

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. <http://www.dmh.go.th/report/patient/ipd.asp>. [Online : 20 /01/2552])
- กาญจนา ชัยเจริญ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยา ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. ทุนวิจัยสนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก โครงการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต. วารสาร พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับที่ 3/1 : หน้า 22 - 42.
- จิราพร รักรการ. 2549. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จลิ เจริญสรรพ. 2538. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารพยาบาลสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย 3 : 220-226
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3 นนทบุรี : ยูทรินทร์การพิมพ์.
- ปราชญ์ บุญวงศ์วิโรจน์. 2546. การนำระบบ การจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.
- ปรารธนา คำมีสินนท์. 2550. การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พรทิพย์ วชิรคิดล และ สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. 2550. ผลของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 16 (1): 41-50.

- พรสวรรค์ พูลกระจ่าง. 2548. การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประทับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิชัย แสงชาญชัย. 2548. การเสริมสร้างแรงจูงใจและการบำบัดทางยาสำหรับผู้ป่วยติดสารเสพติด. [ม.ป.ท.] : กองจิตเวชและประสาทวิทยา โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. 2548. การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 19 (1): 1-9.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. 2550. โรคจิตเภท. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ ฉบับพิมพ์ครั้งที่ 2 : กรุงเทพฯ บริษัทบียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิชัย. 2542. โรคจิตเภท. ชุดโครงการตำราและเอกสารทางวิชาการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาริบัติ. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ราตรี พัฒนรังสรรค์. 2542. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาคน. กรุงเทพฯ: สถาบันราชภัฏจันทรเกษม.
- เรียม ศรีทอง. 2542. พฤติกรรมมนุษย์กับการพัฒนาการ : ศาสตร์แห่งการพัฒนาชีวิตและสังคม. กรุงเทพมหานคร : บริษัท เวิร์ดเวฟเอ็ดดูเคชั่น จำกัด.
- วัชณี หัตถพนม. 2539. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.
- สกาวัฒน์ ภูผา. 2543. ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิตร หนูเจริญกุล. 2540. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ. พรินติ้ง.
- สรินทร์ เชี่ยวโสธร. 2545. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล และคณะ. 2543. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้วการพิมพ์.

- สมัยพร อาชาล. 2543. ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และ
ศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธีรา ฮุนตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์. 2532 . อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาใน
โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. 2536. ผลการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการใช้เงื่อนไขผูกพันต่อ
ความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญา
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันท์ ทรงจรินทร์. 2548. การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแล
ตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา. โครงการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพล รุจิรพิพัฒน์ และ คณะ 2528 . รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตที่กลับเข้ามารับการ
รักษาซ้ำ . โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.
- สุรางค์ ไคว้ตระกูล .2544. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สมัตถะ. 2541. ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วย จิตเวช ที่บ้านต่อความสามารถ ในการ
ดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธิตพร พุฒขาว. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิต
วิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพพนิชฐ สมานวงษ์ไทย. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 9 (3), 129-139.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ . 2536. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารับการรักษาด้วยยาของ
ผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต. กระทรวง
สาธารณสุข .

ภาษาอังกฤษ

- Adam, J., & Scott, J. 2000. Predicting medication adherence in severe mental disorder. Acta Psychiatrica Scandinavica .101(2), 119-124.
- Agarwal, R.M. et al. 1998. Non-compliance with treatment in patients suffering from schizophrenia: A study to evaluate possible contributing factors. International Journal of Social Psychiatry .44(2), 92-106.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. 1980. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. Schizophrenic Bulletin 6(3): 490-505.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. 1986. Schizophrenic and the family: A Practitioner's guide to psychoeducation and management. New York: Guilford Press.
- Becker, M.H. 1974. The Health Belief Model and Personal Health Behaviors. New Jersey: Charles B. Slacky.
- Baker, C. 1995. The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individual who have schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing .9(5), 261-268.
- Bond, W.S., & Hussar, D.A. 1991. Detection method and strategies for improving medication compliance. American Journal of Hospital Psychiatry, 48, 1978-1988.
- Boyd, M.A. 2005. Psychiatric Nursing Contemporary Practice. 3rd ed. Philadelphia : Lippincott .
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. 1985. Intrinsic motivation and self – determination in human behavior. New York : Plenum.
- Deci, E.L., & Ryan, R.M. 1991. Self – determination theory an approach to human motivation and personality. Retrieved January 5, 2009, from [http : // www. Urpress.com/htm](http://www.Urpress.com/htm).
- DiClemente, C. C., Bellino, L. E., & Neavins, T.M. 1999. Motivation for change and alcoholism treatment. Alcohol Research & Health. 23 (2), 86-92.
- Falvo, D.R. 2004. Effective Patient Education: A Guide to Increased Compliance. 3rd ed. London: Jones and Battett publishers.
- Farragher, B. 1999. Treatment compliance in the mental health service. Iris Medication Journal. 92(6), 1-3.
- Favrod, J. 1993. Taking back control giving patients information about their drug regimens improves compliance. Nursing Time 89 (34) : 68-70.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. 2002. From compliance to concordance: a review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication.

- Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing . 9(3), 277-284.
- Hayward, P., Chan, N., Kemp, R. et al. 1995. Medication self-management: a preliminary report on an intervention to improve medication compliance. J Mental Health . 4(9), 511-517.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J.1995. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams and Wilkins.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. 1998. Synopsis of psychiatry. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite. G., Everitt, B., David, A. 1996. Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial. British Medical Journal . 312 (12), 345-349.
- Kemp R, Kirov G, Everitt B, Hayward P, David A. 1998. Randomised controlled trial of compliance therapy. 18-month follow-up. British Journal Psychiatry . 172 (12), 413- 419.
- Kemppainen, J.H. et al. 2003. Psychiatric Nursing and Medication Adherence. Journal of Psychosocial Nursing . 41(2), 39-49.
- Kumar, S., & Sedwick, P. 2001. Non- compliance to psychotropic medication in Eastern India : Clients' perspective. Part II. Journal of Mental Health .10(3), 279-284.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. Stress. Appraisal and Coping. New York: Springer.
- Litt, M. 1998. Adherence to health care regimens : Summary of current research. Dept. of Behavioral Science, University of Connecticut Health Center.
- Marland, G.R., & Cash, K. 2001. Long- term illness and patterns of medicine taking: are people with schizophrenia a unique group. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing . 8(3), 197-240.
- Miller W. R.& Rollnick S. 1991. Motivation Interviewing Preparing People to Change Addictive Behavior. New York: The Guilford press.
- Oehl, M. Hummer, M. and Fleischhacker, W.W. 2000. Compliance with antipsychotic treatment. Acta Psychiatrica Scandinavia. 102(407), 83-86.
- Orem, D.E. 1995. Nursing Conceptes of Practice. 5th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Overall, J.E., Gorham, D.R. 1962. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports. 25(10), 799 -821.
- Peplau, H.E. 1992. Interpersonal relations: A theoretical framework for application in nursing practice. Nursing Science Quarterly. 5(1)spring,13-15.

- Pekkala, E., & Merinder, L. 2006. Psychoeducation for Schizophrenia (review). Retrieved June 15, 2006, from [http://www. Cochrane.Org](http://www.Cochrane.Org).
- Perkins, D. O. 2002. Predictors of Noncompliance in Patients With Schizophrenia. Journal of Clinical Psychiatry. 63(12), 1121-1127.
- Pitschel-Walz, Bauml, J., Bender, W., Endel, R.R. & Wagner, M. 2006. Psycho education and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry. Mar; 67-75.
- Prochaska JO, DiClemente CC, Norcross JC. 1997. In search of how people change: applications to addictive behaviors, in Addictive Behaviors: Readings on Etiology, Prevention, and Treatment. Edited by Marlatt GA, VandenBos GR. Washington, DC, American Psychological Association Press2 . (2,), 671–696.
- Ran M.S., Xiang MZ., & Chan, CL. 2003. Effectiveness of psycho educational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia – a randomised controlled. Soc Psychiatry Epidemiol, 2003 Feb ; 38 (2) : 69-75 .
- Razali, M.S., & Yahya, H. 1995. Compliance with treatment in schizophrenia: A drug intervention program in developing country. Acta Psychiatrica Scandinavica . 91(5), 331-335.
- Reilly, E.L. et al. 1967. Clinical characteristics and medication history of schizophrenics readmitted to the hospital. International Journal of Neuropsychiatry .39(3), 85-90.
- Renton, C.A. et al. 1963. A follow-up of schizophrenic patients in Edinburgh. Acta Psychiatrica Scandinavica. 39(3), 548-600.
- Rusch, N and Corrigan P.W. 2002. Motivational interviewing to improve insight and treatment adherence in schizophrenia. Psychiatr Rehabil J .26(1), 23-32.
- Ryan, A.A. and Chambers M. 2000. Medication management and older patient : an individualized and systematic approach. Journal of Clinical Nursing . 9 (1), 732-741.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S 1995. Initial motivations for alcohol treatment : Relations with patient characteristics, treatment involvement and dropout. Addictive Behaviors, 20, 279 – 297.
- Ryan, R. M., Plant, R. W., & O'Malley, S 1995. Treatment motivations questionnaire. Retrieved December 20, 2008, from [http://www. Sdt/ Questionnaire/](http://www.Sdt/Questionnaire/) self-regulation questionnaire treatment.
- Todd, B. 1981. Reasons people don't take their meds . RN, 44 (3) 54-57.

Townsend, M.C. 2003. Psychiatric Mental Health: Concepts of Care. 4th ed. Philadelphia :
Davis company.

Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C.A., & Mechanic, D. 2002. Interventions to improve
medication adherence in schizophrenia. American Journal Psychiatry. 10(159), 1653-
1663.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ช่วยผู้ศึกษา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ – สกุล

1. อาจารย์ ดร. เพ็ญพรรณ ขจรศิลป์

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน

พยาบาลวิชาชีพ 8

อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ชลบุรี

2. นางสาวรัตน์ พวงลัดดา

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

(ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต)

กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลศรีธัญญา

3.นางสาวชลพร กองคำ

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

(ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและสุขภาพจิต)

กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ
เจ้าพระยา

ผู้ช่วยผู้ศึกษา

1. นางกาญจนา สุดใจ

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยา

2. นางสุจินต์ ศรีทอง

พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ

เจ้าพระยา

ภาคผนวก ข.
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือในการดำเนินโครงการ

1. สถิติที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ที่ดัดแปลงมาคือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

$$\alpha = \left[\frac{n}{n-1} \right] \left[\frac{\sum s_i^2}{S_t^2} \right]$$

เมื่อ	α	คือ	ค่าความเชื่อมั่นในแบบวัด
	n	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบวัด
	$\sum s_i^2$	คือ	ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
	S_t^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 คำนวณค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สูตร

$$P = \frac{P(100)}{N}$$

เมื่อ	P	=	ค่าร้อยละ
	F	=	ผลรวมของข้อมูล
	N	=	จำนวนรวมทั้งหมด

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

$$\bar{X} = \frac{\sum X}{N}$$

เมื่อ	\bar{X}	=	ค่าเฉลี่ย (Mean)
	$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน
	N	=	จำนวนของคะแนนทั้งหมด

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(Standard deviation) มีสูตรดังนี้(บุญใจ ศรีสถิตนรากร,2547)

$$SD = \sqrt{\frac{\sum(X - \bar{X})^2}{n - 1}}$$

เมื่อ SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 \bar{X} = ค่าเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น
 n = จำนวนข้อมูลชุดนั้น

2.4 สถิติทดสอบ t – test มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร,2547)

$$t = \frac{\bar{X} - \mu}{\frac{SD}{\sqrt{n}}} \quad df = n - 1$$

เมื่อ \bar{X} = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
 μ = กลุ่มตัวอย่าง
 SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
 n = ขนาดตัวอย่าง
 df = จำนวนค่าอิสระ (Degree of Freedom)

ภาคผนวก ค.
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาอิสระ

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ
ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาอิสระ.....

คำยินยอมของผู้เข้าร่วมโครงการศึกษาอิสระ

ข้าพเจ้า..... ได้รับทราบจากผู้ศึกษา

ชื่อ นางสุกฤดียา กุลศรี บ้านเลขที่ 12/560 หมู่ 12 หมู่บ้านพระปิ่น4 แขวงหนองแขม เขต
หนองแขม กรุงเทพมหานคร หมายเลขโทรศัพท์สำหรับ ติดต่อ 089 – 7107160 ซึ่งได้ลงนาม
ด้านท้ายของหนังสือนี้ ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและขั้นตอนการศึกษา เรื่อง การศึกษาการใช้
โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ข้าพเจ้าเข้าร่วมโครงการศึกษาครั้งนี้โดยสมัครใจ เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการศึกษาและมี
สิทธิที่จะปฏิเสธจากการเข้าร่วมจากโครงการศึกษาอิสระได้ตามต้องการ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง
เหตุผล ซึ่งจะไม่มีผลใดๆต่อข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าได้รับการรับรองจากผู้ศึกษาโครงการศึกษาว่าข้อมูลของข้าพเจ้าจะถูก
เก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาครั้งนี้ ภายใต้งื่อนไขที่ระบุไว้ข้างต้น

.....

สถานที่/วันที่

.....

ลงนามผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาอิสระ

.....

สถานที่/วันที่

.....

(นางสุกฤดียา กุลศรี)

ลงนามผู้ศึกษาหลัก

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงงใจ
2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่
 - ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ
 - ส่วนที่ 1 แบบวัดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท
 - ส่วนที่ 2 แบบวัดแรงงใจในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด โดยมีความชุกร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก และมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5 : ประชากร 100,000 คนต่อปี (Kaplan & Sadock, 1998) ถึงแม้ว่าโรคจิตเภทจะไม่ใช่สาเหตุของการตายแต่เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรัง และมีผลกระทบมากต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากเป็นโรคที่เรื้อรัง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2543) จากการศึกษาการเจ็บป่วยที่ก่อให้เกิดภาระของโรค (Global Burden of Disease) พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ก่อให้เกิดภาระของโรคมากที่สุดถึงร้อยละ 11 โดยพิจารณาตามเกณฑ์จำนวนปีที่สร้างความเสียหายให้กับชีวิตของผู้ป่วยด้วยโรคนั้นๆ (Disability Adjustment Life Years : DALYs) และคาดว่าจะสูงกว่าร้อยละ 15 ในปี ค.ศ. 2020 (Murray and Lopez , 1996 อ้างใน ปราชญ์ บุญยวงศ์วิโรจน์, 2546) ซึ่งในทางเศรษฐศาสตร์นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม และโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและมีพฤติกรรมแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์(สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) มักเกิดอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ การดำเนินโรคมียุติลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาดเป็นปกติเหมือนเดิม (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับมาซ้ำ มีร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆอย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ์ พงษ์อนุตรี, 2531) โดยแนวคิดในปัจจุบันที่เชื่อว่าสาเหตุสำคัญหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติเนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ (แพชรี คันธสายบัว, 2544) และปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทด้วยยาด้านโรคจิต นับว่าเป็นวิธีการรักษาที่ใช้ในลำดับแรกและมีประสิทธิภาพ เนื่องจากช่วยลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการ และส่งผลกระทบต่อการรักษา โดยเฉพาะช่วยป้องกันการเกิดเป็นซ้ำหรือเกิดอาการใหม่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องรับการบำบัดด้วยยาด้านโรคจิตอย่างต่อเนื่องและยาวนาน จึงทำให้ผู้ป่วยร้อยละ 80 ต้องได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกภายหลังที่จำหน่ายจากโรงพยาบาลแล้ว (Kaplan&Sadock, 1995) ทั้งนี้จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องลดลงตามระยะเวลา

ของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น โดยพบว่า มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างถูกต้องประมาณร้อยละ 50 ในปีแรกของการเจ็บป่วย และลดลงเหลือร้อยละ 15 ในปีถัดไป (Rusher, Wit and Mazmanian, 1997)

