# รายการอ้างอิง

**ภาษาไทย**


เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536.). **โรคจิตเภท. ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

จารุวรรณ จินดามงคล. (2541). **ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2542). **การบรรยายเรื่องแนวคิดหลักการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ปัจจุบัน.** วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต,13, กรกฎาคม – ธันวาคม, 15-16.

จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินดารัตน์ พิมพ์ดีด. (2541). **กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น.** วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2549). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต.** พิมพ์ครั้งที่ 8. นนทบุรี : ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ดรุณี คชพรหม. (2543). **ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ ระย้า. (2537). **การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ตำบลริมเหนือ อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่.**วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). ญาติกับการมีส่วนร่วมในการดูผู้ป่วย: บทความวิชาการ. **วิทยาสารพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลสภากาชาดไทย** 22(2):110-116.

ทานตะวัน แย้มบุญเรือง. (2540). **ผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทิพวรรณ น่วมทอง. (2547). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอไชโยจังหวัดอ่างทอง.** โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ทุลภา บุปผาสังข์. (2545) . **ภาระความสามารถการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวช.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 12(3): 141-149.

ประดิษฐ์ ตันสุรัต. (2538). **โรคจิตในสังคมปัจจุบัน.** พิมพ์ครั้งที่ 2 กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ B.J. Plate Processo.

ประภาเพ็ญ สุวรรณ. (2537). **การวัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม** กรุงเทพฯ .

ปรีดิ์หทัย แก้วมณีรัตน์. (2534). **การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ปรีชา ศตวรรษธำรง และ ประยุกต์ เสรีเสถียร. (2542). การดูแลตนเองของผู้ป่วยและการช่วยเหลือขอญาติที่มารับบริการทางจิตเวชโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา.**วารสารสุขภาพจิตและจิตเวช** .2 (3 ), : 92-98.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท: Textbook of Schizophrenia.** กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์และคณะ. (2540). **โครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย.** บทคัดย่อในการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 25 ของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี กรุงเทพ.

พวงสร้อย วรกุล และคณะ. (2550). ผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. **Med Assoc. Thai Vol. 90 No. 6.** คณะแพทยศาสตร์ สาขาจิตเวชศาสตร์ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภัทรา ถิรลาภ. (2536). **การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา: ศึกษาเฉพาะกรณี: รพ.ศรีธัญญา** วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิตย์. (2542). **จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี.** กรุงเทพมหานคร: ส.วิชาญการพิมพ์.

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). **ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต.** การวิเคราะห์รายงานการวิจัย.วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 1 , (มกราคม – มีนาคม), 19-26.

ยุพาพิน ประสารอธิคม. (2535). **ผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ตามแนวทฤษฎีของโอเร็ม.** วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ยุทธนา อาจมั่นสกุล. (2548). การทำจิตบำบัดแบบ Cognitive Behavior Therapy ใน Schizophrenia: รายงานผู้ป่วย 4 ราย. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย.** 13(2): 114-123.

รัชนีกร อุปเสน. (2540). **การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้าน.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วนิดา พุ่มไพศาลชัยและสุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล. (2544). **คู่มือการใช้ยาทางจิตเวช ฉบับการใช้ยาต้านอารมณ์เศร้า.** โรงพยาบาลสวนปรุง.

วันชัย กิจอรุณชัย. (2548). การกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่และยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม. **วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. 13(1): 17-27.

ศิริเนตร สุขดี. (2548). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี.** โครงการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต.สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2551). **รายงานประจำปี สถิติผู้ป่วยนอกและใน.** หน่วยเวชระเบียน.

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. (2552). **รายงานประจำปี สถิติผู้ป่วยนอกและใน.** หน่วยเวชระเบียน.

สมชาย จักรพันธุ์. (2543). **แนวโน้มทิศทางการพยาบาลสุขภาพจิต** . นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สมจิต หนุเจริญกุล. (2540). **การดูแลตนเอง: ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล**. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พริ้นติ้ง.

สมภพ เรืองตระกูล. (2542). **ตำราจิตเวชศาสตร์** (พิมพ์ครั้งที่ 6). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.

สมภพ เรืองตระกูล. (2545). **ตำราจิตเวชศาสตร์** (พิมพ์ครั้งที่ 7). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้ว.

สันชัย วสุนทรา. (2547). **จิตเภท.** กรุงเทพมหานคร: สหประชาพานิชย์

สุมณฑา บุญชัย. (2545). **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์.** วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรภา ทองรินทร์. (2546). **ความต้องการของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุรพินทร์ แท่นรัตนกุลและคณะ. (2548). การฝึกทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญา. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** ฉบับที่ 2.

สุภาภรณ์ ทองคารา.(2545). **ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.** วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2545). **การพยาบาลจิตเวช**. พิษณุโลก : พิมพ์ครั้งที่ 3. รัตนสุวรรณการพิมพ์.

สุวิมล สมัตถะ. (2541). **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุรีรัตน์ โบจรัส. (2547). "การเสริมสร้างทักษะการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชาย" **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต** 21, 1 (มกราคม-มิถุนายน 2550) : 36-51 .

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2542). **การอภิปรายเรื่องการประสบการณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในการรับบริการทางสุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช.** วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. 13 (2),18-20.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 3 กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัจฉรา จรัสสิงห์. (2536) . **สมรรถภาพในการปฏิบัติการพยาบาลตามการรับรู้ตนเองของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศรีธัญญา**. รายงานการวิจัย .

อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวทางปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พริ้นติ้ง.

เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). **ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต 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 schizophrenia relatives. **Journal of Consulting and clinical Psychology** 57 (2): 232-236

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

Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-education approach. **Schizophrenic Bulletin** 6(3): 490-505.

Askey, R., Gamble, C., & Gray R. (2007). Family work in first-onset psychosis: a literature review. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 14(4), 356-365.

Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individual who have schizophrenia. **Archive of psychiatric nursing** 9(5): 261-268.

Bechdolf A. et al. (2004). A randomized comparison of cognitive-behavioral therapy and psychoeducation in patient with schizophrenia**. Acta Psychiatr Scand**. 110: 21-28.

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.

Danielson, C.B., Bissell, B.H. and Fry P.W. **Famillies, Health & Illnes, Perspective on Coping and Intervention** . missouri: Mosby – Your Book , 1993.

Dixon, L. et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Services** 52: 903-910.

