

## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต.(2549). สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต. Retrieved July 5, 2009, from <http://www.dmh.go.th/report/population/Provsearch.asp>.
- กรมสุขภาพจิต.(2549). **Open the door** . Retrieved July 5, 2009, from <http://www.dmh.go.th/destigma/Project.asp>.
- กรมสุขภาพจิต.(2551).ชุดความรู้และแนวทางการปฏิบัติ เรื่อง การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท ฉบับปรับปรุง 2551 . โรงพยาบาลศรีธัญญา.กระทรวงสาธารณสุข.
- กาญจนา ชัยเจริญ.(2547). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนการจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา ไชยพันธ์.(2549).กระบวนการกลุ่ม.กรุงเทพมหานคร:โอเคียนสโตร์.
- เกษม ดันดีผลาชีวะ.(2545). อาการและการบำบัดโรคจิตโรคประสาท.นนทบุรี:สำนักพิมพ์สนุกอ่าน.
- จินตนา ยูนิพันธ์, 2542 .การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. มกราคม-มิถุนายน;13 (2), 13-18
- จินตนา ยูนิพันธ์, 2544.ขอบเขตการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชสู่การประกันคุณภาพ.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.14(2), 7-9.
- โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย.(2547). ผลของโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดำรงพล จันทร์สด. (2551). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิด.รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน . (2544).ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา.วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- ทิวาพร ฟูเฟื่อง.(2544).รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต.กรุงเทพฯ: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต.
- ชนศักดิ์ เทียกทอง.(2550). เกสซ์บำบัดในความผิดปกติทางจิตเวช. เอกสารประกอบการเรียนวิชา เกสซ์บำบัดประยุกต์ 4 ภาควิชาเภสัชกรรมปฏิบัติ:คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- ธวัชชัย ลิฬหานาจ.(2552).ตำราโรคจิตเภท.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นงลักษณ์ ทรงลำเจียก.(2549). การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาระในการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเสนา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา.รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร.(2544). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรารธนา คำมีสินนท์.(2550). การให้สุขภาพจิตศึกษาเพื่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จิตเภท สำหรับผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. รายงานการศึกษายอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปริวรรต ไชยน้อย.(2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.รายงานการศึกษายอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปราชญ์ บุญยวงศิริโรจน์ และคณะ.(2547). รายงานการวิจัยเรื่อง การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีมาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.ขอนแก่น:พระธรรมจันท์.
- ปราโมทย์ สุนิษฐ์ และพิเชฐ อุดมรัตน์.(2544).แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช.กรุงเทพฯ: บีคอนเอ็นเทอร์ไพรส์.
- พรทิพย์ วชิรดิถก และคณะ.(2549).รายงานการวิจัยเรื่องผลของการให้คำปรึกษารายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อพฤติกรรมความร่วมมือในการ รักษาของผู้ป่วยจิตเภท.กรุงเทพฯ:กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พรทิพย์ วชิรดิถก และสมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2551).ผลของโปรแกรมการปรึกษารายบุคคลตามแนวคิด การสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับพฤติกรรมความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย. 16(1), 269-279.

- พิเชฐ อุคมรัตน์และคณะ.(2552). ตำราโรคจิตเภท.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พัสนี สิทธิคุณ.(2551). การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวช โดยใช้แนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม.รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มณวิภา สาครินทร์.(2547).บทบาทของพยาบาลในการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่บุคคลที่มีภาวะเมเนียร์.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 18 (2) ,หน้า 15-23
- ภัทรภรณ์ หุ่นไพนคำ และคณะ .(2551).ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อทักษะการดูแล การลดความเครียด และภาระในการดูแลของผู้ดูแล และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.คณะพยาบาลศาสตร์ , มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิต ศรีสุรภานนท์.(2552). ตำราโรคจิตเภท.สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ . เครื่องวัดทางจิตเวช. Retrieved Feb 5, 2010, from <http://www.ramamental.com>.
- มาโนช หล่อตระกูล.(2548).โรคจิตเภท. ในมาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (บรรณาธิการ).จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ:ชวนพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548).โรคจิตเวช. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ.พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ:ชวนพิมพ์.
- ยูทธนา อองอาจสกุลมัน. (2548). การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive behavior therapy ในผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.13(2), 114-123.
- เขาวัดกษณ์ การกล้า.(2550). การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท .งานบริการผู้ป่วยนอก.รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ระพีพร แก้วคอนไทย.(2551). การสอนทักษะการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท.รายงานการศึกษอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- โรงพยาบาลนภลัย.(2552). สถิติประจำปีโรงพยาบาลนภลัย จังหวัดสมุทรสงคราม. สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

โรงพยาบาลศรีธัญญา.(2552). **ชุดความรู้ เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภท :**

**สุขภาพจิตศึกษา.กรมสุขภาพจิต**

วันชัย กิจอรุณชัย. 2548. การกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษา

โรคจิตกลุ่มใหม่และยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย

13(3): 17-27.

วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ (บรรณาธิการ).(2536). **คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป.**

ขอนแก่น:ศิริภักดิ์

สกาวรัตน์ ภูผา. (2543). **ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย**

**จิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ**

**จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**

สวัสดี เทียงธรรม.(2547). **แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.รายงาน**

**การศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต**

**เวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

สรินทร เชี่ยวโสธร.(2545).**ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยา**

**ตามเกณฑ์การรักษา.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ**

**พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์**

**มหาวิทยาลัย.**

สาธพร พุดขาว.(2541). **ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.**

**วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**

**บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

สายรุ่ง จันทร์เส็ง.(2548). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรค**

**จิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตต์. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหา**

**บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.**

สมจิต หนูเจริญกุล.(2540).**การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล.กรุงเทพฯ:วี.เจ.**

**พริ้นติ้ง.**

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2546). **พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท.ขอนแก่น:คลังน่านาวิทยา.**

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ.(2547). **รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชน.สาขาวิชาการพยาบาล**

**สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์.ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น.**

สมภพ เรื่องตระกูล.(2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 9 กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.**

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์.(2536) . ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และเงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเชียงใหม่.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ศุมนตา พรหมบุญ และ อรพรรณ พรสีมา. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม [ออนไลน์] แหล่งที่มา:

<http://www.library.uru.ac.th2webdb/images/party.htm> ( 4 ธันวาคม 2552)

ศุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว.(2544). การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท.เอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชลี ศรีสุพรรณ.(2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญมณี อุไทย. (2551). ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้ พฤติกรรมการควบคุมโรคและความดันโลหิตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดปฐมภูมิ. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน มหาวิทยาลัยนเรศวร.

อุมาพร กาญจนรักษ์.(2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Anderson, CM.,Hogarty, G.E., and Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenia patient:psychoeducational approach. **Schizophrenia Bulletin** 6,3 :490-505.

Anderson, CM. (1983) .A Psychoeducation program for family of patient with schizophrenia. In W.R McFarlane(Ed). **Familytherapy in schizophrenia** (pp.99-116) New York:Guilford Press.

Evan, C.J.Descriptives **JOGNW**. 20(March/April): 113-118.

Gilmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P., and Jeste, D. V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among medicaid beneficiaries with schizophrenia. **The American Journal of Psychiatry**,161(4) : 692-699.

- Griffiths, R., Fernandez, R., Mostacchi, M., and Evans, V. (2004). **JBI Report**,21( 2) : 1-44.
- Hater, L. (1988). Multi-family meeting on the psychiatric unit. **Journal of Psychosocial Nursing** 26: 18- 22
- Kaplan, H.I.and Sadock, B.J.(1995).**Comprehensive textbook of psychiatry**.Baltimore:Williams and Wilkins.
- Keith,S.J., and Kane,J.M. (2003). Partial compliance and patient consequences in psychiatry. **J hin Psychiatry**, 64(11),1308-1315.
- Kim Sung-wan , Yoon Jin-Sang and Choi-Ku ,**Human Phychopharmacology**.vol 21, 533-537.
- Kumar, S.and Sedgwick, P.(2001). Can the factors influencing medication:Compliance reported from western populations be applied to an estern Indian context.**Journal of Ment Health**,10(3),267-277.
- Lazarus RS.and Folkman S.(1984). **Stress Appraisal and Coping**.New York:Springer Publishing Company.
- Leucht and Heres, 2006 . Effect on long-term adherence .**Journal of the American Psychiatric Nurses Association**. vol. 13( 5) :6 -15.
- Pitschel-Walz, Bauml, J., Bender, W., Endel, R.R. and Wagner, M. (2006). Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. **J Clin Psychiatry**. Mar; 67-75.
- Perkin,D.O.et al.(2006). Predictors of antipsychotic medication adherence intapients recorvering from a first psychotic episode.**Schizophrenia Research**,83(2),53-63.
- Lubkin,L.M.1986. (2006). **Chronic illness: impact and intervention**.Boston. Jones and BartletPublisher,Inc.World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder :Clinical description and diagnostic guidelines. Geneva: WHO.
- Marram, G.D. (1978). **The Group Approach in Nursing Process**. 2<sup>th</sup> ed. Saint Louis : The C.V.Mosby Co.
- Michael, T.C. 2006. Nonadherence in the Treatment of Schizophrenia[Online]. Available form: <http://www.medscape.com>[2007. August 14]
- Ran M.S., Xiang MZ., and Chan, CL. (2003). Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia – a randommised controlled. **Soc Psychiatry Epidemiol**, 2003 Feb ; 38 (2) : 69 – 75.

- Sadock, J.B. and Sadock, A.V.(2005). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. 8<sup>th</sup> cd. Philadelphia:Lippincott.
- Sin and Gamble. (2003). Managing side-effect to the optimum: Valing a clients experience. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, 10(1), 147-153.
- The World Health Report 2001: **Mental Health - New Understanding, New Hope**. World Health Organization. Available at: <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/en/index1.html>, accessed January 6,2006.
- Williams,C.A.(1989).Patient education for people with schizophrenia.**Perspectives in Psychiatric Care** 25 : 14 – 21.
- World Health Organization. (2006). **The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder :Clinical description and diagnostic guidelines**. Geneva: WHO.
- Zygmunt, A., Olfson, M., Boyer, C.A., and Mechanic, D. (2002). Intervention to improve medication adherence in schizophrenia. **American Journal Psychiatry**, 10(159), 1653-1663.

ภาคผนวก



ภาคผนวก ก  
ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ตาราง ก 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย (n = 20)

ลำดับ	อายุ (ปี)	เพศ	การศึกษา	อาชีพ	รายได้/ เดือน	สถานภาพ	อาการ ข้างเคียง	ระยะ เวลา เจ็บป่วย (ปี)	จำนวน ครั้งที่เข้า รับการ รักษา
1	40	ชาย	มัธยมต้น	รับจ้าง	3,000	โสด	เวียนหัว	12	2
2	34	ชาย	ประถม	รับจ้าง	5,000	แยก	ไม่มี	6	2
3	53	ชาย	ประถม	รับจ้าง	5,000	โสด	เวียนหัว	5	3
4	34	ชาย	มัธยมปลาย	งานบ้าน	7,500	โสด	ง่วงซึม	17	6
5	47	ชาย	อนุปริญญา	เกษตรกร	20,000	คู่	มีนหัว	2	2
6	45	ชาย	มัธยมปลาย	เกษตรกร	5,000	โสด	เบื่ออาหาร	15	5
7	38	หญิง	ประถม	เกษตรกร	12,000	โสด	ปากแห้ง ง่วง	2	0
8	24	หญิง	มัธยมปลาย	งานบ้าน	20,000	คู่	ปากแห้ง	4	1
9	36	หญิง	ประถม	เกษตรกร	12,000	หย่า	มือสั่น ง่วง	18	3
10	20	ชาย	ประถม	ไม่ทำงาน	20,000	โสด	เวียนหัว	2	2
11	20	หญิง	ปวช	นักศึกษา	20,000	โสด	ง่วง	3	2
12	31	หญิง	ปวช	งานบ้าน	12,000	โสด	ปากแห้ง	2	2
13	53	ชาย	ประถม	เกษตรกร	5,000	โสด	น้ำลายมาก	3	0
14	48	หญิง	ประถม	เกษตรกร	5,000	โสด	ง่วง	3	2
15	43	ชาย	มัธยมปลาย	เกษตรกร	6,000	โสด	ง่วง มีนหัว	2	1
16	32	ชาย	ประถม	ไม่ทำงาน	20,000	โสด	พูดไม่ชัด	5	2
17	55	ชาย	มัธยมปลาย	เกษตรกร	2,000	หย่า	คอแห้ง ลิ้นแข็ง	15	2
18	42	ชาย	ประถม	ลูกศิษย์ วัด	2,000	หย่า	ง่วง	5	3
19	30	ชาย	ปวช	ค้าขาย	20,000	โสด	พูดไม่ชัด	2	3
20	31	ชาย	ปริญญาตรี	ไม่ทำงาน	17,000	โสด	ง่วง	2	3

ตาราง ก 2 แสดงค่าคะแนนอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ลำดับ	ค่าคะแนนอาการทางจิต (BPRS)	คะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
1	22	3
2	22	3
3	21	3
4	18	2
5	18	3
6	22	3
7	24	3
8	18	3
9	18	2
10	17	3
11	18	3
12	18	3
13	22	2
14	18	3
15	24	3
16	22	3
17	21	2
18	20	3
19	18	3
20	22	3

ภาคผนวก ข  
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

### รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นาง โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลสมเด็จพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี
2. นางสาวสุพัตรา พุ่มพวง	อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดสุพรรณบุรี
3. นางอำพัน หิรัญอุทก	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี

ภาคผนวก ค  
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

### สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. หาค่าความคงที่ภายในของแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยใช้สูตรคูเดอว์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder -- Richardson 20 หรือ KR - 20) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2544 )

$$r_n = \frac{n}{n-1} \left[ \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

เมื่อ	$r_n$	คือ	ค่าความคงที่ภายใน
	$N$	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
	$p$	คือ	อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
	$q$	คือ	อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
	$S^2$	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542 : 68 – 69)

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

$\bar{X}$  = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum X$  = ผลรวมของคะแนนทั้ง  $N$  จำนวน

$N$  = จำนวนของคะแนนทั้งหมด

2.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542: 70)

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

$$\begin{aligned}
 SD &= \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน} \\
 \sum X &= \text{ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว} \\
 n &= \text{จำนวนตัวอย่างของประชากร}
 \end{aligned}$$

2.3 เปรียบเทียบคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรางกูร, 2544 : 355)

$$t = \frac{\bar{d}}{S_{d}/n}$$

$$\begin{aligned}
 \bar{d} &= \text{ผลของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง} \\
 S_{d} &= \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง} \\
 n &= \text{จำนวนคู่ของคะแนน} \\
 df &= n - 1
 \end{aligned}$$



ภาคผนวก ง  
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา



ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก.....	1	2	3	4	5	6	7
12. Auditory Hallucination (rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation (rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดแปลกๆอาการหลงผิด							
16. Blunted affect (rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ท่าทีลุกลี้ลุกลนมีปฏิกิริยา ได้ตอบเร็ว							
18. Disorientation ( rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

ความหมายของคะแนน

≤ 18	หมายถึง	อยู่ในเกณฑ์ปกติ
19- 36	หมายถึง	มีอาการทางจิต
37-126	หมายถึง	มีอาการทางจิตรุนแรง ต้องดูแลแบบผู้ป่วยใน

พัฒนาโดย Overall และ Gorham (1962)

แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ข้อความ	เคยปฏิบัติ	ไม่เคยปฏิบัติ
ตั้งแต่เริ่มรับการรักษาจนถึงปัจจุบันท่านรับประทานยาที่แพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ		
ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านมีการลืมรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ติดต่อกันบ้างหรือไม่		
ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยลดจำนวนยาด้วยตนเองหรือไม่		
ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยเพิ่มจำนวนยาด้วยตนเองหรือไม่		
ในระหว่างการรักษา ท่านเคยมารับยาก่อนกำหนดเนื่องจากยาหมดบ้างหรือไม่		
ในระหว่างการรักษา ท่านเคยมารับยาหรือตรวจรักษาหลังจากยาหมดไปแล้วมากกว่า 7 วันบ้างหรือไม่		
ในระหว่างการรักษา ท่านบอกให้แพทย์ทราบหรือไม่ว่าอาการของท่านเป็นอย่างไรบ้างหลังจากรับประทานยาแล้ว		

สาธุพร พุฒขาว (2541) พัฒนามาจากแนวคิดของฟอกซ์ (Fox, 1974)

แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะกินยาจิตเวช สมพร รุ่งเรืองกลกิจ (2546)

กรุณาอ่านข้อความข้างล่างดังต่อไปนี้แล้ววาดวงกลมรอบคำว่าถูกหรือผิดตามความเข้าใจของท่าน  
ในแต่ละข้อความ

ท่านรู้หรือไม่ว่าป่วยเป็นโรคอะไร  รู้  ไม่รู้  
ขณะนี้ท่านกินยาอะไร.....

ทำอย่างไรท่านจึงจะหายป่วย(สามารถเลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)

- กินยา  
 ไม่ดื่มสุราและไม่ใช้สารเสพติดทุกชนิด  
 ทำงาน  
 พุดคุยกับคนอื่น  
 ออกกำลังกาย  
 ไม่อยู่คนเดียว  
 อื่นๆ ระบุ.....

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| 1. การกินยาช่วยควบคุมอาการเจ็บป่วยของฉัน  | ถูก | ผิด |
| 2. ฉันไม่ควรตั้งข้อสงสัยหรือถามจิตแพทย์(คุณหมอ)เกี่ยวกับการรักษาที่ได้รับ   | ถูก | ผิด |
| 3. แม้ว่าปากของฉันจะแห้งและบางครั้งรู้สึกง่วงนอน ฉันก็ควรกินยาทุกวัน  | ถูก | ผิด |
| 4. ฉันควรกินยาอย่างต่อเนื่อง แต่ไม่มีความจำเป็นต้องกินยาตรงเวลาที่กำหนด   | ถูก | ผิด |
| 5. แม้ว่าฉันจะมีอาการมือสั่น ขาสั่น หรือปากสั่น ฉันก็ควรกินยาต่อเนื่องทุกวัน  | ถูก | ผิด |
| 6. ฉันควรดื่มน้ำมากๆ ในระหว่างกินยา   | ถูก | ผิด |
| 7. ถ้าฉันกินยาอย่างต่อเนื่องทุกวันเป็นเวลา 3 เดือนถึง 6 เดือนฉันจะหายขาด  | ถูก | ผิด |
| 8. แม้ว่าฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อตื่นนอน ฉันก็ควรกินยาตามแพทย์สั่งอย่างต่อเนื่อง  | ถูก | ผิด |
| 9. ฉันมีสิทธิ์ที่จะถามจิตแพทย์(คุณหมอ)ให้อธิบายเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการ<br>ด้วยยา และอาการข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้นจากการกินยา | ถูก | ผิด |
| 10. ฉันควรที่จะปรึกษาพยาบาลเป็นระยะๆ ว่ายาทำให้ฉันมีความรู้สึกรึ้อย่างไร  | ถูก | ผิด |
| 11. การกินยาอย่างต่อเนื่องจะทำให้ฉันไม่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล  | ถูก | ผิด |
| 12. ฉันควรอ่านวิธีกินยาข้างหน้าซอง หรือฉลากยาข้างขวดทุกครั้งก่อนกินยา   | ถูก | ผิด |
| 13. ถ้าฉันลืมกินยา ฉันควรที่จะกินยาเป็น 2 เท่า ในการกินยาครั้งต่อไป   | ถูก | ผิด |
| 14. ในระหว่างที่กินยา หากมีความผิดปกติ ฉันควรปรึกษาพยาบาล หรือคุณหมอ<br>แต่ไม่ควรหยุดยาเอง                                      | ถูก | ผิด |
| 15. อาการข้างเคียง ตัวบิด ตาค้าง ไม่สามารถควบคุมได้โดยวิธีใดๆก็ตาม  | ถูก | ผิด |

## โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม

### ความเป็นมา ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) พบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต โดยมีความผิดปกติเกิดขึ้นอย่างซับซ้อน ผู้ป่วยมักมีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม (นิภาพร ตะครวงส์, 2552) ซึ่งพบได้อย่างน้อยร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไป ผลของการเจ็บป่วยที่ปรากฏนั้น ผู้ป่วยจะมีทั้งอาการเฉียบพลัน รุนแรง และการดำเนินโรคที่เรื้อรัง (Sadock & Sadock, 2005) ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่ามีประชากร 24 ล้านคนทั่วโลกป่วยเป็นโรคจิตเภท (World Health Organization, 2006) สำหรับสถิติ อัตราป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย อัตราป่วยโรคจิตเภทต่อแสนประชากรในปี 2547, 2548 และ 2549 มีจำนวน 682.67, 572.34 และ 640.61 ตามลำดับ และพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 และร้อยละ 30 ของผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี และเพิ่มเป็น 2 เท่าในระยะเวลา 2 ปี (กรมสุขภาพจิต, 2549)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชเน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน และรุนแรง เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมตนเองได้จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการรักษาามีหลายวิธี แต่การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและผลการรักษาที่ดีในระยะยาว ซึ่งเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาของ Gillmer et al. (2004) พบว่าการที่ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาคือ คิดว่าตนเองหายดีแล้วไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป จากการศึกษาของ Zygmunt et al. (2002) พบว่าการเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพจะต้องให้ความสำคัญในเรื่องความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน รู้สึกอบอุ่น สามารถระบายปัญหาหรือความ คับข้องใจ ได้อย่างเปิดเผย เกิดการหล่อหลอมความคิด เปลี่ยนการรับรู้ และความคิดเดิม มาเป็นการรับรู้ใหม่ ความคิดใหม่ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่ ซึ่งจัดว่าเป็นการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ก่อนจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ (Marram, 1978) ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น

## โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้า และทบทวนแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษา โดยพัฒนาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980;1983) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ กล่าวคือ การประคับประคอง(Support) การบริการด้านความรู้ (Education services) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skill) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง(Eliminate wrong ideas) และค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ผสมผสานแนวคิดกระบวนการกลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ในการดำเนินกลุ่มแต่ละครั้งมีการให้ข้อมูลและความรู้ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และอภิปรายร่วมกัน ให้ระบายนความรู้สึกให้กำลังใจ มีการแก้ปัญหา ร่วมกัน มีเครือข่ายทางสังคม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์จากผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาคล้ายๆกัน ช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ เกิดแรงจูงใจซึ่งกันและกันจากภายในกลุ่ม ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มที่พัฒนาขึ้นนี้ ประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการใช้ยาด้วยตนเองและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและอาการที่เป็นปัญหา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

## วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม
2. เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยารักษาจิตเภทและให้ความร่วมมือต่อการรักษาด้วยยา
3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ให้ความร่วมมือต่อการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

### คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 ที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม ในเขตอำเภอบางคนที จังหวัดสมุทรสงคราม ได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติ จำนวน 20 คน โดยกำหนดให้มีคุณสมบัติ ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัย เป็นเวลามากกว่า 6 เดือน ไม่จำกัดเพศ อายุระหว่าง 20- 60 ปี มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale(BPRS) อยู่ระหว่าง 15-30 คะแนนซึ่งมีอาการทางจิตรุนแรงน้อย

2. มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น การไม่รับประทานยาเองหรือใช้เฉพาะเมื่อมีความผิดปกติ เพิ่มหรือลดยาเอง เคยมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากการรักษาโรคจิตเภท ขาดความรู้เรื่องการรับประทานยา หรือมีค่าคะแนนรวมของความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่า 4 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบวัดจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ของสาธิตพร พุฒขาว (2541)

3. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถพูดคุยโต้ตอบได้

4. ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ

### ขนาดของกลุ่ม

จำนวนสมาชิกที่เข้าร่วมประมาณ 8-12 คน (Marram, 1978) เนื่องจากกลุ่มที่มีสมาชิกน้อยกว่า 4-5 คน จะมีประสิทธิภาพน้อย สมาชิกมีความวิตกกังวลที่จะต้องปฏิบัติตามพันธบ้อยครั้ง ถ้ามีสมาชิกมากเกินไปจะทำให้ปฏิสัมพันธ์ไม่ทั่วถึง

### ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม

เข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

- สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 2

- สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 และ กิจกรรมที่ 4

- สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5

ใช้เวลากิจกรรมละ 45 – 60 นาที

### รูปแบบการดำเนินกิจกรรม

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เปิดเผยความรู้สึก

3. ร่วมแสดงความคิดเห็น ให้กำลังใจกันและกัน

4. บรรยายและสรุปประเด็นสำคัญ



### การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. กัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติข้างต้น
2. เชิญใจยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

### ผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวช และมีประสบการณ์การทำกลุ่มในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

### การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม
  - ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ขณะรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และหลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 2 สัปดาห์
  - ประเมินผลโดยตรงหลังเสร็จสิ้นในแต่ละกิจกรรม โดยการสังเกตและผลของการทำใบงานในแต่ละกิจกรรม
  - ประเมินความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง
2. วิเคราะห์ผลการใช้โปรแกรมโดยใช้ โปรแกรม สำเร็จรูปและใช้สถิติทดสอบที (t-test)

ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

วัน/เวลา	กิจกรรม
ครั้งที่ 1 วันอังคาร กลุ่มที่ 1 เวลา 10.00 - 11.00 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.00 น.	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ และแรงจูงใจ
ครั้งที่ 2 วันพฤหัสบดี กลุ่มที่ 1 เวลา 10.00 - 11.00 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.00 น.	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จิตเภทการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
ครั้งที่ 3 วันอังคาร กลุ่มที่ 1 เวลา 10.00 - 11.00 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.00 น.	กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการใช้ยาด้วยตนเองและการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและอาการที่เป็นปัญหา
ครั้งที่ 4 วันพฤหัสบดี กลุ่มที่ 1 เวลา 10.00 - 11.00 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.00 น.	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
ครั้งที่ 5 วันอังคาร กลุ่มที่ 1 เวลา 10.00 - 11.00 น. กลุ่มที่ 2 เวลา 13.00 - 14.00 น.	กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

ผลลัพธ์ที่ได้

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคและการดูแลตนเอง ในด้านต่างๆที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
2. ผู้ป่วยจิตเภทมีทัศนคติที่ดีต่อการรักษาด้วยยา เกิดแรงจูงใจในการรักษา
3. ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วย และผลข้างเคียงของยาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถใช้ยาได้อย่างถูกต้อง

## กิจกรรมที่ 1

### การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงหลักการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของกิจกรรม ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

**สาระสำคัญ** การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่าง ผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งนำมาจากแนวคิดของ Anderson et al. (1980) ในระยะแรกของการดำเนินกลุ่มสมาชิกจะตรวจสอบว่าจะได้ประโยชน์อะไรจากกลุ่ม เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มและสมาชิกทำความรู้จักคุ้นเคยกัน ผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศให้สมาชิกเกิดความรู้สึกปลอดภัยในการมีปฏิสัมพันธ์กับสมาชิกอื่น อธิบายให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมาย กระบวนการกลุ่ม การรักษาความลับและระยะเวลาของการเข้ากลุ่ม เป้าหมายในระยะนี้เพื่อส่งเสริมให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ทำให้สมาชิกกล้าพูดถึงความคิด ความรู้สึกของตนอย่างอิสระซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการกลุ่มต่อไป

(สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

สื่อ/อุปกรณ์

1. ป้ายชื่อ
2. ใบความรู้ที่ 1 แนะนำโครงการ
3. ใบงานที่ 1 ประสพการณ์การรักษาด้วยยา ผลดีและผลเสียของการรักษาด้วยยา
4. ใบงานที่ 2 ผลกระทบของการป่วยซ้ำ
5. ปากกา / ดินสอ

กิจกรรม

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ

1. จัดสถานที่ให้เหมาะสม สิ่งแวดล้อมสงบ และเป็นส่วนตัวให้สมาชิกนั่งล้อมเป็นวงกลมหันหน้าเข้าหากัน แจกป้ายชื่อและใบความรู้ที่ 1 ใบแนะนำโครงการ

2. พยาบาลกล่าวเปิดกลุ่ม โดยการทักทายสมาชิก กล่าวแนะนำตนเองต่อกลุ่ม สร้างบรรยากาศให้เกิดความผ่อนคลาย สร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ ซึ่งจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมโดยพูดเรื่องต่างๆไปก่อน

3. ให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเอง

4. พยาบาลชี้แจงที่มาของโครงการ วัตถุประสงค์ วิธีการประโยชน์ของการเข้าร่วมโปรแกรม ระยะเวลา รูปแบบ รายละเอียดกิจกรรมและการรักษาความลับ ตามใบความรู้ที่ 1 ในแนะนำโครงการ

5. เมื่อผู้ป่วยเข้าใจถึงโปรแกรม พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม โดยบอกขั้นตอนในการพบกันทั้งหมด 5 ครั้ง โดยแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 45 – 60 นาที โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด จะทำการประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวขณะรับการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิตเวช ในครั้งแรก (Pre-test) และจะประเมินซ้ำ (Post- test) หลังสิ้นสุดโครงการ 2 สัปดาห์

#### ระยะที่ 2 ดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกัน

1. ให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์เกี่ยวกับผลดี ผลเสียของการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิตเภท และผลดี ผลเสียของการไม่รักษาด้วยยา โดยเขียนลงในใบงานที่ 1 โดยมีประเด็นคำถามว่า “จากประสบการณ์ การรักษาของท่าน ท่านคิดว่า ผลดี ผลเสียของการรักษาด้วยยา และผลดี ผลเสียของการไม่รักษาด้วยยานั้นมีอะไรบ้าง”

2. พยาบาลให้ผู้ป่วยอ่านใบงานที่ 1 ของตนเองให้สมาชิกกลุ่มฟัง (กรณีที่มีปัญหาในการอ่าน และเขียนให้เล่าประสบการณ์ให้สมาชิกฟัง)

3. พยาบาลสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยในกลุ่มนำเสนอ

4. ให้ผู้ป่วยบอกถึงผลกระทบจากการป่วยซ้ำ โดยเขียนลงในใบงานที่ 2 โดยมีประเด็นคำถามว่า “ผลกระทบของการป่วยซ้ำ ที่ท่านได้รับมีอะไรบ้าง”

5. พยาบาลให้ผู้ป่วยอ่านตามใบงานที่ 2 ให้สมาชิกกลุ่มฟัง (กรณีที่มีปัญหาในการอ่าน และเขียนให้เล่าประสบการณ์ให้สมาชิกฟัง)

6. ร่วมกันอภิปรายแลกเปลี่ยนความคิดเห็นพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้พูดคุยสนับสนุน ให้กำลังใจกันและกัน

7. พยาบาลสรุปตามประเด็น

### ระยะที่ 3 สิ้นสุดกลุ่ม

1. พยาบาลให้ผู้ป่วยสรุปถึงการพูดคุยกันในครั้งนี้ พยาบาลช่วยสรุปเพิ่มเติมหากผู้ป่วยสรุปไม่ครบถ้วน โน้มน้าวให้เห็นความสำคัญของความร่วมมือในการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภท และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามข้อสงสัย
2. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึก และความคิดเห็นในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และนัดหมายครั้งต่อไป

### ประเมินผล

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วม โครงการมีสัมพันธภาพที่ดีกับพยาบาลและสมาชิกในกลุ่ม คู่กันเคยกัน เกิดความไว้วางใจ กล้าเปิดเผยตัวเอง
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วม โครงการเข้าใจที่มาของโครงการ วัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ ทำกิจกรรม ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ

## ใบงานที่ 1

### เรื่อง ประสบการณ์การรักษาด้วยยา ผลดีและผลเสียของการรักษาด้วยยา

#### คำชี้แจง

1. ให้ผู้ป่วยแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 4-5 คน
2. ให้แต่ละกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในประเด็นที่กำหนดให้

ใช้เวลา 5 นาที

3. ให้ตัวแทนกลุ่ม นำเสนอผลการพูดคุยในกลุ่ม
4. พยาบาลสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า

#### ประเด็น ผลดี ผลเสียของการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภท

##### ผลดี

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ไม่ต้องไปนอนโรงพยาบาล  | <input type="checkbox"/> สามารถทำงานได้ตามปกติ       |
| <input type="checkbox"/> ความคุมอารมณ์ได้ดีขึ้น | <input type="checkbox"/> นอนหลับได้                  |
| <input type="checkbox"/> ความจำดีขึ้น           | <input type="checkbox"/> ไม่มีหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....             |  |

##### ผลเสีย

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> กินแล้ว ทำงานไม่ได้        | <input type="checkbox"/> ง่วง ซึม คิดอะไรไม่ค่อยออก       |
| <input type="checkbox"/> อาย กลัวถูกรังเกียจว่าป่วย | <input type="checkbox"/> มือสั่น ขาสั่น ตัวแข็ง น้ำลายมาก |
| <input type="checkbox"/> ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น  | <input type="checkbox"/> น่าเบื่อหน่าย                    |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                 |   |

#### ประเด็น: ผลดี ผลเสียถ้าไม่รักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภท

##### ผลดี

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ไม่ต้องเสียเวลามาโรงพยาบาล | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องเป็นภาระของคนอื่น |
| <input type="checkbox"/> ไม่มีใครรู้ว่าป่วย         | <input type="checkbox"/> ไม่ต้องมีใครมาบังคับ     |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                 |   |

##### ผลเสีย

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> หงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ       | <input type="checkbox"/> มีอาการหวาดระแวง อาละวาด |
| <input type="checkbox"/> ญาติเบื่อหน่าย และอาจหวาดกลัว | <input type="checkbox"/> ทำงานไม่ได้ ขาดรายได้    |
| <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....                    |   |

## ใบงานที่ 2 เรื่อง ผลกระทบของการป่วยซ้ำ

### คำชี้แจง

1. ให้ผู้ป่วยแบ่งกลุ่มเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 4-5 คน
2. ให้แต่ละกลุ่มพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ในประเด็นที่กำหนดให้ ใช้เวลา 5 นาที
3. ให้ตัวแทนกลุ่ม นำเสนอผลการพูดคุยในกลุ่ม
4. พยายามสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า

### ประเด็น: ผลกระทบของการป่วยซ้ำมีอะไรบ้าง

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> เป็นภาระของญาติ | <input type="checkbox"/> ต้องเสียค่าใช้จ่ายมากขึ้น |
| <input type="checkbox"/> อารมณ์เสีย      | <input type="checkbox"/> เสียเวลา                  |
| <input type="checkbox"/> นำเนื้อหาน่า    | <input type="checkbox"/> ทำงานไม่ได้               |

อื่นๆ.....

.....

.....

.....

## ใบความรู้ที่ 1

### แนะนำโครงการ

#### ที่มาโครงการ

โรคจิตเภทพบได้มากในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตเวชและสุขภาพจิต โดยมีความผิดปกติเกิดขึ้นอย่างซับซ้อน ผู้ป่วยมักมีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรม และบุคลิกภาพโดยรวม ผลของการเจ็บป่วยที่ปรากฏนั้น ผู้ป่วยจะมีทั้งอาการเฉียบพลันรุนแรง และพบว่าโรคจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชเน้นการรักษาโรคในระยะเฉียบพลัน และรุนแรง เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมตนเองได้ จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัว และชุมชน ซึ่งการรักษาหลายวิธี แต่การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการที่ใช้มากที่สุด และมีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลแล้วยังต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการและผลการรักษาที่ดีในระยะยาว ซึ่งเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ทั้งนี้พบว่าการศึกษาผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาล สาเหตุที่พบบ่อยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา คือคิดว่าตนเองหายดีแล้วไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไป

การเสริมสร้างความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีประสิทธิภาพจะต้องให้ความสำคัญในเรื่องความรู้ ทักษะ และการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่มเป็นวิธีการหนึ่งที่จะทำให้สมาชิกภายในกลุ่มเกิดความรู้สึกเป็นพวกเดียวกัน รู้สึกอบอุ่น สามารถระบายนปัญหาหรือความคับข้องใจได้อย่างเปิดเผย เกิดการหล่อหลอมความคิด เปลี่ยนการรับรู้ และความคิดเดิม มาเป็นการรับรู้ใหม่ ความคิดใหม่ และแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมใหม่ ซึ่งจัดว่าเป็นการปรับพฤติกรรมทางปัญญา ก่อนจะนำไปสู่การปรับพฤติกรรมสุขภาพ ดังนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาโดยใช้กระบวนการกลุ่มจะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น

#### ท่านจะได้อะไรจากการเข้าร่วมกิจกรรม

1. ได้รับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทในประเด็นต่างๆที่สำคัญ คือ สาเหตุ อาการ การรักษา ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกำเริบ ท่านจะมีแนวทางในการดูแลตนเอง เช่น การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา การเผชิญความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และทักษะทางสังคม



2. ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้ป่วยด้วยกัน ทำให้มีแนวทางไปปรับใช้ในการดูแลตนเองให้ดียิ่งขึ้น

3. ท่านจะได้สำรวจอารมณ์ ความรู้สึกของตนเอง รู้จักปรับความคิดด้านลบ หรือความคิดที่ไม่ถูกต้อง สามารถเผชิญปัญหา อุปสรรค ความเครียดได้ดียิ่งขึ้น

4. มีสัมพันธภาพที่ดีกับสมาชิกอื่น เกิดเครือข่ายการดูแลช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา

5. เพื่อลดการป่วยซ้ำ

#### ระยะเวลาเข้าร่วมกิจกรรม

เข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง

- สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 2

- สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 3 และ กิจกรรมที่ 4

- สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 5

ใช้เวลากิจกรรมละ 45-60 นาที

#### รูปแบบการดำเนินกิจกรรม

1. แลกเปลี่ยนประสบการณ์

2. เปิดเผยความรู้สึก

3. ร่วมแสดงความคิดเห็น ให้กำลังใจกันและกัน

4. บรรยายและสรุปประเด็นสำคัญ

ภาคผนวก จ  
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ และใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่าง

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มต่อความ  
ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม  
เลขที่กลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาอิสระ.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามที่ด้านล่างของหนังสือเล่มนี้ได้รับคำอธิบายอย่างชัดเจนจนเป็นที่น่า  
พอใจจากผู้ศึกษาชื่อ นางสาวสุณี นิรมพิบูลย์ ที่อยู่ 47 ตำบลอัมพวา อำเภออัมพวา จังหวัด  
สมุทรสงคราม ถึงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา ความเสี่ยง / อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะ  
เกิดขึ้นจากการศึกษาเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้าเข้าร่วมการศึกษาโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ และข้าพเจ้ามีสิทธิ์จะถอนตัวออกจาก  
การศึกษานี้เมื่อไรก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการศึกษา  
นั้นจะไม่มีผลกระทบในทางใดๆแก่ข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้ศึกษาจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ได้ระบุไว้ และข้อมูลใดๆที่  
เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า จะเก็บรักษาเป็นความลับ

ข้าพเจ้าได้รับเอกสารข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา และใบ  
ยินยอมของกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาแล้ว

สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....

วันที่ /เดือน/ปี

.....

ลงนามผู้เข้าร่วมศึกษา

.....

(นางสาวสุณี นิรมพิบูลย์)

.....

สถานที่/วันที่ ลงนามผู้ศึกษาหลัก

.....

สถานที่/วันที่

.....

(.....)

ลงนามพยาน

## ข้อมูลสำหรับกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา

### (Patient/Participant Information Sheet)

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มต่อความ  
ร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัดสมุทรสงคราม

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวสุณี ฉิมพิบูลย์ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (แผน ก)

สถานที่ติดต่อผู้ศึกษา โรงพยาบาลนภาลัย อ. บางคนที จ.สมุทรสงคราม 75120

โทรศัพท์ที่ทำงาน 034- 761476 ต่อ 108 บ้าน 034-751301

โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081-8318233 E-mail Address gataco@gmail.com

ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่น ๆ ที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วน  
ร่วมในโครงการศึกษาประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. ท่านได้รับการเชิญให้เป็นผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ
2. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับ การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการ  
กลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลนภาลัย จังหวัด  
สมุทรสงคราม
3. วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย  
จิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม
4. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดี่ยว วัดผลก่อนและหลังการศึกษา กลุ่มตัวอย่าง  
เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการตรวจรักษาที่คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลนภาลัย  
จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 20 ราย ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงที่มีคุณสมบัติตาม  
เกณฑ์ที่ผู้ศึกษากำหนดไว้ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลนภาลัยเป็นเวลามากกว่า 6  
เดือน ไม่จำกัดเพศ อายุระหว่าง 20-60 ปี มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric  
Rating Scale (BPRS) อยู่ระหว่าง 15-30 คะแนน ซึ่งมีอาการทางจิตรุนแรงน้อย
2. มีปัญหาความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เช่น การไม่ถูกต้อง เหยยหายเองหรือใช้  
เฉพาะเมื่อมีความผิดปกติ เพิ่มหรือลดยาเอง เคยมีอาการข้างเคียงที่เกิดจากยารักษาโรคจิตเภท ขาด  
ความรู้เรื่องการใช้ยา หรือมีค่าคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทต่ำกว่า 4  
คะแนน ประเมินโดยใช้แบบวัดจากแบบสอบถามความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วย จิตเภท  
ของสารุพร พุฒขาว (2541)

3. สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ สามารถพูดคุยโต้ตอบได้
4. ยินยอมเข้าร่วมกิจกรรมด้วยความเต็มใจ
5. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างจะได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่ม ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาจิตเภท และการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตเภทและอาการที่เป็นปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยจัดกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็น 2 กลุ่มๆละ 10 คน สัปดาห์แรกดำเนินกิจกรรมที่ 1 และ กิจกรรมที่ 2 สัปดาห์ที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ กิจกรรมที่ 4 และ สัปดาห์ที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 5 โดยดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45 - 60 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ณ. ห้องกิจกรรม โรงพยาบาลนภาลัย
6. ในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จะไม่เกิดอันตราย หรือความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง แต่จะ ได้รับประโยชน์ในการเข้าร่วมการศึกษา คือ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาได้ดีขึ้น มีประโยชน์ทางวิชาการ คือ เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ
7. การเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง หรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาเป็นไปโดยสมัครใจและสามารถที่จะปฏิเสธการเข้าร่วม หรือถอนตัวออกจากการศึกษาได้ทุกขณะ โดยไม่สูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ
8. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้ศึกษาในกรณีมีปัญหา และ หากผู้ศึกษามีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาอิสระ ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็ว
9. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับท่านจะเก็บเป็นความลับ หากมีข้อเสนอผลการศึกษายินยอมเป็นภาพรวม
10. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาในการศึกษาอิสระ
11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมศึกษาในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 02-218-8147 โทรสาร 02-2188147 Email: cccu@chula.ac.th

ขอขอบคุณในความร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้

## ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

นางสาวสุณี นิมพิบูลย์ เกิดวันที่ 6 ตุลาคม 2508 ที่อำเภออัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม จบการศึกษาระดับปริญญาตรีพยาบาลศาสตรบัณฑิต วิทยาลัยพยาบาลกรุงเทพ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลนภากาศ จังหวัดสมุทรสงคราม