

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

กรมสุขภาพจิต. (2545). แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 พ.ศ.2545-2549 ด้าน

สาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสทิทิวท์ จำกัด.

กรมสุขภาพจิต. (2550). สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี :

ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กาญจนา ชัยเจริญ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมวางแผนจำหน่ายต่อพฤติกรรมการใช้ยาตาม

เกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เกษม ดันติผลาชีวะ. (2536). โรคจิตเภท. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย.

กัลยา โนนินทร์. (2542). การดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จ.น่าน.

การค้นคว้าอิสระหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จินตนา ถีละไกรวรรณ . (2542).โรคจิตเภท : คู่มือสำหรับครอบครัว. ขอนแก่น : ศรีภักดิ์ออฟเซ็ท.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). การพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต

13 (มกราคม- มิถุนายน 2542): 1-13.

จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการดูแลของ

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่3. นนทบุรี:

ยูทธรินทร์การพิมพ์ .

ดารา ศัตรูถี่และคณะ. (2539). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน.

โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ดรณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มจิตบำบัดประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแล

ผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). กรณีศึกษา : ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วย และครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทิวาพร เฟื่องฟู. (2544). การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยา รักษาอาการทางจิต ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. รายงานการวิจัยโรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทูลภา บุญผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทิปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทัศนีย์ ทิพย์สุนเนิน. (2544). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิตากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12 (3): 141-149
- ปราชญ์ บุญยวงศิริโรจน์และคณะ. (2547). รายงานการวิจัยเรื่อง การนำระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณี มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. ขอนแก่น: พระธรรมจันทร์.
- ผลทิพย์ ปานแดง. (2545). การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ป่วยและผู้ดูแลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรสวรรค์ พูลกระจำง. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้และปรับประคับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- ภัทรา ธีรลาภ. (2532). การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณี
โรงพยาบาลศรีธัญญา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2542). จิตเวชศาสตร์รามาชิตี. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2546). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ:
สวีชาญการพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. (2544). “โรคจิตเภท”. จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2540). ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการ
พยาบาล. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 13(2): 1-9.
- ราตรี อินทรีย์. (2541). การไม่ร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามการรับรู้ของ
พยาบาลและผู้ป่วยโรคจิตเภท. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสวนปรุง กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- สาธุพร พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สถิตีโรงพยาบาลบ้านหมอ. (2551). รายงานประจำคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช. โรงพยาบาลบ้าน
หมอ จังหวัดสระบุรี.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือน
แก้ว.
- สมัชพร อาชาล. (2543). ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค.
วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สรินทร เชื้อวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้
ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สินชัย วสุนธรา. 2547. จิตเภท. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.

- สุภาภรณ์ ทองคารา. (2545). ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตศึกษา ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. (2536). ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้เงื่อนไขผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุมณฑา บุญชัย. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุรวุฒิ เพ็งเกร็ด. (2550). ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต. โครงการศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว. (2544). การพยาบาลจิตเภท: หน่วยที่ 15. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการส่งเสริมสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช หน่วยที่ 8-15. สาขาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช. หน้า 216-251. กรุงเทพฯ: อรุณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัดละ. (2541). ผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลการใช้กรรมการดูแลแบบของค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยโรคจิต. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2543). รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนาความสามารถในการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเวช ผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2543). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. (2550). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย
จิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2540). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ : เพ็ญฟ้าพรินติ้ง.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตาม
พยาธิสภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : วิเจ พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Abramowitz, I.A & Coursey, R.D. (1989). Impact of an educational support group on family
Participants who take care of their schizophrenia relatives. **Journal of Consulting and
clinical Psychology** 57 (2) : 232-236.
- Adams, J. and Scott, J. 2000. Predicting medication adherence in severe mental
disorders. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 101: 19 – 124.
- Agarwal et al . (1998). Intensity-intensity correlations as a probe of interferences under conditions
of noninterference in the intensity. **Phys. Rev. A** Volume 65.
- Anderson , C.M. & Hogarty , G.E. & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic
patient : psychoeducation approach. **Schizophrenic Bulletin** 6(3): 490-505.
- Anongnudsasok. (2005). The Development of Clinical Nursing Practice Guideline For increasing
Drug Compliance in Schizophrenic Patients. **Copyright of Mahidol University**.
- American Psychiatric Association. (1995). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental
Disorder. 4th** ed. Washington DC. American Psychiatric Association.
- Bakker, C. (1995). **The development of self-care ability to detect early signs of relapse among
individuals who have schizophrenia**. Archives of psychiatric nursing 9(5) : 261-268.
- Bethesda. (1999). Schizophrenia Retrieve January, 30, 2001, Available from :
<http://nimh.nih.gov/publicat/schizoph.Cfm> . [2009. November 1]
- Boyd, M.A. (2005) . **Psychiatric nursing contemporary practice**. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.
- Brandt, P.A & Weinert, J. (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 disorder: A replication. **British Journal of Psychiatry** 121: 241-258.
- Davis, M. S. (1992). Physiologic psychological and demographic factors in patients compliance With doctor's order. **Medical care**. 6. 115-122.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. **Irish Medication Journal** 92(6) :1-3.
- Frank, A. F. & Gunderson, J. G. (1990). The role of the therapeutic alliance in the Treatment of schizophrenia. **Archive General Psychiatry** 47 : 228-236.
- Fenton, W. S. et al. (1997). Determinants of Medication Compliance in Schizophrenia : Empirical and Clinical Findings. **Schizophrenia Bulletin** 23(4) : 637-651.
- Forman, L. (1993). Medication : Reasons and Interventions for Noncompliance. **Journal of Psychosocial Nursing** 31(10) :23-25.
- Fowler, L. 1992. Family psychoeducation: Chronic psychiatrically ill Caribbean patient. **Journal of Psychosocial Nursing** 30(3): 27-32.
- Hammond, V.T. & Deans, G.1995. A phenomenological study of families and psychoeducation support group. **Journal of Psychosocial Nursing** 33(10): 7-12.
- Haster, L.E. (1988). Coordination a successful discharge plan. **American Journal Nursing**, 96(6) : 35-37.
- Herz, M. I. And Marder, S. R. (2002). Schizophrenia Comprehensive Treatment and Management .**Acta Psychiatrica Scandinavica** 89 : 205-210.
- Hoffman, H. et al. (1974). Age and other factors relevant to rehospitalization of schizophrenic out-patient. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89 : 205-210.
- Horowitz. (1985). Ethnic groups in conflict. Berkeley: **University of California Press**.
- Horwath & Coumos.(1999). Proprietary Rights Notice for *Psychiatric Services*. **Psychiatr Serv** 50:564.
- Jone, S.L.(1996) The association between objective and subjective caregiver burden. **Archives Psychiatric Nursing** 10(2) : 77-84

- kampman&lehtinen. (1999). Partial compliance in schizophrenia and the impact on patient outcomes. *Psychiatry Research*, Volume 161, Issue 2, Pages 235-247.
- Kaplan, H. I. and Saddock, B. J.(1996). Pocket **Handbook of Clinical Psychiatry**. 2nd ed. Baltimore: William and Wilkins.
- Kaplan & Sadock. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry** .2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kay, L.T. (1998). Best practice outcome for schizophrenia : Dose measurement of Medication compliance provides a key. *Australasian Psychiatry*. 6(6) : 306-308.
- Kempainen, J. H. et al. (2003). Psychiatric Nursing & Medication Adherence. **Journal of Psychosocial Nursing** 41(2) : 39-49.
- Kuiper, L.,Leff, J &Lam, D. (1992). Family Work for Schizophrenia : **A Practice Guide**. Lodon: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Kumar,S. and sedgwick,P. (2001). Can the factors influencing medication : Compliance reported form western populations be applied to an eastern Indian context. **Journal of Mental Health** 10(3) : 267-277.
- 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 famaly caregivers with schizophrenic patients in Korea. **Applied Nursing Resarch** 16(2): 110-117.
- Lucksted A. (2003) Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature, **Journal of Marital and Family Therapy**.;29(2):223-45.
- Marland, G.R. (1999). Depot neuroleptics, schizophrenia and the role of the nurse : is practice evidence based? A review of the literature. **Journal of Advanced Nursing** 30 (6) : 1255-1262.
- McBride, A. B. and Austin, J. K. (1996). **Psychiatric-Mental Health Nursing**. Pennsylvania : W. B. Saunders.
- Montgomery et al. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objectice burden. **Family Relations** 34(4):19-26.

- Oehl, M. Hummer, M. and Fleischhacker, W.W. (2000). Compliance with antipsychotic treatment. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 102 (Suppl.407) : 83-86.
- Orem. 1991. **Nursing Concepts of Practice**. 4th edition. St. Louis, Mosby.
- Orem, D. E. 1995. **Nursing: Concepts of practice** (5th ed.). St. Louis: Mosby-Year Book.
- Owen, R.R. et al. (1996). Medical noncompliance and substance abuse among Patients with schizophrenia. **Psychiatric Services** 47(8) : 853-858 .
- Pitschel-Walz, Bauml, J., Bender, W., Endel, R.R. & Wagner, M.(2006). Psychoeducation and compliance in treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. **J Clin Psychiatry**. Mar: 67-75.
- Ran, M.S. et al. 2003. Effectiveness of psycho-educational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia (Original Paper). **Soc Psychiatry Psychiatric Epidemiology**, 38, 69.
- Ran, M. and Xiang, M. (2003). A study of schizophrenia patients' treatment compliance in a rural community. **Journal of Mental Health**. 1(7): 85-89.
- Razali and Yahya. (1995). Complementary Treatment of Psychotic and Epileptic Patients in Malaysia. **Universiti Sains Malaysia** .
- Rebraca. (1994). Basic concepts of psychiatric-mental health nursing. **bibliographical references and index**.
- Renton et al .(1963). Should a psychiatrist give the 'special patient' VIP treatment. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. : 411-413.
- Richard R. Bootzin, Joan Ross Acocella. (1988). Abnormal psychology : **current perspectives**.
- Reilly et al. (1967). Nuclear Magnetic Resonance and Nonexponential Spin-Lattice Relaxation in Ferroelectric Ammonium Fluoroberyllate. **Phys. Rev.** 160, 333-342
- Sackett, D. L. Haynes, R. B. , and Tugwell, P.(1985). **Clinical Epidemiology a Basic Science for Clinical medicine**. Boston: Brown and Company.
- Saduck, J.B & Saduck, V.A. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schultz, J. M. and Videbeck, S. D. (2000). **Manual of Psychiatric Nursing Care Plan**. 4th ed. Philadelphia: J. B. Lippincott.

- Sullivan, Well, Morgenstern and Leake. (1995). Identifying modifiable risk factors for rehospitalization: A case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. Under review, **American Journal of Psychiatry**.
- T.J. Crow (1980). "Molecular pathology of schizophrenia; more than one disease process?". **British Medical Journal** 280: 66-68.
- The Joanna Briggs Institute. (1999). **Bast Practice: Evidence Based Practice Information Sheets** for Health Professionals.
- Williams, C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric Care** 25: 14-21.
- wilson and Kneisl. (1996) **Cognitive behavior therapy in nursing practice**. Brown and Company.
- World Health Organization. (2001). The ICD-10 classification of mental and behavioral **Disorder: clinical description and diagnostic guidelines**. Geneva: WHO.
- Yamashita, M. 1996. A Study of How Families Care for Mental Ill Relatives in Japan. **International Nursing Review** 43 (4) : 121-125.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์วรัณณ์ ไชยชาญ	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ ราชนครินทร์
2. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง) โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัด พระนครศรีอยุธยา วุฒิการศึกษา พย.ม สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางปรีชนันท์ มารักษา	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการ พยาบาลชั้นสูง) โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี วุฒิการศึกษา พย.ม สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
ผู้ช่วยการศึกษา	
นางจุฑามาส เวชพนม	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลบ้านหม้อ อำเภอบ้านหม้อ จังหวัดสระบุรี

