

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยาณี โนอินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน.
การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550) . สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัด
กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550) โรคจิตเภท. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับประชาชน.
หน้า 157-160. Retrived January 16, 2006, from [http// www. Moph.go.th/ state.php](http://www.Moph.go.th/state.php).
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. (2544). เอกสารประกอบวิชาการสอนการประเมินปัญหาเพื่อการบำบัด
ทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2543).
คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน. สุราษฎร์ธานี:
โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- จารุวรรณ จินดามงคล.(2541) ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเผชิญ
ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จิราพร รักรการ.(2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิต เภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทรา ธีระสมบูรณ์. (2543) แบบแผนการบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับพยาบาล.
คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.
สุราษฎร์ธานี.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา
ครอบครัวดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549) ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลใน
ครอบครัวผู้ป่วย ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

- โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย. (2543). ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา
ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2) : 30-39.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและ
ความสามารถ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิศากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วน
ร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ครุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วย
โรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การ
สนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย: บทความวิชาการ.
วารสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย 22(2): 110-116.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัว
ผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิพวรรณ น่วมทอง.(2547). การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรม
การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง. การศึกษาค้นคว้า
อิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิต
วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิน สุขเจียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทูลภา บุญผาสงษ์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยธานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิตา ล. สกุล. (2544). ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิศากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3): 141-149.
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: อักษรเจริญทัศน์.
- พรชัย จุลเมตต์. (2540). ผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชร คันธสาขบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2544). ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. เอกสารประกอบการบรรยายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ ธรรมวงศ์. (2541). ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- พวงสร้อย วรกุล, นันทิกา ทวิชาชาติและพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. (2550). ผลของโครงการทำให้
สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *Med
Assoc. Thai Vol. 90 No. 6*. คณะแพทยศาสตร์ สาขาจิตเวชศาสตร์ :
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วย
จิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต
เวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. *วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย* 9(3): 113-127.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2546). *จิตเวชศาสตร์*. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2548). *จิตเวชรามาริบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: บีคอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- ยาใจ สัทธิมงคล. (2538). ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการ
วิจัย. *วารสารพยาบาลศาสตรมหาวิทยลัยมหิดล* 1: 19-26.
- ยาใจ สัทธิมงคล. (2542). ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการ
พยาบาล. *วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*. 13 (1-9)
- ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. *รามาริบัติพยาบาลสาร*
1: 84-94.
- รายงานประจำเดือนคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขอำเภอเส้าไห้. (2551).
ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี.
- รายงานประจำปีโรงพยาบาลเส้าไห้.(2549). **สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล** โรงพยาบาล
เส้าไห้. อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี.
- รายงานประจำปีโรงพยาบาลเส้าไห้.(2551). **สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล** โรงพยาบาล
เส้าไห้. อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี.
- รายงานประจำปีโรงพยาบาลเส้าไห้.(2552). **สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล** โรงพยาบาล
เส้าไห้. อำเภอเส้าไห้ จังหวัดสระบุรี.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). **การศึกษาบทบาทและภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- รัชนี้ ศรีหิรัญ. (2544). ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลัง
จำหน่าย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาล
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) คู่มือปฏิบัติงาน : การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับ
ผู้ปฏิบัติงาน. สุราษฎร์ธานี : โรงพิมพ์สุวรรณอักษร
- วัชรภรณ์ ลือไชสงค์ (2541). ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำใน
ผู้ป่วยจิตเภท : กรณีศึกษา กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
กรมสุขภาพจิต
- วิวัฒน์ ยถาภูชานานท์และคณะ. (2536). ต้นทุนโรคจิตเภทและโรคประสาทโรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่น. รายงานการวิจัย. โรงพยาบาลขอนแก่น. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วรภข นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริณานัน ทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรื่องตระกูล (2544). อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สกวรัตน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมคิด ตีรารักษ์. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง.
วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(4): 76-85.
- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อ
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.

- สุวิมล สมัตถะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุขภาพการพิมพ์.
- อนุก สุภีรัตน์, สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผาพรรณ พัวพันประเสริฐ. (2550). **ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต . กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข**
- 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.
- Cave, L.A., (1989). Follow-up phone calls after discharge. **American Western Journal of nursing Research** 89(7) : 942 - 943
- 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.
- 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 Psychiatric** 30: 338-340.
- Hash.V., Donlea, J., & Wiljasper, D. (1985). The telephone survey : **A procedure for Assessing Education needs of nurse**. *Nursing Research*, 34 (2), 126 – 128.
- 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.

- House, J.S. et al. (2001). Understanding Social Factors and inequalities in health : 20th Century Progress and 21st Century Prospects. **Journal of Health and Social Behavior** 43: 125-142.
- 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.
- Hunter EF (2000). Telephone support for persons with chronic mental illness. **Home Healthcare Nurse**, 18 (3), 172 - 179
- 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, 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 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.
- Mcintosh, J., & Worley, (1994). Beyond discharge : telephone follow – up and aftercare.
Journal of Psychosocial Nursing , 32 (10), 21 - 27
- 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
- Mohr.,W.K.(2000). Partnering with Families. **Journal of Psychosocial Nursing**. 38(1) : 15 - 21.
- Norton ,N., Williams,II.Y., and Owen,M.J.(2006). An update on the genetics of schizophrenia.
Current Opinion in Psychiatry 19(March 2006): 158-164.
- 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.
- Pharaoh ,FM., Mari, JJ .& Streiner, D. (2002). **Family intervention for Schizophrenia**
(Cochrane Review). In : The Cochrane Library, Issue 4 , Oxford : Update Software.
- 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.
- Raj, L, Kulhara, P., & Avasthi, A.(1991). Social burden of positive and negative schizophrenia.
The International Journal of Social Psychiatry 37 : 242 – 250.
- Families experiencing schizophrenia (Original Paper). **Soc Psychiatric Epidemiology**,
38, 69 - 75

- 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.
- Rice, R. (2000). Telecareing in home care : Marking a telephone visit. **Geriatrics Nursing**, 21 (1), 56- 57
- Rungreangkulkit. S. (2001). Psychological morbidity of mother of an adult child with schizophrenia. **Thai Journal Nurse Research**. 5: 232 – 243.
- 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
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. **Acta Psychiatry Scandinavia** 89: 229-305.
- Shaul, M.P. (2000). What you should know before embarking on telephone health : Lesson Learned from a pilot study. **Home Healthcare Nurse** , 18 (7) , 470 - 475
- Shelves, L.P. (1986). **Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- 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

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล

ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน

1. นายแพทย์กฤษณะ สุวรรณ โกมลชัย นายแพทย์ชำนาญการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช
โรงพยาบาลศูนย์สระบุรี
 2. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลปฏิบัติการพยาบาล
ชั้นสูง)โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
วุฒิการศึกษา พ.ม สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 3. ดร. กนกอร ชาวเวียง อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพระพุทธบาท
สระบุรี
วุฒิการศึกษา พยาบาลดุขุฎิบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ผู้ช่วยการศึกษา
- นางชุติมา วิวัฒน์ผลบุญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานีอนามัยตำบลเชิงราก
อำเภอเสนาให้ จังหวัดสระบุรี

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

1.1 การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) แบบวัดภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวและแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

1.2 การคำนวณค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2547)

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

α = ค่าความสอดคล้องภายใน

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

$\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.3 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตย์-นรากร, 2547)

$$r_{11} = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum pq}{S^2} \right]$$

r_{11}	=	ค่าความสอดคล้องภายใน
n	=	จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม
p	=	อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น
q	=	อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น
S^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนทั้งหมด

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

$$\text{ร้อยละ} = \frac{\text{ความถี่} \times 100}{\text{จำนวนรวมทั้งหมด}}$$

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง วรรณสูตร, 2542)

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

\bar{X}	=	ค่าเฉลี่ย
$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
N	=	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประกอบกรรมสูตร, 2542)

$$S.D. = \sqrt{\frac{n \sum X^2 - (\sum X)^2}{n(n-1)}}$$

S.D. = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง

$\sum X^2$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง

n = จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

2.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

$$t = \frac{\bar{D} - \mu_D}{S_D}$$

df = n-1

\bar{D} = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

μ_D = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม

S_D = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

n = จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

df = จำนวนค่าที่มีอิสระ

ภาคผนวก ก

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อภาระการดูแลของผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้ศึกษาชื่อนางพัชรี ปัญจะโรทัยที่อยู่ 1/5 ซอย 23 ต. ปาก
เพ็ญว อ.เมือง จ.สระบุรี 18000 ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ลักษณะ
และแนวทางการศึกษาอิสระรวมทั้งทราบถึงผลดี ผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้
ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้า
ร่วมศึกษาอิสระนี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ศึกษาว่า หากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษานี้
ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการศึกษาทันที ในกรณีที่มีได้
แจ้งให้ผู้ทำการศึกษาทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครอง
ความปลอดภัยของข้าพเจ้าเป็นโมฆะ(ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้ศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษานี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้งานใจที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้เข้าร่วมศึกษา

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางพัชรี ปัญจะโรทัย)

.....
ลงนามผู้ศึกษาหลัก

.....
สถานที่/วันที่

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

.....
ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแล

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอเสนาไห้ จังหวัดสระบุรี

ชื่อผู้ศึกษา นางพัชรี ปัญจะโรทัย ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้ศึกษา (ที่ทำงาน) สถานีอนามัยตำบลดาวเรือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี

(ที่บ้าน) 1/5 ซอย 23 ถนนพหลโยธิน ตำบลปากเพรียว อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี 18000

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 038-589002-3 ต่อ 124 โทรศัพท์ที่บ้าน 038-825294

โทรศัพท์มือถือ 083- 1081813 E-mail : maewer@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการศึกษาก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษา มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานศึกษานี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

4. การศึกษานี้เป็นการศึกษาอิสระ แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่ผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปจนถึงมากที่สุด แล้วให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว รายครอบครัวที่บ้าน กิจกรรมละ 5 วัน กิจกรรมละ 60 - 90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาทักษะทางสังคมและสัปดาห์ที่ 4 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์โดยผู้ศึกษาดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 4 ครอบครัว ในช่วงเวลา 7.00 - 9 .00 น. และ 15.00-17.00 น. โดยทุกครอบครัวมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ผู้ป่วยจิตเภท 1 คนและสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน เข้าร่วมกิจกรรม หากพบปัญหาว่าผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยจิตเภทหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ให้นำวันเสาร์หรืออาทิตย์ที่ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมีการตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 30 นาที คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วม

การศึกษา ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 3 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว คือในสัปดาห์ที่ 5

5. ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีความไม่สะดวกเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ คือ 1) ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมละ 5 วัน ครั้งละ 60 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกันและสัปดาห์ที่ 5 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์ 2) อาจเกิดความเครียดระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งผู้ศึกษาจะได้ทำการพูดคุยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จากการเข้าร่วมกิจกรรม ในครั้งนี้ เพื่อประเมินความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว เป็นรายบุคคลหรือรายครอบครัวตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

6. ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้จะไม่มีผลต่อการได้รับการบริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเคยได้รับแต่ประการใด

7. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา

8. ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะออกเป็นรหัสและผลการศึกษาที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว

9. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่างหากจะมีประโยชน์ในการเข้าร่วมศึกษา คือ จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้และจะเป็น ประโยชน์ทางวิชาการคือพัฒนาแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและสังคมได้

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้ตลอดเวลาที่ตั้งอยู่และเบอร์โทรศัพท์ด้านบน และหากผู้ศึกษามีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการศึกษา ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ 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”

ภาคผนวก ง
ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย

- ส่วนที่ 1 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง
- แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้สนใจเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ทุกฉบับ ติดต่อขออนุญาตที่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวในลักษณะของความสัมพันธ์ (Joining) ที่ดีกับครอบครัว
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและ โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ (joining) ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว
2. สร้างข้อตกลงหรือ (contract) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้งข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและการบันทึกเสียง
3. กระตุ้นให้ครอบครัวเล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อประเมิน โครงสร้างของระบบครอบครัวของผู้ป่วย
4. ผู้ศึกษาคำเนิ่งถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ โดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกอบอุ่นและไว้วางใจมีการเปิดเผยตนเองและเล่าเรื่องราวต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตนเองให้ผู้ศึกษาฟังด้วยความเป็นกันเองและมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองและเข้าใจถึงลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรคแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตและวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา
3. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจน การซักถามปัญหาต่าง ๆ โดยสมาชิกสามารถบอกสาเหตุ อาการ การรักษา ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาศักยภาพการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและการป้องกันการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นและมีวิธีการดูแลที่เหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้น

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษากล่าวนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน

2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องอาการกำเริบของโรคจิตเภท

3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่บ่งบอกของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของโรคและให้ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว

4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ โดยสมาชิกสามารถบอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท อาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและบอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไป

ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด
3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ วิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจน การซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก โดยสมาชิกสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น แนวทางในการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียดและสาธิต ย้อนกลับได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ระยะเวลา 60 – 90 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีและเหมาะสม
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมเหมาะสม
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม
3. ให้สมาชิกได้แลกเปลี่ยนว่า เมื่อมีปัญหาเกิดขึ้น สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากใครในชุมชนที่อาศัยอยู่
4. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาในชุมชนที่สมาชิกอาศัยอยู่ และวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชน

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก โดยสมาชิกสามารถบอกถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีและเหมาะสมได้ รวมทั้งสามารถเลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้องและบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ภายใน 3 วัน

ระยะเวลา 20 นาที

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตาม กระตุ้น แนะนำ เสริมความรู้
2. เป็นขวัญและกำลังใจในการดูแลผู้ป่วย
3. ให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยการช่วยเหลือระดับประคอง
4. เพื่อการติดตามประเมินผลหลังการใช้โปรแกรม
5. เพื่อนัดหมายในการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วย

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่รับโทรศัพท์
2. ผู้ศึกษาสอบถามความรู้สึกที่ได้เข้าร่วมกิจกรรม
3. ผู้ศึกษาสอบถามปัญหาที่ผู้ดูแลพบหลังจากการทำกิจกรรมและแนะนำแนวทางแก้ไข
4. ผู้ศึกษาชมเชย เมื่อผู้ดูแลมีแรงจูงใจในการทำหน้าที่ต่อไป

ประเมินผล

จากการโต้ตอบทางโทรศัพท์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และพูดคุยระบายความรู้สึกในการดูแลผู้ป่วย นัดหมายการสนทนาในครั้งต่อไป

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว

(เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
1. โรคจิตเภท คือ โรคจิตชนิดหนึ่งซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่นและมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป	1	0
2. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีความคิดไม่ปะติดปะต่อ ไม่ต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้	1	0
3. ผู้ป่วยจิตเภททุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น	0	1
4. ผู้ป่วยจิตเภทอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือทำทางแปลก ๆ เช่น ก้มกราบคนทั่วไป ปัสสาวะกลางที่สาธารณะ ร้องตะโกน โดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น เป็นต้น	1	0
5. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น และไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลก ๆ เป็นต้น	1	0
6. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่าจะมีคนมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น	1	0
7. ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางรายอาจมีอาการซึมเศร้า เก็บตัว เฉยเมย ขาดความกระตือรือร้น แยกตัวเอง ไม่สนใจตัวเอง	1	0
8. เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนอื่นทั่วไป	1	0
9. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง	1	0
10. โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โคนของ	0	1
11. พืชจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้	1	0
12. ความเครียด ความกดดันในชีวิต และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้งในจิตใจจนทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้	1	0

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
13. โรคจิตเภทเมื่อรักษาแล้วจะหายขาด ไม่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก	0	1
14. ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาแล้ว ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ หรือได้รับพิษจากยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีอาการสงบลง	1	0
15. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	1	0
16. ยารักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น น้ำลายยืด ลิ้นแข็ง มือสั่น	1	0
17. หากพบว่าหลังรับประทานยาแล้วผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง ลำคอบิด ตาเหลือกขึ้นข้างบน ไข้สูง หรือหัวใจเต้นเร็ว ต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาทันที และพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยด่วน	1	0
18. การรับประทานยารักษาโรคจิตเภทเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการติดยาได้ จึงควรหยุดยาเมื่อเห็นว่าอาการทุเลา	0	1
19. การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท และการให้ผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท	1	0
20. ขณะใช้ยารักษาโรคจิตผู้ป่วยสามารถดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เช่น เบียร์ สุรา หรือเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ ได้	0	1
21. หากผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับในตอนกลางคืน การให้ผู้ป่วยจิตเภททำงานหรือทำกิจกรรมที่ใช้กำลังในเวลากลางวัน เช่น ขุดดิน รดน้ำต้นไม้ ล้างจานเพื่อให้เหนื่อย จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้	1	0
22. การที่ครอบครัวและตัวผู้ป่วยคอยสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบของผู้ป่วย เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย แยกตัว ล้าสน จะช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคได้	1	0
23. ถ้าผู้ป่วยจิตเภทอะอะ อาละวาด ตะโกนคำส่งเสียงดัง ทำลายข้าวของ ควรพูดเสียงดังและใช้กำลังเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่กล้าทำ	0	1
24. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภททำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า	1	0
25. ถ้าผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ไม่ควรเข้าไปรบกวนเพราะจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นอีก	0	1

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
26. ถ้าผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้อยู่บ้านเฉย ๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น	0	1
27. การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้	1	0
28. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อย ๆ หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับ ที่เกิดขึ้นของท่าน อาจมีสาเหตุมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1	0
29. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง และสบายใจมากขึ้น	1	0
30. การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้น ๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย	1	0

แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย/ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
1 โรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดจากคนทั่วไป	1	0
2 อาการทางจิตเกิดจากความเครียดเป็นสาเหตุหลัก	1	0
3 โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ โคนผีเข้า โคนของ	0	1
4 พืชจากยาเสพติดเช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้	1	0
5 โรคจิตเภทสามารถถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์	1	0
6 คนที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ	1	0
7 คนที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้า ไม่ค่อยพูด ไม่สนใจตนเอง	1	0
8 คนที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการประสาทหลอนเช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง หรือหูแว่ว ได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น	1	0
9 โรคจิตเภทเมื่อหายขาดแล้ว มีโอกาสกลับเป็นได้อีก	1	0
10 โรคจิตเภทเมื่อกินยาอาการทุเลาแล้ว สามารถหยุดยาได้เอง	0	1
11 ยารักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียงเช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายไหล	1	0
12 เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจควรปรึกษากับคนที่ใกล้ชิดหรือคนที่ไว้วางใจ	1	0
13 ถ้าอาการผิดปกติเช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด ควรไปพบแพทย์	1	0
14 การรับประทานยาสม่ำเสมอทำให้อาการทางจิตดีขึ้น	1	0
15 ขณะรับประทานยาทางจิต ไม่ควรขับขีรถหรือทำงานเกี่ยวกับเครื่องจักรกล	1	0
16 ควรปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ กินข้าว ฯลฯ	1	0
17 ขณะรับประทานยาสามารถทำงานตามความถนัดหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้	1	0
18 ขณะอยู่ที่บ้านไม่ควรทำงานหรือช่วยงานของครอบครัว	0	1
19 ควรมีส่วนร่วมทำกิจกรรมของหมู่บ้านเช่น งานบวช กิจกรรมทางศาสนา	1	0
20 การอยู่ร่วมหรือพบปะพูดคุยกับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น	1	0

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน
 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หย่า
<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> แยกกันอยู่
<input type="checkbox"/> หม้าย	
4. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> อนุปริญญา
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
5. อาชีพ

<input type="checkbox"/> ว่างาน	<input type="checkbox"/> รับจ้าง
<input type="checkbox"/> รับราชการ	<input type="checkbox"/> ก้าขาย
<input type="checkbox"/> เกษตรกรรม	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้

<input type="checkbox"/> เพียงพอและเหลือเก็บ
<input type="checkbox"/> เพียงพอกับรายจ่าย
<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
<input type="checkbox"/> ไม่มีรายได้
<input type="checkbox"/> อื่น ๆ ระบุ.....

7. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

บิดา

มารดา

พี่

น้อง

สามี

ภรรยา

บุตร

8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน

ตารางที่ 2 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

ลำดับที่	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล	ร้อยละ
1	24	80.00
2	27	90.00
3	25	83.30
4	27	90.00
5	28	93.30
6	30	100.00
7	28	93.30
8	30	100.00
9	29	96.60
10	28	93.30
11	29	96.60
12	29	96.60
13	24	80.00
14	26	86.60
15	27	90.00
16	29	96.60
17	30	100.00
18	24	80.00
19	25	83.30
20	26	86.60

จากตารางที่ 2 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแล หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.00 หลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตครอบครัว กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลทุกคน มีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) ขึ้นไป

ตารางที่ 3 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกในครอบครัว หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

ลำดับที่	คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสมาชิกในครอบครัว	ร้อยละ
1	25	83.30
2	30	100.00
3	30	100.00
4	28	93.30
5	27	90.00
6	26	86.60
7	25	83.30
8	29	96.60
9	30	100.00
10	24	80.00
11	24	80.00
12	26	86.60
13	28	93.30
14	28	93.30
15	25	83.30
16	24	80.00
17	30	100.00
18	26	86.60
19	27	90.00
20	29	96.60

จากตารางที่ 3 พบว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับสมาชิกในครอบครัว หลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงสุดเท่ากับ 30 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ต่ำสุดเท่ากับ 24 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.00 โดยหลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พบว่าสมาชิกในครอบครัวทุกคนที่เข้าร่วมโปรแกรม มีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 80) ขึ้นไป

ตารางที่ 4 คะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (n = 20)

คนที่	คะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท	ร้อยละ
1	16	80.00
2	17	85.00
3	18	90.00
4	16	80.00
5	16	80.00
6	18	90.00
7	17	85.00
8	18	85.00
9	16	80.00
10	18	90.00
11	18	90.00
12	17	85.00
13	17	85.00
14	16	80.00
15	16	80.00
16	18	80.00
17	17	80.00
18	18	90.00
19	19	95.00
20	20	100.00

จากตารางที่ 4 พบว่าคะแนนความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับโรคจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ต่ำสุดเท่ากับ 16 คะแนน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ซึ่งจัดว่าหลังใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภททุกราย มีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ที่กำหนด (ร้อยละ 75) ขึ้นไป

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัว จำแนกตาม อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
30 - 39 ปี	10	50
40 - 49 ปี	2	20
50 - 60 ปี	8	40
เพศ		
ชาย	7	35
หญิง	13	65
สถานภาพสมรส		
โสด	6	30
คู่	14	70
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	25
มัธยมศึกษา	3	15
ปวส., อนุปริญญา	8	40
ปวช.	2	10
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	2	10

จากตารางที่ 7 พบว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่มีอายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 50) เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 65) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 70) จบการศึกษาระดับปวส. หรืออนุปริญญา (ร้อยละ 40)

ตารางที่ 8 จำนวนและร้อยละของสมาชิกในครอบครัว จำแนกตาม อาชีพ รายได้ของครอบครัว โรคประจำตัว และความสัมพันธ์กับผู้ป่วย (n=20)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
รับจ้าง	12	60
เกษตรกรกรรม	4	20
ค้าขาย	4	20
โรคประจำตัว		
มี	8	40
ไม่มี	12	60
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา	8	40
บุตร	2	10
พี่, น้อง	10	50
ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย		
1-5 ปี	5	25
6-10 ปี	4	20
มากกว่า 10 ปี	11	55

จากตารางที่ 8 พบว่าสมาชิกส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 60) มีรายได้ 8,000-10,000 บาท (ร้อยละ 75) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 40) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยพบว่าเป็นพี่น้อง (ร้อยละ 50)

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
ภาระเชิงอัตรณ์					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6. ท่านรู้สึกอายชาวบ้านเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการวุ่นวายหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน					
7. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรง					
8. ท่านรู้สึกผิดที่ตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วยจิตเภท					
9. ท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อต้องพาผู้ป่วยจิตเภทออกนอกบ้าน					
10. ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วยจิตเภท					
11. ท่านรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจิตเภท					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทในช่วง 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. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านไม่มีเวลาไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด					
7. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมหรือชุมชนลดลง					
8. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง					
9. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว					

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
10. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างสมาชิกในครอบครัวท่านกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน					
11. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่านน้อยลง					
12. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ					

ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

นางพัชรี ปัญจะโรทัย เกิดวันที่ 18 มิถุนายน 2506 สถานที่เกิด อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี จบการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลระดับต้น จากวิทยาลัยพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ปีการศึกษา 2527 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยพยาบาลชลบุรี ปีการศึกษา 2533 ขณะนี้ กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ปัจจุบันทำงานอยู่ที่ โรงพยาบาลเสาไห้ จังหวัดสระบุรี