โดยสาเหตุที่พบมากที่สุด คือผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา มีพฤติกรรมการรับประทานยาไม่ถูกต้องเนื่องจากการรับประทานยาทางจิตเวชนั้นต้องใช้ระยะเวลายาวนานและอาจเกิดอาการข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเบื่อหน่ายขาดแรงจูงใจในการรักษา (Sadock & Sadock, 2000) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุธีรา ฮุนตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์ (2532) พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง เป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน ดังจะเห็นได้จากรายงานพบว่าร้อยละ 56 ของผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา รับประทานยาไม่ต่อเนื่องในแต่ละวัน และผลจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2542) โดยร้อยละ 30 มีอาการป่วยซ้ำภายในระยะเวลา 1 ปี และเพิ่มขึ้นเป็น 2 เท่าภายใน 2 ปี (Marlan and Cash, 2001) นอกจากนี้ การศึกษาของ กาญจนา ชัยเจริญ (2547) ยังพบว่าปัจจัยที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ได้แก่ การขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ สาธุพร พุฒขาว (2541) พบว่าสาเหตุส่วนใหญ่ที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาพฤติกรรม ไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา มาจากการที่ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและขาดแรงจูงใจในการรักษาอย่างต่อเนื่อง (Kaplan & Sadock, 2000)

Favarod (1993) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการให้ความรู้และคำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาอาการทางจิต สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย (Macpheson, 1996) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเป็นจุดสำคัญในการปรับเปลี่ยนให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจที่จะนำไปสู่พฤติกรรมของผู้ป่วย โดยเฉพาะถ้าความรู้นั้นตรงกับความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยสามารถทำความเข้าใจ นำไปใช้ได้จริง จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น (Bond & Husser, 1991) และจากการศึกษาของ Litt (2000) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า แรงจูงใจ (motivation) เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการรักษาในระดับสูง ซึ่งจากการศึกษาของ Deci & Ryan (1991) ได้ให้ความสำคัญของแรงจูงใจว่าเป็นปัจจัยทางจิตใจที่กระตุ้นและชี้นำให้บุคคลแสดงพฤติกรรมไปสู่เป้าหมาย แรงจูงใจจะมีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับความรู้ถึงความสามารถแห่งตน (competence) และการกำหนดการกระทำด้วยตนเอง (self-determination) ในภาวะปกติบุคคลจะแสดงพฤติกรรมเนื่องจากแรงจูงใจภายในมากกว่าแรงจูงใจจากภายนอก แต่ในบางภาวะบุคคลอาจ

แสดงพฤติกรรมเนื่องจากมีแรงจูงใจจากภายนอก แต่บุคคลนั้น ได้เลือกกระทำบนพื้นฐานความต้องการกับเป้าหมายของตนแล้ว เช่น ในภาวะที่มีการเจ็บป่วย เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วยของตน เป้าหมายของผู้ป่วยคือต้องการหายป่วยหรือบรรเทาจากการเจ็บป่วย ดังนั้นผู้ป่วยจะมีการปฏิบัติตนเพื่อจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยของตนเป็นต้น ซึ่งสภาวะของจิตใจที่รับรู้ถึงภาวะการเจ็บป่วย จนมีการเข้ารับการรักษาเพื่อจัดการกับภาวะการเจ็บป่วยนั้น เรียกว่าแรงจูงใจ ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของ Ryan, Plant & O'Malley (1991) ว่าการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา นอกจากจะมีแรงจูงใจภายในและภายนอกแล้วยังมีความมั่นใจในการรักษา และการแสวงหาความช่วยเหลืออีกด้วย อาจกล่าวได้ว่าแรงจูงใจเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมของบุคคลในการกระทำสิ่งใดสิ่งหนึ่ง แรงจูงใจจะเป็นตัวพลัง เป็นแรงเสริม และจะกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมไปสู่เป้าหมายที่กำหนดได้ด้วยตนเอง ดังนั้นการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยมุ่งเน้นเทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นในผู้ที่เป็โรคจิตเภทเพื่อลดการป่วยซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้ผ่านการรับรองคุณภาพจากสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อมุ่งสู่มาตรฐาน จึงมีการพัฒนาระบบบริการต่างๆ ในสถาบันฯ กลุ่มการพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักของสถาบันฯ ได้มีการนำตัวชี้วัดมาพัฒนางานการพยาบาล จำนวนผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่ทางสถาบันฯ ต้องเร่งปรับปรุงเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำที่มาใช้บริการ และกลุ่มการพยาบาลได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารักษาในสถาบันฯ ลักษณะของการบำบัดจะใช้กลุ่มกิจกรรมเป็นหลักโดยมีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในด้านต่างๆ เช่น ทักษะการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ทักษะทางสังคม ทักษะการเผชิญปัญหา การคิด โดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตน ทั้งนี้จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องผู้ศึกษาพบว่ายังไม่ครอบคลุมถึงพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการเสริมสร้างแรงจูงใจในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย และจากข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยรับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปีงบประมาณ 2549 – 2551 มีจำนวน 4,057 ราย , 3,650 ราย และ 4,040 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยโรคจิตเภท จำนวน 2,062 ราย 1,915 ราย และ 2,125 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.83 , 52.47 , 52.60 ตามลำดับ(แหล่งข้อมูล : สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2551) และเมื่อศึกษาเพิ่มประวัติของผู้ป่วย พบว่าส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องขาดการมารักษาและรับยาที่ต่อเนื่อง ผู้ศึกษาในฐานะที่เป็นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งรับผิดชอบให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและผู้ป่วยจิตเภทของสถาบันฯ จึงได้ทำการประเมินผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีปัญหาดังกล่าว จำนวน 10 คน เป็นชาย 5 คน หญิง 5 คน โดยใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร (2545) ผลการประเมินพบว่าผู้ป่วยถึง 10 รายมีพฤติกรรมการใช้ยา

