

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2541). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2541.
ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2545). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2545.
ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2549). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต 2549.
ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. (2544). เอกสารประกอบวิชาการสอนการประเมินปัญหาเพื่อการบำบัด
ทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2543).
คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์
สุวรรณอักษร.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต
เวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ธา ธีระสมบูรณ์. (2543) แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล.
คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
สุราษฎร์ธานี.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. (2539). การเสริมสร้างพลังอำนาจวิชาชีพ. วารสารพยาบาลศาสตร์.
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณ โน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาล
ศาสตร์ 7(3): 147-154.
- จูไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความ
เจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39.

- ครุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การ
สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย: บทควมวิชาการ.
วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 22(2): 110-116.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและ
ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิตา ล. สกุล. (2544). ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นिसากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วม
ร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:
ยูแอนดีไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3): 141-149.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: คำนสุทธาการพิมพ์.

- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
 พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย
 โรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
 อายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วย
 จิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
 จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
 จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3): 113-127.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2546). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.
 กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2541). เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2.
 กรุงเทพมหานคร: หจก. โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวการรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยาใจ สิทิมงคล. (2538). ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการ
 วิจัย. วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยมหิดล 1: 19-26.
- บุภาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. ราชบัณฑิตยบาล
 สาร 1: 84-94.
- รายงานประจำปีโรงพยาบาลอรัญประเทศ.(2551). สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล
 โรงพยาบาลอรัญประเทศ.อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.
 วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย โรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร
 มหาวิทยาลัยมหิดล 4: 9-19.

- รัตน์ศิริ ทาโต . (2551) . การศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ .
กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- วรกช นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สกาวัฒน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมคิด ศรีราภิ. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(4): 76-85.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรินทร เขียวโสธร. (2545). ผลการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: ค่านสุทธาคารพิมพ์.
- อร่ามศรี เกสจินดา. (2537). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เอื้ออารีย์ สาลิกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

- Abramowitz, I.A. & Coursey, R. D. (1989). Impact of an educational support group on family Participants who take care of their schizophrenic relatives. **Journal of Consulting and clinical Psychology** 57(2): 232-236.
- Adamac, C. (1996). **How to live with mentally ill person**. New York: John Wiley & Sons.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. **Schizophrenic Bulletin** 6(3): 490-505.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1986). **Schizophrenic and the family: A Practitioner's guide to psychoeducation and management**. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How Families Cope. **Journal of Psychosocial Nursing** 27: 31-35.
- Best, J.W. (1970). **Research in Education**. New Jersey: Prentice-Hall.
- 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.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research** 12(6): 758-776.

- Carey, P.J. et al. (1991). Appraisal and caregiving burden in family members caring for patients receiving chemotherapy. **Oncology Nursing Forum** 18: 1341-1348.
- Cochran, W.G & Cox, G.M. (1992). **Experimental Designs**. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons.
- Cook, J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. & Cohler, B.J. (1994). Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness. **American Journal Orthopsychiatric** 64: 435-477.
- Cook, J.A., Heller, T. & Pickett, S.A. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. **Family Relation** 48(4): 405-410.
- Crotty, P. & Kuly, R. (1986). Are Schizophrenics a burden to their families? Significant others views. **Health Social Worker** 11: 173-188.
- Dixon, L. et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Services** 52: 903-910.
- Dyck, D.G., Short, R. & Vitaliano, P.P. (1999). Predictors of burden an infectious illness in schizophrenia caregivers. **Psychosomatic Medicine** 61: 411-419.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9(2): 77-84.
- Elloit, D.P. (1998). Caregiver issues in patients with dementia. **Journal of the American Society of Consultant Pharmacists** 13(Supplement 11A): 11A1-11A8.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1987). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's families. **British Journal of Psychiatry** 158: 285-292.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. & McGill, C.W. (1984). **Family care of schizophrenia**. New York: Guilford Press.
- Falloon, I.R.H. et al. (1985). **Family management of schizophrenia: A study of clinical, social, family and economic benefits**. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Fowler, L. (1992). Family psychoeducation: Chronic psychiatrically ill Caribbean patient. **Journal of Psychosocial Nursing** 30(3): 27-32.
- Francell, G.C. (1998). Family perceptions of burden of care for chronic mentally ill relative. **Hospital and Community Psychiatric** 39(12): 1296-1300.

- George, L.K. & Gwyther, L.P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **The Gerontologist** 26: 253-259.
- Gravaley, E.A. and Oseasohn, C. S. (1991). Multiple Drug regimen: Medication compliance among veterans 65 years and older. **Research in Nursing and Health**. 14: 51-58.
- Hammond, V.T. & Deans, G. (1995). A phenomenological study of families and psychoeducation support group. **Journal of Psychosocial Nursing** 33(10): 7-12.
- Hater, L. (1988). Multi-family meeting on the psychiatric unit. **Journal of Psychosocial Nursing** 26: 18-22.
- Hatfield, A.B. (1979). The family as partner in the treatment of mental illness. **Hospital and Community Psychiatry** 30: 338-340.
- 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.
- Hobbs, T.R. (1997). Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenics: A test of a resource deteriora model. **Community Mental Health Journal** 33: 387-398.
- 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.
- House, J.S. et al. (1980). Social support occupational stress and health. **Journal of Health and Social Behavior** 21: 202-218.
- Ip, G.S.H. & Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Cares in Hong Kong. **Archives Psychiatric Nursing** 12(5): 288-294.
- Jones, S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. **Archives Psychiatric Nursing** 10(2): 77-84.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). **Synopsis of psychiatry**. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kasuya, T.R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians. **Postgraduate Medicine** 108(7): 23-26.
- 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.
- Lefley, H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital & Community Psychiatry** 38(10): 1063-1070.
- Lim, Y.M. & Ahn, Y.H. (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 of mental health professionals. **Journal of Nervous and Mental Disease** 175: 613-619.
- Machin, D. Campbell, M., Fayers, P. & Pinol, A. (1997). **Sample Size Tables for clinical Study**. 2nd ed. Malden: Blackwell Science.
- Magliano, L. et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 33: 405-412.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory statistics**. 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Marsh, D. & Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention. **Professional Psychology: Research and Practice** 28(7): 229-237.
- McFarlane, W.R., Dixon, L. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation an schizophrenia: A review of the literature. **Journal of Marital and Family Therapy** 29: 223-245.
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations** 34(4): 19-26.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E. & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and analysis of burden. **Research on Aging** 7(3): 137-152.
- Oberst, M.T., Thomas, S.E., Gass, K.A. & Ward, S.E. (1989). Caregiving demand and appraisal of stress among family caregivers. **Cancer Nursing** 12(2): 209-215.
- Oberst, M.T. (1991). **Caregiving burden scale**. Unpublished manuscript, University of Wisconsin Madison.
- Orem, D.E. (1985). **Nursing: Concepts of Practice**. 2nd ed. New York: McGraw-Hill.
- Pai, S., & Kapur, R.L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. **British Journal of Psychiatry** 138: 332-335.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of Psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. **Psychosocial Medicine** 15: 383-393.

- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). **Nursing research: Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Provencher, H.L. (1996). Objective burden among primary caregivers of person with chronic schizophrenia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 3: 181-187.
- Reinares, M. et al. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. **Psychotherapy Psychosomatics** 73(5): 312-319.
- Robinson, K. (1990). The relationships between social skills social support self-esteem and burden in adult caregivers. **Journal of Advanced Nursing** 15: 788-795.
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. **Acta Psychiatry Scandinavia** 89: 229-305.
- Shelves, L.P. (1986). **Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. 2000. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. 2005. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Song, Li-Yu, Biegel, D.E. & Milligan, S.E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. **Community Mental Health Journal** 33: 266-269.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (1996). **Using Multivariate Statistics**. 3rd ed. New York: Harper Collins.
- Taylor, C.M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Thomson, E.H. & Doll, W. (1982). The burden of families coping with the mentally ill: an invisible crisis. **Family Relation** 31: 379-388.
- Thompson, E.H. et al. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. **Journal of Gerontology** 48: 245-254.
- Vitaliano, P.P. et al. (1991). The screen for caregiver burden. **Gerontological** 31(1): 76-83.
- Williams, C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric Care** 25: 14-21.

World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Geneva: World Health Organization.

Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. *ICN. International Nursing Review* 43(4): 121-125.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
นายแพทย์นภดล ส้าอาง	นายแพทย์ปฏิบัติการ โรงพยาบาลจิตเวช สระแก้วราชนครินทร์
นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลท่าเรือ
นางสาวจิราพร รักการ	APN สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์พยาบาลภาควิชาสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการโครงการศึกษาอิสระ

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

1.1 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นราทร, 2544)

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

α	=	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
n	=	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม
$\sum s_i^2$	=	ความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ
s^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.2 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตย์นราทร, 2544)

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

เมื่อ r_{kk}	คือ	ค่าความคงที่ภายใน
n	คือ	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
p	คือ	อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
q	คือ	อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
S^2	คือ	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ

ภาคผนวก ค
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

1. หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ป่วยทางจิตที่พบมากที่สุด และมีโอกาสป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ประกอบกับในปัจจุบัน พบว่ากรมสุขภาพจิต ได้มีนโยบายตามแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 โดยการมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน ถ้าได้รับการรักษาที่ให้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุดและเข้าสู่ชุมชนเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2549) ซึ่งการจำหน่ายผู้ป่วยจากโรงพยาบาลออกสู่ครอบครัวและชุมชนให้เร็วที่สุด โดยมีครอบครัวเป็นแหล่งสนับสนุนที่สำคัญ (Deinstitutionalization) รวมทั้งยังมีหลักการที่เน้นการรักษาในชุมชน ในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองด้านต่างๆ (จันทร์หาญ ธีระสมบุรณ์, 2542) ทำให้มีผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องการการดูแลที่บ้านจำนวนมากขึ้น ผู้ดูแลในครอบครัวจึงกลายมาเป็นผู้ที่ทำหน้าที่ และมีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ และในระยะฟื้นฟูสภาพ ครอบครัวจึงถือได้ว่าเป็นแหล่งประ โยชน์สูงสุด และเป็นสถาบันที่ดีสำหรับผู้ป่วย (จิราพร รักการ, 2549; ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540; Falloon, Boyd & McGill 1984; Loukissa, 1995) และ การที่ต้องดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลานาน ส่งผลทางด้านจิตใจของผู้ดูแลอยู่ในภาวะของความเบื่อหน่าย (บุษยา คำขำ, 2550; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) ท้อแท้ หมดหวัง มีความวิตกกังวลจนก่อให้เกิดความกลัวและไม่กล้าในการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวอาการทางจิตที่รุนแรงซึ่งไม่ได้คาดการณ์ไว้ล่วงหน้า (Loukissa, 1995) ซึ่งส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกายผู้ดูแลเช่น อาการนอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ คลื่นไส้ อาเจียน เหน็ดเหนื่อยอ่อนล้าจากการดูแลผู้ป่วย (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) มีผลให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลในครอบครัวมีการเปลี่ยนแปลงไป ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้ว่าการดูแลเป็นสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาหรือเป็นภาระ (burden) แก่ตน (Platt, 1985; Montgomery, et al, 1985; Bull, 1990)

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ที่มีประสิทธิภาพในการลดภาระของผู้ดูแล โดยการให้ความรู้และสนับสนุนให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล ประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจในการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (Joining) การให้ความรู้แก่ครอบครัว (Family education) การส่งเสริมทักษะการจัดการกับปัญหา (Problem solving skills) การส่งเสริมทักษะการเผชิญกับความเครียด (Coping skills) และ การสนับสนุนทางสังคม (Social support) โดยแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลโดยจะช่วยลดภาระเชิงอัตนัยและเชิงปรนัยได้

2. วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

3. คุณสมบัติของผู้เข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. คุณสมบัติของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน ICD-10 มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุย สื่อสารรู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. คุณสมบัติของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เป็นผู้ดูแลหลักซึ่งอาจเป็นบิดาหรือมารดา สามีหรือภรรยา พี่หรือน้อง หรือบุตรของผู้ป่วยจิตเภทหรือเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการดำรงชีวิตประจำวัน โดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 6 เดือนขึ้นไปโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนในการดูแล มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

3. คุณสมบัติของสมาชิกในครอบครัว

เป็นผู้ดูแลรอง มีความเกี่ยวพันทางพันธุกรรมหรือทางกฎหมาย มีการดำเนินชีวิตร่วมกันในครอบครัวและชุมชน มีความผูกพันทางอารมณ์และจิตใจ มีการพึ่งพิงกันทางสังคมและเศรษฐกิจ และอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยและผู้ดูแล มีอายุระหว่าง 20-60 ปี สามารถพูดคุยหรือสื่อสารรู้เรื่องและยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

4. โครงสร้างของโปรแกรมประกอบด้วย 5 กิจกรรมโดยดำเนินการทั้งหมด 5 ครั้งดังนี้

- | | |
|------------|--|
| ครั้งที่ 1 | การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ |
| ครั้งที่ 2 | การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา |
| ครั้งที่ 3 | การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย |
| ครั้งที่ 4 | การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ |
| ครั้งที่ 5 | การพัฒนาทักษะทางสังคม |

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล)

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

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. ความเพียงพอของรายได้
 - เพียงพอและเหลือเก็บ เพียงพอกับรายจ่าย
 - ไม่เพียงพอกับรายจ่าย ไม่มีรายได้ อื่น ๆ ระบุ.....
7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท
 - บิดา มารดา พี่
 - น้อง สามี ภรรยา
 - บุตร
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน
 - พี่ น้อง
 - สามี ภรรยา บุตร

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบตลอดเวลา
มาก	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกวัน
ปานกลาง	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเกือบทุกอาทิตย์
น้อย	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นเป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้นนาน ๆ ครั้ง หรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6.					
.....					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

มากที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกวัน
มาก	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเกือบทุกอาทิตย์
ปานกลาง	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านเป็นบางครั้ง
น้อย	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านนาน ๆ ครั้ง
น้อยที่สุด	หมายถึง	มีเหตุการณ์นั้นเกิดขึ้นกับท่านน้อยมากหรือเกือบไม่มีเลย

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น					
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ					
5. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
6.					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)
คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ
โรคจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่นและมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป		
2. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้		
3. ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น		
4. ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกน โดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น เป็นต้น		
5. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลก ๆ เป็นต้น		
6.		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
27. การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้		
28. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อย ๆ หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับ ที่เกิดขึ้นของท่าน อาจมีสาเหตุมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท		
29. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง และสบายใจมากขึ้น		
30. การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้น ๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย		

แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย/ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1.โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดจากคนทั่วไป		
2.อาการทางจิตเกิดจากความเครียดเป็นสาเหตุหลัก		
3.โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ โดนผีเข้า โดนของ		
4.พิษจากยาเสพติดเช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้		
5.โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์		
6.คนที่ เป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการเอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ		
7.คนที่ เป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการซึมเศร้า ไม่ค่อยพูด ไม่สนใจตนเอง		
8.คนที่ เป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอนเช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น และไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น		
.....		
.....		
.....		
.....		
13.ถ้าอาการผิดปกติเช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ควรไปพบแพทย์		
14.การรับประทานยาสม่ำเสมอทำให้อาการทางจิตดีขึ้น		
15.ขณะรับประทานยาทางจิต ไม่ควรขับขีรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล		
16.ควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ กินข้าว ฯลฯ		
17.ขณะรับประทานยาสามารถทำงานตามความถนัดหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้		
18.ขณะอยู่ที่บ้านไม่ควรทำงานหรือช่วยงานของครอบครัว		
19.ควรมีส่วนร่วมทำกิจกรรมของหมู่บ้านเช่น งานบวช กิจกรรมทางศาสนา		
20.การอยู่ร่วมหรือพบปะพูดคุยกับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น		

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
และใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ชื่อผู้ศึกษา นางบุษบา กุณรินทร์ นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก

สถานที่ติดต่อผู้ศึกษา (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลรัฐประเทศ ถนนมหาชาติไทย อำเภอรัฐประเทศ

จังหวัดสระแก้ว 27120

(ที่บ้าน) 7/60 ถนน สุวรรณศรี ตำบลรัฐประเทศ อำเภอรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว 27120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 037-231010- ต่อ 118

โทรศัพท์มือถือ 081-5916711 E-mail : busaba.kun@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการศึกษาก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษา มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานศึกษานี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

4. การศึกษานี้เป็นการศึกษาอิสระ แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่ผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไป จนถึงมากที่สุด แล้วให้เขียนใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว รายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการพัฒนาความรู้การตัดการให้เกิดการรับประทานยา และพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยผู้ศึกษาเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 4 ครอบครัว ในช่วงเวลา 09.00-17.00 น. โดยทุกครอบครัวมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ผู้ป่วยจิตเภท 1 คนและสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน เข้าร่วมกิจกรรม หากพบปัญหาว่าผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยจิตเภทหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ให้นัดวันเสาร์หรืออาทิตย์ที่ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมีการตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ครั้ง ครั้ง

ละไม่เกิน 30 นาที คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วนในสัปดาห์ที่ 5 และครั้งที่ 3 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วน 1 สัปดาห์ คือในสัปดาห์ที่ 6

5. ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีความไม่สะดวกเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ คือ 1) ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ติดต่อกัน 2) อาจเกิดความเครียดระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้ศึกษาจะได้ทำการพูดคุย สอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวจากการเข้าร่วมกิจกรรม ในครั้งนี้ เพื่อประเมินความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว เป็นรายบุคคลหรือรายครอบครัวตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

6. ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเคยได้รับแต่ประการใด

7. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา

8. ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะออกเป็นรหัสและผลการศึกษาที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว

9. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสียหายกับกลุ่มตัวอย่าง หากจะมีประโยชน์ในการเข้าร่วมศึกษา คือ จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้และจะเป็น ประโยชน์ทางวิชาการคือพัฒนาแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและสังคมได้

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา ตั้งที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ด้านบน และหากผู้ศึกษามีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการศึกษา ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th”

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแล

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว

ชื่อผู้ศึกษา นางบุษบา กุณรินทร์

ที่อยู่ติดต่อ 7/60 ถนนสุวรรณศร ตำบลรัฐประเทศ อำเภอรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว
27120

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 037-231010 ต่อ ค โทรศัพท์มือถือ 081-5916711

ข้าพเจ้าชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการศึกษาเรื่อง “การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลรัฐประเทศ จังหวัดสระแก้ว” ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์การศึกษา ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโครงการ ในช่วงสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 6 และทราบว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษาก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และจะไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อประโยชน์ที่ข้าพเจ้าและครอบครัวพึงได้รับ โดยผู้ศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น โดยจะไม่ปรากฏทั้งชื่อผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา โดยยินยอมจะได้รับการประเมินโดยใช้แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 ครั้ง คือก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรม และประเมินโดยใช้แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 1 ครั้ง ในสัปดาห์ที่ 5

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการศึกษา และสำเนานางหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางบุษบา กุณรินทร์)

ผู้ศึกษาหลัก

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

...../...../.....

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

...../...../.....

ภาคผนวก จ

ตารางการดำเนินงานกิจกรรม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ตาราง การดำเนินกิจกรรมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กลุ่ม ตัวอย่าง	เวลาดำเนิน กิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัว ที่ 1	15 กุมภาพันธ์ 2553 22 กุมภาพันธ์ 2553 1 มีนาคม 2553 8 มีนาคม 2553 15 มีนาคม 2553 22 มีนาคม 2553	ที่บ้าน ผู้ป่วย	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัวและทำ (Pre-Test) ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ (Post-Test) ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัว ที่ 2	15 กุมภาพันธ์ 2553 22 กุมภาพันธ์ 2553 1 มีนาคม 2553 8 มีนาคม 2553 15 มีนาคม 2553 22 มีนาคม 2553	ที่บ้าน ผู้ป่วย	“-----”

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัวที่ 3	15 กุมภาพันธ์ 2553 22 กุมภาพันธ์ 2553 1 มีนาคม 2553 8 มีนาคม 2553 15 มีนาคม 2553 22 มีนาคม 2553	ที่บ้านผู้ป่วย	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว(Pre-Test)ด้วยแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ(Post-Test)ด้วยแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัวที่ 4	15 กุมภาพันธ์ 2553 22 กุมภาพันธ์ 2553 1 มีนาคม 2553 8 มีนาคม 2553 15 มีนาคม 2553 22 มีนาคม 2553	ที่บ้านผู้ป่วย	“-----”

กลุ่ม ตัวอย่าง	เวลาดำเนิน กิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัว ที่ 5	16 กุมภาพันธ์ 2553 23 กุมภาพันธ์ 2553 2 มีนาคม 2553 9 มีนาคม 2553 16 มีนาคม 2553 23 มีนาคม 2553	ที่บ้าน ผู้ป่วย	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว(Pre-Test)ด้วยแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ(Post-Test)ด้วยแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัว ที่ 6	16 กุมภาพันธ์ 2553 23 กุมภาพันธ์ 2553 2 มีนาคม 2553 9 มีนาคม 2553 16 มีนาคม 2553 23 มีนาคม 2553	ที่บ้าน ผู้ป่วย	“-----”

กลุ่ม ตัวอย่าง	เวลาดำเนิน กิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัว ที่7	16 กุมภาพันธ์ 2553 23 กุมภาพันธ์ 2553 2 มีนาคม 2553 9 มีนาคม 2553 16 มีนาคม 2553 23 มีนาคม 2553	ที่บ้าน ผู้ป่วย	<p>1.การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว(Pre-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3.การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ(Post-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัว ที่8	16 กุมภาพันธ์ 2553 23 กุมภาพันธ์ 2553 2 มีนาคม 2553 9 มีนาคม 2553 16 มีนาคม 2553 23 มีนาคม 2553	ที่บ้าน ผู้ป่วย	“-----”

กลุ่ม ตัวอย่าง	เวลาดำเนิน กิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัว ที่9	17กุมภาพันธ์ 2553 24 กุมภาพันธ์ 2553 3 มีนาคม 2553 10 มีนาคม 2553 17 มีนาคม 2553 24มีนาคม 255310	ที่บ้าน ผู้ป่วย	<p>1.การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการ สร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการ สร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว(Pre-Test)ด้วย แบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการ พัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3.การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิต เภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้อง ทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการ ป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มี ประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการ ของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการ ติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่ง สนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ(Post-Test)ด้วยแบบวัดการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัว ที่10	17กุมภาพันธ์ 2553 24 กุมภาพันธ์ 2553 3 มีนาคม 2553 10 มีนาคม 2553 17 มีนาคม 2553 24มีนาคม 255310	ที่บ้าน ผู้ป่วย	“-----”

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัวที่ 11	17กุมภาพันธ์ 2553 24 กุมภาพันธ์ 2553 3 มีนาคม 2553 10 มีนาคม 2553 17 มีนาคม 2553 24มีนาคม 255310	ที่บ้านผู้ป่วย	<p>1.การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว(Pre-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3.การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ(Post-Test)ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัวที่ 12	17กุมภาพันธ์ 2553 24 กุมภาพันธ์ 2553 3 มีนาคม 2553 10 มีนาคม 2553 17 มีนาคม 2553 24มีนาคม 255310	ที่บ้านผู้ป่วย	“-----”

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัวที่ 13	18 กุมภาพันธ์ 2553 25 กุมภาพันธ์ 2553 4 มีนาคม 2553 11 มีนาคม 2553 18 มีนาคม 2553 25 มีนาคม 2553 10	ที่บ้านผู้ป่วย	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (Pre-Test) ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ (Post-Test) ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัวที่ 14	18 กุมภาพันธ์ 2553 25 กุมภาพันธ์ 2553 4 มีนาคม 2553 11 มีนาคม 2553 18 มีนาคม 2553 25 มีนาคม 2553 10	ที่บ้านผู้ป่วย	“-----”

กลุ่ม ตัวอย่าง	เวลาดำเนิน กิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัว ที่15	18กุมภาพันธ์ 2553 25กุมภาพันธ์ 2553 4 มีนาคม 2553 11 มีนาคม 2553 18 มีนาคม 2553 25มีนาคม 255310	ที่บ้าน ผู้ป่วย	<p>1.การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว(Pre-Test)ด้วยแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3.การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ(Post-Test)ด้วยแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัว ที่16	18กุมภาพันธ์ 2553 25กุมภาพันธ์ 2553 4 มีนาคม 2553 11 มีนาคม 2553 18 มีนาคม 2553 25มีนาคม 255310	ที่บ้าน ผู้ป่วย	“-----”

กลุ่มตัวอย่าง	เวลาดำเนินกิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัวที่ 17	19 กุมภาพันธ์ 2553 26 กุมภาพันธ์ 2553 5 มีนาคม 2553 12 มีนาคม 2553 19 มีนาคม 2553 26 มีนาคม 2553 10	ที่บ้าน ผู้ป่วย	<p>1. การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว(Pre-Test) ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3. การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ(Post-Test) ด้วยแบบวัดภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัวที่ 18	19 กุมภาพันธ์ 2553 26 กุมภาพันธ์ 2553 5 มีนาคม 2553 12 มีนาคม 2553 19 มีนาคม 2553 26 มีนาคม 2553 10	ที่บ้าน ผู้ป่วย	“-----”

กลุ่ม ตัวอย่าง	เวลาดำเนิน กิจกรรม	สถานที่	กิจกรรม
ครอบครัว ที่19	19กุมภาพันธ์ 2553 26กุมภาพันธ์ 2553 5 มีนาคม 2553 12 มีนาคม 2553 19 มีนาคม 2553 26มีนาคม 255310	ที่บ้าน ผู้ป่วย	<p>1.การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว(Pre-Test)ด้วยแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภท</p> <p>2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการพัฒนาความรู้การจัดการให้เกิดการรับประทานยา</p> <p>3.การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว จำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย</p> <p>4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญความเครียดเป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้น</p> <p>5. การพัฒนาทักษะทางสังคม ในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและหลังสิ้นสุดกิจกรรม 1 สัปดาห์ให้ผู้ดูแลทำ(Post-Test)ด้วยแบบวัดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุดเดียวกัน</p>
ครอบครัว ที่20	19กุมภาพันธ์ 2553 26กุมภาพันธ์ 2553 5 มีนาคม 2553 12 มีนาคม 2553 19 มีนาคม 2553 26มีนาคม 255310	ที่บ้าน ผู้ป่วย	“-----”

ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

นางบุษบา กุณรินทร์ เกิดเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2520 ที่อำเภอ เชียงกลาง จังหวัดน่าน สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิตพยาบาลบรมราชชนนีอุตรดิตถ์ จังหวัด อุตรดิตถ์ ปี พ.ศ.2543 เข้าศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเมื่อปี พ.ศ.2551

ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัว และชุมชน โรงพยาบาลอรัญประเทศ