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

1.1 การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

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

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

1.2 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวและแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภทคือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

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

$$\begin{aligned} \alpha &= \text{ค่าความสอดคล้องภายใน} \\ n &= \text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด} \\ \sum S_i^2 &= \text{ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ} \\ S^2 &= \text{ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ} \end{aligned}$$

1.3 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

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

$$\begin{aligned} r_n &= \text{ค่าความสอดคล้องภายใน} \\ n &= \text{จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม} \\ p &= \text{อัตราส่วนของผู้ตอบถูกในข้อนั้น} \end{aligned}$$

$$q = \text{อัตราส่วนของผู้ตอบผิดในข้อนั้น}$$

$$S^2 = \text{ความแปรปรวนของคะแนนทั้งฉบับ}$$

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2.1 ค่าร้อยละ (Percentage) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

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

2.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

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

$$\bar{X} = \text{ค่าเฉลี่ย}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมด}$$

$$N = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

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

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

$$S.D. = \text{ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน}$$

$$\sum X = \text{ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง}$$

$$\sum X^2 = \text{ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง}$$

$$n = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

2.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 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
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใบหนังสือยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา

(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในโครงการศึกษา.....

ข้าพเจ้าได้ทราบจากผู้ศึกษาชื่อ นางกนกวรรณ กัญญาสาย ที่อยู่ 10/3 หมู่ที่ 4 ต.แม่ลา
อ.บางระจัน จ.สิงห์บุรี 16130 ซึ่งข้าพเจ้าได้ลงนามด้านท้ายของหนังสือนี้ถึงวัตถุประสงค์ลักษณะ
และแนวทางการศึกษาอิสระรวมทั้งทราบถึงผลดีผลข้างเคียงและความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น ข้าพเจ้าได้
ซักถาม ทำความเข้าใจเกี่ยวกับการศึกษาดังกล่าวนี้เป็นที่เรียบร้อยแล้ว

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ด้วยความสมัครใจและอาจถอนตัวจากการเข้า
ร่วมศึกษานี้เมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล พร้อมทั้งยอมรับผลข้างเคียงและความ
เสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยจะปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ศึกษา

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ศึกษาว่าหากข้าพเจ้าได้รับความผิดปกติเนื่องจากการศึกษานี้
ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองทางกฎหมาย และข้าพเจ้าจะแจ้งผู้ทำการศึกษาทันที ในกรณีที่มิได้
แจ้งให้ผู้ทำการศึกษาทราบในทันทีถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ จะถือว่าข้าพเจ้าทำให้การคุ้มครอง
ความปลอดภัยของข้าพเจ้าเป็น โมงะ(ตามที่กฎหมายกำหนด)

ข้าพเจ้ายินดีให้ข้อมูลของข้าพเจ้าแก่คณะผู้ศึกษาเพื่อประโยชน์ในการศึกษานี้
สุดท้ายนี้ ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษานี้ ภายใต้เงื่อนไขที่ได้ระบุไว้แล้วในข้างต้น

.....
สถานที่/วันที่

.....
ลงนามผู้เข้าร่วมศึกษา

.....
สถานที่/วันที่

.....
(นางกนกวรรณ กัญญาสาย)
ลงนามผู้ศึกษาหลัก

.....
สถานที่/วันที่

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

ลงนามพยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

ชื่อผู้ศึกษา นางกนกวรรณ กันยาสาข คำแห่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้ศึกษา (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลบ้านหมอ อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี

(ที่บ้าน) ที่อยู่ 10/3 หมู่ที่ 4 ต.แม่ลา อ.บางระจัน จ.สิงห์บุรี 16130 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 036-

201171 ต่อแผนกผู้ป่วยใน โทรศัพท์ที่บ้าน 036-544499

โทรศัพท์มือถือ 089- 8018751 E-mail : sckkanok@gmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการศึกษาก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษา มีความ
จำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานศึกษานี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลา
ในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจน
ได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อต่อพฤติกรรมการใช้ยา
ตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
ของผู้ป่วยจิตเภทใน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิสระ แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่าง
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 20
ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่ผู้ดูแลมีการะในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปจนถึง
มากที่สุด แล้วให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรม
สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว รายครอบครัวที่บ้าน กิจกรรมละ 5 วัน กิจกรรมละ 60 - 90 นาที จน
ครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพ
และแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการ
กับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
และการพัฒนาทักษะทางสังคมและสัปดาห์ที่ 4 เป็นการติดตามทางโทรศัพท์โดยผู้ศึกษาเดินทางไป
ที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 4 ครอบครัว ในช่วงเวลา 7.00 - 9.00 น. และ 15.00
- 17.00 น. โดยทุกครอบครัวมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ผู้ป่วยจิตเภท 1 คนและสมาชิกในครอบครัวอย่าง
น้อย 1 คน เข้าร่วมกิจกรรม หากพบปัญหาว่าผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยจิตเภทหรือสมาชิกในครอบครัวไม่
สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ให้นัดวันเสาร์หรืออาทิตย์ที่ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมี
การตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 30 นาที คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วม

การศึกษา ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วนในสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 3 ภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วน คือในสัปดาห์ที่ 5

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

6. ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเคยได้รับแต่ประการใด

7. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา

8. ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะออกเป็นรหัสและผลการศึกษาที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว

9. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง หากจะมีประโยชน์ในการเข้าร่วมศึกษา คือ จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้และจะเป็น ประโยชน์ทางวิชาการคือพัฒนาแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและสังคมได้

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา ดังที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ด้านบน 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 โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครบถ้วน
- ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
- แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
 - แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา
- ส่วนที่ 3 เครื่องมือกำกับการทดลอง
- แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้สนใจเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ทุกฉบับ ติดต่อขออนุญาตที่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงวัตถุประสงค์ และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้สมาชิกเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกค่านับต่อผู้ป่วยจิตเภท

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับสมาชิกโดยผู้ศึกษากล่าวทักทาย แนะนำตนเองและประวัติโดยย่อ สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตร อบอุ่น แสดงความสนใจในสมาชิกครอบครัวแต่ละคน จากนั้นให้สมาชิกกล่าวแนะนำตนเอง
2. พุศุคยสร้างสัมพันธภาพโดยซักถามความเป็นอยู่ทั่วไปในครอบครัวก่อน เพื่อสร้างความคุ้นเคย และความรู้สึกไว้วางใจ
3. ผู้ศึกษาชี้แจงให้สมาชิกทราบวัตถุประสงค์ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรมโดยย่อในแต่ละครั้ง ข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ โดยแจ้งวัน เวลา สถานที่ในการเข้าร่วมกิจกรรม
4. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันของครอบครัว ลักษณะของครอบครัว และปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัว โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันทำใบงานที่ 1/1 และ 1/2 ผู้วิจัยสังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

5. ให้ตัวแทนสมาชิกนำเสนอสิ่งที่บันทึกลงในใบงานที่ 1/1 และ 1/2
6. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า
7. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเรื่องโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวครอบครัว ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นตามใบความรู้ที่ 1/1
8. ให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้บอกถึงความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ทำใบงานที่ 1/3 และให้ตัวแทนนำเสนอตามประเด็นดังกล่าว
9. ผู้ศึกษาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ร่วมกับสมาชิกเกี่ยวกับความรู้สึกทางลบที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นความรู้สึกที่ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ และพยายามพูดคุย กระตุ้นให้สมาชิกเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท
10. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปในหัวข้อ ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 1/2
11. พยายามให้เกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พร้อมทั้งชี้ให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลผู้ป่วย และให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย
12. ผู้ศึกษาอภิปรายร่วมกับสมาชิกเพื่อช่วยสมาชิกได้เข้าใจ ยอมรับ และสามารถใช้ศักยภาพ และทรัพยากรที่มีของตนเองและบุคคลใกล้ชิด ในการหาแนวทางการแก้ไขปัญหาร่วมกัน
13. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม และให้สมาชิกทำใบงานที่ 1/3 อีกครั้ง
14. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 2

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต

3. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย

จิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

2. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/1, 2/2 และ 2/3 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว

3. ผู้ศึกษาสรุปตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

4. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา ตามใบความรู้ที่ 2/1

5. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 2/4 และ 2/5 และให้สมาชิกเสนอตามประเด็นดังกล่าว

6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า

7. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต ตามใบความรู้ที่ 2/2

8. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม

9. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

10. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้ตามคู่มือดูแลผู้ป่วยจิตเภท

11. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 3

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การตระหนักใน
ความสำคัญของผลกระทบที่เกิดขึ้นจากความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

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

โรคจิตเภท

6. เพื่อให้สมาชิกการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้
5. บอกความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภทที่มีต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแล สังคมและ
6. ประเทศ อีกรังรับปากว่าจะรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อป้องกันการเกิดความ

รุนแรงดังกล่าวบอกโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษากริณนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิก
พูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และ
อภิปรายร่วมกัน

2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 3/1

3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่บ่งบอกของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของ
โรค โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 3/1

4. ผู้ศึกษาบรรยายสรุปเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบได้บ่อยของผู้ป่วยก่อนมีอาการกำเริบของ
โรค ตามใบความรู้ที่ 3/2

5. สมาชิกเสนอพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ที่เคยพบและวิธีการจัดการกับปัญหาดังกล่าว โดยสมาชิกทำใบงานที่ 3/2

6. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามประเด็นที่สมาชิกเล่า และให้ความรู้เพิ่มเติมเรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาและวิธีการจัดการ ตามใบความรู้ที่ 3/2 เรื่องอาการที่พบบ่อย 3/3 เรื่องพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ

7. ผู้ศึกษาประเมินความรู้เรื่องความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทตามใบงานที่ 3/3

8. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภท ทั้งผลที่เกิดกับตัวผู้ป่วย ผลกระทบต่อผู้ดูแล ผลกระทบต่อสังคม ผลกระทบต่อประเทศ ตามใบความรู้ที่ 3/4

9. ผู้ศึกษาประเมินความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และประสบการณ์การป่วยซ้ำ ตามใบงานที่ 3/4

10. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำตามใบความรู้ที่ 3/5

11. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้ในครั้งนี้อย่างชัดเจนและผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

12. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นและซักถาม

13. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้ในครั้งนี้อย่างชัดเจนและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

14. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างชัดเจนและศึกษาเพิ่มเติมจากคู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นัดหมายวัน เวลาทำกิจกรรมครั้งที่ 4

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่างๆ

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก
2. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ของความเครียดที่เกิดขึ้น
3. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
4. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้นได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ตามใบงานที่ 4/1 และนำผลการประเมินความเครียดมาอภิปรายร่วมกัน
2. เปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 4/2 และให้ตัวแทนนำเสนอสิ่งที่ได้บันทึกลงในใบงานดังกล่าว
3. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นตามที่สมาชิกเล่า
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ ตามใบความรู้ที่ 4/1 และวิธีการจัดการกับความเครียด ตามใบความรู้ที่ 4/2
5. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก ตามใบความรู้ที่ 4/3 และให้สมาชิกได้ฝึกปฏิบัติตาม
6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างชัดเจนและผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
7. มอบหมายให้สมาชิกกลับไปทบทวนความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้อย่างละเอียดผู้วิจัยจัดเก็บ
8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งที่ 5

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก

กิจกรรมที่ 5 เรื่องการพัฒนาทักษะการสื่อสารและ ทักษะคิดของครอบครัว

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกตระหนักถึงทักษะคิดของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงความสำคัญของครอบครัวที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยได้

กิจกรรม

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการสื่อสารที่เหมาะสม และการสื่อสารที่ไม่เหมาะสม และผู้วิจัยสรุปตามประเด็นดังกล่าวอีกครั้ง

2. ผู้ศึกษายกสถานการณ์ที่เป็นปัญหา แล้วให้สมาชิกเสนอวิธีการจัดการ พร้อมกับบอกเหตุผล โดยเน้นเรื่อง การสื่อสารทางลบ และ การสื่อสารทางบวก ในใบงานที่ 5/1 และให้สมาชิกแสดงเหตุผลว่า เพราะอะไรจึงไม่ใช้การสื่อสารทางลบ

3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง การสื่อสารในครอบครัว ในหัวข้อความสำคัญของการสื่อสารองค์ประกอบของการสื่อสาร การสื่อสารทางบวก และการสื่อสารทางลบ ตามใบความรู้ที่ 5/1

4. ให้สมาชิกได้พูดคุยในประเด็น ทักษะดีของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยให้สมาชิกทำใบงานที่ 5/3

5. ผู้ศึกษาให้ข้อมูลเกี่ยวกับทักษะดีของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท ตามใบความรู้ที่ 5/2

6. ให้สมาชิกร่วมกันสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง

7. ให้ผู้ป่วยแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท และผู้ดูแลทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

8. นัดหมายการทำแบบสอบถามภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

การประเมินผล

จากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาพบว่าสมาชิกในแต่ละครอบครัว

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 โดยไม่มีเรื่องอะไร มากระตุ้น เป็นต้น	1	0
5. ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็นและไม่ได้มีอยู่จริง 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 โดนของ	0	1
11. พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้	1	0
12. ความเครียด ความกดดันในชีวิต และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้งในจิตใจจนทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้	1	0
13. โรคจิตเภทเมื่อรักษาแล้วจะหายขาด ไม่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก	0	1
14. ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาแล้ว ถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ หรือได้รับพิษจากยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเภทก็จะมีอาการสงบลง	1	0
15. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ	1	0

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
16. ยารักษาโรคจิตเภทอาจทำให้เกิดอาการข้างเคียง เช่น น้ำลายยืด ลิ้นแข็ง มือสั่น	1	0
17. หากพบว่าหลังรับประทานยาแล้วผู้ป่วยมีอาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างรุนแรง ถ้าคอบิด ตาเหลือกขึ้นข้างบน ไขว้สูง หรือหัวใจเต้นเร็ว ต้องให้ผู้ป่วยหยุดยาทันที และพาผู้ป่วยมาพบแพทย์โดยด่วน	1	0
18. การรับประทานยารักษาโรคจิตเภทเป็นเวลานานจะทำให้เกิดการติดยาได้จึงควรหยุดยาเมื่อเห็นว่าอาการทุเลา	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 ถางหญ้าเพื่อให้เหนื่อย จะช่วยให้ผู้ป่วยนอนหลับได้	1	0
22. การที่ครอบครัวและตัวผู้ป่วยคอยสังเกตอาการเตือนก่อนมีอาการกำเริบของผู้ป่วย เช่น ซึมเศร้า เบื่อหน่าย แยกตัว สับสน จะช่วยป้องกันอาการกำเริบของโรคได้	1	0
23. ถ้าผู้ป่วยจิตเภทอะอะ อาละวาด ตะโกนคำส่งเสียงดัง ทำลายข้าวของ ควรพูดเสียงดังและใช้กำลังเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่กล้าทำ	0	1
24. ควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภททำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ ซักเสื้อผ้า	1	0
25. ถ้าผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ไม่ควรเข้าไปรบกวนเพราะจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นอีก	0	1
26. ถ้าผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้อยู่บ้านเฉย ๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น	0	1
27. การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์โกรธ รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น และป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้	1	0
28. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อย ๆ หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับ ที่เกิดขึ้นของท่าน อาจมีสาเหตุมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1	0

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
29. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง และสบายใจมากขึ้น	1	0
30. การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้น ๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย	1	0
31. ปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำมากที่สุดคือ ปัจจัยด้านผู้ป่วย	0	1
32. โรคนิ่วทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านดีขึ้น	0	1
31.ทัศนคติของครอบครัวที่ดีทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมมารับประทานยาตาม เกณฑ์การรักษา และมาตรวจตามนัด	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 คนที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ	1	0
7 คนที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการซึมเศร้า ไม่ค่อยพูด ไม่สนใจตนเอง	1	0
8 คนที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการประสาทหลอนเช่น 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 ควรปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองเช่น อาบน้ำ กินข้าว ฯลฯ	1	0
17 ขณะรับประทานยาสามารถทำงานตามความถนัดหรือทำงานร่วมกับผู้อื่นได้	1	0
18 ขณะอยู่ที่บ้านไม่ควรทำงานหรือช่วยงานของครอบครัว	0	1
19 ควรมีส่วนร่วมทำกิจกรรมของหมู่บ้านเช่น งานบวช กิจกรรมทางศาสนา	1	0
20 การอยู่ร่วมหรือพบปะพูดคุยกับผู้อื่นทำให้อาการทางจิตดีขึ้น	1	0

แบบวัดพฤติกรรมกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามจำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วยอายุ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส ผู้ให้การดูแลเมื่อเจ็บป่วย จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษา ระยะเวลาการเจ็บป่วยและระดับอาการข้างเคียงจากยา

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ () 20-30 () 31-40 ปี () 41-50 ปี () 51-59 ปี
3. ระดับการศึกษาสูงสุด
() ไม่ได้เรียน () ประถมศึกษา () มัธยมศึกษา/ปวช
() อนุปริญญา/ปวส. () ปริญญาตรี
4. อาชีพ () ไม่ได้ประกอบอาชีพ () รับราชการ ()
เกษตรกรกรรม () ธุรกิจส่วนตัว () รับจ้าง () อื่นๆ
5. สถานภาพสมรส () โสด () สมรส () หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่
6. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษ (ระบุ).....
7. ระยะเวลาการเจ็บป่วย () 2-5 ปี () 6-10 ปี () 10 ปีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ตามเกณฑ์การรักษา

คำชี้แจง แบบสัมภาษณ์ชุดนี้มีจำนวน 18 ข้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสัมภาษณ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ถูกสัมภาษณ์ โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อความที่ถูกสัมภาษณ์อ่านให้ฟังว่าตรงกับความเป็นจริงของท่านมากน้อยเพียงใด ข้อความแต่ละข้อความไม่มีความเชิงถูกหรือผิด โปรดเลือกคำตอบที่ตรงกับคำตอบของผู้ถูกสัมภาษณ์มากที่สุด

เกิดขึ้นประจำ หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ6-7วัน

บางครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ4-5วัน

นานๆครั้ง หมายถึง ข้อความนี้เกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่านสัปดาห์ละ2-3วัน

ไม่เคยเกิด หมายถึง ข้อความนี้ไม่เคยเกิดขึ้นตรงกับความเป็นจริงของท่าน

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านเคยใช้หยดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา					
3. ท่านรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
4. ท่านหยุดรับประทานยาโดยที่แพทย์ไม่ได้แนะนำ					
5. ท่านรับประทานยาตรงตามเวลา					
6. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง					
7. ท่านรับประทานยานอนหลับเพิ่มโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง					
8. ท่านรับประทานยาครบตามที่แพทย์สั่ง					
9. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง					

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
10. ท่านเคยมีอาการผิปกติรุนแรงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบไปพบแพทย์ทันที					
11. เมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต ท่านรีบประทานยาแก้แพ้ที่แพทย์สั่งให้					
12. ท่านขอให้แพทย์ปรับแผนการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น					
13. ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของทีมสุขภาพในเรื่องการใช้ยา					
14. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดรับประทานยาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์					
15. แม้มีอาการดีขึ้นแล้วท่านยังรับประทานยาสม่ำเสมอ					
16. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง					
17. เมื่อยาหมดท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตกินเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์(ไม่รวมการสั่งซื้อยาทางไปรษณีย์)					
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพเมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิปกติจากการใช้ยา					

ประวัติผู้ศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

นางกนกวรรณ กัญยาสาย เกิดวันที่ 9 มกราคม พ.ศ. 2521 ที่จังหวัดสิงห์บุรี สำเร็จการศึกษา
การพยาบาลและผดุงครรภ์ ชั้นหนึ่ง จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสระบุรี เมื่อปี พ.ศ. 2543

ปัจจุบันรับราชการ ในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาล
บ้านหมอ จังหวัดสระบุรี