ในระดับที่ไม่เหมาะสม จนมักมีอาการกำเริบตามมา โดยเมื่อทำการสัมภาษณ์ต่อจะพบว่าปัญหาการมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาดังกล่าวนี้ ส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิต การจัดการกับอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากการใช้ยา เช่น ผู้ป่วยคิดว่าอาการป่วยของตนเองหายดีแล้วจึงหยุดรับประทานยา กลัวติดยาเนื่องจากต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน รู้สึกไม่สุขสบาย มีอาการตัวแข็ง ลิ้นแข็ง ง่วงนอน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน และปัญหาขาดแรงจูงใจในการรับประทานยาต่อเนื่อง เช่น รู้สึกเบื่อหน่ายไม่ยอมรับรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ (2536) ซึ่งศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องส่วนหนึ่งคือปัจจัยเรื่องผู้ป่วยจิตเวชขาดความรู้เรื่องการรักษาโดยคิดว่าตนเองหายดีแล้วจึงไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และการศึกษาของอำพัน หิรัญอุทก (2547) ได้กล่าวถึงปัญหาเกี่ยวกับการมีพฤติกรรมไม่ใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การรับประทานยาไม่ถูกต้องเนื่องจากเกิดความเบื่อหน่ายและขาดแรงจูงใจในการรักษา นอกจากนี้ผู้ป่วยยังขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการปฏิบัติตัว ไม่สามารถสังเกตอาการเตือนก่อนอาการกำเริบที่ต้องรีบมาพบแพทย์ การขาดความรู้ยังนำไปสู่การปฏิเสธการเจ็บป่วยและไม่มารับการรักษาต่อเนื่องด้วย จากการศึกษาของ อ่ำไพพนิชย์ สมานวงศ์ไทย (2544) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา โรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่าความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการมารับรักษาอย่างสม่ำเสมอ วัชณี หัตถพนมและคณะ (2539) ศึกษาปัจจัยเรื่องผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยและญาติยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการรักษา และ ละเอียด รอดจันทร์ และคณะ (2542) ศึกษาปัจจัยสัมพันธ์กับการมารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่าผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเวชอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ดังกล่าวยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจของประเทศ ผลกระทบต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทคือ มีความบกพร่องทักษะในการดูแลตนเอง โดยทั่วไป ได้แก่ การดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการประกอบอาชีพ และบกพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง (จิคารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541 ; ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) ผลกระทบต่อครอบครัว คือสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจและเป็นภาระต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้าน เป็นค่าเดินทางและค่ารักษา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540)

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำโดยส่วนใหญ่ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่อง โรคจิตเภท การรักษาและขาดแรงจูงใจในการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาซึ่งพยาบาลจิตเวชที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องหาวิธีการให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและอยู่ในสังคมได้ยาวนาน ไม่มีอาการกลับ

เป็นจำนวนมากกลายเป็นโรคเรื้อรัง หรือเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) ผู้ศึกษาจึงสนใจนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) ประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skill) โดยประยุกต์การเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เป็นองค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษาในครั้งนี้ ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 : การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยใช้เทคนิค OARS

กิจกรรมที่ 2 : การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในขั้นตอนนี้ใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ “FRAMES” เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่ นำไปสู่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาเทคนิคที่สำคัญเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ FRAMES

กิจกรรมที่ 4 : ฝึกทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเองอย่างถูกต้องโดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ากิจกรรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท และมีแรงจูงใจในการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษามากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปอยู่ในครอบครัว ชุมชน และสังคมได้อย่างมีความสุข ลดการป่วยซ้ำได้

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ผู้ศึกษากำหนดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาของ Anderson et al. (1980) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้ และการเสริมสร้างแรงจูงใจซึ่งเป็นแนวคิดของ Miller & Rollnick (1991) เป็นองค์ประกอบของการให้สุขภาพจิตศึกษา ระยะเวลาดำเนินการ 3 สัปดาห์ติดต่อกันจำนวน 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 คน โดยสัปดาห์แรก ดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และสัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 4 ดำเนินการใช้เวลากิจกรรมละ 60 นาที จนครบ 4 กิจกรรมดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย การทำความรู้จักคุ้นเคย เพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้น การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทและใช้เทคนิคการเสริมสร้างแรงจูงใจ โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเล่าถึงประวัติการเจ็บป่วยและอาการสำคัญที่ทำให้ได้มารักษาในโรงพยาบาลในครั้งนี้