Freeman, H.L., Katsching, H., & Sartorius, N. (1997). **Standard of living and environment factor. In Quality of life in mental disorder**. (p.p.60-62). West Sussex, England: John Wiley & Sons Ltd.

Gumley, A., et al. (2001). Early intervention for relapse in schizophrenia: impact of Cognitive Behavior Therapy on negative beliefs about psychosis and self esteem. **J. clin Psychological**. 45(2): 247-260.

Hater, L. (1988). Multi-family meeting on the psychiatric unit. **Journal of Psychosocial Nursing** 26: 18-22.

John H, et al. (1984). **Community orientated treatment compared to psychiatric hospital orientated treatment.** Soc Sci Med. 18 : 1005-1010.

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.

Katz S, et al., (1964). Studies of illness in aged: Recovery after Fracture of the Hip. **J Geronto**. 19: 285-293.

Katz S, et al., (1979). The measurement of long-term care needs and impact. **Health Med Care serv Rev**. 2: 1-21.

Klebanoff, N. A. (1997). Psychosocial home care. In B. S. Johnson (Eds), **Psychiatric-Mental Health Nursing Adaptation and Growth (4th ed.).** Philadelphia: J. B. Lippincott.

Knapp, M., Mangaalore, K., & Simon, J. (2004). The global costs of Schizophrenia. **Schizophrenia bulletin.** 30(2): 279-293.

Kuiper, L., Leff, J. & Lam, D. (1992). **Family Work for Schizophrenia: A Practice Guide**. London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.

Loukissa, D.A. Family burden in chronic mental illness: a review of research studies. **Journal of advanced Nursing. 21**, 1995.

Lefley, H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging social problem. **Hospital & Community Psychiatry.** 38, 10 (October 1987), 1063-1070.

Montgomery, R.J.V., et al. (1985). Caregiving and the experience of subjective and objective burden. **Family Relations** 34(4): 19-26.

Norton ,N., et al. (2006). An update on the genetics of schizophrenia. **Current Opinion in Psychiatry 19**(March 2006): 158-164.

Parker, G. & Rosen, A. (1989). **Life skills profiles.** Randwick: University of New South Wales.

Patterson, T. and Leeumenkamp, O. (2008). Adjuntive psychological therapies for the treatment of schizophrenia. **Schizophrenia Research**. 100: 108-119.

Ran, M.S., Xiang, M.Z., & Chan, C.L. (2003). **Effectiveness of psycho educational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia-a randommised controlled.** Soc Psychiatry Epidermiol, 2003 Feb; 38 (2): 69-75.

Sadock, J.B., & Sadock, A.V. (2000). **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.

Sadock, J.B., & Sadock, A.V. (2007). **Synopsis of Psychiatry**. 10th ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins.467-97.

Sallch, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay Families. **British Journal of Psychiatry,** 89, 180-185.

Sheila L Videbeck(2004). **Psychiatric-Mental Health Nursing (Paperback).** Lippincott Williams & Wilkins

Tungpunkom, P. (2000). **Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving**. Dissertation The University of California San Francisco, SF. CA

Wai Tong Chien et al. (2007). A Family Psycho-education Group Program for Chinese People With Schizophrenia in Hong Kong. **Psychiatric Services July** :1003-1006

World Health Organization. (1992). **The ICD 10 Classification of mental and Behavioral Disorder: Clinical description and diagnostic guideline**. Geneva: WHO.

Yalom, J. D. (1995). **The Theory and Practice of group psychotherapy**. (4th ed.). New York: Basic Book.

Yamashita, M. (1996). A Study of How Families Care for Mental Ill Relatives in Japan. **International Nursing Review** 43 (4) : 121-125

Zheng Li & David Arthur. (2005). Family education for people with schizophrenia in Beijing China, **British journal of psychiatry**: 339-345.

# ภาคผนวก

# ภาคผนวก ก
# รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

## รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

| ชื่อ-สกุล | ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน |
|---|---|
| 1. ดร. วิภาวี เผ่ากันทรากร | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 2. นางสาวชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ | พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ<br>สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา |
| 3. นางสาวทานตะวัน แย้มบุญเรือง | อาจารย์พยาบาล<br>วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี<br>จังหวัดนนทบุรี |

# ภาคผนวก ข
# สถิติที่ใช้ในการศึกษา

## สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยงใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ( Cronbach's Alpha Coefficiency ) ดังนี้ ( เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ, 2535 : 212 )

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

เมื่อ $\alpha$ = ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ

$n$ = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

$\sigma_i^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ

$\sigma_x^2$ = ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบทั้งหมด

และใช้สูตร Kuder – Richardson (KR-20) สำหรับแบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท

$$r = \frac{k}{k-1}\left(1 - \frac{\sum pq}{S_t^2}\right)$$

เมื่อ $r$ = ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม

$k$ = จำนวนข้อคำถามในแบบสอบถาม

$\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนจากแบบทดสอบทั้งฉบับของผู้สอบทั้งหมด

$p$ = สัดส่วนของผู้ตอบถูกในแต่ละข้อ

$q$ = 1- $p$

2. ใช้สูตรหาความตรงเชิงเนื้อหา Content Validity Index (CVI)

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความเห็นในระดับ 3และ 4}}{\text{จำนวนคำถามทั้งหมด}}$$

3. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ใช้สถิติทดสอบค่าที แบบกลุ่มที่ไม่อิสระต่อกัน (Paired t-test) มีสูตรดังนี้

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n\sum D^2 - \left(\sum D\right)^2}{n-1}}}$$

df = n -1

เมื่อ t = ค่าเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง

D = ผลต่างของคะแนนในแต่ละคู่

n = จำนวนคู่

4. การคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตรดังนี้

$$\overline{X} = \frac{\sum x}{N}$$

เมื่อ $\overline{X}$ = ค่าเฉลี่ย

$\sum x$ = ผลรวมทั้งหมดของข้อมูล

N = จำนวนข้อมูลทั้งหมด

5. การคำนวณส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานใช้สูตรดังนี้

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

เมื่อ S.D. = ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$x$ = ค่าคะแนนแต่ละจำนวน

$\bar{x}$ = ค่าคะแนนเฉลี่ยของข้อมูลชุดนั้น

N = จำนวนของข้อมูลชุดนั้น

# ภาคผนวก ค
# ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

**ส่วนที่ 1 ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา**

**การดำเนินการกลุ่มบำบัดครั้งที่ 1**

**กิจกรรมที่ 1 เรื่องการปฐมนิเทศและให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท**

การปฐมนิเทศ และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นการพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค เป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรให้เกิดทักษะและสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

