่ขั้นปฏิบัติสม่ำเสมอ สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการหยุดที่จะประกอบกิจกรรมทางกายใน
 บางครั้งบางคราว ดังนั้นควรให้สัญญากับตนเองว่าจะไม่กลับไปอยู่ในภาวะเดิม คือการไม่ประกอบ
 กิจกรรมทางกาย และให้กำลังใจตนเองเสมอว่า เราทำได้สำเร็จตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ หากมีอุปสรรคใน
 การประกอบกิจกรรมทางกาย เช่น มีฝนตกทำให้ประกอบกิจกรรมทางกายกลางแจ้งไม่ได้ ให้ใช้การ
 ประกอบกิจกรรมทางกายในร่มแทน และหาวิธีการประกอบกิจกรรมทางกายอื่น ๆ เพิ่มเพื่อลดความ
 เบื่อหน่าย เช่น การเปิดเพลงร่วมด้วย ผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นกระทำอย่างต่อเนื่อง (maintenance) จะม
 ความเชื่ออำนาจในตน (self-efficacy) มากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในขั้นความพร้อมอื่น ๆ แต่การ
 คำนึงถึงประโยชน์หรืออุปสรรคไม่มีผลต่อการประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษา
 ที่ผ่านมา เอนเนสซี (Annessi, 1997) ศึกษาผลที่เกิดจากการออกกำลังกายสามารถทำให้ผู้ที่ออก
 กำลังกายสนใจในการออกกำลังกาย หรือยึดมั่นที่จะออกกำลังกายหรือไม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ที่ออก
 กำลังกายมากกว่า 14 สัปดาห์ขึ้นไป มีสมรรถภาพทางกายและจิตใจดีขึ้นภายหลังการออกกำลังกาย
 จะมีการจูงใจด้วยตนเองหรือการเตือนตนเองในการออกกำลังกาย นอกเหนือจากเทคนิคใน
 กระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ใช้เช่นเดียวกับขั้นลงมือปฏิบัติ (counter-conditioning,
 helping relationships, reinforcement management) ผู้ป่วยที่ประกอบกิจกรรมทางกายเป็น
 ประจำจะมีความตระหนักรู้ (consciousness raising) คอยประเมินตนเอง (self-reevaluation)
 และต้องการประกาศเจตนารมณ์ให้สังคมรับรู้ (social liberation) ว่าตนเองนั้นประกอบกิจกรรมทาง
 กายอย่างสม่ำเสมอ และคำนึงถึงประกอบกิจกรรมทางกายว่าเป็นเรื่องสำคัญซึ่งต่างจากกลุ่มที่ไม่
 ประกอบกิจกรรมทางกาย

ขั้นกลับไปมีปัญหาซ้ำ (Relapse)

ในขั้นนี้ผู้ป่วยจะมีภาวะอารมณ์จิตใจที่เปราะบาง ไม่สามารถจัดการกับปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ
 ได้ จนกลับไปมีพฤติกรรมเดิมบ้างหรือกลับไปมีปัญหาซ้ำอย่างเต็มตัว ซึ่งสอดคล้องกับ Berry et al.
 (2005) พบว่าอุปสรรคในประกอบกิจกรรมทางกายและมีผลต่อการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม
 คือสิ่งอำนวยความสะดวก เวลา อาการของโรค การรับรู้ หากผู้ป่วยมีการกลับไปมีพฤติกรรมเดิม
 คือการไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย ควรจะต้องดึงเขากลับเข้าสู่เส้นทางการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้เร็ว

ที่สุด และมีการให้กำลังใจ มองสิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา มีการสรุปบทเรียนเพื่อไม่ให้เกิดซ้ำอีก และมุ่งมั่นในการเปลี่ยนพฤติกรรมต่อไป

การรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต (**Internalized stigma**)

Muhammad Arsyad Subu, D. F. W., et al., (2021) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต คือ การทำให้บุคคลเสื่อมเสียชื่อเสียง ลดการมีคุณค่า และเกิดความละอายใจ เนื่องจากคุณลักษณะที่บุคคลนั้นมี ซึ่งการถูกตีตราจะนำไปสู่ประสบการณ์เชิงลบ เช่น การโดดเดี่ยว การปฏิเสธการถูกละเลย และการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการเข้าถึงการรักษาทางการแพทย์ที่เหมาะสมอีกด้วย

Shazana Shahwan., et al., (2022) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต คือ ปฏิกริยาของสังคมที่มีต่อผู้ป่วยทางจิตในทางอคติ ซึ่งอคติในส่วนใหญ่มองว่าพวกเขาเป็นบุคคลอันตราย อ่อนแอและไร้ความสามารถ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอับอาย ส่งผลให้พวกเขาขาดโอกาสทางสังคมหลาย ๆ อย่าง ถูกกีดกันจากการจ้างงาน รวมทั้งยังอาจถูกตัดสิทธิ์ทางด้านการศึกษาสาธารณสุขได้อีกด้วย

อมรรัตน์ ศรีภา (2561) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต คือ การรับรู้ของสังคมที่มีต่อคุณลักษณะที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยจิตเภท อันได้แก่ สีหน้า สายตา ท่าทาง คำพูด การสื่อสารที่เกิดขึ้นจากบุคคลภายนอกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท เกิดการสร้างตราประทับหรือสัญลักษณ์ที่ไม่ดีให้กับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตราประทับเป็นเหมือนตราหรือสัญลักษณ์ที่ไม่ดีติดตัวไปตลอดชีวิต

ปณิดา พุ่มพุท และ ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ (2564) ได้ให้ความหมายของการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต ว่าเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในการถูกกีดกัน ปฏิเสธ การตำหนิติเตียน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกอับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้ตนเกิดความรู้สึกไม่ดีและไม่มีคุณค่า ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกด้อยค่า รู้สึกไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม หากผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับตราบาปได้จะทำให้รู้สึกถูกทอดทิ้งจากสังคม และการเกิดตราบาปจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถบรรลุความต้องการขั้นพื้นฐานทั้งในด้านความรัก ความเป็นเจ้าของ การนับถือตนเอง ความปลอดภัย และอำนาจในแง่ของการเจ็บป่วย

การรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต ในงานวิจัยฉบับนี้ หมายถึง การที่ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณติตราของตนเอง ผิดปกติไปจากบุคคลทั่วไป ที่เป็นผลมาจากการป่วยทางจิต อันนำมาซึ่งการถูกมองในแง่ลบ เป็นบุคคลอันตราย ด้อยค่า ไม่มีคนอยากคบ ถูกลดบทบาททางสังคม และไม่มีสิทธิ์ต่อรองใด ๆ

ผู้ป่วยจิตเภทกับการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ พฤติกรรมและความคิดที่แตกต่างจากที่ควรจะเป็น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทใช้ว่าจะเผชิญกับโรคที่เป็นอยู่เท่านั้น แต่ยังคงเผชิญกับปฏิกิริยาจากสิ่งแวดล้อม ครอบครัว และสังคม ที่มองว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ไม่เป็นไปตามความคาดหวังของสังคม เป็นผู้ที่มึนลนิน ถูกแบ่งแยกจากคนปกติทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทจะถูกตีตราตั้งแต่วินาทีแรกที่ถูกวินิจฉัยว่าเป็นโรค และจะติดตัวไปตลอดชีวิต คล้ายมีแผลเป็นที่ใบหน้าที่มีอาจลบเลือนได้ ภาพพจน์ของผู้ป่วยจิตเภทที่มองว่าเป็นบุคคลอันตราย น่ารังเกียจ ทำให้สังคมเกิดปฏิกิริยาต่าง ๆ ต่อผู้ป่วย เช่น รังเกียจ สงสาร กลัว ไม่ไว้วางใจ เป็นต้น ทำให้ชุมชนมีทัศนคติทางลบต่อตัวผู้ป่วยเอง และยังพบว่าความคิดและทัศนคติของญาติที่มีต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเองนั้น ยังติดอยู่กับอดีตและภาพเดิม ๆ ของผู้ป่วยที่ผ่านมา สรุปและตัดสินผู้ป่วยว่าเป็นอาการที่ไม่หายขาดและคงอยู่แบบนั้นตลอดไป ทำให้ครอบครัวหรือญาติหวาดกลัวผู้ป่วย รู้สึกไม่ปลอดภัยที่ต้องอาศัยร่วมกับผู้ป่วย จนทำให้บางคนไม่กล้าที่จะเผชิญหน้าหรือแม้แต่จะพูดคุยกับผู้ป่วย รู้สึกไม่มีความปลอดภัยทั้งตัวของตนเองและครอบครัว และเป็นอีกหนึ่งสาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษานานอาการทุเลาแล้ว ญาติป่วยเบี่ยงที่จะรับผู้ป่วยกลับไปดูแล เช่นเดียวกับการศึกษาของ อมรรัตน์ ศรีภา (2560) พบว่าการถูกตีตราจากสังคมทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการเลือกปฏิบัติ จำกัดสิทธิ ถูกกีดกันทางสังคม ทำให้เป็นอีกสาเหตุของการได้รับการรักษาที่ไม่ดี ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและอาชีพ บางรายถึงขั้นไม่กล้าพบปะผู้คน ไม่กล้าขอความช่วยเหลือ ขัดขวางโอกาสในการพัฒนาบทบาททางสังคม และเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้มองคุณค่าในตนเองลดลง ไม่กล้าเข้าสังคม ไม่กล้าพบปะเพื่อการมีกิจกรรมต่าง ๆ จนนำไปสู่การแยกตัว และมองตนเองว่าไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ตามความตั้งใจที่สุด

การถูกตีตราจากสังคม ทำให้ผู้ป่วยมองคุณค่าในตนเองลดลง มองตนเองว่าไร้ความสามารถ ไม่สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดังความตั้งใจ ซึ่ง Marcus, Selby and Niaura and Rossi (1992) ได้ศึกษาความเชื่ออำนาจในตนของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่างกาย โดยพัฒนาแบบสอบถามวัดระยะการเปลี่ยนแปลงกับขั้นตอนการเริ่มพิจารณาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่างกาย ผลการศึกษาพบว่าบุคคลที่ยังไม่คิดเริ่มที่จะออกกำลังกาย มีความเชื่ออำนาจในตนในระดับต่ำ ซึ่งตรงกันข้ามกับผู้ที่ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอที่มีความเชื่ออำนาจในตนในระดับสูง เมื่อผู้ป่วยมีความเชื่ออำนาจในตนในระดับต่ำ จึงทำให้ความคิดที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมให้ออกกำลังกายนั้นเกิดขึ้นได้ค่อนข้างยาก

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อที่จะทำให้ได้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2567 ซึ่งมีรายละเอียดของขั้นตอนและวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

สถานที่ดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทยที่เข้ารับการติดตามผลการรักษา ณ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีจำนวนประชากรทั้งหมด 37,090 คน (กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2566) โดยแบ่งตามขนาดของโรงพยาบาลได้ดังนี้ คือ

1. โรงพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. โรงพยาบาลขนาดกลาง ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา
3. โรงพยาบาลขนาดเล็ก ได้แก่ โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย และโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

พูน ปรณ ทิโต ชีเว

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่
โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	จำนวนประชากรผู้ป่วย โรคจิตเภท (คน)
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี	10,774
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น	8,504
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม	5,641
โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมาราชนครินทร์ จังหวัดนครราชสีมา	7,535
โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์ จังหวัดเลย	4,636
รวม	37,090

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทอายุระหว่าง 18-59 ปี จำนวน 37,090 คน เข้ารับการติดตามผลการรักษา ณ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยต้องเป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร พูด อ่าน เขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้โปรแกรม G* Power ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 319 คน โดยผู้วิจัยได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างขึ้นอีกเป็น 20 เปอร์เซ็นต์เพื่อป้องกันกรณีความไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ของข้อมูล ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างโดยประมาณสำหรับการวิจัยครั้งนี้ คือ 380 คน

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่การศึกษาวิจัย (Inclusion criteria) มีดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่อายุระหว่าง 18-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. มีอาการทางจิตสงบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แล้วได้คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
3. มีความสามารถสื่อสาร พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้
4. ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาวิจัย (Exclusion criteria) มีดังนี้

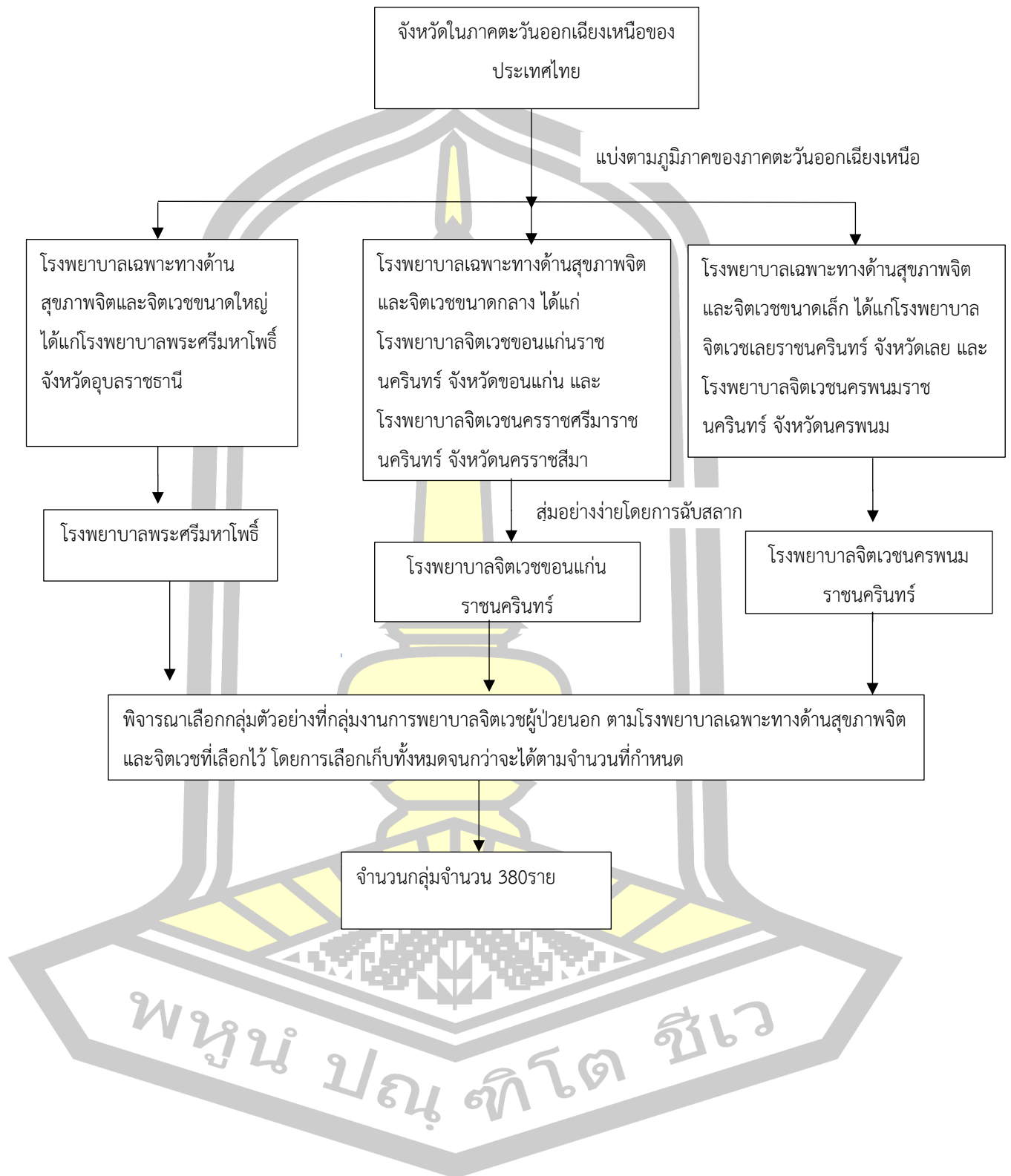
1. กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการทางจิตกำเริบ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) แล้วได้คะแนนมากกว่า 36 คะแนน
2. กลุ่มตัวอย่างที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรม (การให้ข้อมูล/ตอบแบบสอบถาม) ครบทุกขั้นตอน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างจากโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีทั้งหมด 5 แห่ง โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) ดังนี้

1. ดำเนินการเลือกโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่ที่อยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งมีเพียง 1 แห่ง คือ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี
2. ดำเนินการสุ่มเลือกโรงพยาบาลจิตเวชขนาดกลาง จำนวน 1 แห่ง จากโรงพยาบาลจิตเวชขนาดกลางทั้งหมด 2 แห่ง ได้โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น
3. ดำเนินการสุ่มเลือกโรงพยาบาลจิตเวชขนาดเล็ก จำนวน 1 แห่ง จากโรงพยาบาลจิตเวชขนาดเล็กทั้งหมด 2 แห่ง ได้ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม
4. คำนวณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยใช้ข้อมูลจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการการติดตามผลการรักษา ตามสัดส่วนขนาดของโรงพยาบาลได้เท่ากับ 380 ราย ตามรายละเอียดการคำนวณที่ระบุไว้ในตารางที่ 2 ซึ่งในการเลือกสถานที่เก็บข้อมูลมีรายละเอียด ดังภาพที่ 2





ภาพที่ 2 แสดงการสุ่มสถานที่ในการเก็บตัวอย่างข้อมูล

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษา ณ กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ของประเทศไทย ที่สุ่มเลือกได้

โรงพยาบาลจิตเวชในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย	จำนวนผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (คน)	จำนวนประชากรที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทต่อเดือน	กลุ่มตัวอย่าง (คน)
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	10,774	897	165
จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	8,504	708	130
โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์	5,641	470	85
รวม	24,919	2,075	380

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

- คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการติดตามผลการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี โดยศึกษาประวัติเวชระเบียน เพื่อพิจารณาคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ณ บริเวณจุดคัดกรองหน้าห้องตรวจโรคของโรงพยาบาล
- ขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างเพื่อประเมินอาการทางจิต โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เพื่อคัดกรองผู้ป่วยสำหรับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) จะต้องมีความ BPRS อยู่ในระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน
- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการทำวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งถ้ากลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัย จะให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัย
- หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยใช้เครื่องมือวิจัยกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกทุกรายในแต่ละวัน จนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดในแต่ละโรงพยาบาล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ฉบับ โดยแบ่งการนำเสนอเกี่ยวกับรายละเอียดของเครื่องมือวิจัยออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (Demographic data questionnaire) เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งประกอบไปด้วย อายุ อายุที่เริ่มป่วย อายุที่เข้ารับการรักษา ในโรงพยาบาลครั้งแรก เพศ การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค ศาสนา การศึกษา สถานภาพสมรส ลักษณะด้านที่อยู่อาศัย อาชีพ รายได้ ประวัติการบำบัดรักษา ผู้ดูแลหลัก และโรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจกรรมทางกาย

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลของตัวแปรต่าง ๆ ประกอบด้วยเครื่องมือวิจัย ดังนี้

1. แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Stage Algorithm: PA_SA) ใช้แบบวัดของ Reed, Velicer, Prochaska, Rossi and Marcus (1997) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul J. (2005) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินระดับขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul J. (2005) ลักษณะเป็นแบบสอบถามจำนวน 1 ข้อ ตอบโดยให้เลือกข้อความที่ตรงกับพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกายของตนเองมากที่สุดเพียงข้อเดียว ตัวเลือกสำหรับการตอบสนองถึงขั้นความพร้อมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการประกอบกิจกรรมทางกาย ได้แก่ ไม่เคยประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ และยังไม่คิดที่จะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกายใน 6 เดือนข้างหน้า (1) ไม่เคยประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ แต่คิดที่จะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกายใน 6 เดือนข้างหน้า (2) ไม่ได้ประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ แต่เคยประกอบกิจกรรมดังกล่าวเป็นครั้งคราวและวางแผนไว้ว่าจะเริ่มทำเป็นประจำใน 1 เดือนข้างหน้า (3) ใช่ ฉันได้ประกอบกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง แต่น้อยกว่า 6 เดือน และ (4) ใช่ ฉันได้ประกอบกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

2. แบบสอบถามดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Decisional Balance Questionnaire: PA_DBQ) ใช้แบบวัดของ Plotnikoff, Blanchard, Hotz and Rhodes (2001) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย

Boonchuaykuakul J. (2005) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินคุณภาพการตัดสินใจเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งมีการแปลเครื่องมือเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul J. (2005) ลักษณะเป็นแบบสอบถามเชิงประมาณค่า 5 ระดับ (rating scale) 10 ข้อ โดยแบ่งเป็นด้านการเห็นข้อดี (pros) 5 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4 และ 5 และด้านการเห็นข้อเสีย (cons) 5 ข้อ คือ ข้อ 6, 7, 8, 9 และ 10

3. แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย

(Physical Activity Processes of Change Questionnaire: PA_PCQ) ใช้แบบวัดของ Nigg and Riebe (2002) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul J. (2005) เป็นเครื่องมือวัดกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกาย โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประเมินค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่ามี 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว คือ เป็นประจำ บ่อย บางครั้ง น้อยมาก ไม่เคยเลย รวมจำนวนทั้งหมด 30 ข้อ โดยแบ่งออกเป็นด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ (Cognitive/ experiential processes) 15 ข้อ คือ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 15, 21, 22, 23, 24 และ 25 และด้านกระบวนการทางพฤติกรรม (Behavioral processes) อีก 15 ข้อ คือ ข้อ 6, 7, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 19, 20, 26, 27, 28, 29 และ 30

4. แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย

(Physical Activity Self-Efficacy Questionnaire: PA_SEQ) ใช้แบบวัดของ Marcus and Forsyth (2003) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย Boonchuaykuakul J. (2005) เป็นเครื่องมือวัดการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) ประกอบด้วยประโยคบอกเล่ามี 5 ตัวเลือก ให้ผู้ตอบเลือกเพียงคำตอบเดียว คือ เชื่อมั่นอย่างมาก เชื่อมั่น ไม่แน่ใจ ไม่เชื่อมั่น ไม่เชื่อมั่นอย่างมาก มีจำนวนทั้งหมด 18 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 6 ด้าน ๆ ละ 3 ข้อ คือ (1) ด้านผลกระทบเชิงลบ (negative affect) ได้แก่ ข้อ 1, 2 และ 3 (2) ด้านการสร้างเงื่อนไข (excuse making) ได้แก่ ข้อ 4, 5 และ 6 (3) ด้านการออกกำลังกายคนเดียว (must exercise alone) ได้แก่ ข้อ 7, 8 และ 9 (4) ด้านความไม่สะดวกในการออกกำลังกาย (inconvenient to exercise) ได้แก่ ข้อ 10, 11 และ 12 (5) ด้านการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ (resistance from others) ได้แก่ ข้อ 13, 14 และ 15 และ (6) ด้านสภาพอากาศที่เลวร้าย (bad weather) ได้แก่ ข้อ 16, 17 และ 18

5. แบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต (Internalized Stigma of Mental Illness Scale: mISMI) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทย ชูชาติ วงศ์อนุชิต (2017) ลักษณะเป็นแบบสอบถามเชิงประมาณค่าแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ระดับ จำนวน 29 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 5 ด้าน คือ ด้านความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม (alienation) 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 5, 8, 16, 17, 21 ด้านการเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ (stereotype endorsement) 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 2, 6, 10, 18, 19, 23, 29 ด้านประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ (discrimination experience) 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 3, 15, 22, 25, 28 ด้านการแยกตนเองออกจากสังคม (social withdrawal) 6 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 9, 11, 12, 13, 20 และด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณติตรา (stigma resistance) 5 ข้อ โดยต้องกลับน้ำหน้าคะแนนก่อนคำนวณคะแนนรวมทั้งหมด ได้แก่ ข้อ 7, 14, 24, 26, 27 สำหรับแบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต มีเกณฑ์การแปลผลการรับรู้ว่าคุณติตราเป็น 2 แบบโดยการแบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 4 ระดับ (Lysaker. et al., 2007) คือ ระดับน้อยที่สุดถึงไม่มีเลย (1.00 - 2.00) ระดับน้อย (2.01 - 2.50) ระดับปานกลาง (2.51 - 3.00) และระดับมากที่สุด (3.01 - 4.00) และแบ่งเป็น 2 ระดับ (Ritsher & Phelan, 2004) คือ ระดับต่ำ (1.00 - 2.50) และ ระดับสูง (2.51 - 4.00)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. เสนอโครงการวิจัยผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม พิจารณาเพื่อขอรับการรับรองการวิจัยในมนุษย์
2. นำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน จำนวน 30 ราย และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นด้วยวิธีคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) สำหรับแบบวัดแบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย และหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับแบบวัดแบบสอบถามคุณภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และแบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต โดยสรุปผลการวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ (n=30)

แบบสอบถาม	ค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha Coefficient)
แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย (Physical Activity Stage Algorithm: PASA)	1.0*
แบบสอบถามดุลยภาพการตัดสินใจในการประกอบกิจกรรมทางกาย (The Physical Activity Decisional Balance Questionnaire: PADBQ)	.84
แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการประกอบกิจกรรมทางกาย (The Physical Activity Processes of Change Questionnaire: PAPCQ)	.97
แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย (The Physical Activity Self Efficacy Questionnaire: PASEQ)	.96
แบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการมีภาวะเจ็บป่วยทางจิต (ภาษาไทย: ฉบับปรับปรุง) (Internalized Stigma of Mental Illness Scale(Modified Thai Version: mISMI))	.91
* ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient)	

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (ต่ออายุการรับรองครั้งที่ 2 เลขที่ 255/2565 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (DMH.IRB No.026/ 2566) ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 โดยผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น รวมทั้งแนวทางการป้องกันและแก้ไข หากเกิดอันตรายกับกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิ์ การรักษาความลับ ความสมัครใจในการเข้าร่วมในการวิจัยโดยไม่มีการบังคับและสามารถถอนตัวได้โดยไม่มีผลต่อการรักษา ซึ่งผู้วิจัยมีการนำเสนอผลวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ถ้าหากว่ากลุ่มตัวอย่างรู้สึกกังวลใจในการเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการกำเริบทางจิตเวชเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินวิจัยและให้ความช่วยเหลือตามมาตรฐานของโรงพยาบาล หลังจากกลุ่มตัวอย่างรับทราบแล้วได้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลตามขั้นตอนในการวิจัย ดังนี้

1. ขอรับการประเมินจริยธรรมจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม (ต่ออายุการรับรองครั้งที่ 2 เลขที่ 255/2565 ลงวันที่ 18 กรกฎาคม 2567) และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (DMH.IRB No.026/ 2566) ลงวันที่ 20 ธันวาคม 2566 คณะกรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี คณะกรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ จังหวัดขอนแก่น และคณะกรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์ จังหวัดนครพนม

2. เมื่อได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของมหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งแล้ว ผู้วิจัยได้นำหนังสือแนะนำตัวจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง พร้อมแจ้งกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำงานวิจัย

3. เมื่อได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการ และหัวหน้ากลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ผู้วิจัยจะเข้าพบหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอกประจำโรงพยาบาล เพื่อแนะนำตนเอง และชี้แจงวัตถุประสงค์ขอความร่วมมือในการทำงานวิจัย รวมทั้งอธิบายถึงการยินยอมและสิทธิ์ของผู้เข้าร่วมวิจัย และผู้แทนโดยชอบธรรม รวมทั้งเลือกเวลา และสถานที่ที่มีความเหมาะสมในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่ประจำกลุ่มงาน รวมทั้งอธิบายขั้นตอนการรวบรวมข้อมูลแก่พยาบาล และเจ้าหน้าที่ในการวิจัยครั้งนี้

4. ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง และแนะนำตัวกับผู้ป่วยและญาติ (ถ้ามี) ณ แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัย โดยดำเนินการประเมินเพื่อคัดกรองอาการทางจิตของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมิน BPRS กำหนดคะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน เพื่อคัดเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่างของการวิจัย สำหรับกลุ่มที่มีคะแนนมากกว่า 36 คะแนนขึ้นไป ผู้วิจัยจะประสานทีมผู้ดูแลหน้าห้องตรวจโรคเพื่อการดูแลที่เหมาะสม ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าเกณฑ์ ผู้วิจัยจะเชิญไป ณ บริเวณที่มีความเป็นส่วนตัว ซึ่งจัดไว้สำหรับการซักประวัติ และรวบรวมข้อมูลของผู้รับบริการ ทั้งนี้ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยการลงรายชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยจะดำเนินการแจ้งวัตถุประสงค์พร้อมชี้แจงรายละเอียดให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่าไม่มีสิทธิ

ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้อย่างไร โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ นอกจากนี้ในระหว่างการเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยไม่พอใจ หรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

5. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 30-45 นาที หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นด้านจิตใจ หรือมีอาการทางจิตที่ประเมินได้จากแบบประเมิน BPRS มีคะแนนมากกว่า 36 คะแนน ผู้วิจัยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุดการตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้น และให้การพยาบาลเบื้องต้น พร้อมส่งต่อข้อมูลแก่ทีมผู้ดูแลหน้าห้องตรวจโรคดูแลต่อไป หากกลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ให้ตอบแบบสอบถามต่อ หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

6. ผู้วิจัยในได้นำสอบถามที่สมบูรณ์แล้วมาลงข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลตามสถิติ

7. ผู้วิจัยจะทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถามของกลุ่มตัวอย่างไว้อย่างมิดชิดในระบบคอมพิวเตอร์ที่มีรหัสผู้ใช้งานเฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น จะเก็บและทำลายแบบสอบถามตามระยะเวลาที่บัณฑิตวิทยาลัยกำหนด

การวิเคราะห์ข้อมูลและการดำเนินการทางสถิติ

ผู้ทำการวิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ มีดังนี้

1. ทำการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป โดยใช้ค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: S.D.)
2. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยระดับขึ้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ด้วยการคำนวณโดยใช้ Pearson correlation
3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนเองของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณกิตติของการป่วยทางจิต ด้วยการคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

พหุบัณฑิตวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อที่จะทำให้ได้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลในผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 380 คน ระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน ถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2567 ซึ่งมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอในรูปแบบตารางประกอบคำบรรยาย โดยแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งประกอบไปด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพก่อนป่วย อาชีพหลังป่วย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาการเกิดโรค จำนวนครั้งในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวนครั้งในการรักษาแบบผู้ป่วยใน และโรคประจำตัวทางกาย

ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับ ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดุลยภาพ การตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ประกอบไปด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส อาชีพก่อนป่วย อาชีพหลังป่วย รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ผู้ดูแลหลัก ระยะเวลาการเกิดโรค จำนวนครั้งในการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวนครั้งในการรักษาแบบผู้ป่วยใน และโรคประจำตัวทางกาย ผลการวิเคราะห์ของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 380 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ชาย (ร้อยละ 63.70) มีอายุเฉลี่ย 40.63 ปี สถานภาพโสด (ร้อยละ 62.91) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.40) มีระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายหรือ ปวส. (ร้อยละ 33.93) อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว

(ร้อยละ 46.32) โดยอาชีพการทำงานก่อนที่จะเจ็บป่วยทางจิตประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 30.53) และหลังจากมีการเจ็บป่วยทางจิตจะประกอบอาชีพทำนา (ร้อยละ 31.13) ส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ หรือมีรายได้ที่ไม่แน่นอน (ร้อยละ 33.23) กลุ่มตัวอย่างนี้มีการรักษาแบบทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ซึ่งจำนวนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD Case) เฉลี่ยอยู่ที่ 40 ครั้ง และจำนวนการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD Case) เฉลี่ยอยู่ที่ 1 ครั้ง ปฏิเสธการมีโรคทางกาย (ร้อยละ 91.81) โดยพบโรคประจำตัว คือ ไ้ไขมันในเลือดสูงและมีผู้ดูแลหลักคือบิดามารดา (ร้อยละ 56.62) ข้อมูลรายละเอียดอื่น ๆ โดยมีรายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนร้อยละ ของข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n=380)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	242	63.70
หญิง	138	36.30
ศาสนา		
พุทธ	370	97.40
คริสต์	10	2.60
การศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	0.81
ประถมศึกษา	75	19.72
มัธยมศึกษาตอนต้น	116	30.52
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	129	33.93
ปวส. หรือ อนุปริญญา	27	7.11
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	30	7.92
สถานภาพสมรส		
โสด	239	62.91
คู่ (สมรส และ/หรือ อาศัยอยู่ด้วยกัน)	89	23.42
หม้าย / หย่าร้าง / แยกทาง	44	11.61
ลักษณะที่อยู่อาศัย		
เช่าห้องพักหรืออาศัยอยู่ในบ้านของตนเองตามลำพัง	37	9.72
อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว	176	46.32
อาศัยอยู่ในบ้านเป็นแบบครอบครัวขยาย	167	43.91
อาชีพการทำงานก่อนการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (ก่อนป่วย)		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้างทั่วไป	116	30.53
เกษตรกรกรรม	106	27.94
ว่างงาน	93	24.52
ค้าขาย	44	11.62
พนักงานบริษัท	9	2.44
นักเรียน / นักศึกษา	4	1.11
ผู้รักษาความปลอดภัย	3	0.83
เสมียน	2	0.52
นักบวช	2	0.52
อาชีพการทำงานหลังการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท (หลังป่วย)		
ว่างงาน	114	30.01
เกษตรกรกรรม	118	31.13
รับจ้างทั่วไป	73	19.23
ค้าขาย	56	14.72
พนักงานบริษัท	9	2.41
เสมียน	2	0.54
นักเรียน / นักศึกษา	2	0.54
นักบวช	2	0.54
ผู้รักษาความปลอดภัย	1	0.32
ผู้ดูแลหลัก		
พ่อแม่	215	56.62
คู่สมรส	75	19.73
พี่น้อง	39	10.32
บุตร	23	6.11
ญาติ	28	7.42
โรคประจำตัว		
มี	31	8.23
ไม่มี	349	91.81
อายุ (ปี)		
M = 40.63 ปี; SD = 9.94; Min = 18; Max = 59		