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา โดยเป็นการให้ความรู้ที่สำคัญตามความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับความรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี การให้ความรู้เกี่ยวกับยา พฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และอาการข้างเคียงจากยา สามารถเพิ่มพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภทได้ และเป็นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) เนื่องจากสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องตามเกณฑ์ คือ การเกิด อาการข้างเคียงจากการใช้ยาทางจิต ดังนั้นจึงเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภท จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงของยา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาดังกล่าวได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค โดยการให้ผู้ป่วยและฝึกทักษะในการสังเกตอาการและการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เป็นการสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยค้นหาสาเหตุ และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่ข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง และการเสริมสร้างแรงจูงใจ คือ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับถึงความรุนแรงของปัญหาการไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา การเน้นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของผู้ป่วยเองในการตัดสินใจว่าจะร่วมมือในการรักษาด้วยยา การให้คำแนะนำที่มีประโยชน์และจำเป็นต่อการตัดสินใจที่มีผลต่อสุขภาพกายและจิต การให้ทางเลือกในการปฏิบัติ การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการส่งเสริมศักยภาพเดิมที่มีอยู่ในตัวผู้ป่วย และให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและกำลังใจว่าสามารถรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องได้

4. การพัฒนาทักษะการจัดการจัดยาและรับประทานยาด้วยตนเองถูกต้องทั้งขนาด เวลา ชนิด และวิธีการ สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยา และการแก้ไขเบื้องต้น โดยใช้หลักเสริมแรงทางบวก ผู้ศึกษาได้สร้างความมั่นใจในความสามารถด้านการจัดการกับปัญหาการใช้ยา เอื้ออำนวยด้านวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น ตลับใส่ยา แผ่นพับ และคู่มือการดูแล ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ มีแรงจูงใจที่จะกระทำ และมีความภูมิใจจากการรับรู้ความสามารถของตนเอง โดยทดลองปฏิบัติ รวมทั้งการสังเกตอาการกำเริบของโรคจะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เกิดการบริหารยาได้ด้วยตนเอง

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการใช้ยาทางจิตเวชตามการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต ซึ่งวัดจากแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ สรินทร เชี่ยวโสธร(2545) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Farragher (1999) และการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ

1. การใช้ยาตามแผนการรักษา คือ การรับประทานยาถูกต้องซึ่งแสดงออกใน 5 ลักษณะ ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ การใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์

2. ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาารักษาอาการทางจิต ได้แก่ การประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้อย่างถูกต้อง

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ดังนี้ คือ F20.0 ถึง F20.9 และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

ลักษณะของโปรแกรม รูปแบบการดำเนินกลุ่ม

1. การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน
2. เปิดเผยความรู้สึกต่างๆ ต่อสมาชิกในกลุ่ม
3. ประชุมปรึกษาแสดงความคิดเห็นต่อกัน
4. สรุปบรรยายประเด็นสำคัญ

ลักษณะของผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์การทำกลุ่มในลักษณะการเรียนรู้ แบบมีส่วนร่วม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรคตามบัญชีการจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) ดังนี้ คือ F20.0 ถึง F20.9 มีประวัติขาดยา รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ มารักษาซ้ำครั้งที่ 2 และป่วยเรื้อรังมานานกว่า 2 ปีขึ้นไป เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยชายและหญิง ที่เข้ารับรักษาแบบผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวชทั้งชายและหญิงสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 20 คน ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

1. ไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะแทรกซ้อนจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
2. อายุระหว่าง 20 – 59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่ มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้
3. ทั้งเพศชายและหญิง เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาไม่พบว่าพฤติกรรมการใช้ยามีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง
4. ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามเวลาที่กำหนดได้
5. มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาโดยประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (สรินทร์ เขียวโสธร, 2545) มีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องระดับ 1.00 – 3.49 คือต่ำมากถึงปานกลาง

ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน โดยคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยจิตเภทสามัญทั้งชายและหญิงที่มีอาการทางจิตสงบ และมีอายุระหว่าง 20 – 59 ปี รับประทานยา 2 ครั้งขึ้นไปป่วยเรื้อรังมานานกว่า 2 ปีขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมในการศึกษาคั้งนี้

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติข้างต้น
2. เสนอใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์การทำกลุ่มในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม

1.1 วัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์

1.2 ประเมินผลโดยตรงหลังเสร็จสิ้นในแต่ละกิจกรรม โดยการสังเกตและผลของการทำงานในแต่ละกิจกรรม

1.3 ประเมินความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

2. วิเคราะห์ผลการใช้โปรแกรมโดยใช้ โปรแกรม SPSS / FW และใช้สถิติทดสอบที (t - test)

ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
<p>สัปดาห์ที่ 1</p> <p>19 มีนาคม 2552</p> <p>เวลา 11.00 – 12.00 น.</p> <p>(60 นาที)</p> <p>19 มีนาคม 2552</p> <p>เวลา 15.00 – 16.00 น.</p> <p>(60 นาที)</p>	<p>กิจกรรมที่ 1</p> <p>การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทและการรักษา</p>	<p>1. เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิกให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจเกิดความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนวิธีการ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม</p>
<p>สัปดาห์ที่ 1</p> <p>19 มีนาคม 2552</p> <p>เวลา 11.00 – 12.00 น.</p> <p>(60 นาที)</p> <p>19 มีนาคม 2552</p> <p>เวลา 15.00 – 16.00 น.</p> <p>(60 นาที)</p>	<p>กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา</p>	<p>1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต</p>

