

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. 2551. สถานการณ์ด้านสุขภาพจิต:จำนวนและอัตราผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทยต่อประชากร 100,000 คนปีงบประมาณ 2541-2545(on line). : กระทรวงสาธารณสุข,2551, <http://www.dmh.moph.go.th/report/population/pop/>: (5สิงหาคม 2551)
- กัลยาณี โนนินทร์. 2542. การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน. การค้นคว้าแบบอิสระ. สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- กาญจนา ชัยเจริญ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- งามตา อักษรไพโร. 2548. การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ ต. สกุล. 2544. การศึกษาปัจจัยผลักดันในผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 20(2), 61-66.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. ปีที่13 มกราคม-มิถุนายน.
- จินตนา ถีละไกรวรรณ. 2542. โรคจิตเภท คู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น: สิริกัญท์ออฟเซ็ท.
- จิราพร รักการ. 2549. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬาลักษณ์ ชำของ. 2547. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ชฎาภา ประเสริฐทรง. 2543. ความรู้สึกทางอารมณ์และความต้องการคำแนะนำ:กรณีศึกษา
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช:วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14 (2) ,
(ก.ค.-ธ.ค.): 30-39.
- ชวลีพร ชวงศ์. 2545. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทและ
สมาชิกในครอบครัวที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
สุราษฎร์ธานี:โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สุราษฎร์ธานี กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ดารณี จามจรี. 2545. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่ม
โรคเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุษฎีบัณฑิต สาขาวิจัยและการพัฒนาหลักสูตร
มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- ดวงใจ รัตนธัญญา. 2545. สุขศึกษาหลักและขบวนการเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ.
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ไทยรายวัน.
- ทัศนีย์ ทิพย์สูงเนิน. 2544. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย
จิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ทีปประพิน สุขเขียว. 2543. การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลกา บุญผาสังข์. 2545. ภาระและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการ
รักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์, นารัต เกษตรทัต. 2550. ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของ
ผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่ง
ประเทศไทย 52(4): 412-428.
- นันทิกา ทวิชาชาติ. 2548. ระบาดวิทยาทางสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร:
โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นันทนา รัตนกร. 2536. ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการ
ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านในเขตจังหวัดนนทบุรี. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา, 1(3)
- นิตากร แก้วพิลา. 2545. ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมี
ส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร. 2544. ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ประไพศรี บุรณางกูร. 2541. รายงานการวิจัย: ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางครอบครัวและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ปรีดีหทัย แก้วนิรัตน์. 2534. การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์. มหาวิทยาลัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ผลทิพย์ ปานแดง. 2547. การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิทักษ์พล บุญมาติก. และดารา การเกษตร. 2550. การประชุมวิชาการ ประจำปี 2550 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย เรื่องการสร้างความเข้มแข็งทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยามวิกฤติ ระหว่างวันที่ 19-21 กันยายน 2550 ณ โรงแรมเจ้าพระยาปาร์ค. กรุงเทพมหานคร.
- ไพรัตน์ พุกษาชาติคุณากร. 2534. จิตเวชศาสตร์เล่ม 3. เชียงใหม่: หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พรสวรรค์ พูลกระจ่าง. 2548. การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประทับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ของผู้ป่วยจิตเภท. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กুমมาภิชาติ แสงเขียว. 2542. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. 2544. จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2550. จิตเวชศาสตร์รามธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 2 (เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพมหานคร: บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. 2543. สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. 2539. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร 1: 84-94.
- ละเอียด แจ่มจันทร์และสุรี ชันธรัถยวงศ์. 2549. สารทบทวนการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: บริษัท จุกทอง จำกัด.
- เลิศฤทธิ์ บัญชาการ. 2545. ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วาสนา ปานดอก. 2545. กิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. การค้นคว้าแบบอิสระปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริรัตน์ คุณติวุฒิ. 2545. จิตวิทยาครอบครัวการให้การปรึกษาครอบครัวและครอบครัวบำบัดเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สกาวัฒน์ ภูผา. 2543. ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. 2540. การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สถิต วงศ์สุรประกิจ. 2542. ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมชาย จักรพันธุ์. 2543. แนวโน้มและทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2542. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สมภพ เรื่องตระกูล. 2544. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

- สรินทร เขียวโสร. 2542. การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สาธิต พุฒขาว. 2541. ปัจจัยที่ผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. 2536. ผลการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพและการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุพัตรา พุ่มพวง. 2547. ความต้องการของผู้ใช้บริการเกี่ยวกับบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชใน หน่วยบริการปฐมภูมิเขต 6 กระทรวงสาธารณสุข. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุภากรณ์ ทองดารา. 2545. ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุรวุฒิ เฟิงเกิร์ต. 2550. การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต. โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. 2545. การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัดละ. 2541. ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. 2545. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชที ศรีสุพรรณ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน . วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อุมาพร ตรังคสมบัติ. 2546. จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพมหานคร: สำนักการพิมพ์.

อำไพชนิษฐ สदानองศ์ไทย. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 9(3): 129-139

ภาษาอังกฤษ

Abramowitz, I.A.& Coursey, R.D. 1989. Impact of an educational support group on family Participants who take care of their schizophrenia relatives. **Journal of Consulting and clinical Psychology** 57 (2): 232-236.

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.

American Psychiatric Association. 1994. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.

Becker, H.M. 1974. **The Health belief model and personal health behavior**. New Jersey: Charles B. Slack, Inc.

Brandt, P.A. & Weinert, C. 1985. PRQ: A social support measure. **Nursing Research** 30: 277-280.

Brown, G., Birley, J. & Wing, J. 1972. Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. **British Journal of Psychiatry** 121: 241-258.

Farragher, B. 1999. Threatment compliance in the mental health service. **Irish Meditation Journal** 92(6):1-3,.

- Herz , M.I., Glazer, W.M., Mostert, M. & Hafex. 1989. Treating prodromal episodes to prevent relapse in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 155(Supplement 15): 123-127.
- Horowitz, A.V. & Reinhard, S.D. 1995. Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. **Journal of Health and Social Behavior** 36(6): 138-150.
- Kaplan.H.I.,Sadock,B.J. 1995. **Comprehensive text book of psychiatry**.5th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kay , L . T. 1998 . Best practice outcome for schizophrenia : Dose measurement of Medication compliance provides a key. **Australasian Psychiatry**. 6(6): 306-308.
- Kumer, S. and Sedgwick, P. 2001. Can the factors influencing medication : Compliance reported form Westem populations be applied to an eastem Indian context. **Journal of Mental Health** 10(3): 267 – 277.
- Kuiper, L., Leff, J. & Lam, D. 1992. **Family Work for Schizophrenia: A Practice Guide**. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer.
- Lim, YM. & Ahn, YH. 2003. Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Applied Nursing Research** 16(2): 110-117.
- Loukissa, D.A. 1995. Family burden in chronic mental illness : a review of research study. **Journal of Advanced Nursing** 21(2): 248-255.
- Oehl,M.Hummer,M.and Fleischhacker, W.W. 2000. **Compliance with antipsychotic treatment**. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 102 : 83-86.
- Marland, G. R. and 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: 197-204.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E. & Borgatta, E.F. 1985. Measurement and analysis of burden. **Research on Aging** 7(3): 137-152.
- Orem.D.E. 2001. **Nursing concept of practice**.(6th ed.) St.Louis : Mosby Year Book.

- Pitschel-Walz, Bauml, J., Bender, W., EndeL, R.R. & 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.
- Ran M.S., Xiang MZ., & Chan, CL. 2003. Effectiveness of psychoeducational 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 a developing country. **Acta Psychiatric Scandinavia** 91: 331-335
- Ross M.G. Norman et al. 2002. An evaluation of a stress management program for individuals with Schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 58 (2002): 293-303.
- Tauglicozzo, D.L. 1970. **Social interaction and patient care**. Philadelphia : J. B. Lippincott.
- Todd, B. 1981. **Reasons people don't take their meds**. RN, 44 (3): 54-57.
- Williams, C.A. 1989. Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric Care** 25: 14-21.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ผู้ทรงคุณวุฒิ

อ.ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย

นางสาวจิราพร รักการ

สังกัด

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

โรงพยาบาลท่าเรือ พระนครศรีอยุธยา

โรงพยาบาลหนองจอก กรุงเทพมหานคร

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติที่ใช้ในการหาค่าความเที่ยงของแบบวัดภาวะในการดูแล คือ สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (พวงรัตน์ ทวีรัตน์, 2540 : 125 – 126)

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

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

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 (ประกอง กรรณสูตร, 2542: 70)

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

SD = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว

n = จำนวนตัวอย่างของประชากร

2.3 เปรียบเทียบคะแนนการดูแล ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่ม สถิติทดสอบ

t (Dependent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2545 : 355)

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

\bar{d} = ผลของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง

S_d = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างก่อนและหลังการทดลอง

n = จำนวนคู่ของคะแนน

df = n - 1

2.4 สถิติที่ใช้ในการวัดความเที่ยงของแบบทดสอบความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2547 : 240)

$$r_u = \frac{n}{n-1} \left(1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right)$$

r_u คือค่าความสอดคล้องภายใน

n คือจำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

p คืออัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น

q คืออัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น

S^2 คือความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา (ตัวอย่าง)
ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่าง

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา

(Informed Consent Form)

ชื่อ โครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และมีอายุ 20 ปีขึ้นไป กลุ่มละ 20 คน

ข้าพเจ้า.....ได้ทราบจากผู้ศึกษาซึ่งนางสาวสุทิสรา เจียเจริญ ที่อยู่ 1/2 หมู่ 2 ต.หนองขาว อ.ท่าม่วง จ.กาญจนบุรี 71000 ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ ลักษณะและแนวทางการศึกษาอิสระรวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้าร่วมศึกษาอิสระนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ศึกษาว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการศึกษาทันที ในกรณีที่มีได้แจ้งให้ผู้ทำการศึกษาทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครองความปลอดภัยของข้าพเจ้าเป็น โทษะ(ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้ศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้เข้าร่วมศึกษา

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางสาวสุทิสรา เจียเจริญ)

.....
ลงนามผู้ศึกษาหลัก

.....
สถานที่/วันที่

.....
(.....)

.....
ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา

(Patient/Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี
2. ชื่อผู้ศึกษา นางสาวสุทิสา เจียเจริญ นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (แผน ข)
3. สถานที่ปฏิบัติงาน สถานีอนามัยบ้านหนองปรือ หมู่ 1 ตำบลหนองปรือ อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี
โทรศัพท์ที่ทำงาน 034 – 645069
โทรศัพท์เคลื่อนที่ 081 –2919626 E-mail Address sutisa_nurs @ hotmail.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมและเอกสารอื่นๆที่ให้แก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษาประกอบด้วยคำอธิบายดังต่อไปนี้

1. โครงการนี้เกี่ยวข้องกับ การศึกษาการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี
2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา
เพื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทก่อน และหลังการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิต
3. ลักษณะของประชากรได้แก่ผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 20 คน ซึ่งได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติคือ เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาไม่ถูกต้องตามเกณฑ์การรักษา โดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) สามารถควบคุมตนเอง ดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ และสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มได้ ไม่จำกัดการศึกษา อาชีพและเศรษฐกิจ ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาและสามารถเข้าร่วมในกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดได้ และผู้ดูแลหรือสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท คือ บิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรคนใดคนหนึ่ง ที่ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ระยะเวลาดำเนินการ 5 สัปดาห์สัปดาห์ละ 1 กิจกรรมติดต่อกันใช้เวลา กิจกรรมละ 45-60 นาที
4. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้ศึกษาในกรณีมีปัญหา สามารถติดต่อผู้ศึกษา ได้ตลอดเวลา

5. หากผู้ศึกษามีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษ ที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาอิสระ ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ขัดข้อง
6. ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว
7. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการศึกษาได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ประการใด
8. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการศึกษาในการศึกษาอิสระ
9. ข้าพเจ้าเข้าร่วมในโครงการศึกษาอิสระด้วยความสมัครใจ ซึ่งข้าพเจ้าอาจปฏิเสธ หรือถอนตัวจากโครงการศึกษาได้ทุกขณะ โดยไม่ต้องได้รับโทษหรือสูญเสียประโยชน์ที่พึงได้รับ
10. ผลการศึกษาโครงการอิสระจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่ สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการศึกษาอิสระได้รับการตีพิมพ์

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ป่วย)

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด ต่ำกว่าประถมศึกษา ประถมศึกษา
 มัธยมศึกษา อนุปริญญา
 ปริญญาตรี อื่น ๆ.....
4. อาชีพ ไม่มีอาชีพ รับราชการ รับจ้าง ธุรกิจส่วนตัว อื่นๆ.....
5. รายได้ครอบครัว เพียงพอ ไม่เพียงพอ
6. สถานภาพสมรส โสด คู่ (อยู่ร่วมกัน) หม้าย / หย่า / แยกกันอยู่
7. เข้ารับการรักษาครั้งนี้เป็นครั้งที่.....
8. การรักษาที่ได้รับ
.....
.....
.....
.....
9. ผู้ที่ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย คือ.....
10. บุคคลสำคัญสำหรับผู้ป่วย คือ.....

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับผู้ดูแล)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - โสด หย่า
 - คู่ แยกกันอยู่
 - หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน อนุปริญญา
 - ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 - มัธยมศึกษา อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
 - ว่างาน รับจ้าง
 - รับราชการ ค้าขาย
 - เกษตรกรรม อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
 - ไม่มีรายได้
 - มีรายได้ จำนวน.....บาท / เดือน
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
 - บิดา มารดา
 - พี่ น้อง
 - สามี ภรรยา
 - บุตร อื่น ๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล (สำหรับสมาชิกในครอบครัว)

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความ
ที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - โสด หย่า
 - คู่ แยกกันอยู่
 - หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน อนุปริญญา
 - ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 - มัธยมศึกษา อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ
 - ว่างาน รับจ้าง
 - รับราชการ ค้าขาย
 - เกษตรกรรม อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน
 - ไม่มีรายได้
 - มีรายได้ จำนวน.....บาท / เดือน
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
 - บิดา มารดา
 - พี่ น้อง
 - สามี ภรรยา
 - บุตร อื่น ๆ ระบุ.....
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว.....คน

แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีจำนวน 18 มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ถูกสัมภาษณ์ โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความที่ถูกสัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด ข้อความแต่ละข้อความไม่มีความเชิงถูกหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

เกิดขึ้นประจำ หมายถึงข้อความที่เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านทุกวัน

ให้ 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึงข้อความที่เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 6-7 วัน

ให้ 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึงข้อความที่เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 4-5 วัน

ให้ 3 คะแนน

นานๆครั้ง หมายถึงข้อความที่เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ 2-3 วัน

ให้ 2 คะแนน

ไม่เคยเกิด หมายถึงข้อความนี้ไม่เคยเกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ให้ 1 คะแนน

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านลืมรับประทานยา					
3. ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
4. ท่านหยุดรับประทานยา โดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ					
5. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา					
6. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง					
7. ท่านรับประทานยานอนหลับเพิ่ม โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง					
8. ท่านรับประทานยาครบตามแพทย์สั่ง					
9. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง					
10. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรง จากของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
11. เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้					
12. ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น					
13. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ในเรื่องการใช้ยา					
14. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยารักษาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์					
15. แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ					
16. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
17. เมื่อขาดท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตกินเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์)					
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา					

แบบวัดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภท และการรักษา (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ข้อความ	ถูก	ผิด
1. ท่านไม่ควรรับประทานยาการรักษาอาการทางจิตติดต่อกัน เพราะจะทำให้ติดยาได้		
2. ถ้าท่านเกิดอาการข้างเคียงจากยาการรักษาอาการทางจิต เช่น ตัว คอ และหลังเกร็งเล็กน้อย ท่านสามารถแก้ไขโดยรับประทานยาแก้แพ้เพิ่มตามที่แพทย์สั่งไว้		
3. ท่านสามารถหยุดยาได้ทันที เมื่ออาการทางจิตดีขึ้น		
4. เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงจากยาการรักษาอาการทางจิตที่ไม่รุนแรง ไม่จำเป็นต้องหยุดยาทันที		
5. เมื่อท่านเป็นโรคจิตเภทแล้ว ไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		
11.		
12.		
13.		
14.		
15.		
16.		
17.		
18.		
19.		

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ
โรคจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิด เป็นลักษณะเด่นและมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
2. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้		
3. ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น		
4. ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลกๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น เป็นต้น		
5. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลก ๆ เป็นต้น		
6.		
27. การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงความรัก รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้		
28. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อยๆ หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นของท่าน อาจมีสาเหตุมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท		
29. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลงและสบายใจมากขึ้น		
30. การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้นๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย		

ภาคผนวก ง

ผลการทดลอง

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจำแนกตาม
ข้อมูลส่วนบุคคล (N=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ		
20 – 30 ปี	7	35
31 – 40 ปี	7	35
41 – 50 ปี	3	15
51 – 60 ปี	2	10
61 ปี ขึ้นไป	1	5
2.เพศ		
ชาย	7	35
หญิง	13	65
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	3	15
ประถมศึกษา	15	75
มัธยม	2	10
4. สถานภาพสมรส		
โสด	3	15
คู่	14	70
อย่า/ม่าย/แยกกันอยู่	3	15
5. อาชีพ		
รับจ้าง	14	70
เกษตรกร	4	20
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2	10

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=20) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท		
บิดา	3	15
มารดา	6	30
พี่	2	10
น้อง	3	15
สามี	1	5
ภรรยา	2	10
บุตร	3	15
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
6 เดือน - 1 ปี	4	20
2-5 ปี	13	65
6-10 ปี	2	10
มากกว่า 10 ปี	1	5

จากตารางที่ 4 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 65 มีอายุ อยู่ระหว่าง 20 - 30 และ 31- 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 35 เท่ากัน มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 70 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 75 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 70 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะมารดา คิดเป็นร้อยละ 75 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 2-5 ปี คิดเป็นร้อยละ 65

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของสมาชิกอื่นๆที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1.อายุ		
20 – 30 ปี	7	38.88
31 – 40 ปี	6	33.33
41 – 50 ปี	2	11.11
51 – 60 ปี	2	11.11
61 ปี ขึ้นไป	1	27.78
2.เพศ		
ชาย	6	33.33
หญิง	12	66.66
3. ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าประถมศึกษา	8	44.44
ประถมศึกษา	10	55.56
4. สถานภาพสมรส		
โสด	13	72.22
คู่	5	27.78
5. อาชีพ		
รับจ้าง	14	77.78
เกษตรกร	3	16.66
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	1	5.56

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของสมาชิกอื่นๆที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวจำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (N=20) ต่อ

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท		
บิดา	6	33.33
มารดา	2	11.11
พี่	-	-
น้อง	7	33.88
สามี	-	-
ภรรยา	-	-
บุตร	4	22.22
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย		
6 เดือน - 1 ปี	10	55.56
2-5 ปี	4	22.22
6-10 ปี	3	16.68
มากกว่า 10 ปี	1	5.56

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 66.66 มีอายุอยู่ระหว่าง 20 - 30 คิดเป็นร้อยละ 38.88 มีสถานภาพสมรส คู่ คิดเป็นร้อยละ 72.22 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 55.56 มีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 77.78 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทในฐานะพี่น้อง คิดเป็นร้อยละ 38.88 และส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย 6 เดือน - 1 ปี คิดเป็นร้อยละ 55.56

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา รายข้อ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (N=20)

พฤติกรรมการใช้ยา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
การใช้ยาตามแผนการรักษา						
ไม่เคยหยุดใช้ยาเองเมื่ออาการดีขึ้น	2.35	1.14	4.70	0.47	-10.10	.000
ไม่เคยลืมรับประทานยา	2.75	1.02	4.55	0.51	-7.62	.000
ไม่รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็น	4.05	1.23	4.85	0.49	-3.16	.006
ไม่หยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่แนะนำ	2.55	1.19	4.95	0.22	-8.71	.000
รับประทานยาตรงตามเวลา						
ไม่เพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	4.80	0.62	5.00	0.00	-1.45	.163
ไม่รับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง						
รับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง	2.95	1.19	4.55	1.00	-4.56	.000
ไม่ลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	3.35	1.14	4.90	0.45	-6.94	.000
รวม	29.00	4.96	41.30	2.45	-10.01	.000

จากตารางที่ 6 พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ด้านการใช้ยาตามแผนการรักษา รายข้อทุกข้อของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีค่าเฉลี่ยคะแนนรายข้อดังกล่าว ($\bar{X}=41.30$) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X}=29.00$) ยกเว้น ข้อที่เกี่ยวกับ ไม่รับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นและไม่เพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง พบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา รายชื่อ ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (N=20)

พฤติกรรมการใช้ยา	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.		
ความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยา						
เมื่อมีอาการผื่นปกตึรุนแรงจากอาการข้างเคียงของยาท่านรีบพบแพทย์ทันที	3.10	1.89	3.30	1.98	-1.453	.163
เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาท่านรีบประทานยาแก้แพ้ตามแพทย์สั่ง	3.05	1.82	3.20	1.85	-1.00	.330
ขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	1.75	1.07	2.45	1.64	-2.57	.019
ปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา	2.85	0.93	4.15	0.93	-4.10	.001
หยุดรับประทานยาโดยไม่ปรึกษาแพทย์	2.85	1.60	4.70	0.98	-3.92	.001
อาการดีขึ้นยังรับประทานยาสม่ำเสมอ	2.45	1.19	4.05	1.00	-4.76	.000
พบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	2.85	1.04	3.75	0.97	-4.15	.001
ยาหมดซื้อยารับประทานเอง	4.60	0.82	4.90	0.45	-1.83	.083
ปรึกษาทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาจากการใช้ยา	1.95	1.00	2.85	1.14	-3.32	.004
รวม	22.45	7.3	33.35	5.05	-7.42	.000

จากตารางที่ 7 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารายชื่อทุกชื่อของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X}=33.35$) สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X}=22.45$) ยกเว้น ข้อที่เกี่ยวกับ เมื่อมีอาการผื่นปกตึรุนแรงจากอาการข้างเคียงของยาท่านรีบพบแพทย์ทันที เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยาท่านรีบประทานยาแก้แพ้ตามแพทย์สั่งและยาหมดซื้อยารับประทานเองพบว่าไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตารางที่ 8 แสดงระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (N=20)

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านไม่หยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น	4.70	0.47	ระดับดีมาก
2. ท่านไม่ลืมรับประทานยา	4.55	.51	ระดับดีมาก
3. ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น	4.85	.49	ระดับดีมาก
4. ท่านไม่หยุดรับประทานยา โดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ	4.95	.22	ระดับดีมาก
5. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา	3.70	1.38	ระดับดีมาก
6. ท่านไม่เคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง	5.00	.00	ระดับดีมาก
7. ท่านไม่รับประทานยานอนหลับเพิ่ม โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	4.10	.91	ระดับดี
8. ท่านรับประทานยานอนหลับเพิ่ม โดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง	4.55	1.00	ระดับดีมาก
9. ท่านไม่เคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง	4.90	.45	ระดับดีมาก
10. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติรุนแรง จากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที	3.30	1.98	ระดับปานกลาง
11. เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตท่านรับประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้	3.2	1.85	ระดับปานกลาง
12. ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น	2.45	1.64	ระดับต่ำ
13. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา	4.15	1.93	ระดับดี
14. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกายท่านไม่หยุดรับประทานยารักษาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์	4.70	.98	ระดับดีมาก
15. แม้มีอาการดีขึ้นแล้ว ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ	4.05	1.00	ระดับดี

ตารางที่ 8 แสดงระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (N=20) ต่อ

ข้อความ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
16. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง	3.75	.97	ระดับดี
17. เมื่อยาหมดท่านไม่ซื้อยารักษาอาการทางจิต กินเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์	4.90	.45	ระดับดีมาก
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหา หรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา	2.85	1.1	ระดับต่ำ
รวม	3.87	1.68	ระดับดี

จากตารางที่ 8 พบว่า ระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับดี

ตัวอย่างแผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 1	การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
ระยะเวลา	45 -60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
2. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
3. เพื่อให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมโครงการ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นได้
2. เสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดี ให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ และยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งการสร้างควมหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า จะช่วยให้ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ยอมรับในตัวผู้รักษา ยอมรับการช่วยเหลือ เป็นแรงจูงใจให้มีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น</p> <p>การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง และบอกวัตถุประสงค์ของการวิจัย ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว การเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท</p> <p>การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากผู้ดูแลมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้ผู้ดูแลมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว โดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรอบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง 2. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ โดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ 3. ผู้ศึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรม โดยย่อในแต่ละกิจกรรม ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม 		<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว เกิดความไว้วางใจ และเปิดเผยตนเอง และเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในครอบครัว 2. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีส่วนร่วมในกิจกรรม ตามโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวได้อย่างเหมาะสม

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 2	การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยา และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
ระยะเวลา	45 -60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจผลเสียการใช้แอลกอฮอล์
3. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจ โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ
4. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
5. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการจัดการกับปัญหาเรื่องการรับประทานยาเมื่ออยู่ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม

เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกผลเสียการใช้แอลกอฮอล์ในผู้ป่วยจิตเภทได้
3. บอกปัจจัยและภาวะต่างๆที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้นเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ
4. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้น เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้
5. บอกถึงวิธีการจัดการเกี่ยวกับปัญหาพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทได้ถูกต้อง

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท</p> <p>โรคจิตเภทคืออะไร</p> <p>โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น โรคนี้จะมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ ประกอบด้วยอาการทางจิตหลาย ๆ อย่างด้วยกัน โดยมักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัจจุบันยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ แพทย์จะใช้การซักประวัติจากญาติ การตรวจสภาพจิตผู้ป่วย การสังเกตอาการ รวมทั้งการตรวจด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อให้การวินิจฉัยโรค</p> <p>อาการของโรคจิตเภท</p> <p>1. กลุ่มอาการด้านบวก แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม</p> <p>อาการหลงผิด 1.2 อาการประสาทหลอน</p> <p>1.3 อาการผิดปกติทางความคิด 1.4อาการอื่นๆที่อาจพบได้</p> <p>2 กลุ่มอาการด้านลบ เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่าง ๆ</p>	<p>1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการและการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ และผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า</p> <p>2. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา</p>	<p>ใบงานที่ 2/1</p> <p>ใบความรู้ที่ 2/1</p>	<p>1. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกสาเหตุ อาการ และการรักษาของโรคจิตเภทได้</p>

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 3	การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
ระยะเวลา	45 -60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเข้าใจถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถ

- 1) เพื่อให้สมาชิกมีทักษะในการสังเกตถึงอาการเตือนจากอาการข้างเคียงของยา
- 2) เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่เหมาะสม
- 3) เพื่อให้สมาชิกมีทักษะเกี่ยวกับการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>อาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต</p> <p>1. อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท ผู้ป่วยมักมีอาการปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และบางรายมีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่ายไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้าๆ นอกจากนี้อาการที่พบบ่อยอีกอาการหนึ่งคือ อาการง่วงซึม โดยมากมักเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก เมื่ออาการดีขึ้นร่างกายปรับตัวได้</p> <p>2. อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาทต่อมไร้ท่อ เป็นอาการที่พบรองลงมา อาการที่พบบ่อยได้แก่ อาการนมคัด น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด มักไม่ค่อยพบบ่อย</p> <p>3. อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง เป็นอาการคล้ายแพ้แดด</p> <p>4. อาการข้างเคียงต่อตา ขาบางตัวเมื่อใช้เป็นเวลานานอาจเกิดการสะสมของเม็ดสี ที่กระจกตา ตาขาวจะเปลี่ยนเป็นสีน้ำตาล หากเกิดการสะสมของเม็ดสีอย่างถาวรที่จอตา ทำให้เห็นภาพเป็นสีน้ำตาล มองไม่เห็นในเวลากลางคืน อาจทำให้ตาบอดได้</p>	<p>1. ผู้ศึกษาทบทวนความรู้เรื่องโรคจิตเภท และความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตในครั้งที่แล้ว</p> <p>2. สอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนล่วงหน้าจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่พบบ่อย</p> <p>3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เกี่ยวกับอาการเตือนจากผลข้างเคียงจากการใช้ยา</p>	<p>ใบงานที่ 3/1</p> <p>ใบความรู้ที่ 3/1</p>	<p>1. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และความรู้เรื่องยารักษาโรคจิตในครั้งที่แล้วได้ถูกต้อง</p> <p>2. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึงอาการเตือนล่วงหน้าจากอาการข้างเคียงจากการใช้ยาที่พบบ่อย</p>

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 4	การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
ระยะเวลา	45 -60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
2. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
3. เพื่อให้ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้น ได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ ได้ และสาธิตย้อนกลับ ได้ถูกต้อง

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก

เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>ความเครียดคืออะไร</p> <p>ความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับกับเหตุการณ์ใดเหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจ เป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย</p> <p>ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหาการคิด และการประเมินสถานการณ์ ของแต่ละคนถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรงเราก็จะรู้สึกเครียดน้อย หรือแม้เราจะรู้สึกกว่าปัญหานั้นร้ายแรงแต่เราพอจะรับมือไหวเราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่เกินไปไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมาก</p> <p>ความเครียดในระดับพอดี ๆ จะช่วยกระตุ้นให้เราพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เราเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อใดที่ความเครียดมีมากเกินไปจนเราควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นแหละที่เราจะต้องมาผ่อนคลายความเครียดกัน</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ศึกษาบทพจนานุกรมความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท อาการเตือน และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทในครั้งที่แล้ว 2. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง 3. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแลและการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับการจัดการกับความเครียด และศึกษาสรุปประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง 4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ และอาการ และวิธีการจัดการกับความเครียด 	<p>ใบงานที่ 4/1</p> <p>ใบงานที่ 4/2</p> <p>ใบความรู้ที่ 4/1</p> <p>ใบความรู้ที่ 4/2</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถตอบคำถามในเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรค อาการเตือน และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเภทในครั้งที่แล้วได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกถึง สาเหตุ อาการของ ความเครียดที่เกิดขึ้นได้

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 5	การพัฒนาทักษะทางสังคม
กลุ่มเป้าหมาย	ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว
ระยะเวลา	45 -60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

- 1 เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว การสื่อสารที่ดี และการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัว
- 2 เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมและเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถ

1. บอกได้ถึง การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้ได้อย่างถูกต้อง
2. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือในชุมชนวิธีการขอความช่วยเหลือได้

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

เนื้อหา	กิจกรรม	สื่อการสอน	การประเมินผล
<p>การสื่อสารในครอบครัว</p> <p>ความหมาย การสื่อสารเป็นการส่งข้อมูลข่าวสารจากบุคคลหนึ่งไปยังอีกบุคคลหนึ่ง การสื่อสารอาจ จะทำให้เกิดความพอใจหรือไม่พอใจก็ได้ แต่เป็นสิ่งที่สำคัญที่ทำให้บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กัน</p> <p>ลักษณะของการสื่อสาร</p> <p>การสื่อสารทางบวก ทำให้ผู้รับพอใจ และทำให้ภูมิใจ เช่น การชื่นชม ยอมรับ มอง สบ ตา จับมือ พุดคุยด้วยความเป็นมิตร การให้สิ่งที่ต้องการ</p> <p>การสื่อสารทางลบ ทำให้ผู้รับเสียใจ และรู้สึกด้อย เช่น การพูด คำว่า คำหยาบ คำทอ ประชดประชัน เปรียบเทียบกับผู้อื่นในทำที่ดูหมิ่นหรือมีการให้ แต่บ่นว่า ตำหนิไปด้วย</p> <p>การสื่อสารที่ไม่ตรงไปตรงมา เป็นการแสดงออกอย่างหนึ่งแต่มีความคิดและความรู้สึกอีกอย่างหนึ่งซ่อนอยู่ เป็นลักษณะไม่จริงใจ ไม่ซื่อสัตย์ เช่น แสดงท่าทีคำพูดเหมือนชื่นชม แต่ ตอนท้ายจะดูตบสน หรือมีความไปทางลบ เช่น “เธอเป็นคนดีที่สุดคนหนึ่งในโลก ถ้าคนอื่นตายหมด” หรือ “ลายมือสวยจริง ๆ เหมือนขงตี้กัน” ความโล่งใจแสดงออกทั้งคำพูด สายตา ท่าทาง ซึ่งแต่ละคนอาจเลือกรับการใส่ใจทางบวก ปฏิเสธการใส่ใจทางลบและความใส่ใจเคลือบแฝง และเราสามารถปรับเปลี่ยนการใส่ใจให้เหมาะสมกับบุคคล เวลา และสถานการณ์</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ศึกษาทบทวนความรู้เรื่องทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในครั้งที่แล้ว 2. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับ การสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง 3. ผู้ศึกษาให้ความรู้ในเรื่องการสื่อสารในครอบครัว การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ 	<p>ใบงานที่ 5/1</p> <p>ใบความรู้ที่ 5/1</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถตอบคำถามในเรื่องทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพในครั้งที่แล้วได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวสามารถบอกได้ถึง การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ และสามารถเลือกใช้ได้อย่างถูกต้อง

ประวัติผู้ศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

นางสาวสุทิสรา เจียเจริญ เกิดวันที่ 19 มกราคม พ.ศ. 2513 ที่จังหวัดกาญจนบุรี สำเร็จการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ (ต่อเนื่องเทียบเท่าปริญญาตรี) จาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนิจังหวัดราชบุรี เมื่อปีการศึกษา 2548 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตร พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2551 ปัจจุบันปฏิบัติงานในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ สถานีอนามัยบ้านหนองปรือ จังหวัดกาญจนบุรี