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภท (เดือน)		
M = 147.8 เดือน (12.52 ปี); SD = 108.51; Min = 3; Max = 480		
รายได้ (บาท)		
M = 323.41; SD = 6,304.48; Min = 0; Max = 40,000		
การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (ครั้ง)		
M = 34.55; SD = .30; Min = 0; Max = 50		
การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก (ครั้ง)		
M = 43.19; SD = 40.81; Min = 1; Max = 300		

ตอนที่ 2 ข้อมูลเชิงพรรณนาเกี่ยวกับ ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต

เมื่อพิจารณาระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในขั้นไม่เคยประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า มีจำนวน 98 คน (ร้อยละ 28.13) ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย พบว่ากลุ่มตัวอย่างใช้ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกายด้านดี (Pros) ในการตัดสินใจ มากกว่าใช้ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกายด้านเสีย (Cons) ในการตัดสินใจ กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกายนั้นกลุ่มตัวอย่างจะใช้ความรู้สึกนึกคิดประสบการณ์ ในการเปลี่ยนแปลงการประกอบกิจกรรมทางกายมากกว่าการใช้กระบวนการทางพฤติกรรม ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย กลุ่มตัวอย่างมีความเชื่ออำนาจในตนว่าสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้โดยการประกอบกิจกรรมทางกายคนเดียวมีผลต่อการประกอบกิจกรรมทางกายมากที่สุด และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทนั้น จากกลุ่มตัวอย่างพบว่า ความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณติตรา (Stigma Resistance) นั้นมีค่าคะแนนสูงสุดในการประกอบกิจกรรมทางกาย ดังในรายละเอียดตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย (M) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของตัวแปรที่ศึกษา (n = 380)

ตัวแปรที่ศึกษา	M	SD
ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย	2.59	1.34
ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ และยังไม่คิดที่จะออกกำลังกาย ภายใน 6 เดือนข้างหน้า	n = 88; percentage = 25.22	
ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะออกกำลังกาย ภายใน 6 เดือนข้างหน้า	n = 98; percentage = 28.13	
ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำ แต่เคยทำบ้างเป็นครั้งคราว และ ตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายเป็นประจำภายใน 1 เดือนข้างหน้า	n = 70; percentage = 20.11	
ใช่ ฉันออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง แต่น้อยกว่า 6 เดือน	n = 49; percentage = 14.03	
ใช่ ฉันออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป	n = 44; percentage = 12.62	
คุณภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย	30.09	4.00
ด้านการเห็นข้อดี	22.01	3.54
ด้านการเห็นข้อเสีย	8.08	3.40
กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย	97.50	19.93
ด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์	51.81	10.64
ด้านกระบวนการทางพฤติกรรม	45.70	11.52
ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย	60.39	22.01
ด้านผลกระทบเชิงลบ	9.95	4.77
ด้านการสร้างเงื่อนไข	9.30	4.54
ด้านการมีกิจกรรมทางกายคนเดียว	11.44	3.77
ด้านความไม่สะดวกในการมีกิจกรรมทางกาย	9.40	2.98
ด้านการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ	10.96	4.31
ด้านสภาพอากาศที่เลวร้าย	9.34	4.50
การรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต (29 ข้อ): ระดับต่ำ	1.66	.42
การรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต (24 ข้อ): ระดับต่ำ	1.43	.49
ด้านความรู้สึกแปลกแยกจากสังคม	1.47	.58
ด้านการเห็นด้วยกับความเชื่อแบบมีอคติ	1.42	.47
ด้านประสบการณ์ในการถูกเลือกปฏิบัติ	1.41	.53
ด้านการแยกตนเองออกจากสังคม	1.38	.54
ด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณติตรา (ไม่ได้กลับคะแนน)	2.03	.60

ตอนที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต

หลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบความถูกต้องของชุดรวบรวมข้อมูล รวมไปถึงการกระจายตัวของข้อมูลให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นในการเลือกใช้สถิติ โดยตรวจสอบการแจกแจงแบบ โค้งปกติด้วยสถิติ Kolmogorov – Smirnov Test ผลพบว่า ชุดข้อมูล Significant ในทุกตัวแปรข้อมูลมีการกระจายตัวแบบไม่ปกติ (Non normal distribution) หลังจากนั้นผู้วิจัยนำชุดข้อมูลทั้ง 380 คน เข้าทดสอบการกระจายตัวของข้อมูลอีกครั้งด้วยสถิติ Fisher skewness coefficient และ Fisher kurtosis coefficient ผลพบว่าค่า Skewness ทุกตัวแปรน้อยกว่า 2 และค่า Kurtosis น้อยกว่า 4 (Mishra P et al., 2019) แสดงว่าข้อมูลแจกแจงเป็นเส้นโค้งปกติ ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า ชุดข้อมูลมีการกระจายตัวปกติ (Normal distribution) แล้ว ผู้วิจัยจึงดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผล โดยใช้สถิติในกลุ่มพาราเมตริก (Parametric Statistics) คือ สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

การตรวจสอบการแจกแจงแบบโค้งปกติของตัวแปรที่ศึกษา

ผู้วิจัยได้ประเมินและตรวจสอบข้อมูลตามเกณฑ์ข้อตกลงเบื้องต้นในการใช้สถิติอ้างอิง โดยการตรวจสอบการกระจายแบบโค้งปกติด้วยวิธีการทางสถิติและเกณฑ์ต่าง ๆ เช่น Kolmogorov-Smirnov (KS) test รวมถึงการพิจารณาค่า Skewness และ Kurtosis ร่วมด้วย อย่างไรก็ตาม ตัวแปรบางตัวยังมีการกระจายตัวที่ไม่เข้าใกล้โค้งปกติ ทั้งนี้เนื่องจากชุดข้อมูลที่มีขนาดใหญ่จะทำให้การใช้สถิติ KS test มีโอกาสได้ผลว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้ง่ายขึ้น ซึ่งสะท้อนว่ามีโอกาสการกระจายแบบโค้งปกติน้อยลงอันเนื่องมาจากการปฏิเสธสมมติฐาน H_0 ที่เป็นจริง (type I error) ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้พิจารณาแบบผ่อนปรนมากขึ้นตามหลักการปฏิบัติทั่วไปที่ได้รับการยอมรับโดยนักสถิติ (rule of thumb) คือ ถ้าชุดข้อมูลใดที่มีขนาดของกลุ่มตัวอย่างมากกว่า 200 แล้ว ถึงแม้ว่าการกระจายตัวของชุดข้อมูลจะไม่ใช่แบบโค้งปกติ ก็ไม่ถือว่าเป็นประเด็นข้อห้ามที่สำคัญในการเลือกใช้สถิติแบบอิงพาราเมตริกสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล (Hair, et al, 2019)

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's correlation coefficient) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับชั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกาย กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบ

กิจกรรมทางกาย ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิเคราะห์ พบว่า ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกายด้านการเห็นข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกาย ($r = -.13^{**}$, $P = .01$) และกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกาย ($r = .20^{**}$, $P = .00$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับชั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในขณะที่ดุลยภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกายด้านการเห็นข้อเสียของการประกอบกิจกรรมทางกาย ($r = .05$, $P = .33$) ความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกาย ($r = .08$, $P = 1.4$) และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ($r = .08$, $P = 1.3$) ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับชั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ดังแสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 แสดงค่า r และ P-values ของสถิติ Pearson's correlation coefficient (n=349)

ตัวแปรที่ศึกษา	M (SD)	Pearson's correlation coefficient: r (p-value)							
		1	2	3	4	5	6	7	8
1. คุณภาพการตัดสินใจ ของการประกอบ กิจกรรมทางกาย: ด้าน การเห็นข้อดี	4.40 (.70)	1							
2. คุณภาพการตัดสินใจ ของการประกอบ กิจกรรมทางกาย: ด้าน การเห็นข้อเสีย	4.38 (.67)	.34** (0.00)	1						
3. กระบวนการ เปลี่ยนแปลงของการ ประกอบกิจกรรมทาง กาย	3.25 (.66)	.44 (0.00)	-.32 (0.00)	1					
4. กระบวนการ เปลี่ยนแปลงของการ ประกอบกิจกรรมทาง กาย: ด้านกระบวนการ ใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือ ประสบการณ์	3.45 (.70)	.60** (0.00)	.52** (0.00)	.89** (0.00)	1				
5. กระบวนการ เปลี่ยนแปลงของการ ประกอบกิจกรรมทาง กาย: ด้านกระบวนการ ทางพฤติกรรม	3.04 (.76)	.34** (0.00)	.28** (0.00)	.91** (0.00)	.62** (0.00)	1			
6. ความเชื่ออำนาจในตน ของการประกอบ กิจกรรมทางกาย	3.35 (1.22)	.59** (0.00)	.41** (0.00)	.35** (0.00)	.49** (0.00)	.16** (0.00)	1		
7. การรับรู้ว่าคุณดีตรา ของการป่วยทางจิต	1.69 (.42)	-.30** (0.00)	-.36** (0.00)	-.19** (0.00)	-.30** (0.00)	-.05 (.38)	-.19** (0.00)	1	
8. ระดับขั้นของการ ประกอบกิจกรรมทาง กาย	2.59 (1.32)	.13* (.01)	.05 (.33)	.20** (0.00)	.06 (.27)	.30** (0.00)	.08 (.14)	.08 (.13)	1

* p < .05; ** p < .01

บทที่ 5

สรุปผล อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational research design) ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย โดยใช้กรอบความคิดตามทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์เป็นแนวทางในการศึกษา เพื่อที่จะให้ได้เข้าใจถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท ที่เข้ารับการติดตามผลการรักษาที่กลุ่มงานการพยาบาลจิตเวชผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ไว้ที่ระดับ .05 ซึ่งได้สรุป อภิปรายผล และให้ข้อเสนอแนะ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาจำนวนทั้งหมด 380 คน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย (ร้อยละ 63.70) มีอายุเฉลี่ย 40.63 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพโสด (ร้อยละ 62.91) นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 97.40) ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวส. (ร้อยละ 33.93) อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว (ร้อยละ 46.32) ส่วนใหญ่แล้วช่วงเวลาก่อนที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทจะประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 30.53) ในขณะที่หลังจากมีการป่วยจะประกอบอาชีพทำนา (ร้อยละ 31.13) จำนวนครั้งของการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยแล้วอยู่ที่ 50 ครั้ง ในขณะที่ให้ประวัติการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 1 ครั้ง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ปฏิเสธการมีโรคร่วมทางกาย (ร้อยละ 91.81) ในขณะที่กลุ่มซึ่งให้ประวัติว่ามีโรคประจำตัว พบว่า มีภาวะไขมันในเลือดสูงเป็นส่วนใหญ่ ส่วนข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแลหลัก พบว่า โดยส่วนใหญ่แล้ว คือ บิดามารดา (ร้อยละ 56.62)

ตัวแปรต่าง ๆ ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ในส่วนของระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.59 (SD = 1.34) โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับขั้นไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า คิดเป็นร้อยละ 28.13 ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพการตัดสินใจของการประกอบกิจกรรมทางกายเฉลี่ยเท่ากับ 30.09 (SD = 4.00) โดยพบว่ามีด้านการเห็นข้อดี (M = 22.01; SD = 3.54) มากกว่าด้านการเห็นข้อเสีย (M = 8.08; SD = 3.40) สำหรับกระบวนการเปลี่ยนแปลงของการประกอบกิจกรรมทางกายมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 97.50 (SD = 19.93) โดยมีคะแนนสำหรับด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิด

หรือประสบการณ์ ($M = 51.81$; $SD = 10.64$) มากกว่าด้านกระบวนการทางพฤติกรรม ($M = 45.70$; $SD = 11.52$) ในส่วนของความเชื่ออำนาจในตนของการประกอบกิจกรรมทางกายนั้นมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.39 ($SD = 22.01$) โดยมีคะแนนความเชื่ออำนาจในตนด้านการมีกิจกรรมทางกายคนเดียวสูงสุด ($M = 11.44$; $SD = 3.77$) รองลงมา คือ ด้านการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ ($M = 10.69$; $SD = 4.31$) และเมื่อพิจารณาเกี่ยวกับการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยน้อยกว่า 2 จากคะแนนเต็ม 4 คะแนน ซึ่งแปลผลได้ว่าการรับรู้ว่าคุณติตราอยู่ในระดับต่ำหรือน้อยที่สุด อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ป่วยจิตเภทให้คะแนนด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณติตรา (ไม่ได้กลับคะแนน - ซึ่งการแปลผลจะสะท้อนถึงความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) ในระดับสูงสุด ($M = 3.00$; $SD = 2.84$)

ผลการวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาโดยใช้สถิติเชิงอ้างอิง

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ ที่ศึกษา พบว่า ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อดี ($r = .13$; $p < .01$) และกระบวนการเปลี่ยนแปลง ($r = .20$; $p < .01$) โดยเฉพาะอย่างยิ่งด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรม ($r = .30$; $p < .01$) ในทางตรงกันข้าม ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายไม่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อเสีย ($r = .05$; $p = .33$) กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ ($r = .06$; $p = .27$) ความเชื่ออำนาจในตน ($r = .08$; $p = .14$) และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต ($r = .08$; $p = .13$) อย่างไรก็ตาม ทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรต่าง ๆ ตามแนวคิดทฤษฎี TTM เหล่านี้ก็เป็นที่ไปในทางบวก

อภิปรายผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชายวัยผู้ใหญ่ สถานภาพโสด ระดับการศึกษาอยู่ในชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวส. โดยมีผู้ดูแลหลัก คือ บิดามารดา อาชีพการทำงานก่อนป่วยทางจิตคือ รับจ้างทั่วไป อย่างไรก็ตาม หลังจากป่วยทางจิตแล้วจะเปลี่ยนมาทำอาชีพเกษตรกรรมในครอบครัวของตนเอง และโรคร่วมทางกายที่พบมากคือ ภาวะไขมันในเลือดสูง ผลการวิจัยที่ได้มีความสอดคล้องกับการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาในประเทศไทย (Rojanaworarit, Songsiripradubboon, Worahan, Kerdpon, & Photisan, 2025; Teetharatkul, Vitayanont, Liabsuetrakul, & Aunjitsakul, 2021) ซึ่งข้อมูลเหล่านี้สามารถสะท้อนให้เห็นถึงคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Bhatarasakoon, 2025)

ตอนที่ 2 ตัวแปรที่ศึกษาในการวิจัย

ระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับขั้นไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า สะท้อนให้เห็นว่าผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตมีการประกอบกิจกรรมทางกายน้อยกว่าประชากรทั่วไป (Kandola & Osborn, 2022) ประกอบกับจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตซึ่งมีผลข้างเคียงทำให้เกิดภาวะ metabolic syndrome (Rojanaworarit et al., 2025) ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีโอกาสเสียชีวิตก่อนวัยอันควรมากกว่า 2 ถึง 3 เท่า เมื่อเปรียบเทียบกับประชากรทั่วไป (World Health Organization, 2022) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้มีการระบุคุณภาพการตัดสินใจของตนเองโดยการพิจารณาให้มีความสำคัญกับการเห็นข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายมากกว่าข้อเสีย ซึ่งนับว่าน่าจะเป็นผลดีในการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายหรือแม้แต่การออกกำลังกายด้วยโปรแกรมต่าง ๆ (อิติมา ฌรงค์ศักดิ์ และคณะ, 2565; Kandola & Osborn, 2022) ในด้านกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของการประกอบกิจกรรมทางกาย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทใช้กระบวนการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์มากกว่ากระบวนการทางพฤติกรรม ซึ่งผลการวิจัยนี้สามารถยืนยันได้จากการที่ผู้ป่วยระบุว่าตนเองมีระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายอยู่ในระดับขั้นไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ แต่ตั้งใจว่าจะเริ่มออกกำลังกายภายใน 6 เดือนข้างหน้า เมื่อพิจารณาถึงความเชื่ออำนาจในตน ผู้ป่วยจิตเภทเชื่อมั่นมากที่สุดว่าตนเองสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้คนเดียวและในลำดับรองลงมาคือไม่ว่าจะมีการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ ก็ตาม ในประเด็นนี้สะท้อนถึงลักษณะทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทที่มักจะมีพฤติกรรมแยกตัวออกจากสังคมและมีข้อจำกัดด้านสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น (Zeng et al., 2025) เมื่อพิจารณาถึงการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิตที่ได้จากผลการวิจัยนี้ ซึ่งพบว่ามีคะแนนการรับรู้ว่าคุณติตราอยู่ในระดับต่ำหรือน้อยที่สุดในทางตรงกันข้ามโดยเป็นที่น่าสังเกตว่าผู้ป่วยจิตเภทให้คะแนนสูงในด้านความต้านทานต่อการรับรู้ว่าคุณติตรา (สะท้อนถึงความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง) อาจอธิบายได้จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะแสดงพฤติกรรมออกมาในลักษณะการแยกตัวจากสังคม (Zeng et al., 2025) โดยมุ่งเน้นกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ใช้ความรู้สึกรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ที่เชื่ออำนาจในตนเองว่าสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้คนเดียวแม้ว่าจะมีการขัดขวางจากเรื่องอื่น ๆ ซึ่งประเด็นดังกล่าวอาจจะมีส่วนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับบุคคลอื่นน้อยลง ทำให้มีโอกาสการรับรู้ปฏิริยาแบบมือคดจากที่สังคม (public stigma) ได้น้อยลงเช่นเดียวกัน สิ่งเหล่านี้อาจส่งผลถึงคะแนนการรับรู้ว่าตนเองถูกตีตราอยู่ในระดับต่ำได้

ปัจจัยที่นำมาศึกษาเพื่อหาความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย

ผลการวิจัยที่พบว่าคุณภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อดีและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยเฉพาะด้านกระบวนการทางพฤติกรรม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับระดับขั้นของการ

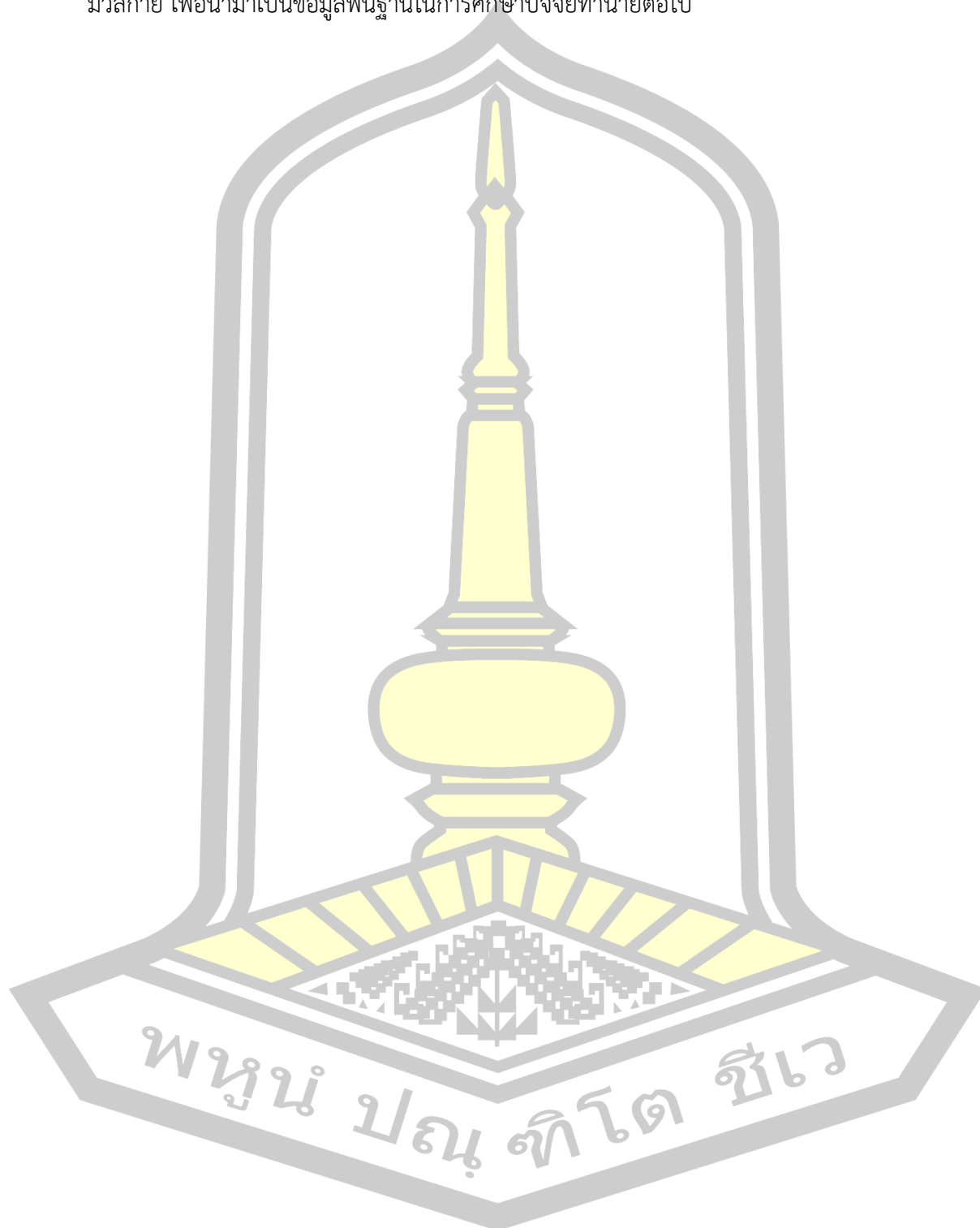
ประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งสอดคล้องและเป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี TTM (Khalan, Kaveh, Karimi, Zare, & Asadollahi, 2025) ที่กล่าวไว้ว่า บุคคลจะพัฒนาระดับขั้นของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากระดับขั้นหนึ่งไปสู่อีกขั้นหนึ่งที่สูงขึ้นโดยผ่านกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยอาจอธิบายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทพิจารณาตัดสินใจและเห็นถึงข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายแล้ว ผู้ป่วยก็จะเริ่มปรับเปลี่ยนตนเองผ่านทางกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งอาจส่งผลถึงการพัฒนาระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายในระดับที่สูงขึ้นได้ โดยสามารถยืนยันจากการมีความสัมพันธ์ในทางบวก

อย่างไรก็ตาม ในการวิจัยครั้งนี้ พบว่า มีผลการวิเคราะห์ข้อมูลในบางตัวแปรที่ไม่เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี TTM (Khalan et al., 2025) คือ คุณภาพการตัดสินใจด้านการเห็นข้อเสียกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านกระบวนการใช้ความรู้สึกนึกคิดหรือประสบการณ์ ความเชื่ออำนาจในตน และการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต โดยพบว่าตัวแปรดังกล่าวไม่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ในประเด็นนี้ อาจเนื่องมาจากลักษณะเฉพาะของผู้ที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท (Crespo-Facorro et al., 2021; McCutcheon, Keefe, & McGuire, 2023) ถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นไม่ได้เป็นไปตามสมมุติฐานที่คาดไว้ กล่าวคือ มีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ ทั้งนี้อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษามีระยะเวลาการป่วยด้วยโรคจิตเภทค่อนข้างนาน โดยมีระยะเวลาเฉลี่ย 12.52 ปี (147.81 เดือน) ซึ่งผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นระยะเวลานานจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยทั้งในด้านของการรู้คิด บุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่าง ๆ (Crespo-Facorro et al., 2021; McCutcheon, Keefe, & McGuire, 2023) ซึ่งความเสื่อมถอยดังกล่าวอาจส่งผลถึงความเชื่ออำนาจในตนและการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต ประเด็นการค้นพบที่ได้จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ที่ไม่เป็นไปตามแนวคิดทฤษฎี TTM ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นอาจจำเป็นต้องมีการทำวิจัยซ้ำอีกครั้งเพื่อเป็นการยืนยันข้อค้นพบนี้สำหรับนำไปใช้ในการศึกษาวิจัยต่อยอด และส่งเสริมการประกอบกิจกรรมทางกายสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในอนาคต

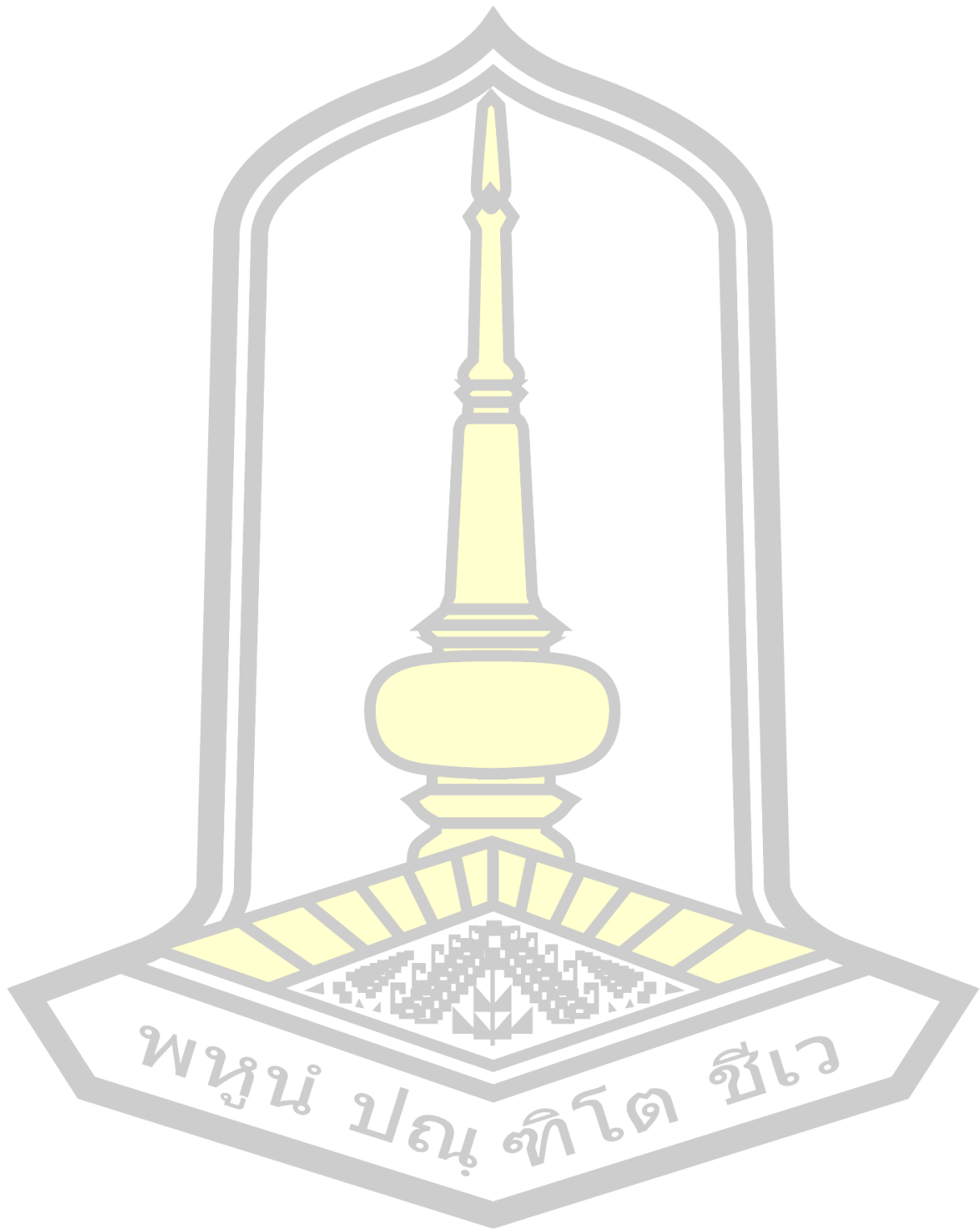
สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยในครั้งนี้บ่งบอกถึงทิศทางความสัมพันธ์ของตัวแปรกับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย ซึ่งสะท้อนถึงแนวคิดทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของมนุษย์ (TTM) การส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยเน้นย้ำถึงข้อดีของการประกอบกิจกรรมทางกายในผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจเป็นประโยชน์มากกว่าการมุ่งเน้นไปที่การมองข้อเสียหรือการโน้มน้าวใจด้วยกระบวนการคิดที่ซับซ้อน ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาวิจัยในอนาคตควรพิจารณาทำวิจัยโดยการติดตามในระยะยาวและการวิเคราะห์ด้วยการใช้สถิติขั้นสูง นอกจากนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในด้านปริมาณและระดับของการประกอบกิจกรรมทางกาย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ

ประเภทและผลข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิตเวช รวมถึงน้ำหนักและส่วนสูงเพื่อนำมาคำนวณค่าดัชนีมวลกาย เพื่อนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาปัจจัยทำนายต่อไป



บรรณานุกรม



บรรณานุกรม

- กรรฎา มาตยากร. (2559). การพัฒนาโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน. ปรินญาณินพนธ์ปรินญาณดัษฎฐิปัณทิต (Doctoral dissertation), มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี. สืบค้นจาก <https://buuir.buu.ac.th/bitstream/1234567890/11837/1/55810023.pdf>
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักรวิชาการศึกษาสาธารณสุข). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับแพทย์). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงานกรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2564). รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2563. กรุงเทพฯ: บริษัท ละม่อม จำกัด.
- วิญฟ้า ภู่งงสุทธึ. (2561). หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน กลุ่มสาระการเรียนรู้วิชาชีพนากฎศิลป์ไทย วิชาทฤษฎีนากฎศิลป์ไทย. นนทบุรี: โรงพิมพ์มิตรสยาม.
- จิระภา สุมาลี และ รัชนีกร อุปเสน. (2561). ผลของกลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนึ อุดรดิติถ, ฉบับพิเศษ: สิงหาคม - ตุลาคม 2561, 46-58.
- จุฬาลักษณั จันทรหอม และ ลภัสรดา หนุ่มคำ. (2563). ปัจจัยที่มีผลต่อกิจกรรมทางกายของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในอำเภอเมืองลำปาง จังหวัดลำปาง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี, 28(3), 549-560.
- ชนินทร์ ลำชำ. (2563). คนอ้วนกับการออกกำลังกาย. กรุงเทพมหานคร: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชาย นครชัย. (2562). ประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมอีสาน ที่มาจาก :<http://book.culture.go.th>.
- ชุลีกร ต่านยุทธศิลป์. (2560). กระบวนการพยาบาลอนามัยชุมชน: แนวคิดและการปฏิบัติการพยาบาล =Community health nursing process concept and nursing practice. พิษณุโลก: โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ฐิรวัดณ์ อักรสุต และ จารุรินทร์ ปีตานพงศ. (2560). การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร, 35(1), 37-45.

- ณัฐพล บุตตะโยธี. (2564). กระบวนการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนมีส่วนร่วมร่วมกับทีมสหวิชาชีพ โรงพยาบาลโกสุมพิสัย อำเภอกอสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม. *วารสารวิชาการสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม*, 5(9), 77-88.
- ธนิดา จุลวนิชย์พงษ์, นฤพนธ์ วงศ์จตุรภัทร, เสกสรรค์ ทองคำบรรจง และ กรฎา มาตยากร. (2559). การพัฒนาโมเดลขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการออกกำลังกายของประชาชนวัยทำงาน. *ปริญญาานิพนธ์ปริญญาตรีศึกษานิพนธ์, มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี*.
- นวนันท์ กองอูด. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุชาวไทพวนในจังหวัดหนองคาย. *วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน*, 2(2), 95-108.
- บุญเรือง ไตรเรืองวรวัฒน์. (2560). กรมสุขภาพจิตเปิดตัวที่วิชาการสุขภาพจิตและ จิตเวชผู้สูงอายุระดับชาติ แนะนำ ยอมรับ ปรับตัวอยู่อย่างพอดีมีคุณค่า ไข้ 5 สุข ในยุค 4.0 สืบค้นจาก <https://www.komchadluek.net/news/edu-health/288729>.
- ปนิดา พุ่มพุท และ ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อลดการรับรู้ตราบาป. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4 (3), 215-224.
- สุนทรภรณ์ ทองไสย. (2558). การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในบริบทสังคมไทยอย่างยั่งยืน. *วารสารกองการพยาบาล*, 42(3), 159-167.
- อติพร สำราญบัว และ เบญจมาศ ทำเจริญตระกูล. (2558). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อขั้นตอนการเปลี่ยนพฤติกรรมออกกำลังกายของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา*, 21(1), 65-77.
- อมรรัตน์ ศรีภา. (2561). *การรับรู้ตราประทับและการเลือกปฏิบัติของผู้ป่วยจิตเภท*. *ปริญญาานิพนธ์ปริญญาโทบริหารบัณฑิต, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพฯ*. สืบค้นจาก https://ethesisarchive.library.tu.ac.th/thesis/2018/TU_2018_5705034147_10207_11342.pdf.
- Annessi G., Signoretti S., Angelo C., Paradisi M. and Puddu P. (1997). Neutrophilic figurate erythema of infancy. *Am J Dermatopathol*, 19(4), 403-406. doi: 10.1097/00000372-199708000-00015.
- Bezyak J. L., Berven N. L., & Chan F. (2011). Stages of change and physical activity among individuals with severe mental illness. *Rehabilitation Psychology*, 56(3), 182-190. doi: <https://doi.org/10.1037/a0024207>

- Bhatarasakoon, P. (2025). Quality of Life of People with Schizophrenia: A Discussion Paper. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 29(2), 219-230.
- Boonchuaykuakul J. (2005). *Effectiveness of Applying the Transtheoretical Model to Improve Physical Activity Behavior of University Students*. Doctor of Philosophy. Ann Arbor. Oregon State University.
- Brasso, C., Bellino, S., Bozzatello, P., Montemagni, C., & Rocca, P. (2025). Real-life functioning and duration of illness in schizophrenia: A mediation analysis. *Heliyon*, 11(1), e41332. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2024.e41332>.
- Crespo-Facorro, B., Such, P., Nylander, A.-G., Madera, J., Resemann, H. K., Worthington, E., . . . Newton, R. (2021). The burden of disease in early schizophrenia—a systematic literature review. *Current Medical Research and Opinion*, 37(1), 109-121.
- Hair F.J., Babin J. B. et al. (2019). *Multivariate Data Analysis*. (8 ed.). Hampshire: Cengage Learning EMEA.
- Kandola, A. A., and Osborn, D. P. (2022). Physical activity as an intervention in severe mental illness. *B J Psych Advances*, 28(2), 112-121.
- Kirk Fiona Alison, MacMillan Freya and Webster Nikki. (2010). Application of the Transtheoretical model to physical activity in older adults with Type 2 diabetes and/or cardiovascular disease. *Psychology of Sport and Exercise*, 11(4), 320-324. doi: 10.1016/j.psychsport.2010.03.001
- Khalan, Y. A., Kaveh, M. H., Karimi, M., Zare, E., & Asadollahi, A. (2025). The effectiveness of a transtheoretical model based on health education intervention on adherence to methadone maintenance treatment: a quasi-experimental study. *BMC Public Health*, 25(1), 856.
- Lin, D., Joshi, K., Keenan, A., Shepherd, J., Bailey, H., Berry, M., . . . Kim, E. (2021). Associations Between Relapses and psychosocial Outcomes in Patients With Schizophrenia in Real-World Settings in the United States. *Frontiers in psychiatry*, 12, 695672. Doi: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.695672>

Mané Anna, Cortizo Romina, Abellanas Adelina and Belmonte Elena. (2020).

COGNITIVE REMEDIATION AND PHYSICAL EXERCISE EFFECTS ON NEGATIVE SYMPTOMS AND FUNCTIONALITY IN PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL. *Schizophrenia Bulletin*, 46(Suppl 1), 150-151. doi: 10.1093/schbul/sbaa030.356

Marcus B. H. and Simkin, L. R. (1993). The stages of exercise behavior. *Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 33, 83-88.

Marcus B.H., Selby C., Niaura S., & Rossi S. (1992). Self-Efficacy and the Stages of Exercise Behavior Change. *Research Quarterly for Exercise & Sport*, 63, 60-66. doi: <https://doi.org/10.1080/02701367.1992.10607557>

Mishra P and Pandey CM et, a. (2019). Descriptive Statistics and Normality Tests for Statistical Data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67-72. doi: 10.4103/aca.ACA_157_18

Mishra P and Pandey CM et, a. (2019). Descriptive Statistics and Normality Tests for Statistical Data. *Annals of Cardiac Anaesthesia*, 22(1), 67-72. doi: 10.4103/aca.ACA_157_18

Muhammad Arsyad Subu, D. F. W., etc. (2021). "Types of stigma experienced by patients with mental illness and mental health nurses in Indonesia: a qualitative content analysis." *International Journal of Mental Health Systems* 15.

McCutcheon, R. A., Keefe, R. S., & McGuire, P. K. (2023). Cognitive impairment in schizophrenia: aetiology, pathophysiology, and treatment. *Molecular Psychiatry*, 28(5), 1902-1918.

Organization, W. H. (2010). *Global Recommendations on Physical Activity for Health*. Retrieved from https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44399/9789241599979_eng.pdf;jsessionid=C92619B1B6DE6EACCE4B0F29DC9CA48A?sequence=1

Organization, W. H. (2018). *Physical Activity Guidelines for Americans*. Retrieved from <https://odphp.health.gov/sites/default/files/2019-09/paguide.pdf>

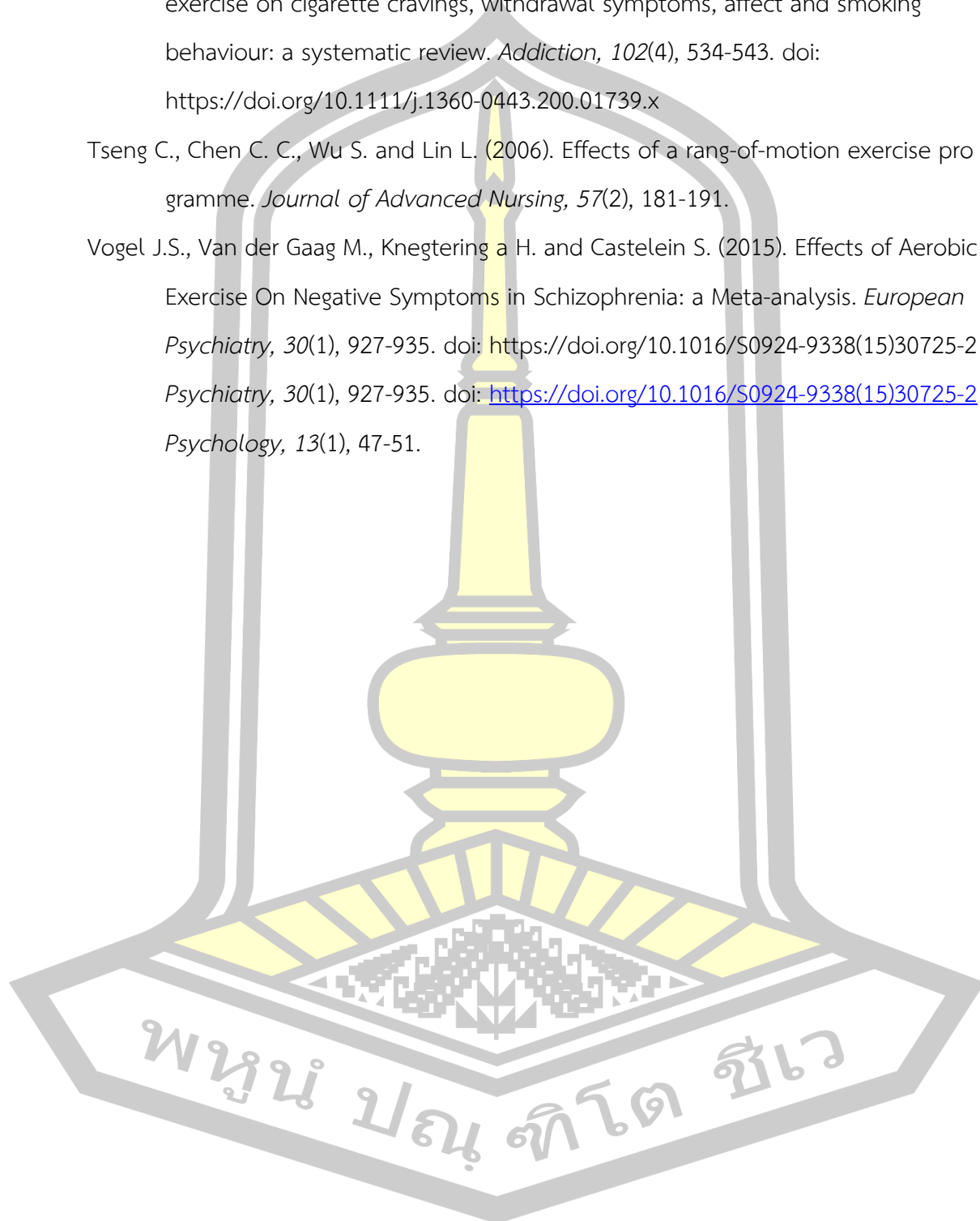
- Organization, W. H. (2022). Schizophrenia Retrieved from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>.
- Penedo J Frank , Molton Ivan, Dahn R Json, Shen Biing-Jiun, Kinsinger Dave, Traeger Lara and Antoni Michael. (2006). A randomized clinical trial of group-based cognitive-behavioral stress management in localized prostate cancer: Development of stress management skills improves quality of life and benefit finding. *Annals of Behavioral Medicine*, 31, 261-270.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Pothimas, N., Tungpunkom, P., Chanprasit, C., & Kitsumban, V. (2020). A Cross-sectional Study of Factors Predicting Relapse in People with Schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 24(4), 448-459.
- Prochaska, J. O. And DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Counseling and Clinical Psychology*, 51, 390-395.
- Rojanaworarit, C., Songsiripradubboon, S., Worahan, V., Kerdpon, P., & Photisan, N. (2025). Complex medical conditions and health risk behaviors among homeless males with schizophrenia. *Narra J*, 5(1), e1194-e1194. Retrieved from <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC12059962/>
- Teetharatkul, T., Vitayanont, A., Liabsuetrakul, T., & Aunjitsakul, W. (2021). Associations between symptom severity and well-being among Thai patients with schizophrenia: a cross-sectional analytical study. *BMC Psychiatry*, 21, 1-9.
- Tew, G. A., Bailey, L., Beeken, R. J., Cooper, C., Copeland, R., Brady, S., . . . Peckham, E. (2023). Physical Activity in Adults with Schizophrenia and Bipolar Disorder: A Large Cross-Sectional Survey Exploring Patterns, Preferences, Barriers, and Motivating Factors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2548.

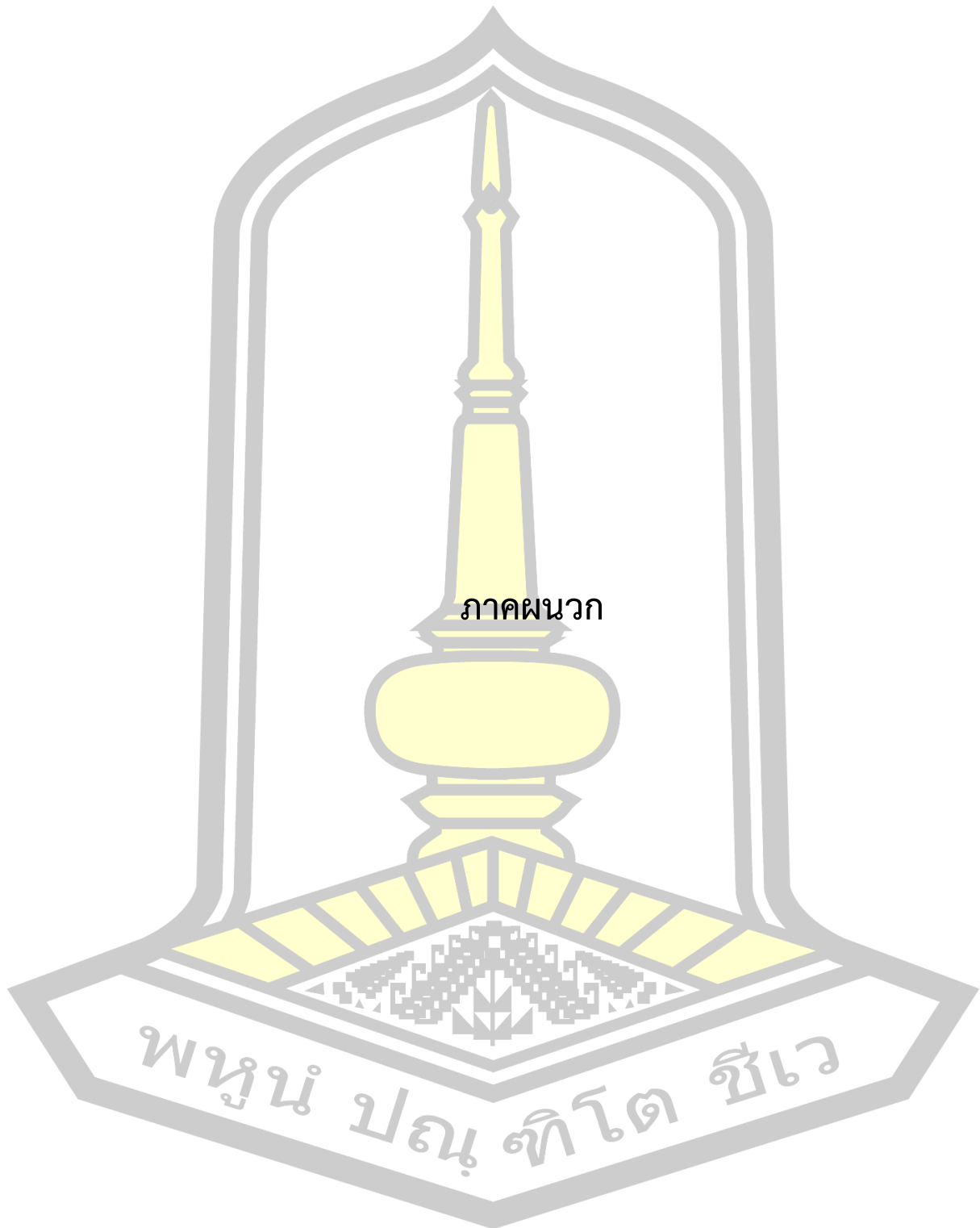
- Viljoen, M., & Roos, J. L. (2020). Physical exercise and the patient with schizophrenia. *Australian Journal for General Practitioners*, 49(12), 803-808. Doi: 10.31128/AJGP-04-20-5384
- Widoretno, A. W. And Sulistyowati, M. (2025). Effects of Psychosocial Rehabilitation Interventions for Schizophrenia Patients in Hospitals: Literature Review. *Jurnal Promkes: The Indonesian Journal of Health Promotion and Health Education*, 13(SI1). Doi: <https://doi.org/10.20473/jpk.V13.ISI1.2025.261-267>
- World Health Organization. (2022). Schizophrenia, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
- Zeng, G., Liang, R., Xiao, L., Cao, W., Zhou, W., Wang, W., . . . Chen, B. (2025). Factors Affecting Negative Symptoms in Schizophrenia and Their Relationship with Anxiety and Depression. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 229-240.
- Prochaska. J.O. (1994). Strong and weak principles for progressing from precontemplation to action on the basis of twelve problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 47-51.
- Prochaska. J.O, Velicer. W. F., Rossi J.S., Goldstein M.G., Marcus B. H., Rakowski w. and Rosenbloom D. (1994). Stages of change and decisional balance for 12 problem behaviors. *Health Psychology*, 13(1), 39-46.
- Sabe Michel, Kaiser Stefan and Othman Sentissi. (2020). Physical exercise for negative symptoms of schizophrenia: Systematic review of randomized controlled trials and meta-anaysis. *General Hospital Psychiatry*, 62, 13-20. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2019.11.002
- Sook-Hyun Lee, Gyurin Kim, Chul-Eung Kim and Seunghyong Ryu. (2018). Physical Activity of Patients with Chronic Schizophrenia and Related Clinical Factors. *Psychiatry Investig*, 15(8), 811-817. doi: 10.30773/pi.2018.04.15.1
- Switaj P, Anczewska M., Chrostek A., Sabariego C., Cieza A., Bickenbach J. and Chatterji S. (2012). Disability and schizophrenia: a systematic review of experienced psychosocial difficulties. *BMC Psychiatry*, 12(193), 1-12.

Taylor H Adrian, Ussher H Michael and Faulkner Guy. (2007). The acute effects of exercise on cigarette cravings, withdrawal symptoms, affect and smoking behaviour: a systematic review. *Addiction*, 102(4), 534-543. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.200.01739.x>

Tseng C., Chen C. C., Wu S. and Lin L. (2006). Effects of a range-of-motion exercise programme. *Journal of Advanced Nursing*, 57(2), 181-191.

Vogel J.S., Van der Gaag M., Knegtering a H. and Castelein S. (2015). Effects of Aerobic Exercise On Negative Symptoms in Schizophrenia: a Meta-analysis. *European Psychiatry*, 30(1), 927-935. doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30725-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30725-2)
Psychiatry, 30(1), 927-935. doi: [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(15\)30725-2](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(15)30725-2)
Psychology, 13(1), 47-51.





เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ตอบแบบสอบถาม (สำหรับการตอบแบบสอบถาม 18 ปีขึ้นไป)

เรียน ผู้ตอบแบบสอบถามทุกท่าน

ด้วยข้าพเจ้า นางสาวสุปรียา ชินโคตร นิสิตพยาบาลปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กำลังดำเนินการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Factors Related to Stages of Change in Physical Activity of People with Schizophrenia in Northeastern Thailand)” โดยมีวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ซึ่งท่านเป็นหนึ่งในบุคคลที่มีคุณสมบัติตรงตามลักษณะของกลุ่มประชากรของโครงการวิจัยนี้ แม้ว่าท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ อย่างไรก็ตาม ผลลัพธ์ที่ได้จากโครงการวิจัยนี้ก็จะ เป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ในระดับหนึ่ง

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยจะขอให้ท่านตอบแบบสอบถามในประเด็นของการประกอบกิจกรรมทางกายและแบบสอบถามอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วยคำถามจำนวน 88 ข้อ ใช้เวลาในการตอบคำถามประมาณ 40 นาที โดยที่คณะผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง

หากท่านรู้สึกอึดอัดหรือรู้สึกไม่สบายใจกับบางคำถาม ท่านมีสิทธิ์ที่จะไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ รวมถึงมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่ต้องแจ้งให้ทราบล่วงหน้า ซึ่งการไม่เข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยนี้ จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการบำบัดรักษา ณ สถานบริการด้านสุขภาพที่ท่านมารับบริการแต่อย่างใด

ข้อมูลในการตอบแบบสอบถามของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้โดยไม่มีการเปิดเผยต่อสาธารณะเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น ทั้งนี้ผู้วิจัยจะดำเนินการทำลายข้อมูลที่เกี่ยวข้องภายหลังเสร็จสิ้นการวิจัย

หากท่านมีข้อสงสัยเกี่ยวกับงานวิจัย โปรดติดต่อสอบถามได้ที่ นางสาวสุปรียา ชินโคตร นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์: 081-7996985

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้หรือต้องการทราบสิทธิของท่านขณะเข้าร่วมการวิจัยนี้ สามารถติดต่อได้ที่ “คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม” โทร. 043-754416 เบอร์ภายใน 1755

ขอขอบพระคุณอย่างสูง
นางสาวสุปรียา ชินโคตร
ผู้วิจัย

แบบแสดงความยินยอมให้ทำการวิจัยจากอาสาสมัคร
(สำหรับอาสาสมัครอายุ 18 ปีขึ้นไป)

ข้าพเจ้าได้อ่านคำชี้แจง/รับฟังคำอธิบายจาก นางสาวสุปรียา ชินโคตร นิสิตพยาบาลปริญญาโทหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เกี่ยวกับการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัย เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Factors Related to Stages of Change in Physical Activity of People with Schizophrenia in Northeastern Thailand)” โดยข้อความที่อธิบายประกอบด้วย รายละเอียดทั้งหมดเกี่ยวกับที่มา จุดมุ่งหมายในการทำวิจัย และรายละเอียดของขั้นตอนต่าง ๆ ที่ข้าพเจ้าต้องปฏิบัติและได้รับการปฏิบัติ ประโยชน์ที่ข้าพเจ้าจะได้รับจากการวิจัย และความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งแนวทางป้องกันและแก้ไขหากเกิดอันตราย โดยได้อ่าน/รับฟังคำอธิบายข้อความในเอกสารชี้แจงสำหรับอาสาสมัครที่ **ตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ตามโครงการวิจัย** โดยตลอด อีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและการตอบข้อสงสัยจากคณะผู้วิจัยเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ตลอดจนได้รับการรับรองจากคณะผู้วิจัย ที่จะเก็บรักษาข้อมูลของข้าพเจ้าไว้โดยไม่มีการระบุชื่อหรือเปิดเผยข้อมูลส่วนตัวเป็นรายบุคคลต่อสาธารณชน ทั้งนี้ คณะผู้วิจัยจะนำเสนอผลลัพธ์ที่ได้ในลักษณะภาพรวมที่เป็นการสรุปผลเพื่อประโยชน์ทางวิชาการเท่านั้น

“ในการเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครของโครงการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าเข้าร่วมด้วยความสมัครใจ” และข้าพเจ้าสามารถถอนตัวจากการเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้เมื่อใดก็ได้ ถ้าข้าพเจ้าปรารถนา โดยจะไม่มีผลกระทบและไม่เสียสิทธิใด ๆ ในการบำบัดรักษา ณ สถานบริการด้านสุขภาพ ที่ข้าพเจ้าจะได้รับต่อไปในอนาคต

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารและแบบแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้วจึงลงลายมือชื่อไว้ ณ ที่นี้

ลงชื่อ.....อาสาสมัคร

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....พยาน (กรณีที่อ่านคำชี้แจงให้อาสาสมัครฟัง)

(.....)

วันที่.....

ลงชื่อ.....ผู้ขอความยินยอม

(.....)

วันที่.....

เครื่องมือสำหรับคัดกรอง: แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS)

คำชี้แจง: ให้ทำเครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบระดับคะแนนตามระดับความรุนแรงของแต่ละอาการ

ไม่มีอาการ	=	1	คะแนน
มีอาการขั้นต่ำสุด	=	2	คะแนน
มีอาการเล็กน้อย	=	3	คะแนน
มีอาการปานกลาง	=	4	คะแนน
มีอาการค่อนข้างรุนแรง	=	5	คะแนน
มีอาการรุนแรง	=	6	คะแนน
มีอาการรุนแรงมาก	=	7	คะแนน

ข้อ	เนื้อหาความคิดที่แสดงออกระหว่างการสัมภาษณ์	ระดับคะแนน						
		1	2	3	4	5	6	7
1.	ความกังวลเกี่ยวกับอาการทางกาย (Somatic concern)							
2.	อาการวิตกกังวล (Anxiety)							
3.	ความรู้สึกผิด (Guilt feeling)							
4.	ความคิดว่าตนเองมีความสามารถเกินความจริง (Grandiosity)							
5.	อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive mood)							
6.	ความรู้สึกไม่เป็นมิตร (Hostility)							
7.	ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness)							
8.	อาการประสาทหลอน (Hallucination)							
9.	เนื้อหาความคิดผิดปกติ (unusual thought content)							
10.	อาการไม่รู้เวลา สถานที่ บุคคล (Disorientation)							
11.	ความคิดสับสน (Conceptual disorientation)							
12.	การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal)							
13.	ความตึงเครียด (Tension)							
14.	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerism and posturing)							
15.	การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Motor retardation)							
16.	การไม่ร่วมมือ (Uncooperativeness)							
17.	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect)							
18.	อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement)							
การให้คะแนน: ข้อ 1-10 ให้คะแนนตามที่ผู้ป่วยบอก ข้อ 11-18 ให้คะแนนจากการสังเกตผู้ป่วย คะแนนรวม.....คะแนน (คะแนนรวมทั้งหมดอยู่ระหว่าง 18-126 คะแนน)								
การแปลความหมาย: คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการระดับมาก								

เลขที่แบบสอบถาม:

แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย (Factors Related to Stages of Change in Physical
Activity of People with Schizophrenia in Northeastern Thailand)

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

คำชี้แจง: โปรดทำเครื่องหมายถูก (✓) หรือเติมค่าลงในช่องว่าง ซึ่งเป็นข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริงของ
ตัวท่านเองมากที่สุด

1. อายุ.....ปี (นับอายุปีเต็มโดยเศษของเดือนให้ปัดขึ้น)
2. เพศ:
 - ชาย
 - หญิง
 - อื่นๆ โปรดระบุ:
3. การวินิจฉัยโรค: F20.
4. ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยโรค:.....เดือน (ในกรณีที่ระยะเวลาไม่ถึงเดือนให้
ปัดขึ้น)
5. ท่านนับถือศาสนา:
 - พุทธ
 - คริสต์
 - อิสลาม
 - อื่นๆ โปรดระบุ:
6. การศึกษา (ระบุวุฒิการศึกษาสูงสุด):
 - ไม่ได้เรียนหนังสือ
 - ประถมศึกษา
 - มัธยมศึกษาตอนต้น
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.

ปวส. หรือ อนุปริญญา

ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป

7. สถานภาพสมรส:

โสด

สมรส

หย่าร้าง

อื่นๆ โปรดระบุ:

8. ลักษณะด้านที่อยู่อาศัย

เข้าห้องพักหรืออาศัยอยู่ในบ้านของตนเองตามลำพัง

อาศัยอยู่ในบ้านของตนเองเป็นแบบครอบครัวเดี่ยว

อาศัยอยู่ในบ้านเป็นแบบครอบครัวขยาย

9. อาชีพการทำงาน (ก่อนป่วย):

.....

10. อาชีพการทำงาน (ปัจจุบัน):

.....

11. รายได้ต่อเดือน (บาท):

.....

12. อายุที่เริ่มป่วย

(ปี):.....

13. อายุที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งแรก (ปี):.....

14. ประวัติการบำบัดรักษา (ระบบการบำบัดรักษา/จำนวนครั้ง):

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยใน (IPD Case) จำนวน.....ครั้ง

การบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก (OPD Case) จำนวน.....ครั้ง

15. ผู้ดูแลหลัก:.....

16. โรคทางกายที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย

ไม่มีเลย

มี โปรดระบุ:

.....

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย

(Physical Activity Stage Algorithm: PASA)

คำชี้แจง: คุณได้ประกอบกิจกรรมทางกายที่มีความหนักปานกลางเป็นประจำหรือไม่ เช่น การเดิน การว่ายน้ำ เพื่อการนันทนาการ การขี่จักรยาน การเดินร่ำ และกิจกรรมอื่นๆ ที่คล้ายคลึงกับกิจกรรมดังกล่าวนี้ (กิจกรรมที่ใช้การเคลื่อนไหวน้อย เช่น การเล่นโบว์ลิ่ง การเล่นกอล์ฟโดยใช้รถกอล์ฟแทนการเดิน และการยืดเหยียดแบบใช้การเคลื่อนไหวน้อย ไม่จัดว่าเป็นกิจกรรมทางกาย)

การประกอบกิจกรรมทางกาย หมายถึง การเคลื่อนไหวร่างกายหรือออกกำลังกายในรูปแบบใดๆ ก็ตาม ซึ่งอาจรวมถึงการทำกิจกรรมอย่างมีแผนการ เช่น การเดิน การวิ่ง การเล่นบาสเกตบอล หรือ การเล่นกีฬาอื่นๆ การประกอบกิจกรรมทางกายยังอาจรวมถึงกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การทำงานบ้าน การทำงานในสนาม การจูงสุนัขเดินเล่น เป็นต้น

การประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ หมายถึง การประกอบกิจกรรมทางกายระดับปานกลางสัปดาห์ละ 5 วันหรือมากกว่า โดยใช้เวลา 30 นาทีหรือมากกว่าในแต่ละวัน (เวลา 30 นาทีของการประกอบกิจกรรมในแต่ละวัน สามารถประกอบกิจกรรมในครั้งเดียว หรือสะสมเป็นช่วงๆ ละไม่น้อยกว่า 10 นาทีก็ได้)

กรุณาตอบคำถามข้างล่างนี้โดยการเลือกข้อความที่ตรงกับระดับการประกอบกิจกรรมทางกายของคุณมากที่สุด แล้วทำเครื่องหมายถูก (✓) หน้าข้อความที่ท่านเลือกเพียงข้อเดียว

คำถาม: คุณได้ประกอบกิจกรรมทางกายที่มีความหนักปานกลางเป็นประจำหรือไม่

1	ไม่เคยประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ และยังไม่คิดที่จะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกายใน 6 เดือนข้างหน้า
2	ไม่เคยประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ แต่คิดที่จะเริ่มประกอบกิจกรรมทางกายใน 6 เดือนข้างหน้า
3	ไม่ได้ประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ แต่เคยประกอบกิจกรรมดังกล่าวเป็นครั้งคราวและวางแผนไว้ว่าจะเริ่มทำเป็นประจำใน 1 เดือนข้างหน้า
4	ใช่ ฉันได้ประกอบกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่อง แต่น้อยกว่า 6 เดือน
5	ใช่ ฉันได้ประกอบกิจกรรมทางกายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามคุณภาพการตัดสินใจในการประกอบกิจกรรมทางกาย

(The Physical Activity Decisional Balance Questionnaire: PADBQ)

คำชี้แจง: แบบสอบถามนี้จะพิจารณาถึงผลได้หรือผลเสียของการประกอบกิจกรรมทางกาย โปรดอ่านข้อความข้างล่างนี้แล้ว ระบุว่าข้อความแต่ละข้อมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจของคุณเพียงใด ในการที่คุณจะประกอบกิจกรรมทางกายหรือไม่ ประกอบกิจกรรมทางกายในช่วงเวลาว่างของคุณ โปรดให้น้ำหนักของข้อความแต่ละข้อ โดยทำเครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบหมายเลขเพียงหมายเลขเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด ซึ่งในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งระดับความคิดเห็นในการตัดสินใจประกอบกิจกรรมทางกาย ดังนี้

1	หมายถึง	ไม่อย่างแน่นอน
2	หมายถึง	อาจ
3	หมายถึง	ปานกลาง
4	หมายถึง	มาก
5	หมายถึง	มากที่สุด

โปรดระลึกว่า ผู้วิจัยมิได้ถามว่าคุณเห็นด้วยกับข้อความข้างล่างนี้หรือไม่ แต่ถามว่า ข้อความแต่ละข้อมีความสำคัญเกี่ยวข้องกับการตัดสินใจในการที่คุณจะประกอบกิจกรรมทางกายหรือไม่ เพียงใด

ข้อ	รายการ	ความคิดเห็น				
		ไม่อย่าง แน่นอน	อาจจะ	ปาน กลาง	มาก	มาก ที่สุด
1.	กิจกรรมทางกายช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดหรือจัดการกับความเครียดของฉัน	1	2	3	4	5
2.	ฉันมั่นใจในสุขภาพของตัวเองมากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย	1	2	3	4	5
3.	ฉันจะนอนหลับดีขึ้น	1	2	3	4	5
4.	กิจกรรมทางกายช่วยให้ฉันดูดีขึ้น	1	2	3	4	5
5.	กิจกรรมทางกายจะช่วยให้ฉันควบคุมน้ำหนักได้	1	2	3	4	5
6.	ภาระหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบประจำวันทำให้ฉันรู้สึกเหนื่อยเกินกว่าที่จะประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
7.	กิจกรรมทางกายใช้เวลาของฉันมากเกินไป	1	2	3	4	5
8.	ฉันจะมีเวลาสำหรับครอบครัวและเพื่อนน้อยลง ถ้าฉันเข้าร่วมในการประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
9.	ฉันกังวลว่าฉันจะดูประหลาดถ้าคนอื่นเห็นฉันออกกำลังกายอย่างกระฉับกระเฉง	1	2	3	4	5
10.	การประกอบกิจกรรมทางกายต้องใช้เงินมาก	1	2	3	4	5

ส่วนที่ 4: แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการประกอบกิจกรรมทางกาย

(The Physical Activity Processes of Change Questionnaire: PAPCQ)

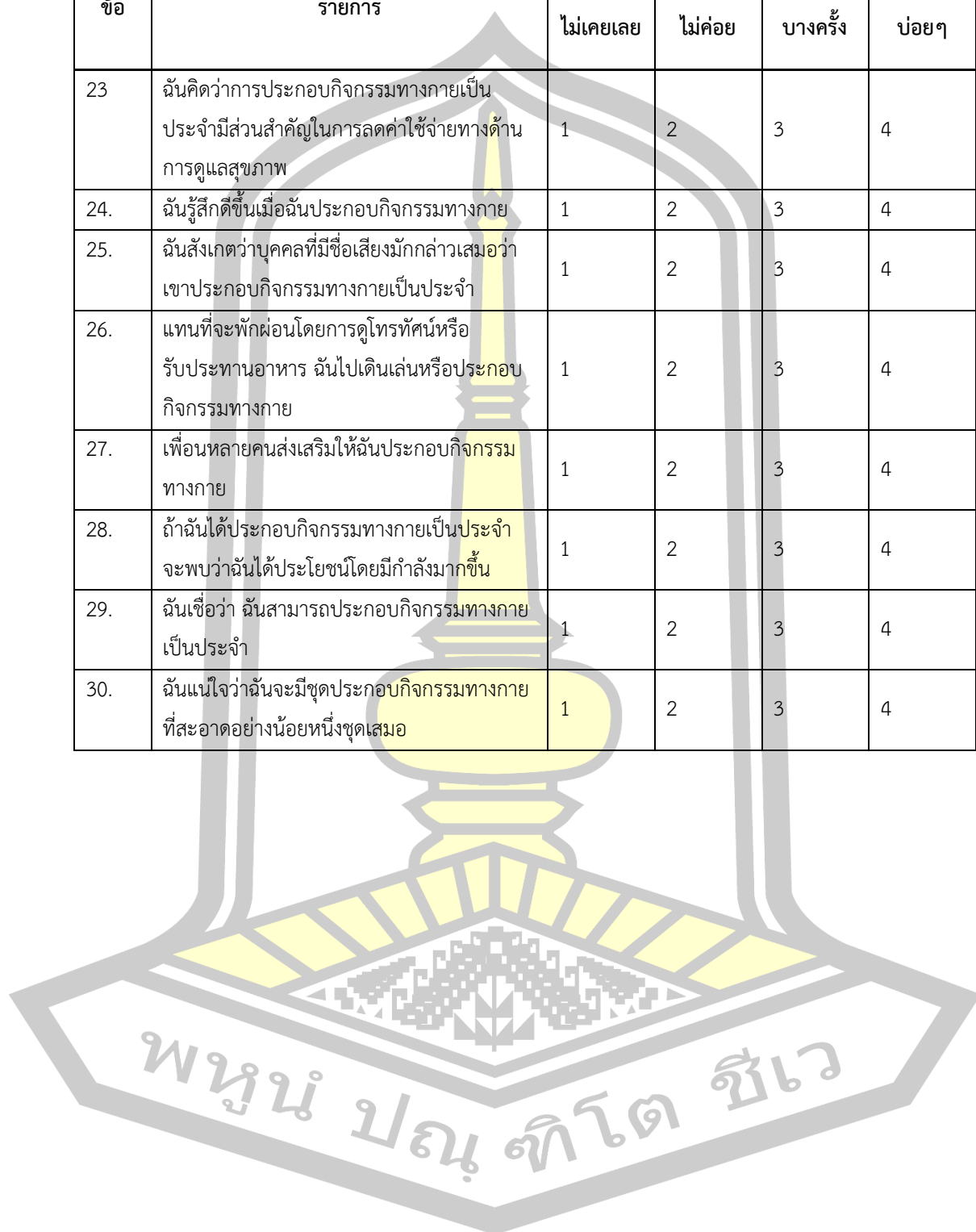
คำชี้แจง: ประสพการณ์ต่อไปนี้อาจส่งผลกระทบต่อนิสัยการประกอบกิจกรรมทางกายของคุณบางคน ให้คิดถึงประสบการณ์ที่คล้ายคลึงที่คุณอาจจะเผชิญอยู่ในปัจจุบันหรือที่เกิดขึ้นในช่วงเดือนที่แล้ว โปรดให้น้ำหนักเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่ามีความถี่เพียงใด โดยทำเครื่องหมายวงกลม (○) ล้อมรอบหมายเลขเพียงหมายเลขเดียวที่ตรงกับความคิดเห็นของคุณมากที่สุด ซึ่งในแต่ละรายการคำถามจะแบ่งระดับความถี่ของพฤติกรรมกรรมการประกอบกิจกรรมทางกาย ดังนี้

1	หมายถึง	ไม่เคยเลย
2	หมายถึง	ไม่ค่อย
3	หมายถึง	บางครั้ง
4	หมายถึง	บ่อยๆ
5	หมายถึง	เป็นประจำ

ข้อ	รายการ	ความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา				
		ไม่เคยเลย	ไม่ค่อย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็นประจำ
1.	ฉันอ่านบทความเพื่อหาความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
2.	ฉันรู้สึกหงุดหงิดเมื่อฉันเห็นคนที่จะได้ประโยชน์จากการประกอบกิจกรรมทางกายแต่กลับไม่ทำ	1	2	3	4	5
3.	ฉันตระหนักดีว่าถ้าฉันไม่ประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ ฉันอาจจะเจ็บป่วยและเป็นภาระต่อคนอื่น	1	2	3	4	5
4.	ฉันรู้สึกมั่นใจมากขึ้นเมื่อฉันประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ	1	2	3	4	5
5.	ฉันสังเกตเห็นว่าคนส่วนมาการู้ดีว่ากิจกรรมทางกายเป็นสิ่งที่ดีสำหรับพวกเขา	1	2	3	4	5
6.	เมื่อฉันรู้สึกเหนื่อย ฉันก็จะยังประกอบกิจกรรมทางกาย เพราะฉันรู้ว่าฉันรู้สึกดีขึ้นหลังจากนั้น	1	2	3	4	5
7.	ฉันมีเพื่อนคนหนึ่งที่เคยสนับสนุนให้ฉันประกอบกิจกรรมทางกายเมื่อฉันรู้สึกไม่อยากทำ	1	2	3	4	5
8.	รางวัลอย่างหนึ่งของการประกอบกิจกรรมทางกายคือทำให้อารมณ์ฉันดีขึ้น	1	2	3	4	5

ข้อ	รายการ	ความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา				
		ไม่เคยเลย	ไม่ค่อย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็นประจำ
9	ฉันบอกตัวเองว่าฉันสามารถประกอบกิจกรรมทางกายต่อไปเรื่อย ๆ ถ้าฉันมีความพยายามเพียงพอ	1	2	3	4	5
10.	ฉันเก็บเสื้อผ้าที่ใช้ในการออกกำลังกายไว้กับตัวชุดหนึ่งเสมอ ดังนั้นฉันสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้เมื่อไรก็ตามที่ฉันมีเวลา	1	2	3	4	5
11.	ฉันค้นหาข่าวสารเกี่ยวข้องกับการประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
12.	ฉันกลัวผลที่จะเกิดต่อสุขภาพ ถ้าฉันจะไม่ประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
13.	ฉันคิดว่าด้วยการประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ ฉันจะไม่เป็นภาระในการดูแลสุขภาพ	1	2	3	4	5
14.	ฉันเชื่อว่าการประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ จะทำให้ฉันเป็นบุคคลที่มีสุขภาพดีขึ้นและมีความสุขมากขึ้น	1	2	3	4	5
15.	ฉันตระหนักดีว่ามีคนจำนวนมากขึ้นมากขึ้นทุกทีที่ประกอบกิจกรรมทางกายเป็นส่วนหนึ่งของชีวิตเรา	1	2	3	4	5
16.	แทนที่จะงีบหลับหลังทำงาน ฉันประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
17.	ฉันมีคนคอยส่งเสริมให้ประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
18.	ฉันพยายามคิดว่าการประกอบกิจกรรมทางกาย เป็นเสมือนช่วงเวลาในการทำจิตใจให้ดี เช่นเดียวกับ การทำให้ร่างกายดีขึ้น	1	2	3	4	5
19	ฉันให้สัญญากับตัวเองว่าจะประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
20	ฉันใช้ปฏิทินในการจัดตารางเวลาในการประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
21	ฉันค้นพบวิธีใหม่ในการทำให้ฉันเป็นคนกระฉับกระเฉง	1	2	3	4	5
22	ฉันรู้สึกแย่มากเมื่อฉันได้ตระหนักว่าคนที่ฉันรักควรมีสุขภาพดีกว่านี้ถ้าที่ผ่านมาเขาได้ประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5

ข้อ	รายการ	ความถี่ที่เกิดขึ้นในช่วงหนึ่งเดือนที่ผ่านมา				
		ไม่เคยเลย	ไม่ค่อย	บางครั้ง	บ่อยๆ	เป็นประจำ
23.	ฉันคิดว่าการประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำมีส่วนสำคัญในการลดค่าใช้จ่ายทางด้านการดูแลสุขภาพ	1	2	3	4	5
24.	ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อฉันประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
25.	ฉันสังเกตว่าบุคคลที่มีชื่อเสียงมักกล่าวเสมอว่าเขาประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ	1	2	3	4	5
26.	แทนที่จะพักผ่อนโดยการดูโทรทัศน์หรือรับประทานอาหาร ฉันไปเดินเล่นหรือประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
27.	เพื่อนหลายคนส่งเสริมให้ฉันประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
28.	ถ้าฉันได้ประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ จะพบว่าฉันได้ประโยชน์โดยมีกำลังมากขึ้น	1	2	3	4	5
29.	ฉันเชื่อว่า ฉันสามารถประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ	1	2	3	4	5
30.	ฉันแน่ใจว่าฉันจะมีชุดประกอบกิจกรรมทางกายที่สะอาดอย่างน้อยหนึ่งชุดเสมอ	1	2	3	4	5



ส่วนที่ 5: แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย

(The Physical Activity Self Efficacy Questionnaire: PASEQ)

คำชี้แจง: ข้อความ 18 ข้อข้างล่างนี้ สร้างขึ้นเพื่อประเมินความเชื่อในความสามารถของคุณในการประกอบกิจกรรมทางกาย ภายใต้อุปสรรคหรือเงื่อนไขต่างๆ โปรดให้น้ำหนักของข้อความแต่ละข้อที่ตรงกับคุณและสถานการณ์ของคุณมากที่สุด โดยทำเครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบหมายเลขเพียงหมายเลขเดียว ซึ่งในแต่ละข้อคำถามจะแบ่งระดับของความเชื่อมั่นว่าคุณสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้ ดังนี้

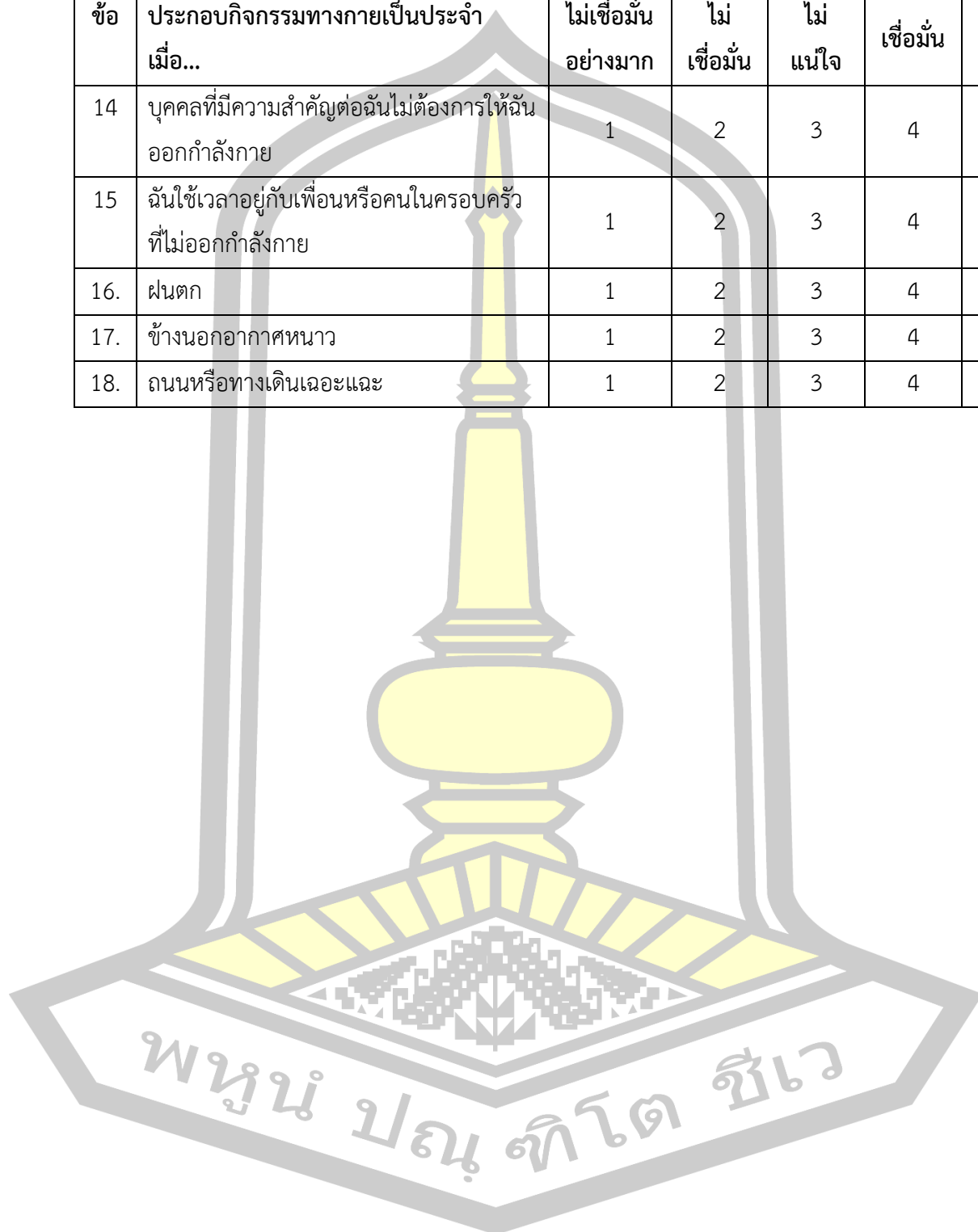
1	หมายถึง	ไม่เชื่อมั่นอย่างมาก
2	หมายถึง	ไม่เชื่อมั่น
3	หมายถึง	ไม่แน่ใจ
4	หมายถึง	เชื่อมั่น
5	หมายถึง	เชื่อมั่นอย่างมาก

โปรดระลึกว่า ผู้วิจัยมิได้ถามว่าคุณกำลังอยู่ภายใต้สถานการณ์ในแต่ละข้อข้างล่างนี้หรือไม่ แต่ถามว่าคุณเชื่อในความสามารถของคุณในการประกอบกิจกรรมทางกายภายใต้อุปสรรคหรือเงื่อนไขต่างๆ ต่อไปนี้เพียงใด

ข้อความนี้ “ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเข้าร่วมในการประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ เมื่อ....” จะนำหน้าประโยคในแต่ละข้อคำถาม

ข้อ	ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเข้าร่วมในการประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำ เมื่อ...	ความเชื่อมั่นว่าคุณสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้				
		ไม่เชื่อมั่นอย่างมาก	ไม่เชื่อมั่น	ไม่แน่ใจ	เชื่อมั่น	เชื่อมั่นอย่างมาก
1.	ฉันอยู่ภายใต้ภาวะความเครียดอย่างมาก	1	2	3	4	5
2.	ฉันรู้สึกหุดหู่	1	2	3	4	5
3.	ฉันรู้สึกวิตกกังวล	1	2	3	4	5
4.	ฉันรู้สึกว่าฉันไม่มีเวลา	1	2	3	4	5
5.	ฉันไม่รู้สึกรู้ว่าชอบประกอบกิจกรรมทางกาย	1	2	3	4	5
6.	ฉันมีงานยุ่งมาก	1	2	3	4	5
7.	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยว	1	2	3	4	5
8.	ฉันต้องออกกำลังกายคนเดียว	1	2	3	4	5
9.	คู่หูที่ออกกำลังกายด้วยตัดสินใจไม่ไปออกกำลังกายในวันนั้น	1	2	3	4	5
10.	ฉันไม่อาจใช้อุปกรณ์การออกกำลังกายได้	1	2	3	4	5
11.	ฉันกำลังเดินทาง	1	2	3	4	5
12.	โรงยิมปิด	1	2	3	4	5
13.	เพื่อนของฉันไม่ต้องการให้ฉันออกกำลังกาย	1	2	3	4	5

ข้อ	ฉันเชื่อมั่นว่าฉันสามารถเข้าร่วมในการประกอบกิจกรรมทางกายเป็นประจำเมื่อ...	ความเชื่อมั่นว่าคุณสามารถประกอบกิจกรรมทางกายได้				
		ไม่เชื่อมั่นอย่างมาก	ไม่เชื่อมั่น	ไม่แน่ใจ	เชื่อมั่น	เชื่อมั่นอย่างมาก
14	บุคคลที่มีความสำคัญต่อฉันไม่ต้องการให้ฉันออกกำลังกาย	1	2	3	4	5
15	ฉันใช้เวลาอยู่กับเพื่อนหรือคนในครอบครัวที่ไม่ออกกำลังกาย	1	2	3	4	5
16.	ฝนตก	1	2	3	4	5
17.	ข้างนอกอากาศหนาว	1	2	3	4	5
18.	ถนนหรือทางเดินเฉอะแฉะ	1	2	3	4	5



ส่วนที่ 6: แบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต (ภาษาไทย: ฉบับปรับปรุง)

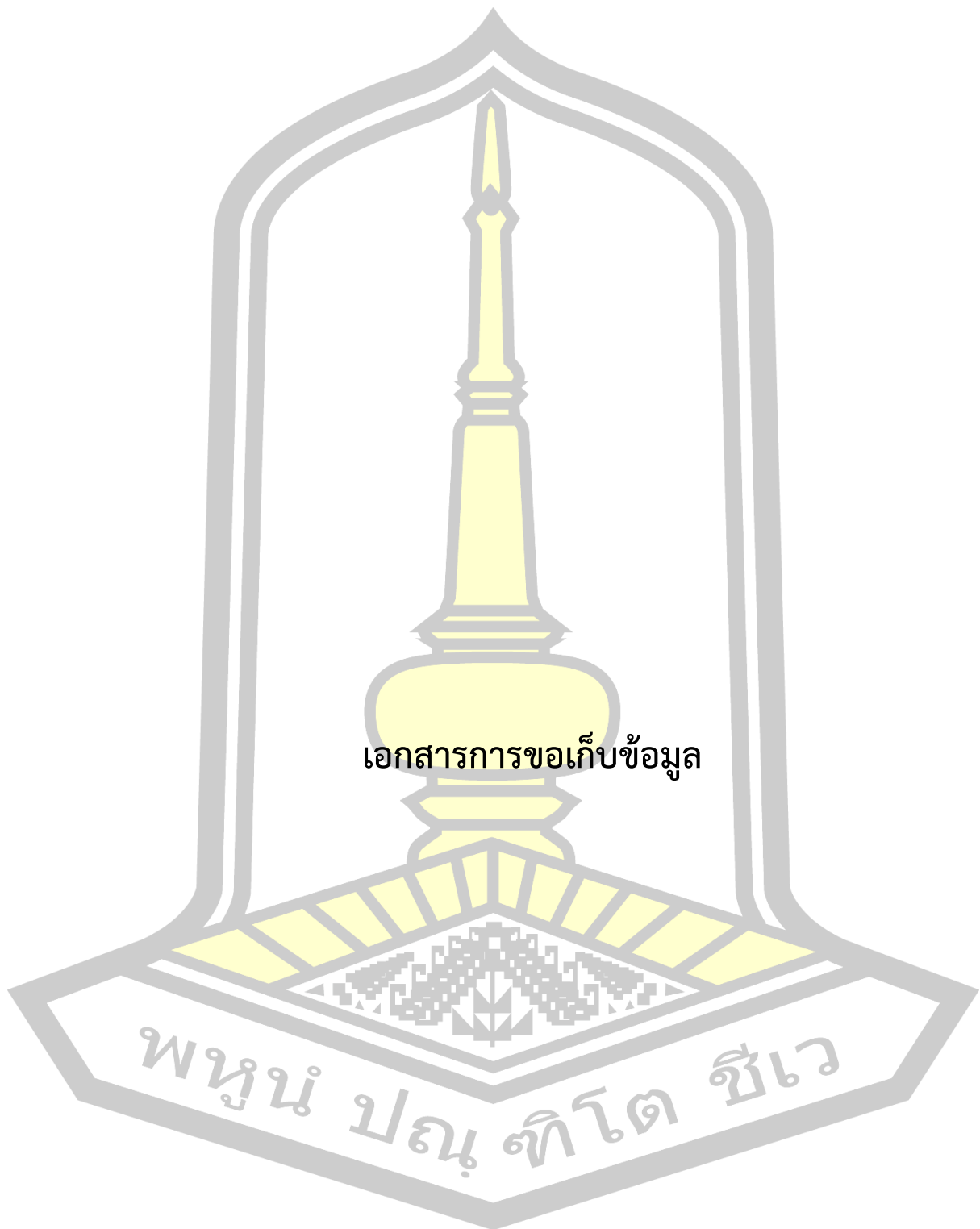
Internalized Stigma of Mental Illness Scale (Modified Thai Version: mISMI)

คำว่า “การป่วยทางจิต” ถูกนำมาใช้ในแบบวัดต่อไปนี้ตลอดทั้งฉบับ แต่อย่างไรก็ตามคุณสามารถเลือกใช้คำอื่นๆ ซึ่งคุณคิดว่าดีที่สุดในการรับรู้ของคุณ โปรดทำเครื่องหมายวงกลม (O) ล้อมรอบตัวเลขที่ตรงกับความรู้สึกของคุณมากที่สุด ในแต่ละข้อ คำถามตามระดับความคิดเห็นดังต่อไปนี้

1	หมายถึง	ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
2	หมายถึง	ไม่เห็นด้วย
3	หมายถึง	เห็นด้วย
4	หมายถึง	เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1.	ฉันรู้สึกโดดเดี่ยวราวกับว่าไม่มีใครเลยในโลกนี้ เพราะว่าฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
2.	คนที่ป่วยทางจิตมีแนวโน้มที่จะก่อความรุนแรง	1	2	3	4
3.	ผู้คนเลือกปฏิบัติต่อฉันเพราะว่าฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
4.	ฉันหลีกเลี่ยงที่จะใกล้ชิดคนอื่นๆ ที่เขาไม่ป่วยทางจิต เพราะกลัวถูกรังเกียจ	1	2	3	4
5.	ฉันรู้สึกอับอายที่ฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
6.	คนที่ป่วยทางจิตไม่ควรแต่งงาน	1	2	3	4
7.	คนที่ป่วยทางจิตสามารถทำประโยชน์ที่สำคัญให้กับสังคมได้	1	2	3	4
8.	ฉันรู้สึกดีน้อยกว่าคนที่เขาไม่ป่วยทางจิต	1	2	3	4
9.	ฉันไม่เข้าสังคมมากเหมือนเคยเพราะว่าการที่ฉันป่วยทางจิตอาจทำให้คนคิดว่าฉันผิดแปลกไปจากคนอื่น	1	2	3	4
10.	คนที่ป่วยทางจิตไม่สามารถดำเนินชีวิตไปในทางที่ดีและมีคุณค่าได้	1	2	3	4
11.	ฉันไม่พูดเรื่องเกี่ยวกับตัวเองมากนัก เพราะไม่อยากให้การป่วยทางจิตของฉันเป็นภาระกับคนอื่น	1	2	3	4
12.	อคติเกี่ยวกับการป่วยทางจิต ทำให้ฉันแยกตัวเองออกจากสังคม	1	2	3	4
13.	การอยู่ร่วมกันกับคนที่ไม่ป่วยทางจิต ทำให้ฉันรู้สึกแปลกแยกหรือต่ำต้อย	1	2	3	4

ข้อ	คำถาม	ระดับความคิดเห็น			
		ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง	ไม่เห็น ด้วย	เห็น ด้วย	เห็นด้วย อย่างยิ่ง
14.	ฉันรู้สึกเฉยๆ ที่ผู้คนเห็นฉันอยู่กับคนที่ป่วยทางจิตในที่สาธารณะ	1	2	3	4
15.	ผู้คนมักจะปฏิบัติต่อฉันอย่างผู้ที่ด้อยกว่าหรือราวกับว่าฉันเป็นเด็ก เพียงเพราะว่าฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
16.	ฉันรู้สึกผิดหวังในตัวเองที่ฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
17.	การป่วยทางจิตเป็นสิ่งที่ทำลายชีวิตของฉัน	1	2	3	4
18.	ผู้คนสามารถบอกได้ว่าฉันป่วยทางจิตจากลักษณะภายนอกของฉัน	1	2	3	4
19.	เพราะว่าฉันป่วยทางจิตฉันจึงจำเป็นต้องให้บุคคลอื่นตัดสินใจแทนเป็นส่วนใหญ่	1	2	3	4
20.	ฉันถอยห่างจากสังคมเพื่อปกป้องครอบครัวและเพื่อนๆ จากความอับอาย	1	2	3	4
21.	คนที่ไม่เคยป่วยทางจิตไม่สามารถเข้าใจความรู้สึกของฉันได้	1	2	3	4
22.	ผู้คนเฉยเมยต่อฉันหรือให้ความสำคัญกับฉันน้อยมาก เพียงเพราะว่าฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
23.	ฉันไม่สามารถทำประโยชน์ใดๆ ให้กับสังคมได้เลย เพราะฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
24.	การมีชีวิตอยู่กับภาวะป่วยทางจิต ทำให้ฉันเป็นคนที่แข็งแกร่ง	1	2	3	4
25.	ไม่มีใครสนใจที่จะใกล้ชิดกับฉัน เพราะฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
26.	โดยทั่วไปแล้วฉันสามารถดำเนินชีวิตไปในทางที่ฉันต้องการ	1	2	3	4
27.	ฉันสามารถมีชีวิตที่ดีและสมบูรณ์ได้ ถึงแม้ว่าฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
28.	คนอื่น ๆ คิดว่าฉันไม่สามารถประสบความสำเร็จในชีวิตได้มาก เพราะฉันป่วยทางจิต	1	2	3	4
29.	อคติเกี่ยวกับการป่วยทางจิต ส่งผลกระทบต่อฉัน	1	2	3	4





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์

ประกาศนียบัตรฉบับนี้ให้ไว้เพื่อแสดงว่า

สุปรียา ชินโคตร

ได้ผ่านการอบรมหลักสูตร GCP online training (Computer-based)

“แนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP:E6(R2))”

ประกาศนียบัตรฉบับนี้มีผลตั้งแต่วันที่ 20 พฤษภาคม 2566 ถึงวันที่ 20 พฤษภาคม 2568

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์ไพบรณ จันทริวิเมลีอง)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาแพทยศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ นายแพทย์สมบัติ มุ่งทวีพงษา)
รองคณบดีฝ่ายวิจัยและนวัตกรรม





คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เลขที่การรับรอง : 255/2565

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย

ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ) Factors Associated with Physical Activity of People with
Schizophrenia in the Northeast region of Thailand.

ผู้วิจัย : นางสาวสุปรียา ชิมโคตร

หน่วยงานที่รับผิดชอบ : พยาบาลศาสตร์

สถานที่ทำการวิจัย : โรงพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ของประเทศไทย

ประเภทการพิจารณาแบบ : แบบเร่งรัด

วันที่รับรอง : 18 กรกฎาคม 2567

วันหมดอายุ : 17 กรกฎาคม 2568

ต่ออายุ ครั้งที่ : 2

วันหมดอายุ : 17 กรกฎาคม 2568

ข้อเสนอการวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาและให้ความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยมหาสารคามแล้ว และอนุมัติในด้านจริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ บนพื้นฐานของ
โครงร่างงานวิจัยที่คณะกรรมการฯ ได้รับและพิจารณา เมื่อเสร็จสิ้นโครงการแล้วให้ผู้วิจัยส่งแบบฟอร์มการปิด
โครงการและรายงานผลการดำเนินงานมายังคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หรือ
หากมีการเปลี่ยนแปลงใดๆ ในโครงการวิจัย ผู้วิจัยจักต้องยื่นขอรับการพิจารณาใหม่

กตวีร์ สว่างจิตร์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ เกสัชกรหญิงรัตรี สว่างจิตร์)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

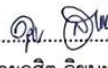
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)



AL 03.1

หนังสือรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย

เลขที่หนังสือรับรอง	DMH.IRB.COA 028/2566	
ชื่อโครงการ	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย Factors Associating with Physical Activity of People with Schizophrenia in the Northeast region of Thailand.	
รหัสโครงการวิจัย	DMH.IRB 026/2566 BRm_Ful	
ผู้วิจัยหลัก	นางสาวสุปรียา ชินโคตร	
สังกัดหน่วยงาน	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ (นิสิตปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม)	
ผู้สนับสนุนทุนวิจัย	ทุนส่วนตัว	
ประเภทการทบทวน	การพิจารณาโครงการวิจัยแบบเต็มชุด	
เอกสารที่รับรอง		
1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน	ฉบับวันที่ 3 ตุลาคม 2566	
2. โครงการวิจัย	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 15 ธันวาคม 2566	
3. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย / อาสาสมัคร	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 15 ธันวาคม 2566	
4. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย	ฉบับวันที่ 3 ตุลาคม 2566	
5. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	ฉบับแก้ไขครั้งที่ 1 วันที่ 15 ธันวาคม 2566	
6. ประวัติผู้วิจัย	ฉบับวันที่ 3 ตุลาคม 2566	
วันที่รับรอง 20 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2566	วันที่หมดอายุการรับรอง 19 เดือนธันวาคม พ.ศ. 2567	
กำหนดการส่งรายงานความก้าวหน้าทุก 12 เดือน (ส่งรายงานความก้าวหน้าภายใน 30 วัน ก่อนวันหมดอายุ)		
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองเอกสารที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH-GCP)		
<p>ลงนาม.....</p> <p>(นายดุสิต ลิขนะพิชิตกุล)</p> <p>ประธานคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต</p>		
ทั้งนี้ การรับรองมีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)		



คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์
ที่อยู่ 210 หมู่ 11 ตำบลอาจสามารถ อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม 48000 โทรศัพท์ 0 4253 9000

เอกสารรับรองโครงการวิจัย

เอกสารรับรองเลขที่	:	NPRPHEC 2567-001
วันที่ให้การรับรอง	:	28 มิถุนายน 2567
วันหมดอายุการรับรอง	:	28 มิถุนายน 2568
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาไทย)	:	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภท ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ชื่อโครงการวิจัย (ภาษาอังกฤษ)	:	Factors Association with Physical Activity of People with Schizophrenia in the Northeast region of Thailand.
ชื่อผู้วิจัย	:	นางสาวสุปรียา ชินโคตร
หน่วยงาน	:	คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ประเภทการทบทวน	:	การพิจารณาโครงร่างการวิจัยแบบ Exemption

ผลการพิจารณา

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชชนครินทร์
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการ
วิจัยในมนุษย์ให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ เนื่องจากโครงการวิจัยดังกล่าวได้ผ่านการรับรองจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่รับรอง
DMH.IRB.COA 028/2566 รหัสโครงการวิจัย DMH.IRB 026/2566 BRm_Ful

(นายวรท ลำไย)

นายแพทย์เชี่ยวชาญ

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ที่ สธ ๐๘๓๕.๒๒/๖๓๗๗



โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ๔๐๐๐๐

๔ กันยายน ๒๕๖๗

เรื่อง อนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

อ้างถึง หนังสือคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ อว ๐๖๐๕.๑๑/๑๐๐๐ ลงวันที่ ๙ พฤษภาคม ๒๕๖๗

ตามหนังสือที่อ้างถึงคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ความละเอียดแจ้งแล้ว นั้น

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ พิจารณาแล้วยินดีให้นักศึกษารายนางสาวสุปรียา ชินโคตร คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ลงพื้นที่เก็บข้อมูลเพื่อประกอบการทำวิทยานิพนธ์ดังกล่าวได้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบ

ขอแสดงความนับถือ

ก.วิมล วัฒน

(นางกนกวรรณ กิตติวัฒนากุล)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กลุ่มงานพัฒนาคุณภาพและวิชาการ

โทร. ๐ ๔๓๒๐ ๙๙๙๙ ต่อ ๖๓๑๔๒

โทรสาร ๐ ๔๓๒๒ ๔๗๒๒

ที่ อว 0605.11/1001



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

9 พฤษภาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชนครพนมราชนครินทร์

ด้วย นางสาวสุปรียา ชินโคตร รหัสนิสิต 62010480010 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นการตอบแบบสอบถาม จำนวน 85 ราย โดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม 2 ส่วน จำนวน 101 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป 2) แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ 3) แบบสอบถามคุณลักษณะการตัดสินใจในการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 10 ข้อ 4) แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 30 ข้อ 5) แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 18 ข้อ 6) แบบสอบถามเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 13 ข้อ และ 7) แบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต จำนวน 29 ข้อ เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 255/2566 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2566 และผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DHM.IRB.CO.A 028/2566 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุปรียา ชินโคตร เข้าเก็บข้อมูลดังกล่าวเพื่อในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา ผูกพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารวางแผนและพัฒนาองค์กร

รักษาราชการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต โทร. 095-6547621

ชื่อนิสิต นางสาวสุปรียา ชินโคตร โทร. 081-7996985 email: supreeya8455@gmail.com

ที่ อว 0605.11/



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

พฤษภาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

ด้วย นางสาวสุปรียา ชินโคตร รหัสนิสิต 62010480010 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดประเทศไทย" โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นการตอบแบบสอบถาม จำนวน 165 ราย โดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม 2 ส่วน จำนวน 101 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป 2) แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ 3) แบบสอบถามคุณภาพการตัดสินใจในการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 10 ข้อ 4) แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 30 ข้อ 5) แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 18 ข้อ 6) แบบสอบถามเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 13 ข้อ และ 7) แบบวัดการรับรู้ว่าคุณติตราของการป่วยทางจิต จำนวน 29 ข้อ เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 255/2566 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2566 และผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DHM.IRB.COA 028/2566 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้
นางสาวสุปรียา ชินโคตร เข้าเก็บข้อมูลดังกล่าวเพื่อในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะ
ได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา ผูกพันธ์)
รองคณบดีฝ่ายบริหารวางแผนและพัฒนาองค์กร
รักษาราชการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357
อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต โทร. 095-6547621
ชื่อนิสิต นางสาวสุปรียา ชินโคตร โทร. 081-7996985 email: supreeya8455@gmail.com

ที่ อว 0605.11/1000



คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ตำบลขามเรียง อำเภอกันทรวิชัย
จังหวัดมหาสารคาม 44150

9 พฤษภาคม 2567

เรื่อง ขออนุญาตให้นิสิตพยาบาลระดับปริญญาโทเข้าเก็บข้อมูลประกอบการทำวิทยานิพนธ์
เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ด้วย นางสาวสุปรียา ชินโคตร รหัสนิสิต 62010480010 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ได้รับอนุมัติให้ทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีกิจกรรมทางกายของผู้ป่วยจิตเภทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดไทย” โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ มีความประสงค์จะขออนุญาตเข้าเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาล อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่สมัครใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัยเป็นการตอบแบบสอบถาม จำนวน 130 ราย โดยให้ผู้ป่วยทำแบบสอบถาม 2 ส่วน จำนวน 101 ข้อ ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป 2) แบบสอบถามระดับขั้นของการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 5 ข้อ 3) แบบสอบถามคุณภาพการตัดสินใจในการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 10 ข้อ 4) แบบสอบถามกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 30 ข้อ 5) แบบสอบถามความเชื่ออำนาจในตนเองเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 18 ข้อ 6) แบบสอบถามเกี่ยวกับการประกอบกิจกรรมทางกาย จำนวน 13 ข้อ และ 7) แบบวัดการรับรู้ว่าถูกตีตราของการป่วยทางจิต จำนวน 29 ข้อ เพื่อนำข้อมูลไปประกอบการทำวิทยานิพนธ์ให้เป็นไปด้วยความเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 255/2566 เมื่อวันที่ 19 กรกฎาคม 2566 และผ่านการเห็นชอบของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนด้านสุขภาพจิตและจิตเวช กรมสุขภาพจิต เลขที่ DHM.IRB.CO.A 028/2566 เรียบร้อยแล้ว

ในการนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม จึงใคร่ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุปรียา ชินโคตร เข้าเก็บข้อมูลดังกล่าวเพื่อในการทำวิทยานิพนธ์ต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่าน และขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.จิตาภา ผูกพันธ์)

รองคณบดีฝ่ายบริหารวางแผนและพัฒนาองค์กร
รักษาราชการแทน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำนักงานเลขานุการ โทรศัพท์/โทรสาร 043-754357

อาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ชูชาติ วงศ์อนุชิต โทร. 095-6547621

ชื่อนิสิต นางสาวสุปรียา ชินโคตร โทร. 081-7996985 email: supreeya8455@gmail.com

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ	นางสาวสุปรียา ชิมโคตร
วันเกิด	16 ธันวาคม 2523
สถานที่เกิด	อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี
สถานที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเลขที่ 172 หมู่ 4 ตำบลเขมราฐ อำเภอเขมราฐ จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34170
ตำแหน่งหน้าที่การงาน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถานที่ทำงานปัจจุบัน	โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ บ้านเลขที่ 212 ถนนแจ้งสนิท ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี รหัสไปรษณีย์ 34000
ประวัติการศึกษา	พ.ศ. 2546 ปริญญาพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยเทคโนโลยีราชธานี พ.ศ. 2568 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

พูน ปณ ทิโต ชีเว