วัน เดือน ปี	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
<p>สัปดาห์ที่ 2</p> <p>23 มีนาคม 2552</p> <p>เวลา 11.00 – 12.00 น.</p> <p>(60 นาที)</p> <p>23 มีนาคม 2552</p> <p>เวลา 15.00 – 16.00 น.</p> <p>(60 นาที)</p>	<p>กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของคนอง</p>	<p>1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้เข้าใจเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและสามารถสังเกตอาการของตนเองในขณะที่มีอาการของโรคกำเริบ</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกสามารถรับรู้ถึงความรุนแรงโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติการดูแลสุขภาพ</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลตนเองได้อย่าง</p>
<p>สัปดาห์ที่ 3</p> <p>29 มีนาคม 2552</p> <p>เวลา 11.00 – 12.00 น.</p> <p>(60 นาที)</p> <p>29 มีนาคม 2552</p> <p>เวลา 15.00 – 16.00 น.</p> <p>(60 นาที)</p>	<p>กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการจดจำและรับประทานยาด้วยตนเอง</p>	<p>1. เพื่อพัฒนาทักษะการจดจำและการรับประทานยาด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับประทานยา</p> <p>3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาที่ถูกต้อง</p> <p>4. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้รับไปใช้ในชีวิตประจำวันได้</p>

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับสมาชิกให้เกิดความคุ้นเคยและความไว้วางใจ เกิดความร่วมมือและแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอน วิธีการ รูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรมและประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการเจ็บป่วยของตนเองได้
2. บอกวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วม โปรแกรมได้
3. บอกและรับรู้ว่าคุณเองมีอาการอย่างไร

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยแนะนำตนเอง แนะนำสมาชิกภายในกลุ่ม ชี้แจงวัตถุประสงค์และกติกาของการทำกลุ่ม ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไปเพื่อสร้างความคุ้นเคย ตามถึงประสบการณ์เกี่ยวกับการเจ็บป่วย และการรักษาที่ผ่านมาเพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น ความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 1 ให้สมาชิกผลัดกันเล่าเกี่ยวกับอาการของสมาชิกก่อนมาโรงพยาบาล และได้รับการรักษาอย่างไร
2. ใบกิจกรรมให้สมาชิกผลัดกันเล่าเกี่ยวกับอาการของสมาชิกก่อนมาโรงพยาบาล และได้รับการรักษาอย่างไร
3. ใบความรู้ที่ 1(Power point) บรรยายเรื่องอาการของโรคจิตเภท : สาเหตุ อาการ และการรักษา
4. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจและการร่วมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

แผนการการดำเนินกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

องค์ประกอบกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ /ใบงาน
ชั้นนำ กลุ่มใหญ่(10 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง ◆ ผู้ศึกษาถามสมาชิกเกี่ยวกับ วัน เดือน ปี ◆ ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ 	
ประสบการณ์ กลุ่มย่อย 3- 4 คน (15 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ให้สมาชิกผลัดกันเล่าเกี่ยวกับอาการของสมาชิกก่อนมาโรงพยาบาล และได้รับการรักษาอย่างไร ◆ ตัวแทนกลุ่มนำเสนอ 	◆ ใบงานที่ 1
สะท้อนความคิด/ อภิปราย กลุ่มย่อย 3- 4 คน (20 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็นการรักษาที่เคยได้รับ ◆ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น 	◆ ใบกิจกรรม
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่(15 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ บรรยายเรื่องอาการของโรคจิตเภท : สาเหตุ อาการ และการรักษา 	◆ ใบความรู้ที่ 1 Power point

ใบกิจกรรม

สมาชิกแสดงความ

คิดเห็นในประเด็น

การรักษาที่เคยได้รับ

ใบความรู้ที่ 1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น โรคนี้จะมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ ประกอบด้วยอาการทางจิตหลาย ๆ อย่างด้วยกัน โดยมักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น

โรคจิตเภทเกิดขึ้นได้อย่างไร

ปัจจัย

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา ได้แก่

- พันธุกรรม
- สารเคมีในสมอง
- พิษจากสิ่งเสพติด ➡ เหล้า กัญชา ยาบ้า กระท่อม เฮโรอีน ฯลฯ

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ ➡ ความเครียดและความกดดันในชีวิต รวมทั้งความขัดแย้งภายในจิตใจจนทำให้เกิดอาการป่วยได้ในที่สุด

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม ➡ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

อาการของโรคจิตเภท

กลุ่มอาการด้านบวก

- อาการหลงผิด หลงผิดชนิดหวาดระแวง เชื่อว่าตนเองถูกปองร้าย หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ หลงผิดคิดว่าสามารถติดต่อทางจิตกับผู้อื่นได้ หรือเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดในใจของตนเองได้
- อาการประสาทหลอน มีเสียงคนวิพากษ์วิจารณ์ ตำนานิตีเตียน พูดให้ทำสิ่งต่าง ๆ หรือพูดคุยกับตน
- อาการผิดปกติทางความคิด มีความคิดที่ไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว
- อาการอื่น ๆ ที่อาจพบได้ เช่น แสดงพฤติกรรมหรืออยู่ในท่าแปลก ๆ

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการเสริมสร้างแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกความหมาย สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

3. สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่าง

เหมาะสม

สาระสำคัญ

การสอน ความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท สาเหตุของโรค อาการและการรักษาซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถคาดการณ์สถานการณ์ และการดำเนินโรคและพยากรณ์โรคได้ มีการตัดสินใจที่เอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติและส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกี่ยวกับพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา ด้วยอย่างต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 สมาชิกเล่าเกี่ยวกับประสบการณ์ได้รับการรักษาอย่างไรบ้าง
2. ใบความรู้ที่ 2/1 แผ่นพับ ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/2 ให้สมาชิกเล่าประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมา
4. ใบงานที่ 2/3 สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็น ข้อดี - ข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่อง
5. ใบความรู้ที่ 2/2 แผ่นพับ ความรู้เรื่องยารักษาโรคทางจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

6. ใบบงานที่ 2/4 ให้สมาชิกเล่าถึงประโยชน์ หรือความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

แผนการการดำเนินกิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

องค์ประกอบกลุ่ม	กิจกรรม	สื่อ / ใบบงาน
ประสบการณ์ กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ สมาชิกสำรวจอาการทางจิตของตนเอง ◆ สมาชิกนำเสนอเกี่ยวกับประสบการณ์ตามประเด็น ◆ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น 	◆ ใบบงานที่ 2/1
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	◆ บรรยายเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท	◆ ใบบความรู้ที่ 2/1
สะท้อนความคิด/ อภิปราย กลุ่มย่อย 3- 4 คน (20 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็น ประสบการณ์การรักษาที่ผ่านมา ◆ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น ◆ กระตุ้นให้สมาชิกแสดงความคิดเห็นในประเด็น ข้อดี - ข้อเสียของการรับประทานยาต่อเนื่อง ◆ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ใบบงานที่ 2/2 ◆ ใบบงานที่ 2/3
ความคิดรวบยอด กลุ่มใหญ่ (10 นาที)	◆ บรรยายเรื่อง ความรู้เรื่องยารักษาโรคทางจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้	◆ ใบบความรู้ที่ 2/2
ประยุกต์แนวคิด (10 นาที)	<ul style="list-style-type: none"> ◆ ให้สมาชิกเล่าถึงประโยชน์ หรือความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ◆ ผู้นำกลุ่มสรุปตามประเด็น 	◆ ใบบงานที่ 2/4

เลขที่แบบสอบถาม.....

ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย / ลงใน () หน้าข้อความตามความเป็นจริง

1. อายุ..... ปี
2. เพศ () ชาย () หญิง
3. การศึกษาสูงสุด
 - () 1. ไม่ได้เรียน
 - () 2. ประถมศึกษา
 - () 3. มัธยมศึกษา
 - () 4. อาชีวศึกษา
 - () 5. อุดมศึกษา
 - () 6. อื่นๆ(ระบุ).....
4. สถานภาพสมรส
 - () 1. โสด
 - () 2. คู่
 - () 3. หม้าย
 - () 4. หย่า
 - () 5. อื่นๆ(ระบุ).....
5. อาชีพ
 - () 1. เกษตรกรรม
 - () 2. รับจ้าง
 - () 3. ค้าขาย
 - () 4. รับราชการ
 - () 5. อื่น ๆ (ระบุ).....
6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา
7. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน

แบบวัดความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และการรักษา

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ
โรคจิตเภทและการดูแลรักษา

ข้อความ	ถูก	ผิด
1.ท่านไม่ควรรับประทานยารักษาอาการทางจิตติดต่อกันเพราะจะทำให้ติดยาได้		
2.ถ้าท่านเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต เช่น ตัว คอ และหลังเกร็งเล็กน้อย ท่านสามารถแก้ไขโดยรับประทานยาแก้อาการแพ้เพิ่มเติมที่แพทย์สั่งไว้		
3.ท่านสามารถหยุดยาได้ทันที เมื่ออาการทางจิตดีขึ้น		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
18.หากท่านลืมรับประทานยาในมือใดมือนึงแล้วนึกได้โดยมีระยะห่างจากมือต่อไป ให้รับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากนึกได้เมื่อใกล้มือต่อไป ให้งดยามือที่ลืมไปแล้วกินยามือต่อไปได้เลย		
19.ท่านควรเปลี่ยนสถานที่รักษาไปเรื่อยๆถ้าอาการทางจิตของท่านไม่ดีขึ้น		

แบบสอบถามเกี่ยวกับแรงจูงใจในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (T MQ)

ข้อความ	ค่าคะแนน
ไม่เป็นความจริง มากที่สุด	1
ไม่เป็นความจริง ปานกลาง	2
ไม่เป็นความจริง เล็กน้อย	3
ไม่แน่ใจ	4
เป็นความจริง เล็ก น้อย	5
เป็นความจริง ปานกลาง	6
เป็นความจริง มากที่สุด	7

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ

โรคจิตเภทและการดูแลรักษา

ข้อความ	ไม่เป็นความจริง			ไม่ แน่ ใจ	เป็นความจริง		
	มาก ที่สุด	ปาน กลาง	เล็ก น้อย		เล็ก น้อย	ปาน กลาง	มาก ที่สุด
ก. ฉันเข้ารับการรักษาที่นี่เพราะ							
1. ฉันต้องการเปลี่ยนแปลงชีวิตของ ตนเองจริงๆ							
2. รู้สึกไม่ดีถ้าไม่มารับการรักษา							
3. ฉันมารับการรักษาเนื่องจากปัญหา ทางกฎหมาย							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
.....							
26. ที่จริงฉันต้องการความช่วยเหลือ และการสนับสนุนจากผู้อื่นเพื่อช่วย แก้ปัญหาของฉัน							

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสุกฤดีญา กุลศรี เกิดวันที่ 20 สิงหาคม พ.ศ. 2518 ที่จังหวัดขอนแก่น สำเร็จการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ศรีรัชัญญา จังหวัดนนทบุรี (สมทบมหาวิทยาลัยมหิดล) เมื่อปี พ.ศ. 2542 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี การศึกษา 2550

ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร