

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กัลยาณี โนอินทร์. (2542). การดำเนินสุขภาพที่บ้านของโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดน่าน.
การค้นคว้าแบบอิสระ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- กรมสุขภาพจิต. (2541). เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต. (2548). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 2549. ศูนย์สารสนเทศ
กรมสุขภาพจิต. (2548-2552). กรอบการวิจัยสุขภาพจิต. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 2.
นนทบุรี: บริษัท เบสท์ สเต็ป แอ็คเวอร์ไอโซซิ่งจำกัด.
- กรมสุขภาพจิต. (2549). รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต 2549. ศูนย์สารสนเทศ
กองแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2550) . สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัด
กรมสุขภาพจิต. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร:
มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กิตติวรรณ เทียมแก้ว. (2544). เอกสารประกอบวิชาการสอนการประเมินปัญหาเพื่อการบำบัด
ทางการพยาบาลจิตเวช. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ไกรวรรณ เจริญกุล. (2539). การจัดกลุ่มบำบัดแบบประคับประคองและให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ
ผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา 4(3): 167-178.
- จิราพร รักการ. (2549). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิต เภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จอม สุวรรณ โน. (2541). ญาติผู้ดูแล: แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง.
วารสารพยาบาลศาสตร์ 7(3): 147-154.
- จูไรรัตน์ มิตรทองแท้. (2532). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการ และผลกระทบของความ
เจ็บป่วยเรื้อรังกับภาวะสุขภาพจิตในกลุ่มสมรสของผู้ป่วยเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต. 2(2): 99-105.

- ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ. (2536). ญาติมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างไร. ประมวลการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 10 สมาคมพยาบาลจิตเวชแห่งประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย.
- ชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). ความรู้สึกรังเกียจทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษาครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39
- ครุณี คชพรหม. (2543). ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). การสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ทูลภา นุปผาสังข์. (2545). ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยชานี. (2544). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิตา ล. สกุล. (2544). ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอดส์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- นิสากร แก้วพิลา. (2545). ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วม
ร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากร. (2547). ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพมหานคร:
ยูเออนด์ไอ อินเตอร์มีเดีย จำกัด.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง.
วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 12(3): 141-149.
- ประคอง วรรณสูตร. (2542). สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542. กรุงเทพมหานคร: บริษัทนานมีบุ๊คพับลิเคชั่น จำกัด.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. (2546). รูปแบบการทำนายภาระของผู้ดูแล: การทดสอบเชิงประจักษ์ใน
ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภุมมาภิชาติ แสงเขียว. (2542). การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วย
จิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิต
เวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐกุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วย
จิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 9(3): 113-127.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2546). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 8.
กรุงเทพมหานคร: สวีชาญการพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน: แนวคิดและปัญหาในการวิจัย.
.รามธิบดีพยาบาลสาร 1 : 84-94
- ยุวดี ภาษา และคณะ. (2545). วิจัยทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์
การพิมพ์

- รจนา ปุณ โณทก. (2545). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะการดูแลของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยบูรพา.
- รายงานประจำปีโรงพยาบาลไทรน้อย. (2549). สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล โรงพยาบาล
ไทรน้อย. อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.
- รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย. (2549). สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล
สถานีอนามัย. อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.
- รายงานประจำปีโรงพยาบาลไทรน้อย. (2550). สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล โรงพยาบาล
ไทรน้อย. อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.
- รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย. (2550). สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล
สถานีอนามัย. อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.
- รายงานประจำปีโรงพยาบาลไทรน้อย. (2551). สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล โรงพยาบาล
ไทรน้อย. อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.
- รายงานประจำปีสำนักงานสาธารณสุขอำเภอไทรน้อย. (2551). สถิติการตรวจรักษาและให้การพยาบาล
สถานีอนามัย. อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี.
- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.
วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รุจา ภูไพบูลย์. (2535). ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล 4: 9-19.
- วรกช นิธิกุล. (2535). การศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตร
มหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริรภา นันทพงษ์. (2542). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรื่องตระกูล (2544). อาการทางจิตเวชในผู้ป่วยโรคทางกาย. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์เรือนแก้ว.
- สกาวรัตน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วย
จิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- สมคิด ศรีราที. (2545). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สัมพันธ์ มณีรัตน์(2546). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมพลังอำนาจและสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(4): 76-85.
- สุภาภรณ์ ทองคารา. (2545). ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว. (2545). การพยาบาลจิตเวช. พิษณุโลก: รัตนสุวรรณการพิมพ์.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2545). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ด้านสุทธาการพิมพ์.
- อนก สุภินันท์ ,สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล และบุปผารวรรณ พัวพันประเสริฐ. (2550) . ต้นทุนบริการสุขภาพจิตของกรมสุขภาพจิต . กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
- อัญชลี ศรีสุพรรณ. (2547). ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เอื้ออารีย์ สาริกา. (2543). ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภาษาอังกฤษ

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

- Adamac, C. (1996). **How to live with mentally ill person**. New York: John Wiley & Sons.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: A psychoeducation approach. **Schizophrenic Bulletin** 6(3): 490-505.
- Anderson, C.M., Hogarty, G.E. & Reiss, D.J. (1986). **Schizophrenic and the family: A Practitioner's guide to psychoeducation and management**. New York: Guilford Press.
- American Psychiatric Association. (1994). **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How Families Cope. **Journal of Psychosocial Nursing** 27: 31-35.
- Brandt, P.A. & Weinert, C. (1985). PRQ: A social support measure. **Nursing Research** 30: 277-280.
- Brown, G., Birley, J. & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. **British Journal of Psychiatry** 121: 241-258.
- Bull, M.J. (1990). Factors influencing family caregiving burden and health. **Western Journal of Nursing Research** 12(6): 758-776.
- Cook J.A., Lefley, H.P., Pickett, S.A. & Cohler, B.J. (1994). Age and family burden among Parents of offspring with severe mental illness. **American Journal Orthopsychiatric** 64: 435-477.
- Cook, J.A., Heller, T. & Pickett, S.A. (1999). The effect of support group participation on caregiver burden among parents of adult offspring with severe mental illness. **Family Relation** 48(4): 405-410.
- Davis, L.L. (1992). Building science of caring for caregivers. **Family and Community Health** 15 : 1-9
- Dixon, L. et al. (2001). Evidence-based practices for services to families of people with psychiatric disabilities. **Psychiatric Services** 52: 903-910.
- psychiatric disabilities. **Psychiatric Services** 52: 903-910.
- Dyck, D.G., Short, R. & Vitaliano, P.P. (1999). Predictors of burden an infectious illness in schizophrenia caregivers. **Psychosomatic Medicine** 61: 411-419.

- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. **Archives of Psychiatric Nursing** 9(2): 77-84.
- Falloon, I.R.H., Boyd, J.L. & McGill, C.W. (1984). **Family care of schizophrenia**. New York: Guilford Press.
- Falloon, I.R.H. et al. (1985). **Family management of schizophrenia: A study of clinical, social, family and economic benefits**. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Fowler, L. (1992). Family psychoeducation: Chronic psychiatrically ill Caribbean patient. **Journal of Psychosocial Nursing** 30(3): 27-32.
- Francell, G.C. (1998). Family perceptions of burden of care for chronic mentally ill relative. **Hospital and Community Psychiatric** 39(12): 1296-1300.
- George, L.K. & Gwyther, L.P. (1986). Caregiver well-being: A multidimensional examination of family caregivers of demented adults. **The Gerontologist** 26: 253-259.
- Hater, L. (1988). Multi-family meeting on the psychiatric unit. **Journal of Psychosocial Nursing** 26: 18-22
- Herz, M.I., Glazer, W.M., Mostert, M. & Hafex. (1989). Treating prodromal episodes to prevent relapse in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 155(Supplement 15): 123-127.
- Hobbs, T.R. (1997). Depression in the caregiver mothers of adult schizophrenics: A test of a resource deteriora model. **Community Mental Health Journal** 33: 387-398.
- Horowitz, A.V. & Reinhard, S.D. (1995). Ethnic difference in caregiving duties and burdens among parents and sibling of persons with severe mental illness. **Journal of Health and Social Behavior** 36(6): 138-150.
- House, J.S. et al. (1980). Social support occupational stress and health. **Journal of Health and Social Behavior** 21: 202-218.
- House, J.S. et al. (2001). Understanding Social Factors and inequalities in health : 20th Century Progress and 21st Century Prospects. **Journal of Health and Social Behavior** 43: 125-142.
- Ip, G.S.H. & Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Cares in Hong Kong. **Archives Psychiatric Nursing** 12(5): 288-294.
- Hunter EF (2000). Telephone support for persons with chronic mental illness. **Home Healthcare Nurse**, 18 (3), 172 – 179

- Jones, S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden.
Archives Psychiatric Nursing 10(2): 77-84.
- Kaplan, H.I. & Sadock, B.J. (1998). **Synopsis of psychiatry**. 9th ed. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kasuya, T.R. (2000). Caregiver burden and burnout: A guide for primary care physicians.
Postgraduate Medicine 108(7): 23-26.
- Kuiper, L., Leff, J. & Lam, D. (1992). **Family Work for Schizophrenia: A Practice Guide**.
 London: Gaskell/Royal College of Psychiatrists.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1984). **Stress, Appraisal and Coping**. New York: Springer.
- Lefley, H.P. (1987). Aging parents as caregivers of mentally ill adult children: An emerging
 social problem. **Hospital & Community Psychiatry** 38(10): 1063-1070.
- Lim, Y.M. & Ahn, Y.H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea.
Applied Nursing Research 16(2): 110-117.
- Loukissa, D.A. (1995). Family burden in chronic mental illness of mental health professionals.
Journal of Nervous and Mental Disease 175: 613-619.
- Machin, D. Campbell, M., Fayers, P. & Pinol, A. (1997). **Sample Size Tables for clinical Study**. 2nd ed.
 Malden: Blackwell Science.
- Magliano, L. et al. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the
 BIOMED I study. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 33: 405-412.
- Mann, P.S. (2001). **Introductory statistics**. 4th ed. New York: John Wiley and Sons.
- Marsh, D. & Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for
 intervention. **Professional Psychology: Research and Practice** 28(7): 229-237.
- McFarlane, W.R., Dixon, L. & Lucksted, A. (2003). Family psychoeducation an schizophrenia:
 A review of the literature. **Journal of Marital and Family Therapy** 29: 223-245.
- Mcintosh, J., & Worley, (1994). Beyond discharge : telephone follow – up and aftercare.
Journal of Psychosocial Nursing , 32 (10), 21 - 27
- Montgomery, R.J.V., Gonyea, J.G. & Hooyman, N.R. (1985). Caregiving and the experience of
 subjective and objective burden. **Family Relations** 34(4): 19-26.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E. & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and analysis of burden.
Research on Aging 7(3): 137-152
- Mohr, W.K. (2000). Partnering with Families. **Journal of Psychosocial Nursing**. 38(1) : 15 - 21

- Norton ,N., Williams,H.Y., and Owen,M.J.(2006). An update on the genetics of schizophrenia. **Current Opinion in Psychiatry** 19(March 2006): 158-164.
- North , M., Meeusen, M., & Hollinsworth, P. (1991). Discharge planning : Increasing client and nurse Satisfaction. **Rehabilitation Nursing**, (6), 327 – 329
- Oberst, M.T., Thomas, S.E., Gass, K.A. & Ward, S.E. (1989). Caregiving demand and appraisal of stress among family caregivers. **Cancer Nursing** 12(2): 209-215.
- Oberst, M.T. (1991). **Caregiving burden scale**. Unpublished manuscript, University of Wisconsin Madison.
- Pai, S., & Kapur, R.L. (1981). The burden on the family of a psychiatric patient: Development of an interview schedule. **British Journal of Psychiatry** 138: 332-335.
- Platt, S. (1985). Measuring the burden of Psychiatric illness on the family: An evaluation of some rating scales. **Psychosocial Medicine** 15: 383-393.
- Polit, D.F. & Hungler, B.P. (1999). **Nursing research: Principles and methods**. 6th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Provencher, H.L. (1996). Objective burden among primary caregivers of person with chronic schizophrenia. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing** 3: 181-187.
- Reinares, M. et al. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. **Psychotherapy Psychosomatics** 73(5): 312-319.
- Robinson, K. (1990). The relationships between social skills social support self-esteem and burden in adult caregivers. **Journal of Advanced Nursing** 15: 788-795.
- Rice, R. (2000).Telecareing in home care : Marking a telephone visit. **Geriatrics Nursing**, 21 (1), 56- 57
- Rungreangkulkit. S. (2001). Psychological morbidity of mother of an adult child with schizophrenia. **Thai Journal Nurse Research**. 5: 232 – 243.
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. 2000. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. 2005. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. **Acta Psychiatry Scandinavia** 89: 229-305.

- Shaul, M.P. (2000). What you should know before embarking on telephone health : Lesson Learned from a pilot study. **Home Healthcare Nurse** , 18 (7) , 470 - 475
- Shelves, L.P. (1986). **Basic Concepts of Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Shu, E., Mermina, Z., & Nystrom, K. (1996). Telephone reassurance program for elderly Home care clients after discharge. **Home Healthcare Nurse**, 14 (3), 155 - 161 Lippincott Williams & Wilkins
- Song, Li-Yu, Biegel, D.E. & Milligan, S.E. (1997). Predictors of depressive symptomatology among lower social class caregivers of person with chronic mental illness. **Community Mental Health Journal** 33: 266-269.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (1996). **Using Multivariate Statistics**. 3rd ed. New York: Harper Collins.
- Taylor, C.M. (1994). **Essential of Psychiatric Nursing**. 4th ed. St. Louis: Mosby Year Book.
- Thompson, E.H. et al. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of frail elders. **Journal of Gerontology** 48: 245-254.
- Vitaliano, P.P. et al. (1991). The screen for caregiver burden. **Gerontological** 31(1): 76-83.
- Williams, C.A. (1989). Patient education for people with schizophrenia. **Perspectives in Psychiatric Care** 25: 14-21.
- World Health Organization. (1992). **The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines**. Geneva: World Health Organization.
- Yamashita, M. (1996). Study of how families care for mental ill relatives in Japan. **ICN. International Nursing Review** 43(4): 121-125.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

ชื่อ-สกุล	ตำแหน่งและสถานที่ปฏิบัติงาน
1. นายแพทย์ประยุกต์ เสรีเสถียร	นายแพทย์ทรงคุณวุฒิ (ด้านเวชกรรมสาขาสุขภาพจิตและจิตเวช หรือสาขาเวชศาสตร์ ป้องกันแขนงสุขภาพจิตชุมชน หัวหน้าศูนย์สุขภาพจิตที่ 1 จังหวัดนนทบุรี
2. นางทิพวรรณ เหลืองอร่ามชัย	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง) โรงพยาบาลท่าเรือ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา
3. อาจารย์อังคณา ช่วยคำชู	อาจารย์พยาบาล ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ผู้ช่วยการศึกษา	
นางรัชดาภรณ์ พุฒิกแก้ว	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานีอนามัยวัดปลายคลองขุนศรี อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

1.1 การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) แบบวัดการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้ของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวและแบบวัดความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างใน บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544)

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

1.2 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดการดูแลในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2547)

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

α = ค่าความสอดคล้องภายใน

n = จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด

$\sum S_i^2$ = ผลรวมของความแปรปรวนของคะแนนรายข้อ

S_t^2 = ความแปรปรวนของคะแนนรวมทั้งฉบับ

1.2 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายใน ของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 หรือ KR-20) (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547)

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

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

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

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

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

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

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

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

2.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประกอบ กรรณสูตร, 2542)

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

S.D.	=	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
$\sum X$	=	ผลรวมของคะแนนทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่าง
$\sum X^2$	=	ผลรวมของคะแนนแต่ละข้อยกกำลังสอง
n	=	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง

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

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

$$df = n - 1$$

\bar{D}	=	ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
μ_D	=	ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม
S_D	=	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม
n	=	จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง
df	=	จำนวนค่าที่มีอิสระ

ภาคผนวก ค
แบบฟอร์มพิทักษ์สิทธิและเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา

ชื่อ โครงการศึกษา การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวคลฤดี ทับทิม

ที่อยู่ติดต่อ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาคารวิทยกิตติ ชั้น 12 ซอยจุฬา 64

เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-5252333 ต่อ 2711

ข้าพเจ้าชื่อ (นาย นาง นางสาว).....ได้รับทราบรายละเอียดของโครงการศึกษาเรื่อง“การศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี” ข้าพเจ้าเข้าใจวัตถุประสงค์การศึกษา ประโยชน์และความไม่สะดวก ที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโครงการในช่วงสัปดาห์ที่ 1 ถึงสัปดาห์ที่ 3 และทราบว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอยกออกจากการศึกษา ก่อนที่การศึกษายจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใดๆ และจะไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อประโยชน์ที่ข้าพเจ้าและครอบครัวพึงได้รับ โดยผู้ศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่ได้ออกจากการศึกษาเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น โดยจะไม่ปรากฏทั้งชื่อผู้ป่วย

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา ยินยอมรับการประเมิน โดยใช้แบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลก่อนและหลังสิ้นสุดโปรแกรมและประเมินโดยใช้แบบประเมินความรู้ทันทีหลังสิ้นสุด โปรแกรมและประเมิน โดยใช้แบบวัดภาระการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังสิ้นสุด โปรแกรมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 4

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

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(นางสาวคลฤดี ทับทิม)

ผู้ศึกษาหลัก

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

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

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

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

ชื่อผู้ศึกษา นางสาวคลฤดี ทับทิม ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้ศึกษา (ที่ทำงาน) สถานีอนามัยปากคลองหม่อมแถม อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี

(ที่บ้าน) 27/1 หมู่ 8 ตำบลไทรใหญ่ อำเภอไทรน้อย จังหวัดนนทบุรี 11150

โทรศัพท์ (ที่ทำงาน) 02-9219236

โทรศัพท์ที่บ้าน 081- 8800166

โทรศัพท์มือถือ 085- 1322209 E-mail : hmok_m@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการศึกษาก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษา มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานศึกษานี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิสระ แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังกลุ่มตัวอย่างครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่ผู้ดูแล มีภาวะในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปจนถึงมากที่สุด แล้วให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว รายครอบครัวที่บ้าน กิจกรรมละ 5 วัน กิจกรรมละ 45 - 60 นาที จนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยผู้ศึกษาเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 4 ครอบครัว ในช่วงเวลา 7.00 - 9.00 น. และ 15.00 - 17.00 น. โดยทุกครอบครัวมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ผู้ป่วยจิตเภท 1 คนและสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน เข้าร่วมกิจกรรม หากพบปัญหาว่าผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยจิตเภทหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ให้นำวันเสาร์หรืออาทิตย์ที่ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมีการออกแบบสอบถามจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 30 นาที คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในสัปดาห์ที่ 3 และครั้งที่ 3 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว คือในสัปดาห์ที่ 4

5. ในการศึกษาครั้งนี้อาจมีความไม่สะดวกเกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมโครงการ คือ 1) ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว ต้องใช้เวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมละ 5 วัน กิจกรรมละ 45 - 60 นาที จนครบ 3 ครั้ง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ติดต่อกัน 2) อาจเกิดความเครียดระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมซึ่งผู้ศึกษาจะได้ทำการพูดคุยสอบถามความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จากการเข้าร่วมกิจกรรมในครั้งนี้ เพื่อประเมินความพร้อมในการดำเนินกิจกรรมต่อไป รวมทั้งให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท และสมาชิกในครอบครัว เป็นรายบุคคลหรือรายครอบครัวตามสถานการณ์ที่เกิดขึ้น

6. ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีสิทธิปฏิเสธเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเคยได้รับแต่ประการใด

7. ในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา

8. ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะออกเป็นรหัสและผลการศึกษาที่ดีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว

9. ในการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง หากจะมีประโยชน์ในการเข้าร่วมศึกษา คือ จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้และจะเป็นประโยชน์ทางวิชาการคือพัฒนาแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและสังคมได้

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้ตลอดเวลาดังที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ด้านบน และหากผู้ศึกษามีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการศึกษา ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

11. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าวสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอย จุฬาลงกรณ์ 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
แบบสัมภาษณ์ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท |
| ส่วนที่ 3 | เครื่องมือกำกับการทดลอง
แบบทดสอบความรู้ของผู้ดูแลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยจิตเภท |

ผู้สนใจเครื่องมือฉบับสมบูรณ์ทุกฉบับ ติดต่อขออนุญาตที่
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษากับครอบครัว
2. เพื่อให้ครอบครัวทราบถึงวัตถุประสงค์และรูปแบบการเข้าร่วมกิจกรรม
3. เพื่อประเมินลักษณะความสัมพันธ์และโครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
4. เพื่อให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท
5. เพื่อให้ครอบครัวเกิดความร่วมมือและมีแรงจูงใจในการเข้าร่วมกิจกรรม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 1 ครอบครัวสามารถ

1. บอกถึงลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวและปัญหาที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งเสนอแนะแนวทางในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้
2. ปรับความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเกิดความรู้สึกด้านบวกต่อผู้ป่วยจิตเภท

สาระสำคัญ

การสร้างสัมพันธภาพเริ่มต้นด้วยการแนะนำตนเอง ชักถามความเป็นอยู่ทั่วไป เพื่อสร้างความคุ้นเคย และบอกวัตถุประสงค์ของการศึกษา แล้วถามถึงเรื่องครอบครัว ลักษณะของครอบครัว ปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อร่วมกันหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

การสร้างแรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐาน และเป็นวิธีการที่สำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากสมาชิกมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ ก็จะทำให้สมาชิกมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้มากขึ้น มีความเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบของกิจกรรมตรงกัน รวมทั้งสัมพันธภาพที่คุ้นเคยระหว่างสมาชิกจะช่วยให้เกิดแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- | | |
|---------------------|---|
| 1. ใบงานที่ 1/1 | ลักษณะของครอบครัว |
| 2. ใบงานที่ 1/2 | ปัญหาที่พบในครอบครัว |
| 3. ใบงานที่ 1/3 | ความรู้สึกที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท |
| 4. ใบความรู้ที่ 1/1 | โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว |
| 5. ใบความรู้ที่ 1/2 | ความรู้สึกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท |
| 6. ดินสอ/ปากกา | สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย |

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาสร้างความสัมพันธ์ (joining) ที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว
2. สร้างข้อตกลงหรือ (contract) โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ของการเข้าร่วมในโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว กิจกรรม โดยย่อในแต่ละครั้งข้อตกลงในการเข้าร่วมกิจกรรม และประโยชน์ที่จะได้รับ ระยะเวลา จำนวนครั้ง สถานที่ในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวและการบันทึกเสียง
3. กระตุ้นให้ครอบครัว เล่าเรื่องมากขึ้น โดยการตั้งคำถามแบบ Circular question เพื่อประเมินโครงสร้างของระบบครอบครัวของผู้ป่วย
4. ผู้ศึกษาคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ โดยผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกรับรู้และไว้วางใจมีการเปิดเผยตนเองและเล่าเรื่องราว ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวของตนเองให้ผู้ศึกษาฟังด้วยความเป็นกันเอง และมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม มีความเข้าใจในความคิด ความรู้สึก และอารมณ์ของตนเองและเข้าใจถึงลักษณะของปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในครอบครัว

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษาและ ความรุนแรงของโรคและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิก มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้สมาชิกเข้าใจถึงลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิตและวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
3. เพื่อให้สมาชิกมีการรับรู้ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท
4. เพื่อให้สมาชิกการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ
5. เพื่อให้สมาชิกสามารถนำความรู้ที่ได้รับ ไปประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 2 สมาชิกสามารถ

1. บอกสาเหตุ อาการและการรักษาของโรคจิตเภทได้
2. บอกลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อ

เกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

3. บอกความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทได้
4. บอกโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้

สาระสำคัญ

การให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี นอกจากนี้ยังเป็นการเตรียมให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ช่วยเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษา มีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลงและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

การให้ความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภทและโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การที่ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ ทำให้ไม่มีอาการรุนแรงกำเริบ ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 2/1 อาการของโรคจิต
2. ใบงานที่ 2/2 การสำรวจอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
3. ใบงานที่ 2/3 การรักษาโรคจิตเภท
4. ใบงานที่ 2/4 การสังเกตอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
5. ใบงานที่ 2/5 การดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิต
6. ใบงานที่ 2/6 ความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากโรคจิตเภท
7. ใบงานที่ 2/7 ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และประสบการณ์การป่วยซ้ำ
8. ใบความรู้ที่ 2/1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทและยารักษาโรคจิต
9. ใบความรู้ที่ 2/2 ความรุนแรงของผลที่เกิดจากโรคจิตเภทและความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ
10. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
11. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาและสมาชิกพูดคุย แลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้เล่าถึงประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการ และการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ

2. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทในเรื่อง สาเหตุ อาการและการรักษา
3. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิต
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยา และการดูแลเบื้องต้นเมื่อผู้ป่วยเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคทางจิต
5. ผู้ศึกษาให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับความรุนแรงของผลที่เกิดจาก โรคจิตเภทและความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ โดยสมาชิกสามารถบอกสาเหตุ อาการ การรักษา ลักษณะอาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นของยารักษาโรคจิต และวิธีการดูแลเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตได้

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

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

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 3 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้
2. บอกถึงอาการเตือนของผู้ป่วยก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้
3. บอกถึงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทได้
4. บอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่สำคัญ สมาชิกจำเป็นต้องทราบถึงปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วย

ป้องกันการกำเริบของโรค เพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะทำให้สมาชิกมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง มีการดูแลตนเองที่เหมาะสม และทำให้การรับรู้ภาวะในการดูแลลดลง

สื่อการสอน/อุปกรณ์

- | | |
|-------------------------------|---|
| 1. ใบงานที่ 3/1 | การสังเกตอาการเตือนของผู้ป่วย |
| 2. ใบงานที่ 3/2 | พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท |
| 3. ใบความรู้ที่ 3/1 | ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท |
| 4. ใบความรู้ที่ 3/2 | อาการเตือนที่พบได้บ่อย |
| 5. ใบความรู้ที่ 3/3 | พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทและวิธีการจัดการ |
| 6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท | |
| 7. ดินสอ/ปากกา | สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย |

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษากล่าวนำถึงความสำคัญของการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท และอภิปรายร่วมกัน
2. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
3. ผู้ศึกษาสอบถามสมาชิกเกี่ยวกับอาการเตือนที่พบบ่อยของผู้ป่วย ก่อนมีอาการกำเริบของโรค และให้ยกตัวอย่างพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย โดยให้สมาชิกได้ร่วมกันหาแนวทางในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว
4. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่อง พฤติกรรมที่เป็นปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท และวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหานั้น

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ โดยสมาชิกสามารถบอกถึงวิธีป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท อาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบ พฤติกรรมที่เป็นปัญหาและบอกถึงวิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45-60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อประเมินระดับความเครียดที่เกิดขึ้นของสมาชิก

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

ใช้ในชีวิตประจำวันได้

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 4 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้น ได้
2. บอกถึงแนวทางในการจัดการกับความเครียดได้
3. บอกถึงวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีต่าง ๆ และสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

สาระสำคัญ

การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้บุคคลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ทำให้สามารถลดความรุนแรงของความเครียดลงได้ เป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย มีสุขภาพจิตดี ซึ่งจะส่งผลให้บุคคลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา เป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองและผู้อื่น รวมทั้งสามารถลดภาระหรือความเครียดให้น้อยลงได้ ซึ่งการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 4/1 แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ใบงานที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
3. ใบความรู้ที่ 4/1 ความเครียด: ความหมาย สาเหตุ อาการ
4. ใบความรู้ที่ 4/2 การจัดการกับความเครียด
5. ใบความรู้ที่ 4/3 การผ่อนคลายความเครียด
6. CD ผ่อนคลายความเครียดของกรมสุขภาพจิต
7. CD การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
8. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
9. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

วิธีดำเนินการ

1. ผู้ศึกษาให้สมาชิกทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง
2. ให้สมาชิกเล่าถึงประสบการณ์ที่ต้องเผชิญกับความเครียดในการดูแล และการเจ็บป่วย ประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด

3. ผู้ศึกษาให้ความรู้เรื่องความเครียด ความหมาย สาเหตุ อาการ วิธีการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียด และสาธิตเทคนิคในการคลายเครียดด้วยตนเองให้กับสมาชิก

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิก โดยสมาชิกสามารถบอกถึงสาเหตุ อาการของความเครียดที่เกิดขึ้น แนวทางในการจัดการกับความเครียด วิธีผ่อนคลายความเครียดและสาธิตย้อนกลับได้ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

กลุ่มเป้าหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว

ระยะเวลา 45 - 60 นาที

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อให้สมาชิกมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้สมาชิกทราบถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม

และเกิดเครือข่ายในการดูแลผู้ป่วย

วัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรม

หลังสิ้นสุดกิจกรรมที่ 5 สมาชิกสามารถ

1. บอกถึงการสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพได้
2. เลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้อง
3. บอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

สาระสำคัญ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่ต้องพึ่งพา หรือเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นซึ่งเป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลและการดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

การพัฒนาทักษะทางสังคม จะมีผลทำให้สมาชิกได้รับการช่วยเหลือจากสังคมน้อยลง ทำให้ได้รับการแก้ไขปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เกิดเครือข่ายการช่วยเหลือที่ดี ทำให้ไม่รู้สึกลูกแยกจากสังคม ชุมชนที่อาศัยอยู่ รวมทั้งทำให้มีการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และมีความเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

สื่อการสอน/อุปกรณ์

1. ใบงานที่ 5/1 สถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางลบ”
2. ใบงานที่ 5/2 สถานการณ์จำลองเรื่อง “การสื่อสารทางบวก”
3. ใบงานที่ 5/3 แหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัว
4. ใบความรู้ที่ 5/1 การสื่อสารในครอบครัว
5. ใบความรู้ที่ 5/2 ระบบสนับสนุนทางสังคมและเครือข่าย
6. คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
7. ดินสอ/ปากกา สำหรับใช้ในกิจกรรมย่อย

วิธีดำเนินการ

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

การประเมินผล

ประเมินผลจากการสังเกตพฤติกรรม ความสนใจ และการร่วมแสดงความคิดเห็นตลอดจนการซักถามปัญหาต่าง ๆ และการฝึกปฏิบัติของสมาชิกโดยสมาชิกสามารถบอกถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ดีและเหมาะสมได้ รวมทั้งสามารถเลือกใช้ทักษะการสื่อสารได้อย่างถูกต้องและบอกถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือครอบครัวจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 2 ส่วน
 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ ชาย หญิง
2. อายุ.....ปี
3. สถานภาพสมรส
 - โสด หย่า
 - คู่ แยกกันอยู่
 - หม้าย
4. ระดับการศึกษา
 - ไม่ได้เรียน ปวส./อนุปริญญา
 - ประถมศึกษา ปริญญาตรี
 - มัธยมศึกษาตอนต้น อื่น ๆ ระบุ.....
 - มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช
5. อาชีพ
 - ว่างาน รับจ้าง
 - รับราชการ ค้าขาย
 - เกษตรกรรม อื่น ๆ ระบุ.....
6. ความเพียงพอของรายได้
 - เพียงพอและเหลือเก็บ
 - เพียงพอกับรายจ่าย
 - ไม่เพียงพอกับรายจ่าย
 - ไม่มีรายได้
 - อื่น ๆ ระบุ.....

7. โรคประจำตัว

มี

ไม่มี

8. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท

บิดา/มารดา

พี่/น้อง

สามี/ภรรยา

บุตร

ญาติ

9. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

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

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาวะเชิงอัตนัย					
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท					
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่น ๆ ที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
6. ท่านรู้สึกอายชาวบ้านเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการวุ่นวายหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน					
7. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรง					
8. ท่านรู้สึกผิดที่ตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วยจิตเภท					
9. ท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อต้องพาผู้ป่วยจิตเภทออกนอกบ้าน					
10. ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วยจิตเภท					
11. ท่านรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจิตเภท					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องด้านขวามือ

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

ข้อความ	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
ภาระเชิงปรนัย					
1. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน					
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท					
3. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น					
4. เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาด จะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ					
5. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ					
6. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านไม่มีเวลาไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด					
7. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในสังคมหรือชุมชนลดลง					
8. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง					
9. การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว					

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

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 ร้องตะโกนโดยไม่มีเรื่องอะไรมากระตุ้น 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 เฉื่อยเมย ขาดความกระตือรือร้น แยกตัวเอง ไม่สนใจตัวเอง	1	0
8. เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคนอื่นทั่วไป	1	0
9. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง	1	0
10. โรคจิตเภทเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ	0	1
11. พืชจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่น ๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตเภทได้	1	0
12. ความเครียด ความกดดันในชีวิต และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้บุคคลเกิดความขัดแย้งในจิตใจจนทำให้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้	1	0

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

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	ใช่	ไม่ใช่
--------------------------------------	-----	--------

25. ถ้าผู้ป่วยจิตเภทแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ไม่ควรเข้าไปรบกวนเพราะจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบขึ้นอีก	0	1
26. ถ้าผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้อยู่บ้านเฉย ๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น	0	1
27. การลดความตึงเครียด ความขัดแย้งในครอบครัว หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์โกรธ รวมทั้งการให้กำลังใจ ให้ความรักความเข้าใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นและป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้	1	0
28. อาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อย ๆ หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับ ที่เกิดขึ้นของท่าน อาจมีสาเหตุมาจากความเครียดในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	1	0
29. การผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ ส่งผลให้บุคคลมีจิตใจสงบ ลดการคิดฟุ้งซ่าน ความวิตกกังวลลดลง และสบายใจมากขึ้น	1	0
30. การสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท ควรใช้คำพูดสั้น ๆ ได้ใจความ เข้าใจง่าย	1	0
31. อาการทางจิตที่รุนแรงก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมมากที่สุด	0	1
32. ครอบครัวเป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วย	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

ประวัติผู้ทำการศึกษาโครงการอิสระ

นางสาวดลฤดี ทับทิม เกิดวันที่ 15 มิถุนายน 2517 สถานที่เกิดจังหวัดนนทบุรี จบการศึกษาประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์ เทียบเท่าปริญญาตรี (ต่อเนื่อง 2 ปี) จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุพรรณบุรี ปีการศึกษา 2550 ปัจจุบันทำงานที่สถานีนอนามัยปากคลองหม่อมแฉ่ม จังหวัดนนทบุรี ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ สถานีนอนามัยปากคลองหม่อมแฉ่ม ตำบลไทโรใหญ่ อำเภ ไทน้อย จังหวัดนนทบุรี