

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต.(2546). รายงานสถิติประจำปี.

กรมสุขภาพจิต.(2547). รายงานสถิติประจำปี.

กาญจนา ชัยเจริญ(2547). ผลของการใช้โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จันทนา ทองชื่น.(2545). ผลของระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้สูงอายุโรคข้อเข่าเสื่อม. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทร์ธา วีระสมบูรณ์.(2542). การประเมินผลโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.สุราษฎร์ธานี : โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จิรารัตน์ พิมพ์ดี. (2541). กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2528). เอกสารการเรียนการสอนชุดวิชาการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่8-15. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2532). “การสอนสุขภาพอนามัยเป็นกลุ่ม” ในเอกสารการเรียนการสอนสุขภาพอนามัย หน่วยที่8-15. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ, หน้า379-418. นนทบุรี: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

จินตนา ยูนิพันธุ์.(2534). การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3 :22-42.

จิตสมร วุฒิพงษ์. (2543) .ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน. (2540). เทคนิคการจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง, เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังแบบองค์รวม. ณ โรงแรมแก่นอินทร์ขอนแก่น.
- จุฑารัตน์ กมลศรีจักร. (2540). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและการสนับสนุนทางสังคมกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล มหาวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่3. นนทบุรี:บุทศศาสตร์การพิมพ์.
- ฉัตรวัลย์ ใจอารีย์. (2533). ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการดูแล กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล. (2540). ผลของการใช้กระบวนการพยาบาลสนับสนุนและการให้ความรู้สำหรับมารดาวัยรุ่นและครอบครัวต่อความสามารถในการดูแลตนเองและดูแลบุตรของมารดาวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี.(2536). ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร. ประมวลการประชุมวิชาการประจำปี ครั้งที่ 10 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย .กรุงเทพฯ: สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย.
- ชุติมา ยังชัยมงคล. (2544). ผลของการสอนแบบมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองต่อความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยกล้ามเนื้อหัวใจตาย. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย. (2547). การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงดา อุทุมพฤษทรัพย์.(2533).ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ทิพวรรณ น่วมทอง.(2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อ
 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในชุมชน อำเภอไชโย จังหวัด
 อ่างทอง. โครงการศึกษาอิสระปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ทีศนา แคมณี และคณะ. (2522). กลุ่มสัมพันธ์ ทฤษฎีและแนวทางปฏิบัติ เล่มหนึ่ง.
 กรุงเทพมหานคร: บุรณาศิลป์การพิมพ์.
- ทัศนา บุญทอง.(2544).เอกสารการบรรยายแนวคิดการปฏิรูประบบบริการพยาบาลและ
 บทบาทพยาบาลในระดับปฐมภูมิ.
- ทัศนีย์ ประสพกิตติคุณ.(2549). เอกสารประกอบการบรรยาย APN's Role Direct clinical
 practice.
- ทัศนีย์ พงกฤษชีวะ. (2535). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มต่อความรู้เรื่องโรคและพฤติกรรมสุขภาพ
 อุนามัย ในหญิงตั้งครรภ์ ที่เป็นพาหะของโรคไวรัสตับอักเสบบี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศา
 สตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นิตยา ตากวิริยะนันท์ และ ชนมม สุยะชีวัน. (2536). คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชในระยะฟื้นฟูสภาพ.
 สงขลานครินทร์เวชสาร.11(1)29-35.
- นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์.(2537). ผลของการเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
 สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธ์.(2540).ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ:สาม
 เจริญพานิชย์.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2539). การลดปัญหาสุขภาพจิต โดยการฝึกการกล้าแสดงออก.วารสารพยาบาล
 สงขลานครินทร์ 11:15-21.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร.(2545).ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์.พิมพ์ครั้งที่ 2.กรุงเทพฯ:
 โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2526). ทศนคติ การวัดการเปลี่ยนแปลงและพฤติกรรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่3.
 กรุงเทพมหานคร: พีระพัทธนา.
- ปิยาณี คล้ายนิล. (2549). เอกสารประกอบการบรรยายบทบาทด้านการให้คำปรึกษา Consultation
 Role in APN.

- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. การค้นคว้าอิสระ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- ผกา สัตยธรรม. (2524). เทคนิคการสอนอย่างมีประสิทธิภาพ. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญา. (2542). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต 13 (กรกฎาคม-ธันวาคม)
- เพชร คันธสาขบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพลินพิศ จันทร์ศักดิ์และคณะ. (2539). การศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- พันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์.(2540). トラบาปและโรคทางจิตเวช. วารสารสวนปรุง. 13(1); 29-36.
- พันธ์ศักดิ์ วราอัสวปติและคณะ.(2536).จิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป.ขอนแก่น: โรงพิมพ์ศิริภรณ์ออฟเซ็ท.
- พัชณา ชันลา.(2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สถานีอนามัยบ้านอุ้งยา จังหวัดสุพรรณบุรี. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร.(2542). ตำราจิตเวชศาสตร์.. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- พรสวรรค์ พูลกระจ่าง. (2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พหล วงศาโรจน์. (2541). การดำเนินงานฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชกับความมั่นคงแห่งชาติ. รายงานการวิจัยส่วนบุคคลของการศึกษาหลักสูตรการป้องกันราชอาณาจักร รุ่นที่39. ประจำปีการศึกษา2539-2540.
- มณีรัตน์ เรื่องโรจน์และอาภากร สุปัญญา. (2541). ผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ร่วมกับการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของสตรีวัยหมดประจำเดือน. วารสารกองการพยาบาล. 25(2) 45-57.

- มนัสสินธุ์ บุญยธรรมพ. (2536). ความต้องการของผู้รับบริการเกี่ยวกับการบริการสุขภาพที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารศึกษาศาสตร์ สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มานี ชูไทย. (2521). คู่มือวิชาสุขศึกษา. กรุงเทพมหานคร: เจริญผล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บิซอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มยุรี เนียมหลวง. (2546). ผลของการสอนรายบุคคลที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวาน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). บทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- รัชนิบูล เสริญภูมิรินทร์ และจินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย. (2542). ผลของการทำกลุ่มระดับประคองต่อความเครียดของผู้สูงอายุ ในบ้านพักคนชราบ้านบุญโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13,64-72.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2541). การพยาบาลครอบครัว: แนวคิดทฤษฎีและการนำไปใช้. โครงการตำราวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: วีเจพรีนติ้ง.
- ละเอียต รอดจันทร์และคณะ. (2542). ปัจจัยสัมพันธ์กับการมารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. กรุงเทพฯ: กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา.
- วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรศุกกุล. (2522). กระบวนการกลุ่ม. กรุงเทพมหานคร: พีระพัชณา
- วาสนา จันทร์สว่าง. (2531). การศึกษาโน้มน้าวเพื่อการพยาบาลสาธารณสุข. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2(1): 55-63.
- วัชณี หัตถพนมและคณะ. (2539). รายงานวิจัยเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารับรักษาในโรงพยาบาล. มปป.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. (2548). รายงานสถิติประจำปี.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2534). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. วิทยานิพนธ์: กรุงเทพมหานคร.

- สมจิต หนูเจริญกุลและคณะ. (2543). การส่งเสริมสุขภาพ;แนวคิดและการปฏิบัติการพยาบาล.
นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.
- สมคิด ตีร์ราภิ. (2545). ผลของการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์อักษร
สัมพันธ์.
- สว่างจิตต์ จันทร์. (2544). ผลของการสอนโดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่อง
โรคความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดัน
โลหิตสูง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ:
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา.(2549). เอกสารประกอบการบรรยายบทบาทการประเมินผลลัพธ์ในการ
ปฏิบัติการพยาบาล APN's Role Evaluation of Nursing outcome.
- สุภาภรณ์ ทองดารา.(2545).ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อ
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548).การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา.ปริญญาพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุกันษา ฉัตรสุวรรณ. (2529). ผลการใช้กระบวนการกลุ่มในการสอนผู้ป่วยต่อระดับความวิตกกังวล
ก่อนผ่าตัดของผู้ป่วยโรคต่อกระฉก. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- สุชาติ โสมประยูร. (2525). การสอนสุขศึกษา.พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพมหานคร:ไทยวัฒนาพานิช.
- สุทธินิ พัดวิลัย. (2545). ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของ
ผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต
สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนทรี่ ภาณุทัต และคณะ. (2524). ผลสัมฤทธิ์ของผู้ป่วยนอกที่ได้รับคำแนะนำจากพยาบาล. รายงาน
การวิจัยของภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามารชิบัติ

- สมณฑชา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุริย์ จันทร์ โมลี. (2527). สุขศึกษาในโรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาสุขศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุวณีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก : รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรนันท์ หาญอุท. (2532). การเรียนการสอนสุขภาพอนามัย. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช , สาขาวิทยาศาสตร์สุขภาพ(หน่วยที่1-7)นนทบุรี: โรงพิมพ์สุโขทัยธรรมาธิราช.
- อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์และคณะ. (2536). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการมารักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 2 (1) 33-48.
- อุษา ชูชาติ และคณะ. (2532). บุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารจิตวิทยาคลินิก. 20 (2) 29-49.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย และคณะ. (2545). การพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัว ด้านการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13. 32-44.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำพัน หิรัญอุทก. (2547). การศึกษาการจัดการผู้ป่วยรายกรณีต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพพนิชญ์ สมานวงศ์ไทย. (2544). ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับมารักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษาโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 10(1)90-115.

เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Anderson, C.M.; Hogarty. G.E., and Reiss, D.J. (1980). **Family treatment of about schizophrenia patients : A psychoeducational approach.** *Schizophrenia Bulletin* 6,3:490-505.
- Chien Ching , et al. (2003). Effects of Social Skill Training on Improving Social Skill of Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing.* 17(5):228-236.
- Cohen, S & Wills, T. A. (1985). Stress, social support and buffering hypothesis. **Psychological Bulletin**, 98:310-358.
- De Melo, F. (2001). **Support group for PLWHA in India.** The Fifth International Conference on Home and Community Care for Persons Living with HIV/AIDS.
- Evers, G. C. , et al. (1993). Validity Testing of the rutch translation of appraisal of the self-care agency A. S. A-scale. **International Journal of Nursing Studies.**30(4):331-342.[CD-ROM].Abstract from: CD-Plus OVID files: CINAHL Item:1993170424.
- Fox,C. and Kane,F.(1996).**Psychiatric Mental Health Nursing:Integrating the behavioral and biological sciences.**Philadelphia:W.B.Sauders.
- Goldrick B. A. , & Turner J. G. (1995). Education and behavior change in prevention and control of infection. In B. M. Soule., E.L. Larson, & G.A. Preton(Eds.). **Infection and nursing practice in prevention and control.**: 175-192. Missouri: Mosby-Year book.
- Good ,V. C. (1973). **Dictionary of education.** New York: McGraw-Hill.
- Herz M. I.,Glazer.W. A.,Mostert M., & Hafex. (1989). Treating prodromal episodes to prevent relapse in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry**,155(suppl 15),123-127.
- Hersey, P.; & Duldt, B. W.(1989). **Situation leadership in nursing.** Norwalk: Appleton & Lange.
- Hill, L. And Smith, N. (1990). **Self-Care Nursing : Promotion of Health.**2 nd ed. New Jersey : Appleton & Lange.
- Kaplane,H.L and Sadock, B.J. (1998). **Comprehensive Textbook of Psychiatry.** Baltimore: Williams & Wilkins.

- Kenedy, M.G.; Scheep, K.G. and O'Connor, F.E. (2000). **Symptoms Self-Management and relapse in Schizophrenia**. Archives of Psychiatric Nursing. 14(6) December. 266-275.
- Lenior, M.E. et al. (2000). **Parental expressed emotion and burden in families of young schizophrenia patients (online)**. Available from: www.amc.uvr.nl/poster/69/ Department of psychiatric, Academic medical centers. Amsterdam, Netherland (2001, March 30)
- Marram, G.D. 1975. **The group approach in nursing practice**. 2 ed. Saint Louis: The C.V. Mosby Company.
- Marvin, I. H. , and Stephen, R.M. (2002). **Schizophrenia : comprehensive treatment and management**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Orem, E.D. (2001). **Nursing concepts of practice**. (6th ed.). St Louis : Mosby Year Book.
- Pander, J.N. (1996). **Health Promotion in Nursing Practice**. 3ed. New York: Appleton Century-Crofts.
- Sandock, J.B. and Sandock, A.V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.
- Smith, V.M. and Bass, T.A. (1979). **Communication for Health Professionals**. New York: J.B. Lippincott Company.
- Sundel, M. and Sundel, S. (1999). **Behavior Change in the Human Services** 4th ed California: Sage Publications.
- Taylor, M. C. (1994). **Essentials of Psychiatric Nursing**. St. Louis: Mosby.
- Thoits, P. A. (1986). Conceptual methodological and theoretical problem in studying social support as a buffer against life stress. **Journal of Health and Behavior**. 23(2) : 145-159
- Wiles, K. (1975). **Supervision for better school**. New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก.

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิและผู้ช่วยผู้ศึกษา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นางเพชร คันทสายบัว

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
วุฒิการศึกษา พยม.สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. นางโชติพร พันธุ์วัฒนาชัย

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มจิตเวช โรงพยาบาลลพบุรี
วุฒิการศึกษา พยม.สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

3. นางสาว อัญชลี ศรีสุพรรณ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว. กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
วุฒิการศึกษา พยม.สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผู้ช่วยผู้ศึกษา

1. นางเพียว นราฤทธิ

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 7 วช. กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. นางสาวอรรรณ พวกไชสง

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6 ว. กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ภาคผนวก ข.

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์เครื่องมือในการดำเนินโครงการ

1. สถิติที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ที่ดัดแปลงมา คือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2547)

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

เมื่อ	α	=	ความเชื่อมั่นในแบบวัด
	n	=	จำนวนข้อของแบบวัด
	S_i	=	คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดแต่ละข้อ
	S^2	=	คะแนนความแปรปรวนของแบบวัดทั้งฉบับ

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 คำนวณค่าร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคล โดยใช้สูตร

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

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)

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

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

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

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

เมื่อ X = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง
 μ = ค่าเฉลี่ยที่เป็นจุดเปรียบเทียบ
 SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของกลุ่มตัวอย่าง
 n = ขนาดตัวอย่าง
 df = จำนวนค่าที่มีอิสระ (Degree of Freedom)

ภาคผนวก ค.

แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิ์และเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาอิสระ
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษาอิสระ ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่มต่อ
พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาอิสระ.....

ข้าพเจ้า..... ได้ทราบจากผู้ศึกษาชื่อ
นางกาญจนา สุดใจ ที่อยู่ 112 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา คลองสาน กรุงเทพมหานคร
10600 ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษา
อิสระรวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจ
เกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาอิสระครั้งนี้ ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจาก
การเข้าร่วมศึกษาอิสระนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและ
ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ศึกษา

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้ศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษารั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้งเงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
ลงนามผู้เข้าร่วมศึกษา

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
(นางกาญจนา สุดใจ)
ลงนามผู้ศึกษาหลัก

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
(.....)
ลงนามพยาน

ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

ส่วนที่ 1. โปรแกรมให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม

ส่วนที่ 2. เครื่องมือใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
- แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

โปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

หลักการและเหตุผล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบที่พบบ่อยในจำนวนโรคทางจิตเวชทั้งหมด เป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและมีพฤติกรรม การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) มักเกิดอาการตั้งแต่อายุน้อยๆ การดำเนินโรคมีลักษณะค่อยเป็นค่อยไปและไม่หายขาดเป็นปกติเหมือนเดิม (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) โดยมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับมารักษาซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานานหรือต้องดูแลตลอดชีวิต (ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี, 2531) นอกจากนี้ยังพบผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่และมีการกลับมารักษาซ้ำทุกปี (พหล วงศาโรจน์, 2541) เป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง

สถิติกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีผู้ที่มาใช้บริการสถานบริการในสังกัด กระทรวงสาธารณสุขในลักษณะผู้ป่วยนอก ในปี 2546 จำนวน 115,953 ราย ปี 2547 จำนวน 118,471 ราย ปี 2548 จำนวน 118,016 ราย ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ย้อนหลัง 3 ปี มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ในปี 2547 จำนวน 45,008 ราย รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2,303 ราย ปี 2548 จำนวน 47,332 ราย รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2,099 ราย ปี 2549 จำนวน 49,367 ราย รับไว้เป็นผู้ป่วยใน 2,014 ราย และมีผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารับการรักษาซ้ำ 221,167,158 ราย ตามลำดับ (รายงานประจำปีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา, 2548) และจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลในครอบครัวเมื่อพาผู้ป่วยมารับบริการแบบผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ที่บ้านจะมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดี และเมื่อผ่านระยะเวลาช่วงหนึ่งไปผู้ป่วยจะเริ่มมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เริ่มไม่รับประทานยาโดยคิดว่าตนเองหายดีแล้ว ปฏิเสธการเจ็บป่วย บางรายพบว่าเมื่อรับประทานยาแล้วมีอาการข้างเคียงของยาจึงทำให้ไม่สนใจที่จะรับประทานยาต่อ ไม่สนใจกิจวัตรของตนเอง แยกตัวนอน ไม่สนใจผู้อื่นในครอบครัว ทะเลาะกับสมาชิกในครอบครัว เอะอะอาละวาด ใช้จ่ายฟุ่มเฟือย ดังนั้นความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองจึงเป็นปัจจัยสำคัญที่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพจำเป็นต้องช่วยเหลือและส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) จากข้อมูลข้างต้นนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่มาจากการที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่บกพร่อง ซึ่งเนื่องมาจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท

การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นกลวิธีหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ และการรักษามุ่งพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 2001; Hill & Smith, 1990; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ ซึ่งความรู้เป็นปัจจัยในขั้นแรก เป็นส่วนประกอบในการสร้างหรือก่อให้เกิดความสามารถหรือทักษะในขั้นต่อ ๆ ไป (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2526) และเป็นสิ่งกระตุ้นให้บุคคลเกิดแนวคิดและมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ (ทัศนีย์ พุกผาชีวะ, 2535) ฉะนั้นก่อนที่บุคคลจะปฏิบัติอะไรก็ตาม บุคคลนั้นจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องนั้น ๆ ก่อน และพึงพอใจที่จะปฏิบัติสิ่งนั้น วิธีที่นิยมใช้โดยผู้เรียนมีส่วนร่วมในกิจกรรมการเรียนรู้ในฐานะสมาชิกกลุ่มมากขึ้น และมีผลดีมากวิธีหนึ่งคือ วิธีให้ความรู้โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ซึ่งเป็นการให้ความรู้ในลักษณะการมีส่วนร่วม ให้ผู้ป่วยทุกคนมีโอกาสแสดงความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของตน ได้แลกเปลี่ยนและรับฟังความรู้สึกรู้สึกนึกคิดของผู้อื่นโดยใช้วิธีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ (De Mello, 2001) การให้คำแนะนำและความรู้จะทำให้เกิดความเข้าใจในเรื่องโรค การให้กำลังใจซึ่งกันและกัน พร้อมกับส่งเสริมสุขภาพ จากการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและการรับฟังปัญหาจากผู้ป่วยที่มีปัญหาคล้าย ๆ กัน รวมทั้งได้รับการส่งเสริมหรือสนับสนุนจากสมาชิกกลุ่ม ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับความเชื่อ เจตคติ และพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคหรือทำให้บุคคลไม่มีความสุข ปรับเปลี่ยนไปในทางที่ดีและถูกต้องและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ด้วยตนเองจากกลุ่ม ทำให้เกิดแนวคิดในการแก้ปัญหาพร้อมกันและมีการเลียนแบบอย่างในการปฏิบัติตัวที่ดีจากสมาชิกกลุ่ม เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้และมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองแล้ว จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ ที่ได้รับนั้นมาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อนำไปเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องและมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (มณีรัตน์ เรื่องโรจน์ และ อากาศ สุปัญญา, 2541)

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจโปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ คือ การประคองประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Education) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และการสร้างเครือข่าย (Net work) และใช้แนวคิดทฤษฎีการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ที่กล่าวว่าพัฒนาการกลุ่มประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม มาใช้ในกระบวนการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย โดยโปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำที่ผู้ศึกษาพัฒนาขึ้น ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท
การรักษาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการติดตามการรักษา

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องยาและการติดตามการรักษา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง

ซึ่งโปรแกรมดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลตนเอง ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดีขึ้นเมื่อกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุขและลดการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม

คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

การใช้โปรแกรมให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมพยาบาล โดยจัดให้มีการเรียนรู้แบบเป็นกลุ่มเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองอย่างมีระบบ โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะให้สมาชิกร่วมกันคิดหาเหตุผล เลือกลงและตัดสินใจที่จะปฏิบัติ มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้ ความคิดเห็นซึ่งกันและกัน เรียนรู้ปัญหา ค้นหาปัญหา และร่วมกันหาแนวทางแก้ไขปัญหาในบรรยากาศที่ ผ่อนคลายน่าไว้วางใจ ให้ความรู้แบบกลุ่ม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมของโชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ร่วมกับแนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ซึ่งได้ดำเนินการ 5 กิจกรรม ดังนี้คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการติดตามการรักษา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย รวมทั้งให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การรักษาที่แพทย์ให้ ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อการรักษา โดยพยาบาลส่งเสริมสนับสนุน และให้กำลังใจในการรักษา และนำความรู้ที่ได้จากกลุ่ม ไปประยุกต์ใช้กับตนเอง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องยาและการติดตามการรักษา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางการพยาบาลโดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง การสังเกตอาการเตือนก่อนมาพบแพทย์ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยพยาบาล

ส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถรับการรักษอย่างต่อเนื่องได้ด้วยตนเอง สังเกตอาการของตนเองได้อย่างถูกต้อง และใช้บริการจากแหล่งสถานบริการสุขภาพในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยการสนับสนุนและสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการสื่อสารกับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพ ให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการของความช่วยเหลือจากครอบครัว สังคม และชุมชน เมื่อมีอาการเตือน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับทราบ และมีการฝึกทักษะในการสื่อสารด้วยตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองทางด้านร่างกายและจิตใจ ครอบคลุมความต้องการของบุคคล เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วยได้ดูแลตนเองและมุ่งหมายให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการดูแลตนเองโดยใช้พลังกลุ่ม

กิจกรรมที่ 5 การสร้างเสริมความมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลโดยการให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดี ข้อเสียของตนเอง รับรู้ถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นถึงการพัฒนาตนเองได้ โดยพยาบาลและกลุ่มสร้างความเชื่อมั่นว่า ผู้ป่วยจะสามารถพัฒนาตนเองได้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า และพยาบาลส่งเสริมความรู้สึกที่เป็นบวกของผู้ป่วย และนำไปสู่การมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม เพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้

ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามการจำแนกโรค ICD 10 (International Classification of Disease) และเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทึงเครียดมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน เป็นระยะเวลา น้อยกว่า 28 วัน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา (กรมสุขภาพจิต, 2547)

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมาย เพื่อให้ร่างกายและจิตใจเข้มแข็ง ดำรงชีวิตอยู่ภายในครอบครัวและชุมชน ของตนได้โดยประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองตามแนวคิดของ Hill & Smith (1990) กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการที่จะรู้จักรูปร่าง ลักษณะของตนเอง การเข้าใจ ขอมรับและรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง เพื่อให้เข้าใจถึงความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง รวมทั้งมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการใช้ภาษา การสร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง รวมทั้งเพื่อให้

รับรู้ถึงความคิด ความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่นได้อย่างถูกต้องตรงกัน และสามารถอธิบายความรู้สึกของตนเองได้

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการที่จะสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุด ช่วยให้ผู้ป่วยปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการ เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

4. การเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในการกล้าตัดสินใจต่อปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกถึงวิธีในการแก้ไขปัญหาและผ่อนคลายตนเองจากความกังวลการแก้ไขปัญหาเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต หรือเมื่อมีอาการนำก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นจนกระทั่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิดและการรักษาสัมพันธ์ภาพกับครอบครัว เพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิด และสามารถขอรับความช่วยเหลือจากบุคคลเหล่านั้นเมื่อตนเองมีความทุกข์ ตลอดจนสามารถให้ความช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตใจมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาชีวิตประจำวันและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา โดยปฏิบัติตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ ซึ่งหลีกเลี่ยงการทำผิดและให้อภัยผู้อื่น

7. การดูแลตนเองโดยทั่วไป หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อสร้างความแข็งแรงของร่างกายและความเข้มแข็งของจิตใจ เป็นการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี

ลักษณะของโปรแกรม รูปแบบการดำเนินกลุ่ม

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

คุณลักษณะของผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์การทำกลุ่มในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรค ICD 10 และเป็นที่เข้ารับการรักษารักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 20 คน ที่ได้รับการคัดเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง มีขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดคือ

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลซ้ำหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน เป็นระยะเวลาน้อยกว่า 28 วัน
2. พุศดคุยรู้เรื่องและสามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นได้ ควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ขณะร่วมในกลุ่มกิจกรรมบำบัดและไม่ได้อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า เนื่องจากเป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาจอยู่ในภาวะวิกฤตจากการรักษาด้วยไฟฟ้า
3. มีอายุระหว่าง 20-59 ปี เนื่องจากอยู่ในวัยผู้ใหญ่มีวุฒิภาวะเพียงพอที่จะตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองได้ ทั้งเพศชายและเพศหญิง
4. ได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในประเภทเรื้อรังบำบัดหรือบำบัดระยะยาว ไม่มีพยาธิสภาพทางกายที่รุนแรงซึ่งใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิตและสมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย ที่นำมาใช้โดยกลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา สามารถเข้าร่วมและเต็มใจในการเข้าโปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม

ผู้ศึกษาดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยใน โดยคุณสมบัติเป็นผู้ป่วยจิตเภทสามัญทั้งชายและหญิงที่มีอาการทางจิตสงบ และมีภูมิลำเนาอยู่ในจังหวัดกรุงเทพมหานครหรือจังหวัดที่อยู่ในปริมณฑล อายุระหว่าง 20-59 ปี รับการรักษาในโรงพยาบาลมากกว่า 1 ครั้ง สามารถอ่านออกเขียนได้ และสมัครใจเข้าร่วม กิจกรรมในการศึกษาค้างนี้

การคัดเลือกกลุ่มเป้าหมาย

1. คัดเลือกผู้ป่วยตามคุณสมบัติข้างต้น
2. เชิญใบยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม

ผู้ใช้โปรแกรม

พยาบาลจิตเวชที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชและมีประสบการณ์การทำกลุ่มในลักษณะการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม

การประเมินผล

1. ผู้เข้าร่วมโปรแกรม

- ประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์
- ประเมินผลโดยตรงหลังเสร็จสิ้นในแต่ละกิจกรรม โดยการสังเกตและผลของการทำงานในแต่ละกิจกรรม
- ประเมินความสนใจและการมีส่วนร่วมในกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง

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

ตารางการทำกิจกรรมในโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 1 วันจันทร์ (60 นาที)	กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการติดตามการรักษา	1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกันไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน 3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ 4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองป่วยและ มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการการรักษาที่ถูกต้อง
สัปดาห์ที่ 1 วันพุธ (90 นาที)	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองเกี่ยวกับเรื่องยาและการติดตามการรักษา	1. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม 2. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการเตือนของตนเองก่อนมีอาการมากขึ้นได้ 3. ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีจัดการกับอาการที่ผิดปกติหรืออาการเตือนที่เกิดขึ้นได้ 4. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการรับประทานได้ด้วยตัวเองอย่างถูกต้อง
สัปดาห์ที่ 1 วันศุกร์ (60 นาที)	กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม	1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้ 2. ผู้ป่วยบอกได้ถึง การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ 3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว

วัน/เวลา	กิจกรรม	วัตถุประสงค์
สัปดาห์ที่ 2 วันจันทร์ (60 นาที)	กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยา ส่วนบุคคล และการผ่อนคลาย ความตึงเครียด	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยบอกถึงการดูแลสุขภาพตนเองในเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การรับประทานอาหาร น้ำ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และ การทำความสะอาดร่างกายได้ 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้กับชีวิตประจำวันของตนเอง 3. มีความรู้ ความเข้าใจ มีวิธีการผ่อนคลาย เมื่อตนเองมีความทุกข์ใจและสามารถนำไปใช้ในชีวิตรประจำวันได้
สัปดาห์ที่ 2 วันพุธ (60 นาที)	กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างควมมีคุณค่า ในตนเอง	<ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นและเกิดความเชื่อมั่นในตนเองมากขึ้น 2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงคุณค่าของตนเอง 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ

กิจกรรมที่ 1

การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการติดตามการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักและคุ้นเคยซึ่งกันและกัน ไว้วางใจ เปิดเผยตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ
4. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคที่ตนเองป่วย มีความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการรักษาที่ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์และกำหนดการของโครงการ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจไว้วางใจและให้ความร่วมมือ มีการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง เกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะปฏิบัติตนอย่างไรที่จะทำให้อาการดีขึ้น และที่สำคัญผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือกับการรักษาเป็นอย่างดี

สื่อ/อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1

กิจกรรมการสอน นำเสนอสถานการณ์จริง ฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรม

1. พยาบาลสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ทักทายผู้ป่วย แนะนำตัวเอง และให้ผู้ป่วยแนะนำตัวเอง มีการสนทนาด้วยเรื่องทั่วไปก่อน เพื่อให้เกิดความผ่อนคลายและสร้างความคุ้นเคยและความรู้สึกไว้วางใจ
2. ชี้แจงวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมโครงการ จำนวนครั้งที่พบกัน ระยะเวลาในแต่ละครั้งในการพบกัน เวลาและสถานที่นัดหมาย

3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 4-5 คน ให้แต่ละกลุ่มพูดถึงประเด็นอาการก่อนมารับการรักษาและการรักษาที่ได้รับในปัจจุบัน พร้อมทั้งให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอผลการพูดคุยในกลุ่ม และพยาบาลสรุปตามประเด็นที่ผู้ป่วยเล่า

4. ผู้ป่วยได้ร่วมกันอภิปรายในประเด็น “ผลการรักษาที่ผ่านมา” ท่านคิดว่าดีขึ้นหรือไม่ เพราะสาเหตุอะไร พร้อมทั้งให้ตัวแทนกลุ่มนำเสนอการพูดคุยในกลุ่ม และพยาบาลสรุปตามประเด็นที่ได้จากกลุ่ม

5. พยาบาลบรรยายเรื่องโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ และการรักษา (เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1)

6. ผู้ป่วยร่วมกันอภิปรายในประเด็น “ประโยชน์ของการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด ปัจจัยเสี่ยงและอาการเตือนก่อนมีอาการมากขึ้น” และพยาบาลสรุปกิจกรรมนี้ตามประเด็นที่ได้จากกลุ่ม

7. พยาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกในการเข้าร่วมกิจกรรมครั้งนี้ และนัดครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นการซักถามปัญหาต่างๆ

เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 1

โรคจิตเภท : อาการ สาเหตุ การรักษา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางสมองชนิดหนึ่ง โดยผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และบุคลิกภาพร่วมกับบางคนมีอาการเป็นแบบไม่เหมาะสมตีสัมผัสปัญญาและเซาว์ ปัญญามักคืออยู่

อาการและการแสดง

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นทั้งแบบเฉียบพลันหรือรุนแรง และค่อยเป็น ค่อยไป ซึ่ง อาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ ได้แก่

1) กลุ่มที่มีอาการแสดงชัดเจนหรือเรียกว่าอาการทางบวก คือมีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือ หลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพุดเร็ว และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2) กลุ่มที่มีอาการแสดงไม่ชัดเจนหรือเรียกว่าอาการทางลบ คือผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือ แสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดิวนานๆ โดยไม่มี ปฏิกริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อคนเปลี่ยนไปบางรายมีอาการ ซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะแยกตัวเอง นอนมาก ไม่สนใจตนเอง

สาเหตุของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็น โรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบัน ได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้อย่างหลากหลายที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา คือสารเคมีในสมองและปัจจัยทางด้านจิตสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล สังคมและสิ่งแวดล้อม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ

การรักษาในปัจจุบันการรักษาเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

1. การรักษาทางด้านร่างกาย ประกอบด้วย

1.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และยาโรคทางจิตเวชเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มากและเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ดังนี้

อาการข้างเคียงของยาโรคจิต

1) อาการทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และบางรายมีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้าๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้

2) อาการทางระบบต่อไทรอยด์ เป็นอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมา อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด

3) อาการต่อผิวหนัง เป็นอาการแพ้แสงแดด

4) ในปัจจุบันมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับยาโรคจิตเป็นเวลานาน มากกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมักมี อาการคั่งน้ำมากผิดปกติ คือคั่งน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน ซึ่งจะทำให้เป็นอันตรายต่อร่างกายได้

1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีการรักษาแบบนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ได้แก่

- ผู้ป่วยรับการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล ยังคงมีอาการตลอดเวลา
- ผู้ป่วยมีอาการทำร้ายตนเองหรือมีพฤติกรรมรุนแรง
- ผู้ป่วยมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่ใช้รักษามาก

1.3 การรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด จิตบำบัดรายบุคคลและกลุ่ม รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และญาติ เกี่ยวกับเรื่องโรค อาการและการรักษา เพื่อให้มีความเข้าใจมากขึ้น

กิจกรรมที่ 3

การพัฒนาทักษะทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถบอกถึงวิธีการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้
2. ผู้ป่วยบอกได้ถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
3. ผู้ป่วยสามารถบอกถึงการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะทางสังคมจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือจากสังคมนรอบข้าง ทำให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหที่ผู้ป่วยไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ถูกแยกจากสังคม ชุมชน ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยมีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่น ได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และความสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตนเองมีคุณค่า และได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง ดังนั้นการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

สื่อ/อุปกรณ์

1. เอกสารประกอบกิจกรรมที่3/1
2. เอกสารประกอบกิจกรรมที่3/2

กิจกรรมการสอน นำเสนอสถานการณ์จริง ฝึกปฏิบัติ การอภิปรายกลุ่ม

กิจกรรม

1. พยาบาลทักทายผู้ป่วยทุกคนด้วยความเป็นกันเอง และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยทักทายกันเอง

2. พยายามให้ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละประมาณ 4-5 คน ให้แต่ละกลุ่มพูดถึงประเด็น “เมื่อมีความไม่สบายใจ ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือจากใครบ้างในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และประเด็นการใช้เวลาให้เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัว พยายามสรุปประเด็น
3. พยายามให้ผู้ป่วยอภิปรายเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ พยายามสรุปสิ่งที่ได้จากการอภิปราย
4. พยายามบรรยายเรื่อง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ วิธีขอความช่วยเหลือในชุมชน และเรื่องการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ (เอกสารประกอบกิจกรรมที่3/1และเอกสารประกอบกิจกรรมที่3/2)
5. พยายามให้สมาชิกสาริถการติดต่อสื่อสารในทางบวก โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม ให้แต่ละกลุ่มส่งตัวแทนสมาชิกพูดถึงประเด็น โดยสลับกันฝึกโดยที่ในแต่ละประเด็นจะต้องไม่ใช่สมาชิกคนเดิม
 - เมื่อต้องการให้แม่พาไปเที่ยวนอกบ้าน
 - เมื่อต้องการให้พ่อพามาหาแพทย์ที่โรงพยาบาล
 - เมื่อต้องการให้แม่บ้านทำกับข้าวให้
 - เมื่อต้องการให้เพื่อนหยิบสมุดให้
 พยายามเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามและสรุปสิ่งที่ได้ และนัดหมายการทำกิจกรรมใน ครั้งต่อไป

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ รวมทั้งสังเกตความสนใจและการฝึกปฏิบัติของผู้ป่วย

เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3/1

การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 วิธี

1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออก ในการพูดคุยแต่ละวันว่า ใช้บทบาทสอดคล้องหรือเหมาะสมหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตน ในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม เช่น การบอกความรู้สึกนึกคิดของตนเอง ทั้งนี้เพราะการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องและเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

วิธีการสื่อสารทางบวก

ในขณะที่การสื่อสารทางลบมันจะเน้นที่การพูดถึงความคิด หรือการกระทำของอีกฝ่ายหนึ่ง เช่น ทำไมคุณ คุณไม่เคย ฯลฯ วิธีการสื่อสารทางบวกนั้นเป็นการสื่อสารความคิด ความรู้สึก ความต้องการของตนเอง พูดอย่างเปิดเผย ชัดเจน ไม่คลุมเครือ เพื่อให้ได้รับการตอบสนองที่ต้องการ การพูดเริ่มกับตัวเอง เช่น ฉัน พี่ น้อง ฯลฯ วิธีการสื่อสารทางบวกเป็นการบอกความรู้สึกนึกคิด ของตนเองเป็นข้อมูลที่บ่งบอกถึงความรู้สึก ความต้องการ ข้อเสนอแนะ ความคิดเห็น ความเป็นไปได้ ของผู้พูด

ตัวอย่าง

- แม่รู้สึกเสียใจที่ลูกพูดไม่เพราะกับแม่
- ดิฉันอยากให้คุณช่วยทำงานบ้านให้ฉันเพราะฉันรู้สึกไม่สบาย
- หนูอยากให้แม่บ่นที่หนูตื่นสาย
- พ่ออยากให้คุณช่วยล้างจานหลังจากกินข้าวเสร็จ

เอกสารประกอบกิจกรรมที่ 3/2

เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลา แพทย์จะอนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยจะมีเวลาว่างมากในช่วงกลางวัน ดังนั้นผู้ป่วยควรให้ความสำคัญกับการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์กับตัวเอง โดยการดูแลช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง เป็นต้น และยังสามารถใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์กับครอบครัว เพื่อช่วยแบ่งเบาภาระให้กับครอบครัวด้วย เช่น การทำความสะอาดบ้าน ซักรีดเสื้อผ้า ถ้างาน หุงข้าว ฯลฯ หรืออาจหางานอดิเรกทำ เช่น การอ่านหนังสือ ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง วาดภาพ ตัดเย็บเสื้อผ้า ปลูกต้นไม้ ฯลฯ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า ทั้งยังก่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนเอง ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่คิดฟุ้งซ่าน อาการทางจิตไม่กำเริบ ญาติมีความรู้สึกที่ดี และภาคภูมิใจในตัวผู้ป่วยด้วย

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกิจกรรมที่ท่านทำมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด

ประจำ	หมายถึง	กิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน
บางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ทำเป็นบางครั้งเว้นระยะไปประมาณ 1 เดือนจึงทำอีกครั้ง
นานๆ ครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นเว้นระยะไปนานจึงทำอีก
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยทำเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยทำ
1. ท่านมีความตั้งใจที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น					
2. เมื่อท่านทำงานไม่สำเร็จท่านจะหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่าตนเองไม่เก่งไม่ดี					
3. ท่านค้นหาข้อบกพร่องของตนเองเพื่อแก้ไขให้ดีขึ้น					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11.					
12.					
13.					
14.					
15.					
36. ท่านพยายามค้นหาว่ามีเหตุการณ์ใดเกิดขึ้นก่อนหน้าที่จะมีอาการทางจิต					
37. เมื่อเริ่มมีอาการทางจิตท่านสามารถหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาอาการลงได้ก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ					

ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

นางกาญจนา สุขใจ เกิดเมื่อวันที่ 16 พฤศจิกายน พ.ศ. 2513 ที่กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นนทบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2546 ได้รับประกาศนียบัตรวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปี พ.ศ. 2548 จากสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ต่อมาเข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2548 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ 6ว. กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

วัน เดือน ปี.....
เลขทะเบียน..... 3803.....
เลขเรียกหนังสือ.....