**วัตถุประสงค์**

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

2. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์และกิจกรรมในโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

3. เพื่อให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เรื่องโรค อาการ สาเหตุ การรักษา การกำเริบและการพยากรณ์โรค

4. เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

**กิจกรรม**

1. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว ทักทาย ด้วยท่าทีเป็นมิตร

2. ชี้แจงให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

3. ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท และประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยให้ผู้ดูแลตอบแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test)

4. ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

เรื่อง
- โรคจิตเภท คืออะไร
- โรคจิตเภทมีอาการอย่างไรบ้าง
- สาเหตุของโรคจิตเภท คืออะไร
- โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่

5. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้ซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้ศึกษาตอบคำถามข้อสงสัย

6. ให้ความรู้หัวในข้อเรื่อง โรคจิตเภทรักษาอย่างไร

7. ให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละข้อ ผู้ศึกษาสรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภทอีกครั้งพร้อมแจกเอกสารประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ผู้ดูแลและผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ศึกษา ร่วมมือในการเข้าร่วมกิจกรรม

2. ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท

3. ทราบผลการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทและผลการประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล (pre-test)

**ส่วนที่ 2 ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล**

**แบบสอบถาม**

**ตอนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ( ) ชาย ( ) หญิง
2. อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
3. ระดับการศึกษา
   - ( ) ไม่ได้เรียน
   - ( ) ประถมศึกษา
   - ( ) มัธยมศึกษาตอนต้น
   - ( ) มัธยมศึกษาตอนปลาย,ปวช.
   - ( ) อนุปริญญา,ปวส
   - ( ) ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
4. สถานภาพการสมรส
   - ( ) โสด
   - ( ) คู่
   - ( ) หม้าย
   - ( ) หย่า
   - ( ) แยกกันอยู่

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

13. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา (ตอบข้อที่ช่วยเหลือท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว)
    - ( ) ตนเอง
    - ( ) บิดา,มารดา
    - ( ) สามี, ภรรยา
    - ( ) บุตร, หลาน
    - ( ) หน่วยงานที่ปฏิบัติ
    - ( ) บริษัทประกันภัย
    - ( ) บัตรประกันสุขภาพ
    - ( ) อื่นๆ โปรดระบุ.....

**แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย**

**คำชี้แจง** โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

**1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน**

| ข้อ | ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | ระดับความสามารถ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 1 | **การดูแลสุขอนามัย**<br>แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกายได้ดี | | | | | |
| 2 | หวีผม เลือกเสื้อผ้าและแต่งตัวได้เหมาะสม | | | | | |
| | ..... | | | | | |
| | ..... | | | | | |
| 22 | ปฏิบัติตนในเรื่องการงดสิ่งเสพติด และของมึนเมาได้ | | | | | |
| 23 | ดูแลตนเองในการป้องกันอาการแพ้ยาได้ | | | | | |

**2. ความสามารถทางสังคม**

| ข้อ | ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | ระดับความสามารถ | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | มากที่สุด | มาก | ปานกลาง | น้อย | น้อยที่สุด |
| 1 | **การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย**<br>ทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว | | | | | |
| 2 | ทักทาย พูดคุยกับเพื่อนหรือผู้อื่น | | | | | |
| | ..... | | | | | |
| | ..... | | | | | |
| 24 | ติดตามข่าวสารหรือเหตุการณ์สำคัญต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง | | | | | |
| 25 | แสดงความรักและความสนใจผู้อื่น | | | | | |

**ตัวอย่างคู่มือสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน**

**1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน**

**การดูแลสุขอนามัย**

1. แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย

มากที่สุด แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย ทำด้วยตนเองได้อย่างสะอาดเรียบร้อยทุกเรื่อง และปฏิบัติต่อเนื่องได้ทุกวัน

มาก แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย ทำด้วยตนเองได้อย่างสะอาดพอสมควร แต่ทำครบทุกกิจกรรมทุกวันหรือทำได้สะอาด หวีผม เลือกเสื้อผ้าและแต่งตัวได้เหมาะสม

ปานกลาง แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย ทำด้วยตนเองเป็นบางวัน หรือสามารถทำได้เป็นบางกิจกรรม หรือทำได้แต่ไม่สะอาดเรียบร้อย

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

23. ดูแลตนเองได้ในการป้องกันอาการแพ้ยาได้

มากที่สุด รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทุกครั้งที่ใช้ยา

มาก รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเกือบทุกครั้งที่ใช้ยา

ปานกลาง รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยาเป็นบางเรื่อง ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือดูแลจึงสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

น้อย ไม่รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยาเป็นบางเรื่อง ต้องมีผู้อื่นคอยหรือดูแลจึงจะดูแลตนเองได้

น้อยที่สุด ไม่รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยาเป็นบางเรื่อง ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือดูแลทุกครั้งที่ใช้ยา

**2. ความสามารถทางสังคม**

**การสร้างสัมพันธภาพ**

1. ทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว

| | |
|---|---|
| มากที่สุด | เริ่มต้นทักทายสมาชิกในครอบครัวก่อนทุกครั้งที่พบกันและพูดคุยอย่างสนิทสนมกับทุกคน |
| มาก | เริ่มต้นทักทายสมาชิกในครอบครัวก่อนเกือบทุกครั้งที่พบกันและพูดคุยอย่างสนิทสนมเฉพาะบางคน |
| ปานกลาง | สมาชิกในครอบครัวต้องเป็นฝ่ายเริ่มต้นทักทายผู้ป่วยก่อนเกือบทุกครั้ง ผู้ป่วยจะพูดคุยเฉพาะบางคนเท่านั้น |
| น้อย | สมาชิกในครอบครัวต้องเป็นฝ่ายเริ่มต้นทักทายผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง ผู้ป่วยจะพูดคุยเฉพาะผู้ดูแลใกล้ชิดเท่านั้น |
| น้อยที่สุด | ผู้ป่วยไม่พูดคุยหรือทักทายสมาชิกทุกคนในครอบครัว เมื่อถูกทักทายก็จะโต้ตอบในลักษณะถามคำตอบคำหรือไม่โต้ตอบเลย |

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

25. แสดงความรักและความสนใจผู้อื่น

| | |
|---|---|
| มากที่สุด | ดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จักเสมอๆ |
| มาก | ดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จักบ่อยครั้ง |
| ปานกลาง | ดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จักนานๆ ครั้ง |
| น้อย | ไม่ค่อยสนใจหรือสนใจน้อยมากในการดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จัก |
| น้อยที่สุด | ไม่สนใจดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จักเลย |

**ส่วนที่ 3 ตัวอย่างเครื่องมือกำกับการศึกษา**

**แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภท**

**คำชี้แจง** โปรดเลือกทำเครื่องหมาย (/) ลงในช่องด้านขวามือ ตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิตเภท

| ข้อ | รายการ | ใช่ | ไม่ใช่ |
|---|---|---|---|
| 1 | โรคจิตเภท หมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป | | |
| 2 | สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภท เกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง | | |
| 3 | โรคจิตเภทอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ | | |
| 4 | พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ | | |
| 5 | โรคจิตเภทสืบทอดได้ทางกรรมพันธุ์ | | |
| | ..... | | |
| | ..... | | |
| | ..... | | |
| | ..... | | |
| | ..... | | |
| | ..... | | |
| | ..... | | |
| | ..... | | |
| | ..... | | |
| 27 | เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพสิ่งเสพติดทุกชนิด | | |
| 28 | ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีทีท่าไม่ไว้วางใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน ถ้าเป็นมากจึงพามาพบแพทย์ | | |

ตัวอย่าง

โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**

**ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท**

**โรคจิตเภทคืออะไร**

โรคจิตเภทคือ โรคจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น โรคนี้จะมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ ประกอบด้วยอาการทางจิตหลาย ๆ อย่างด้วยกัน โดยมักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงอายุหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัจจุบันยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ แพทย์จะใช้การซักประวัติจากญาติการตรวจสภาพจิตผู้ป่วยการสังเกตอาการ รวมทั้งการตรวจด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อให้การวินิจฉัยโรค

โรคจิตเภทมีอาการอย่างไรบ้าง

ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการผิดปกติทางความคิด มีอาการหลงผิด และประสาทหลอน ต่าง ๆ ดังนี้

1. อาการผิดปกติทางความคิด มีความคิดที่ไม่ปะติดปะต่อไม่ต่อเนื่องกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้ ตัวอย่าง เช่น

- พูดไม่เป็นเรื่องราว พูดไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนเรื่องที่พูดโดยไม่มีเหตุผลซึ่งทำให้ผู้ฟังไม่สามารถเข้าใจเรื่องที่ผู้ป่วยพูด

- พูดโต้ตอบไม่ตรงคำถามพูดภาษาแปลกๆ ใช้คำศัพท์ที่ไม่มีความหมาย หรือมีความหมายพิเศษเฉพาะตัวของผู้ป่วยต่างไปจากความหมายที่เข้าใจกันโดยทั่วไป

- ความคิดหดหายไป ซึ่งทำให้หยุดพูดเรื่องที่กำลังพูดไปเฉย ๆ โดยไม่มีเหตุผล

2. อาการหลงผิดเป็นการที่มีความเชื่อที่ผิดๆ เชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นความจริงโดยไม่สามารถใช้เหตุผลใดๆ แก้ไขความเชื่อหลงผิดนี้ได้ เช่น

- หลงผิดชนิดหวาดระแวง เชื่อว่าตนเองถูกปองร้าย ทำให้หวาดระแวงและระมัดระวังตัวอยู่ตลอดเวลา หรืออาจถึงขั้นทำร้ายผู้ที่คิดว่าจะทำร้ายตนเองได้

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**
**ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท**

**โรคจิตเภทมีอาการกำเริบได้หรือไม่**

โรคบางโรคที่เป็นเรื้อรังจะกลับมามีอาการขึ้นมาอีกได้เป็นช่วงๆ จากการศึกษาพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่มีอัตราการกำเริบของโรค หรือกลับมีอาการโรคจิตได้อีกค่อนข้างบ่อยโดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 40-70 จะกลับมีการกำเริบของโรคได้อีกภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการสงบ ดังนั้นการรักษาต่อเนื่องในระยะยาวจึงมีความจำเป็นโดยที่แพทย์และผู้ป่วยจะตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับรายละเอียดในการรักษา และผลดีผลเสียที่จะได้รับจากการรักษาดังกล่าว

**เราจะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร**

วิธีจะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการกำเริบขึ้นมาได้อีก วิธีที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง คือ การให้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องจากประสบการณ์ในการใช้ยารักษาโรคจิตมากกว่า 40 ปี พบว่ายาสามารถป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้ โดยลดอัตราการกำเริบจากร้อยละ 40 – 70 เป็นร้อยละ 15 – 30

ปัจจัยอื่นๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการกำเริบของโรคจิตเภทอีก คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคมการลดความตึงเครียดและความขัดแย้งในครอบครัวนอกเหนือจากการให้ยารักษาโรคจิต

ตัวผู้ป่วยเองและญาติจะสามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้อีก โดยการคอยสังเกตอาการเบื้องต้น เนื่องจากก่อนมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยมักมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนซึ่งถ้าให้การรักษาที่เหมาะสมได้ทันท่วงที ก็จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้ สำหรับอาการเบื้องต้นได้กล่าวรายละเอียดไว้แล้ว

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**
**ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต**

**ยารักษาอาการทางจิต**

ปัจจุบันพบว่า อาการผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ พบได้ไม่น้อยในสังคมที่เต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย พร้อมกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เราจึงพบว่าผู้ป่วยทางจิตใจสามารถทุเลาหรือหายจากอาการดังกล่าวได้หลายวิธี เช่น การบำบัดทางจิต การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม หรือการใช้ยา

ยาที่รักษาอาการบกพร่องทางจิตใจมีหลายกลุ่ม ที่สำคัญได้แก่

| | |
|---|---|
| 1. ยาคลายเครียดหรือแก้ความวิตกกังวล | ใช้รักษาโรคประสาทวิตกกังวล |
| 2. ยารักษาโรคซึมเศร้าหรือแก้อารมณ์เศร้า | ใช้รักษาโรคซึมเศร้า |
| 3. ยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ | ใช้รักษาโรคแมนเนีย |
| 4. ยารักษาโรคจิตหรือแก้อาการทางจิต | ใช้รักษาโรคจิต |

ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตมีหลายประเภท ที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคจิตเภท หลายท่านสงสัยในใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร จากการศึกษาทดลองยังไม่อาจสรุปได้แน่นอนร้อยเปอร์เซ็นต์แต่ก็อาจจะอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทเกิดมาพร้อมกับความเปราะบาง เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยที่ต้องพบปัญหามากๆ จึงมรอาการทางจิตแสดงออกมา เช่น มีอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน แยกตัวอยู่ในโลกของตนเอง มีความสามารถถดถอย ดูแลตนเองหรือทำงานตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบไม่ได้

**ทำไมต้องใช้ยา**

เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตตรวจพบว่ามีความผิดปกติของสารเคมีที่เป็นสารสื่อประสาทในสมอง คือมีสารโดปามีนมากกว่าคนปกติทั่วไป การใช้ยาจะมีผลไปปรับสารโดปามีนให้อยู่ในภาวะสมดุลเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป ทำให้อาการทางจิตสงบลง หลังจากนั้นบาจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตซ้ำและทำให้ผู้ป่วยที่เดิมเปราะบางสามารถทนความเครียดได้ดี

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**
**อาการเตือน**

**การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น**

ในกรณีที่ญาติของท่านป่วยด้วยโรคจิตเภท โอกาสที่จะกลับมีอาการกำเริบอีกค่อนข้างสูง จากการศึกษา พบว่า ผู้ป่วย ร้อยละ 40-70 จะมีอาการโรคจิตเภทขึ้นมาอีกได้ภายใน 1 ปี หลังจากมีอาการครั้งแรก หากไม่ได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบโดยการให้ยารักษาโรคจิตต่อไปอีกระยะหนึ่ง

ช่วงที่หยุดยาหรือลดขนาดยาลงเป็นช่วงที่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการกำเริบของโรคลงเหลือเพียง 15-30 การเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด อาจจะช่วยลดอัตราการกำเริบลงได้อีก ญาติใกล้ชิดเป็นบทบาทสำคัญมากในเรื่องนี้ ถ้าสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น และให้การรักษาอย่างทันท่วงทีจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นอีกได้

ในเอกสารฉบับนี้ให้รายละเอียดของอาการที่พบได้บ่อยก่อนที่จะเกิดการกำเริบของโรค ผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีอาการแตกต่างกันออกไป ซึ่งตัวผู้ป่วยเองและแพทย์ผู้ดูแลจะสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ว่า ในกรณีของผู้ป่วยนี้จะมีอาการอย่างไรและควรทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการ

**อาการเตือนเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน**

ถ้าญาติของท่านเคยมีอาการมาแล้วหลายครั้ง ท่านอาจจะพอนึกได้ว่า ผู้ป่วยมักจะมีอาการเตือนอะไรนำมาก่อนที่จะมีการกำเริบของโรคแต่ละครั้ง จากข้อมูลส่วนที่ท่านสังเกตได้เองร่วมกับข้อมูลจากแพทย์ผู้ดูแล และตัวผู้ป่วยเองท่านจะสามารถเขียนรายการของอาการที่ญาติของท่านมีก่อนเกิดอาการกำเริบของโรคจิตเภทได้

กรุณาเขียนอาการเตือนต่าง ๆ ที่ท่านสังเกตว่ามักจะนำมาก่อนการกำเริบของโรคสำหรับผู้ป่วยลงในช่องด้านซ้ายมือในตาราง รายละเอียดของอาการที่ท่านทำขึ้นนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้ท่านและผู้ป่วยช่วยกันสังเกตการณ์กำเริบของโรคได้ตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อสังเกตว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหล่านี้ ควรบันทึกวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแต่ละอย่างและให้ผู้ป่วยรีบติดต่อแพทย์เพื่อขอ

.....

.....

.....

.....

.....

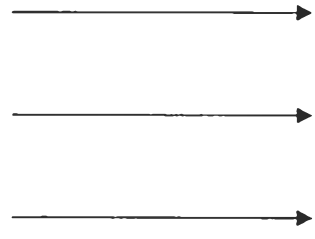
.....

**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**

**อาการทางจิต**

**ระยะเฉียบพลัน :** อาการทางจิตชัดเจน

- ยา/กระตุ้นไฟฟ้า
- รับไว้ในโรงพยาบาล
- ปรับสภาพแวดล้อม
- ให้ความรู้ความเข้าใจ
- ลดความเครียด



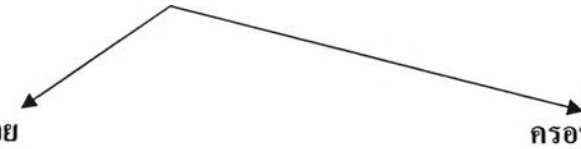
ผู้ป่วย

ครอบครัว

สิ่งแวดล้อม

**ระยะเรื้อรัง :** อาการทางจิตสงบ

- ยา
- การรักษาทางจิตและสังคม



**ผู้ป่วย**

- ดูแลภาวะจิตใจ/ให้กำลังใจ
- ยอมรับตนเองเพิ่มขึ้น
- ให้ลดการแยกตัว

**ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม**

- ปรับความคิด/ความสามารถในการแก้ปัญหา

**ครอบครัว**

- พูดคุย/ให้กำลังใจ,การทำจิตบำบัด

**การให้การปรึกษา**

- เพิ่มทักษะการเข้าสังคม กิจกรรมกลุ่ม

**การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

- การแก้ปัญหา

**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**
**การปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท**

**ทักษะ** หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำสิ่งต่าง ๆ

**ทักษะในการใช้ชีวิตประจำวัน** หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดเครื่องใช้ บ้าน เสื้อผ้า การทำอาหาร เป็นต้น

**ทักษะการเข้าสังคม** หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่น ๆ เช่น การขึ้นรถประจำทางการซื้อของที่ตลาด การพูดคุยกับบุคคลอื่น เป็นต้น

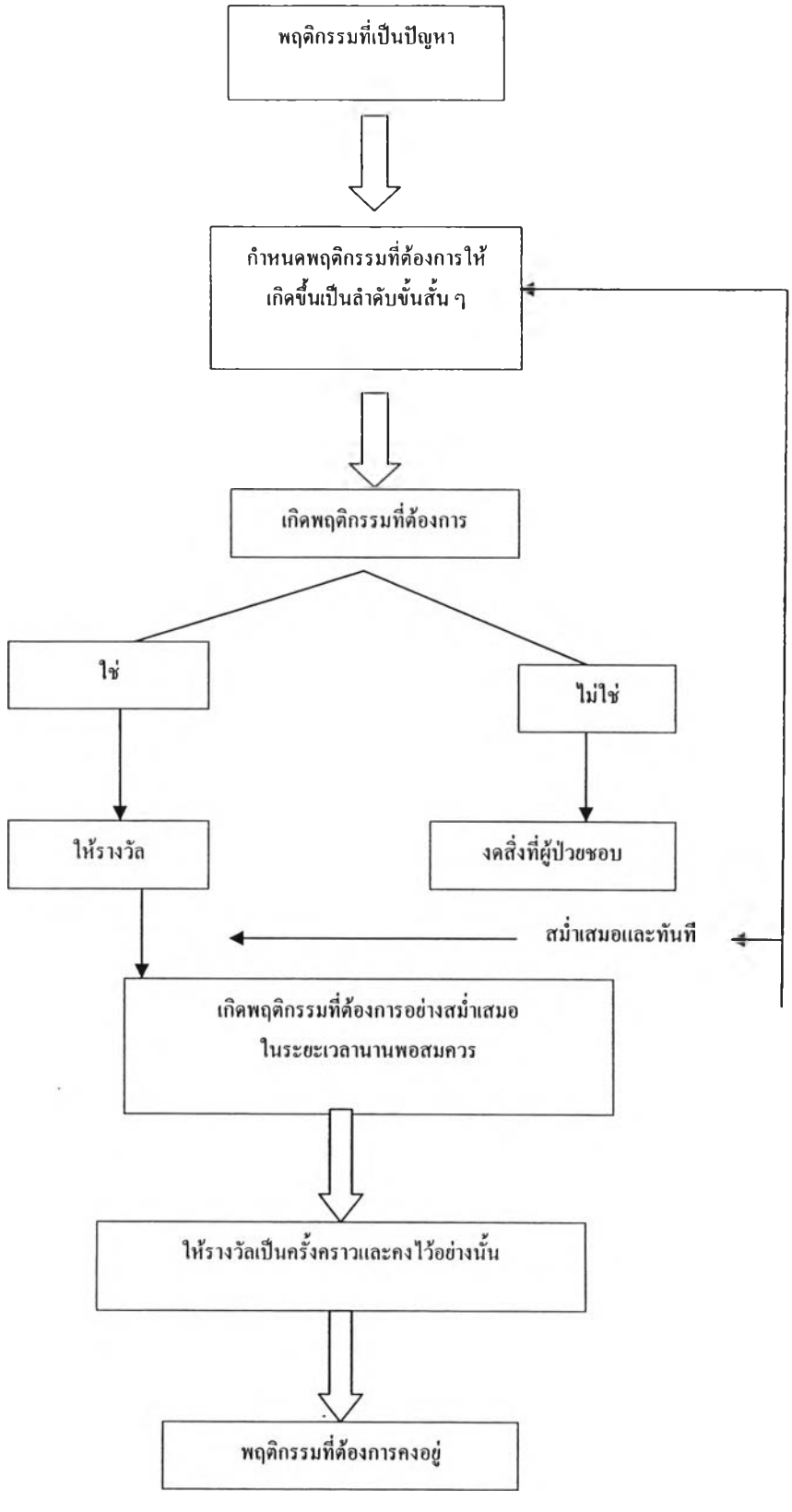
ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท มียาชนิดใหม่ๆ มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยได้ถูกส่งกลับเข้าสู่สังคม แต่การส่งผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมมีปัญหาเกิดขึ้นตามมามากมาย ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวัน หรือติดต่อกับผู้อื่นได้เหมือนคนปกติได้ ญาติของผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่พบกับความยุ่งยากกับปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ เหล่านี้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งยาต้านโรคจิตยังไม่สามารถที่จะกำจัดอาการบางอย่างไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การแยกตัว สีหน้าเรียบเฉย ไร้อารมณ์ เป็นต้น อาการเหล่านี้เองทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การแก้ปัญหาเล็กน้อยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นต้น ทักษะต่าง ๆ ที่ขาดหรือบกพร่องไปเหล่านี้เองทำให้ผู้ป่วยต้องพบกับสภาวะเครียด จนทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง

ดังนั้นหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว นอกจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแล้ว การช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขทักษะ การใช้ชีวิตประจำวันและการข้าสังคมร่วมด้วยจะทำให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดจากการขาดหรือบกพร่องในทักษะต่าง ๆ เหล่านั้น โดยตรงแล้วยังเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไข และปรับเปลี่ยนทักษะเหล่านี้ได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการทำให้อาการกำเริบของผู้ป่วยลดลงได้

……..
……..
……..
……..
……..
……..

**วิธีการปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม**



**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**

**บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**

ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวเป็นส่วนสำคัญมากในการช่วยเหลือแพทย์ดูแลผู้ป่วย สิ่งแรกและสิ่งสำคัญที่สุด คือ ความเข้าใจโรคจิตเภท โดยเฉพาะในแง่ของสาเหตุที่ว่า "ไม่มีคนใดคนหนึ่ง หรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง" ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ "ทุกคน" ในครอบครัวที่จะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความคาดหวังกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานพอสมควรในการรักษา ซึ่งระหว่างรักษาผู้ป่วยอาจมีช่วงที่อาการแย่ลง ซึ่งญาติยากที่จะยอมรับอาการ เพราะไม่เหมือนกับเวลาเราแขนหัก ซึ่งมักจะไม่กำเริบ แต่ "โรคจิตเภท" เป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งการที่ญาติรู้ว่าโรคจิตเภทอาจกำเริบได้เอง จะทำให้เข้าใจได้ว่า "ไม่ใช่ความผิดของใครที่ผู้ป่วยอาการแย่ลง เพราะตัวโรคเองกำเริบได้เองอยู่แล้ว" การรักษาช่วยลดการกำเริบได้และหากกำเริบจะได้ทำการสังเกตการณ์ก่อนกำเริบ เช่น ผู้ป่วยขาดยา ผู้ป่วยมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น จะช่วยป้องกันการกำเริบได้

โรคจิตเภทมีอาการได้หลายแบบ

ไม่เหมือนกับโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจ อาจจะมีอาการบวม ใจสั่น เจ็บหน้าอก แต่โรคจิตเภทมีอาการหลายแบบ จนญาติบางครั้งยากที่จะเข้าใจ นอกจากอาการหวาดระแวง หลงผิดและประสาทหลอนแล้ว ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายในชีวิต การดูแลตนเองไม่ดี ซึ่งอาจจะทำให้ญาติเข้าใจผิดว่า ผู้ป่วยขี้เกียจไปเอง ซึ่งจะยิ่งทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่ดีกับผู้ป่วย

การสังเกตอาการกำเริบ

การสังเกตอาการเริ่มจากญาติ จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบของโรคได้ ซึ่งอาการกำเริบอีก ญาติอาจสังเกตได้ว่าผู้ป่วยอาจเริ่มสับสนอีก ระแวงอีก ไม่ยอมนอน พูดมากขึ้น มีประสาทหลอน ฯลฯ ตลอดจนการแยกตัว เก็บเงียบ การสูญเสียความสนใจต่างๆ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

.....

.....

.....

.....

.....

**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**
**การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย**

ความสัมพันธ์และความเป็นอยู่ในครอบครัวอาจมีรูปแบบ หรือลักษณะที่แตกต่างออกไป จะพบว่าบางครั้งครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด เป็นมิตร สนุกสนาน อบอุ่นให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แต่ละคนมีอารมณ์ขัน แต่ความรับผิดชอบดี แต่บางครั้งครอบครัวอาจเหินห่างแต่ละคนช่างคิด เอะอะโวยวาย บางครั้งครอบครัวแตกแยก บรรยากาศน่าเบื่อหน่าย บางคนชอบวิพากษ์วิจารณ์ มีปากเสียงกันบ่อย บางครอบครัวมีกฎระเบียบมาก บางคนรักสันโดษไม่ชอบยุ่งเกี่ยวซึ่งกันและกัน เป็นต้น

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการอยู่ร่วมกันในครอบครัว อาจเป็นได้หลายรูปแบบ เช่น เกิดความตึงเครียด ไม่ผ่อนคลาย เศร้า ไม่มีอารมณ์ขัน พูดจากันไม่เข้าใจ มีปัญหาแล้วหาข้อยุติไม่ได้ ไม่มีเวลาว่างให้แก่กัน พยายามหลีกเลี่ยง ไม่ยอมพูดถึงปัญหาทัศนะไม่ค่อยตรงกัน เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจเปรียบได้กับโครงสร้างของครอบครัวที่ต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน โดยที่ผู้ดูแลอาจเป็นพ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก พี่ น้อง หรือญาติอื่นๆ โดยวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกรณีของผู้ป่วยเราต้องการให้ผู้ป่วยดีขึ้นและอาการไม่กำเริบ สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในตัวผู้ดูแล คือ การยอมรับ จะได้อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขแต่จะพบว่าความเป็นไปในกระบวนการดูแลนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาในตัวผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท และปัญหาในผู้ดูแลซึ่งก่อให้เกิดคำถามมากมายที่ควรได้รับการแก้ไขและจัดการ

ปัญหาอาการในส่วนของผู้ป่วยที่พบ เช่น พฤติกรรมแปลกๆ ขี้เกียจ ไม่ยอมทำงาน ไม่สนใจตัวเอง พูดไม่ได้เรื่องราว หูแว่ว หลงผิด มีความคิดแปลกๆ ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ปฏิเสธไม่ยอมกินยา ลืม ไม่มีสมาธิ แยกตัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฯลฯ

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในผู้ดูแล อาจเป็นความเครียด กังวล วิตก กลัว เศร้า รู้สึกผิดคิดว่าตนมีส่วนในการทำให้เกิดความเจ็บป่วย ชีวิตเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

.....

.....

.....

.....

.....

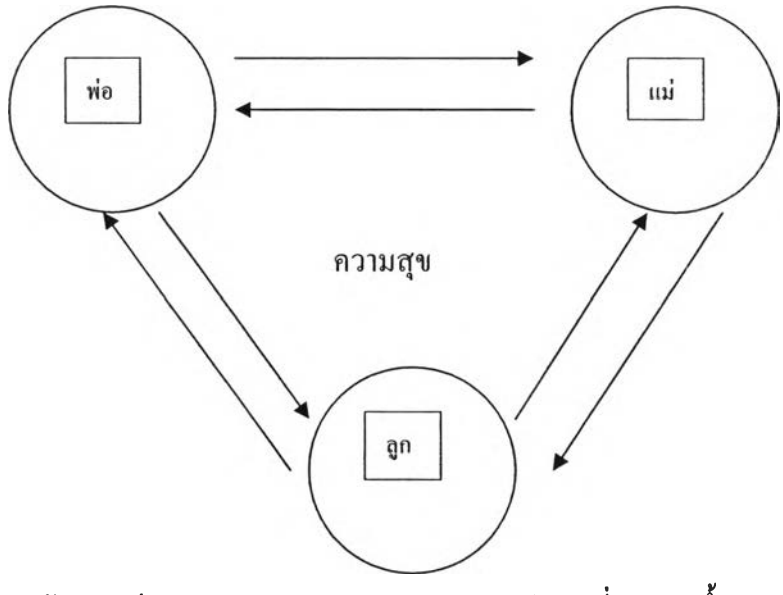
.....

.....

**เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท**

**โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่วๆ ไป**

ถ้าเปรียบเทียบครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกับโครงสร้าง และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่ว ๆ ไป ครอบครัวจะประกอบด้วย พ่อ-แม่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันทั้ง 3 ส่วน แต่ละส่วนหรือโครงสร้างมีความสำคัญเหมือนกัน ทั้งในครอบครัวทั่วไปและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยที่วัตถุประสงค์ของการอยู่กันในครอบครัวต้องการให้เกิดความสุขแต่การดำเนินชีวิตหรือความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น อาจทำให้สภาพความเป็นอยู่ไม่เป็นสุข และก่อให้เกิดปัญหาได้หลายรูปแบบ




| ลักษณะต่างๆ | ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น |
|---|---|
| - ใกล้ชิด เป็นมิตร สนุกสนาน | - เครียด ไม่ผ่อนคลาย |
| - อบอุ่น เหินห่าง ชอบให้กำลังใจ | - เศร้า ไม่มีอารมณ์ขัน |
| - ช่างคิด เอะอะโวยวาย แตกแยก | - พูดจากันไม่เข้าใจ |
| - น่าเบื่อหน่าย รับผิดชอบ | - มีปัญหาหาข้อยุติไม่ได้ |
| - มีปากเสียงบ่อย ชอบวิพากษ์วิจารณ์ | - ไม่มีเวลาว่างให้แก่กัน |
| - มีกฎระเบียบมาก มีอารมณ์ขัน | - พยายามหลีกเลี่ยงไม่พูดถึงปัญหา |
| - สันโดษ มีความสุข ฯลฯ | - ทัศนะไม่ค่อยตรงกัน ฯลฯ |

.....

.....

.....

# ภาคผนวก ง
## ตารางสรุปการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

**ตารางที่ 7** ตารางสรุปการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

| วัน/เดือน/ปี | สมาชิก | ครั้งที่ | กิจกรรม |
|---|---|---|---|
| 3 มีนาคม 2553 เช้า | กลุ่มที่ 1 | 1 | กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท<br>กิจกรรมที่ 2 การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ |
| 3 มีนาคม 2553 บ่าย | กลุ่มที่ 2 | 1 | กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท<br>กิจกรรมที่ 2 การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ |
| 5 มีนาคม 2553 เช้า | กลุ่มที่ 3 | 1 | กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท<br>กิจกรรมที่ 2 การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ |
| 5 มีนาคม 2553 บ่าย | กลุ่มที่ 4 | 1 | กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท<br>กิจกรรมที่ 2 การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ |
| 10 มีนาคม 2553 เช้า | กลุ่มที่ 1 | 2 | กิจกรรมที่ 3 การสังเกตอาการอาการเตือนเบื้องต้น /การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ |
| 10 มีนาคม 2553 บ่าย | กลุ่มที่ 2 | 2 | กิจกรรมที่ 3 การสังเกตอาการอาการเตือนเบื้องต้น /การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ |
| 12 มีนาคม 2553 เช้า | กลุ่มที่ 3 | 2 | กิจกรรมที่ 3 การสังเกตอาการอาการเตือนเบื้องต้น /การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ |
| 12 มีนาคม 2553 บ่าย | กลุ่มที่ 4 | 2 | กิจกรรมที่ 3 การสังเกตอาการอาการเตือนเบื้องต้น /การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ |
| 17 มีนาคม 2553 เช้า | กลุ่มที่ 1 | 3 | กิจกรรมที่ 4 สัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท |
| 17 มีนาคม 2553 บ่าย | กลุ่มที่ 2 | 3 | กิจกรรมที่ 4 สัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท |
| 19 มีนาคม 2553 เช้า | กลุ่มที่ 3 | 3 | กิจกรรมที่ 4 สัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท |

| วัน/เดือน/ปี | สมาชิก | ครั้งที่ | กิจกรรม |
|---|---|---|---|
| 19 มีนาคม 2553 บ่าย | กลุ่มที่ 4 | 3 | กิจกรรมที่ 4 สัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/ บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท |
| 24 มีนาคม 2553 เช้า | กลุ่มที่ 1 | 4 | กิจกรรมที่ 5 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย /โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว |
| 24 มีนาคม 2553 บ่าย | กลุ่มที่ 2 | 4 | กิจกรรมที่ 5 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย /โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว |
| 26 มีนาคม 2553 เช้า | กลุ่มที่ 3 | 4 | กิจกรรมที่ 5 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย /โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว |
| 26 มีนาคม 2553 บ่าย | กลุ่มที่ 4 | 4 | กิจกรรมที่ 5 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย /โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว |

# ภาคผนวก จ
## หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา
## ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรและผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

**หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา**

วันที่.....เดือน.....พ.ศ. .....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวธิววิไล ไตรจักร์ ที่อยู่ที่ติดต่อ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน เขตคลองสาน กทม. 10600 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4370200 ต่อ 4451-4 โทรศัพท์มือถือ 087-4166089

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย/นาง/นางสาว).....ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการศึกษาเรื่อง "การศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา" ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์การศึกษา ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโครงการ และทราบดีว่าข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษาก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และจะไม่เกิดผลกระทบใดๆต่อประโยชน์ที่ข้าพเจ้าและครอบครัวพึงได้รับ โดยผู้ศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น โดยจะไม่ปรากฏทั้งชื่อผู้ดูแลและผู้ป่วย ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

| | |
|---|---|
| ลงชื่อ..... | ลงชื่อ..... |
| (นางสาวธิววิไล ไตรจักร์) | (.....) |
| ผู้ศึกษาหลัก | ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา |
| ...../...../..... | ...../...../..... |

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา**

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวธิววิไล ไตรจักร์ ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับปฏิบัติการ

สถานที่ติดต่อผู้ศึกษา (ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา แขวงคลองสาน

เขตคลองสาน กทม. 10600 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-4370200 ต่อ 4451-4

โทรศัพท์มือถือ 087-4166089 E-mail : monoias@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการศึกษาก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษา มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานศึกษานี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อเปรียบเทียบความสามรถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิสระ แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท 20 รายและผู้ดูแล 20 ราย ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แล้วให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการให้สุขภาพจิตแก่ ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท รายกลุ่ม ที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สัปดาห์ละ 4 กลุ่ม ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 4 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 4สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้ การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ การให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น การช่วยเหลือในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ การให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว มีการตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 30 นาที คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ในสัปดาห์ที่ 4 และครั้งที่ 3 ภายหลังผู้ป่วยจำหน่ายจากรพ. 1 สัปดาห์

5. ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีความไม่สะดวกเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ คือ 1) ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที จนครบ 4 ครั้ง เป็นเวลา 4 สัปดาห์ติดต่อกัน 2) อาจเกิดความเครียดระหว่างเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งผู้ศึกษาจะได้ทำการพูดคุย สอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท จากการเข้าร่วมกิจกรรม ในครั้งนี้ เพื่อประเมินความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เป็นรายบุคคลหรือรายครอบครัวตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

6. ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท มีสิทธิ์ปฏิเสธเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ทุกเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเคยได้รับแต่ประการใด

7. ในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา

8. ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะออกเป็นรหัสและผลการศึกษาที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว

9. ในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง หากจะมีประโยชน์ในการเข้าร่วมศึกษา คือ จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลลงได้ และจะเป็น ประโยชน์ทางวิชาการคือพัฒนาแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับ ผู้ดูแลและสังคมได้

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้ตลอดเวลาดังที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ด้านบน 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”

## ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

นางสาวธิววิไล ไตรจักร เกิดวันที่ 5 เดือนมกราคม พ.ศ. 2526 ที่อำเภอเมือง จังหวัดนครพนม สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต ที่วิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี จังหวัดนนทบุรี เมื่อปีการศึกษา 2548 เข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปี 2550 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา