

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). **ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.**

พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

คณะกรรมการศูนย์บริการสุขภาพที่บ้าน กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลสวนสราญรมย์.

(2543). **คู่มือปฏิบัติงานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน.**

สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.

งานเวชระเบียนและสถิติ โรงพยาบาลแปลงยาว. (2549-2552). **รายงานผลการปฏิบัติงาน**

ประจำปี. ฉะเชิงเทรา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลแปลงยาว.

จอม สุวรรณโน. (2541). **ญาติผู้ดูแล : แหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยเรื้อรัง. วารสาร**

พยาบาลศาสตร์ 7(3) : 147-154.

จิราพร รักการ. (2549). **ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระในการ**

ดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2541). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. พิมพ์ครั้งที่ 3. นนทบุรี :**

ยุทธรินทร์การพิมพ์.

ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี. (2531). **การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารการพยาบาลจิตเวช**

และสุขภาพจิต ฉบับที่ 2 .

ชฎาภา ประเสริฐทรง. (2543). **ความรู้สึทางอารมณ์และความต้องการการแนะนำ: กรณีศึกษา**

ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 14(2): 30-39.

ดรุณี คชพรหม. (2543). **ผลของกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย**

โรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ

พยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). **ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและ**

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ

พยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .

ทีปประพิน สุขเขียว. (2543). **การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.**

วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- ทูลภา บุปผาสังข์. (2545). **ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเข้ารักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นพรัตน์ ไชยขำนิ. (2544). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นมิตา ล. สกุล. (2544). **ภาวะและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเอ็ดส์**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นิศากร แก้วพิลา.(2545). **ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- บุญวดี เพชรรัตน์. (2547). **ปัจจัยที่ทำนายผลกระทบต่อผู้ดูแลจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง**. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 12(3): 141-149.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2544). **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**.กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2544.
- ประคอง กรรณสูตร.(2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว.(2544). **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร.(2534).**จิตเวชศาสตร์ เล่ม 3**. เชียงใหม่ : หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- มนตรี อมรพิเชษฐ์กุล และพรชัย พงศ์สงวนศิลป์. (2544). **สถานการณ์การรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชตามการรับรู้ของครอบครัว**. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย** 9(3): 113-127.
- มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์. (2546). **จิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพมหานคร: สวิชาญการพิมพ์.
- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). **สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต: วิเคราะห์รายงานการศึกษา. วารสารพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยมหิดล 1: 19-26.
- ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. (2539). ญาติผู้ดูแลที่บ้าน : แนวคิดและปัญหาในการศึกษา. รามาศิบัติพยาบาลสาร 1: 84-94.
- รัชนีกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาวะของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตนศิริ ทาโต . (2551) . การศึกษาทางพยาบาลศาสตร์ : แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ . กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย .
- ราชบัณฑิตยสถาน.(2542). พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน_ กรุงเทพฯ : อักษรเจริญทัศน์.
- ราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทยและกรมสุขภาพจิต. (2544) . แนวทางการรักษาโรคจิตเภท : แนวทางการรักษาโรคทางจิตเวช .กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์บียอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- รุจา ภูโพบูลย์. (2535). ความต้องการการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 4: 9-19.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา สุขภาพจิตศึกษา. (2551). การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภท : ชุดความรู้.
- เลิศฤทธิ์ บัญชาการ.(2545).ความเครียดและพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของครอบครัวที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สกาวรรัตน์ ภูผา. (2543). ผลของกลุ่มบำบัดชนิดสุขภาพจิตศึกษาต่อภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สมจิต หนูเจริญกุล. (2540). การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพมหานคร: วี.เจ. พรินติ้ง.
- สายพิน เกษมกิจวัฒนา. (2536). ปัจจัยที่ทำนายปัญหาสุขภาพของภรรยาผู้ดูแลสามีเจ็บป่วยเรื้อรัง. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13(4): 76-85.

- สุภาภรณ์ ทองดารา. (2545). **ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย**. วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สมัตตะ. (2541). **ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุวัธวัชชัย . (2549). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่ 3 . กรุงเทพมหานคร : ด้านสุขภาพการพิมพ์จำกัด .
- อัญชลี ศรีสุพรรณ.(2547). **ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. (2543). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต : แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 2 . กรุงเทพฯ : บริษัทธรรมสาร.

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.
- Adamec, C. (1996). *How to live with mentally ill person*. New York: John Wiley & Sons.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Anderson, C.M.,Hogarty,G.E., and Reiss, D.J. (1980) . *Family treatment of adult Schizophrenia patients : psychoeducational approach*. *Schizophrenia Bulletin* 6(3) :490-505.
- Baker, A.F. (1989). Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual family members and the family unit How Families Cope. *Journal of Psychosocial Nursing* 27: 31-35.
- Best, John W.(1970). *Research in Education* . New Jersey : Prentice – Hall.

- Brandt, P.A. & Weinert, C. (1985). PRQ: A social support measure. *Nursing Research* 30: 277-280.
- Brown, G., Birley, J. & Wing, J. (1972). Influence of family life on the course of Schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry* 121: 241-258.
- Bull, M' J. (1990). Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research*, 12(6), 758-777.
- Cohen, S., & Wills, T.A. (1985) Stress, social support, and buffering hypothesis. *Psychological Bulletin* 98 : 310-352.
- 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.
- Crotty, P. & Kuly, R. (1986). Are Schizophrenics a burden to their families? Significant others views. *Health Social Worker* 11: 173-188.
- Davis,L.L. (1992) . Building a science of caring for caregiver. *Family & Community Health*, 15(2), 758 – 776.
- Deolinda. (2000) ."Effectiveness of use of Home Health Nurses to Decrease Burden & Depression of Elderly Caregivers" . *Journal of Psychosocial Nursing*. 36-41.
- Dyck, D.G., Short, R. & Vitaliano, P.P. (1999) . Predictors of burden an infectious illness in schizophrenia caregivers . *Psychosomatic Medicine* 61 : 411-419.
- Eakes, G. (1995). Chronic sorrow: The lived experience of parents of chronically mentally ill individuals. *Archives of Psychiatric Nursing* 9(2): 77-84.
- Elloit, D.P. (1998). Caregiver issues in patients with dementia. *Journal of the American Society of Consultant Pharmacists* 13(Supplement 11A): 11A1-11A8.
- Fadden, G., Bebbington, P. & Kuipers, L. (1990). The burden of care: The impact of functional psychiatric illness on the patient's families. *British Journal of Psychiatry* 158: 285-292.
- 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.
- Hatfield, A.B. (1979). The family as partner in the treatment of mental illness. *Hospital and Community Psychiatric* 30: 338-340.
- 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.
- Ip, G.S.H. & Mackenzie, A.E. (1998). Caring for relatives with serious mental illness at home: The Experiences of Family Cares in Hong Kong. *Archives Psychiatric Nursing* 12(5): 288-294.
- Jones, S.L. (1996). The association between objective and subjective caregiver burden. *Archives Psychiatric Nursing* 10(2): 77-84.
- 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.
- Magliano, L. (1998). Burden on the families of patients with schizophrenia: Results of the BIOMED I study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 33: 405-412.
- Marsh, D. & Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention. *Professional Psychology: Research and Practice* 28(7): 229-237.
- Merriam Webster .(1996) .*Merriam Webster's Medical Desk Dictionary*. Incorporated, Publishers. Springfield, Masschusetts, USA.

- Montgomery, R. J. V., Gonyea, J. G., & Hooy, N. R. (1985). **Caregiving and experience of Subjective and objective burden**. *Family Relation*, 34, 19-26.
- Montgomery, R.J.V., Stull, D.E. & Borgatta, E.F. (1985). Measurement and analysis of burden. *Research on Aging* 7(3): 137-152.
- Oberst, M.T. (1991). **Caregiving burden scale**. Unpublished manuscript, University of Wisconsin Madison.
- Orem.D.E.(2001). **Nursing concept of practice**.(6th ed.) St. Louis : Mosby Year Book.
- 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.
- 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. (2004). Impact of a psychoeducational family intervention on caregivers of stabilized bipolar patients. *Psychotherapy Psychosomatics* 73(5): 312-319.
- Salleh, M.R. (1994). The burden of care of schizophrenia in Malay families. *Acta Psychiatry Scandinavia* 89: 229-305.
- Thompson, E.H. (1993). Social support and caregiving burden in family caregivers of trial elders. *Journal of Gerontology* 48: 245-254.
- World Health Organization. (2002). **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.
- Zarit, S. H., Reever, K. E. & Bach-Petersen, J. (1980). "Relative of the impaired elderly : Correlates of feelings of burden", *The Gerontologist*. 20, 649-654.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือและผู้ช่วยการศึกษา

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | | |
|-------------------|--------------|--|
| 1. นายแพทย์เวทิต | ประทุมศรี | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
จิตแพทย์ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา |
| 2. อาจารย์วรรัตน์ | ประธานรพัญญา | อาจารย์พยาบาลชำนาญการพิเศษ
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
ศรีรัษฎา นนทบุรี |
| 3. นางสาวกนกศรี | จาดเงิน | พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง
สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต
โรงพยาบาลบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา |

ผู้ช่วยในการศึกษา

- | | | |
|-------------|------|---|
| 1. นางอรพิน | คำโต | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา |
|-------------|------|---|

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ
ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. สถิติที่ใช้ในการคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของเครื่องมือ

1.1 การคำนวณหาค่าความสอดคล้องภายในของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีสูตรในการคำนวณดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณรากร, 2544)

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

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

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

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

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

2. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

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

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

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

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

$$\bar{X} = \text{ค่าเฉลี่ย}$$

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

$$N = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

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

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

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

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

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

$$n = \text{จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง}$$

2.4 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้สถิติทดสอบ t (Dependent t-test) มีสูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยน์วารุณ, 2544)

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

Df = จำนวนค่าที่มีอิสระ

= n - 1

\bar{D} = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

μ_D = ค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างประชากร 2 กลุ่ม

S_D = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผลต่างระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม

n = จำนวนคู่ของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) คำนวณได้จากสูตร
ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2544)

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

1. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม

$$CVI = \frac{24}{24} = 1$$

2. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงอัตนัย

$$CVI = \frac{12}{12} = 1$$

3. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเชิงปรนัย

$$CVI = \frac{12}{12} = 1$$

4. ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

$$CVI = \frac{30}{30} = 1$$

ตารางผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำแนกตามรายข้อ (n=20)

ภาวะเชิงอัตนัย	ก่อนการศึกษา		หลังการศึกษา		t
	\bar{X}	SD.	\bar{X}	SD.	
1. ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.90	.64	3.15	.37	2.99*
2. ท่านรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วยจิตเภท	3.60	.50	2.60	.59	3.76*
3. ท่านรู้สึกท้อแท้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.70	.47	3.05	.60	3.90*
4. ท่านรู้สึกน้อยใจในโชคชะตาของตนเองเมื่อเปรียบเทียบกับครอบครัวอื่นที่ไม่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.80	.69	2.90	.45	3.94*
5. ท่านรู้สึกซึมเศร้าจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.75	.44	2.85	.67	2.79*
6. ท่านรู้สึกอายชาวบ้านเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการวุ่นวายหรือทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน	3.95	.76	2.95	.51	3.94*
7. ท่านรู้สึกกลัวเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรง	3.90	.79	2.90	.55	2.94*
8. ท่านรู้สึกผิดที่ตำหนิหรือลงโทษผู้ป่วยจิตเภท	3.90	.79	2.70	.66	4.05*
9. ท่านรู้สึกกังวลใจเมื่อต้องพาผู้ป่วยจิตเภทออกนอกบ้าน	3.60	.50	2.75	.64	2.27*
10. ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วยจิตเภท	3.25	.44	1.65	.49	2.24*
11. ท่านรู้สึกเป็นห่วงว่าจะเกิดอันตรายต่อผู้ป่วยจิตเภท	4.00	.73	2.50	.61	4.33*
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน	3.30	.57	2.40	.69	2.34*

* p < .05

จากตารางที่ 6 พบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะเชิงอัตนัยของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายข้อ ก่อนและหลังการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนสูงสุดหลังการศึกษาคือ ท่านรู้สึกเครียดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($\bar{X} = 3.15$) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ ท่านรู้สึกสงสารผู้ป่วยจิตเภท ($\bar{X} = 1.65$)

ตารางที่ 7 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะเชิงประนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำแนกตามรายชื่อ (n=20)

ภาวะเชิงประนัย	ก่อน		หลัง		t
	การศึกษา		การศึกษา		
	\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.	
1.การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน	4.40	.59	3.40	.50	5.63*
2. ท่านต้องเสียเวลาทำงานหรือหยุดงานเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภท	3.40	.88	2.65	.59	3.68*
3.เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบ ท่านต้องรับผิดชอบงานหรือกิจกรรมต่าง ๆ มากขึ้น	3.75	.55	2.95	.60	5.81*
4.เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอาละวาดจะทำร้ายท่านหรือสมาชิกในครอบครัวจนได้รับบาดเจ็บ	3.10	.72	2.50	.51	3.56*
5.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ	4.20	.52	3.40	.59	4.66*
6.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านไม่มีเวลาไปเที่ยวพักผ่อนในวันหยุด	3.55	1.05	2.70	.86	3.49*
7.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในสังคมหรือชุมชนลดลง	3.60	.50	3.00	.65	3.94*
8.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการทำกิจกรรมร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัวน้อยลง	3.50	.83	2.75	.64	3.94*
9.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัว	3.40	.82	2.40	.68	5.21*
10.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวท่านกับเพื่อนบ้านหรือคนในชุมชน	3.40	.75	2.70	.66	4.27*
11.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่านน้อยลง	3.55	.99	2.35	.81	6.00*
12.การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีปัญหาสุขภาพ เช่น อ่อนเพลีย รับประทานอาหารไม่ได้ น้ำหนักลด นอนไม่หลับ ฯลฯ	3.90	.79	3.15	.81	4.68*

* p < .05

จากตารางที่ 7 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะเชิงประนัยของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามรายชื่อ ก่อนและหลังการศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาข้อที่มีคะแนนสูงสุดหลังการศึกษา พบว่ามีสองข้อที่มีคะแนนเท่ากันคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทรบกวนเวลาสำหรับทำกิจวัตรประจำวันของท่าน ($\bar{X} = 3.40$) และการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลานอนหลับพักผ่อนไม่เพียงพอ ($\bar{X} = 3.40$) และข้อที่มีคะแนนต่ำสุดคือ การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ท่านมีเวลาในการดูแลสุขภาพร่างกายของท่านน้อยลง ($\bar{X} = 2.35$)

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว จำแนกตามรายบุคคล (n=20)

คนที่	คะแนนเฉลี่ยภาวะการดูแล						ผลต่างของคะแนนเฉลี่ย		
	ก่อนการทดลอง			หลังการทดลอง			ภาวะการดูแล		
	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม	อัตนัย	ปรนัย	รวม
1	4.25	4.08	4.17	3.50	3.75	3.63	0.75	0.33	0.54
2	4.00	4.25	4.13	2.83	3.42	3.13	1.17	0.83	1.00
3	4.00	4.50	4.25	2.83	3.50	3.17	1.17	1.00	1.08
4	3.83	3.83	3.83	3.00	2.83	2.92	0.83	1.00	0.91
5	4.17	3.67	3.92	2.67	2.75	2.71	1.50	0.92	1.21
6	4.25	4.00	4.13	2.92	2.58	2.75	1.33	1.42	1.38
7	3.75	4.08	3.92	2.83	2.92	2.88	0.92	1.16	1.04
8	4.25	4.00	4.13	2.75	2.83	2.79	1.50	1.17	1.34
9	3.75	4.08	3.92	2.50	2.67	2.58	1.25	1.41	1.34
10	4.00	3.92	3.96	2.75	3.00	2.88	1.25	0.92	1.08
11	4.00	4.17	4.08	2.50	3.08	2.79	1.50	1.09	1.29
12	4.17	3.33	3.75	2.75	3.08	2.92	1.42	0.25	0.83
13	3.67	2.75	3.21	2.67	2.17	2.42	1.00	0.58	0.79
14	3.33	3.42	3.38	2.42	2.58	2.50	0.91	0.84	0.88
15	3.25	2.92	3.08	2.58	2.17	2.38	0.67	0.75	0.70
16	3.25	3.33	3.29	2.58	2.83	2.71	0.67	0.50	0.58
17	3.17	3.08	3.13	2.75	2.75	2.75	0.42	0.33	0.38
18	3.00	3.42	3.21	2.67	2.75	2.71	0.33	0.67	0.50
19	3.17	3.17	3.17	2.33	2.50	2.42	0.84	0.67	0.75
20	3.17	2.92	3.04	2.17	2.42	2.29	1.00	0.50	0.75
\bar{X}	3.72	3.65	3.69	2.70	2.83	2.77	1.02	0.82	0.92

จากตารางที่ 8 พบว่าคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรายบุคคล ทั้งภาวะเชิงอัตนัย ภาวะเชิงปรนัยและภาวะโดยรวม หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ($\bar{X} = 2.70, 2.83$ และ 2.77 ตามลำดับ) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทุกคน ($\bar{X} = 3.72, 3.65$ และ 3.69 ตามลำดับ)

ภาคผนวก ค

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาอิสระ (ตัวอย่าง)

1. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
(อยู่ในคู่มือการดำเนินโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว)
2. แบบวัดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. ตารางกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล)

คำชี้แจง เครื่องมือชุดนี้เป็นแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ประกอบด้วย 2 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย ในช่องข้อความ หรือเติม

ข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

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

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

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

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

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

<input type="checkbox"/> บิดา	<input type="checkbox"/> มารดา	<input type="checkbox"/> พี่
<input type="checkbox"/> น้อง	<input type="checkbox"/> สามี	<input type="checkbox"/> ภรรยา
<input type="checkbox"/> บุตร		
8. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....ปี.....เดือน

<input type="checkbox"/> พี่	<input type="checkbox"/> น้อง	
<input type="checkbox"/> สามี	<input type="checkbox"/> ภรรยา	<input type="checkbox"/> บุตร

ส่วนที่ 2 แบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง โปรดบอกถึงการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ ความรู้สึก และทัศนคติต่อไปนี้ของท่านที่เกิด

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 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.					
.....					
.....					
.....					
.....					
12. ท่านกังวลว่าต่อไปผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นอย่างไรหากไม่มีท่าน					

คำชี้แจง โปรดบอกถึงเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันต่อไปนี้ของท่านซึ่งเกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา แล้วทำเครื่องหมาย ลงในช่องด้านขวามือ

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

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

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (เครื่องมือกำกับการทดลอง)

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับ
โรคจิตเภท

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

ตารางที่ 9 แสดงกิจกรรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

วันที่	เวลา	ครอบครัว	กิจกรรม
15-19 ก.พ. 53	09.00-10.30 น. 10.30-12.00 น. 13.00-14.30 น. 14.30-16.00 น.	ครอบครัวที่ 1,5,9,13,17 ครอบครัวที่ 2,6,10,14,18 ครอบครัวที่ 3,7,11,15,19 ครอบครัวที่ 4,8,12,16,20	(ประเมินภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท) (pre-test) กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
22-26 ก.พ.53	09.00-10.30 น. 10.30-12.00 น. 13.00-14.30 น. 14.30-16.00 น.	ครอบครัวที่ 1,5,9,13,17 ครอบครัวที่ 2,6,10,14,18 ครอบครัวที่ 3,7,11,15,19 ครอบครัวที่ 4,8,12,16,20	กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
1-5 มี.ค.53	09.00-10.30 น. 10.30-12.00 น. 13.00-14.30 น. 14.30-16.00 น.	ครอบครัวที่ 1,5,9,13,17 ครอบครัวที่ 2,6,10,14,18 ครอบครัวที่ 3,7,11,15,19 ครอบครัวที่ 4,8,12,16,20	กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
8-12 มี.ค. 53	09.00-10.30 น. 10.30-12.00 น. 13.00-14.30 น. 14.30-16.00 น.	ครอบครัวที่ 1,5,9,13,17 ครอบครัวที่ 2,6,10,14,18 ครอบครัวที่ 3,7,11,15,19 ครอบครัวที่ 4,8,12,16,20	กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ

วันที่	เวลา	ครอบครัว	กิจกรรม
15-19 มี.ค.53	09.00-10.30 น. 10.30-12.00 น. 13.00-14.30 น. 14.30-16.00 น.	ครอบครัวที่ 1,5,9,13,17 ครอบครัวที่ 2,6,10,14,18 ครอบครัวที่ 3,7,11,15,19 ครอบครัวที่ 4,8,12,16,20	กิจกรรมที่ 5 การพัฒนา ทักษะทางสังคม (กำกับการศึกษา)
22-26 มี.ค.53	09.00-10.30 น. 10.30-12.00 น. 13.00-14.30 น. 14.30-16.00 น.	ครอบครัวที่ 1,5,9,13,17 ครอบครัวที่ 2,6,10,14,18 ครอบครัวที่ 3,7,11,15,19 ครอบครัวที่ 4,8,12,16,20	ประเมินภาวะการดูแลของ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (post-test)

ภาคผนวก ง

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
ใบอนุญาตของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา
โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลแปลงยาว

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา

ชื่อโครงการศึกษา การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะการดูแล

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลเปล่งยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

ชื่อผู้ศึกษา นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร นิสิตสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช แผนก ข
สถานที่ติดต่อผู้ศึกษา (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลเปล่งยาว 60 หมู่ 4 ตำบลวังเย็น อำเภอเปล่งยาว
จังหวัดฉะเชิงเทรา 24190

(ที่บ้าน) 56 หมู่ 7 ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา 24110

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

โทรศัพท์มือถือ 081-9496259 E-mail : nuch-kapim@hotmail.com

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการศึกษาก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษา มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานศึกษานี้ทำเพราะเหตุใด และเกี่ยวข้องกับอะไร กรุณาใช้เวลาในการอ่านข้อมูลต่อไปนี้อย่างละเอียดรอบคอบ และสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือ ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลา

2. โครงการนี้เป็นการศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3. วัตถุประสงค์ของการศึกษา คือ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

4. การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอิสระ แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จำนวน 20 ครอบครัว ได้จากการคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ที่ผู้ดูแลมีภาวะในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ระดับกลางขึ้นไปจนถึงมากที่สุด แล้วให้ลงนามยินยอมเข้าร่วมการศึกษา หลังจากนั้นดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว รายครอบครัวที่บ้าน สัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 60-90 นาที จนครบ 5 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ประกอบด้วยกิจกรรม ดังต่อไปนี้ การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค และการรักษา การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพและการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยผู้ศึกษาเดินทางไปที่บ้านของกลุ่มตัวอย่างทุกวันจันทร์-ศุกร์ วันละ 4 ครอบครัว ในช่วงเวลา 09.00-16.00 น. โดยทุกครอบครัวมีผู้ดูแลหลัก 1 คน ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน และสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน เข้าร่วมกิจกรรม หากพบปัญหาว่าผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยจิตเภทหรือสมาชิกในครอบครัวไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ให้นัดวันเสาร์หรืออาทิตย์ที่ทุกคนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ และมีการตอบแบบสอบถามจำนวน 3 ครั้ง ครั้งละไม่เกิน 30 นาที คือ ครั้งแรกเมื่อผู้ดูแลยินยอมเข้าร่วมการศึกษา ครั้งที่ 2 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ในสัปดาห์ที่ 5 และครั้งที่ 3 ภายหลังจากสิ้นสุดโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว 1 สัปดาห์ คือในสัปดาห์ที่ 6

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

6. ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวมีสิทธิ์ปฏิเสธเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้จะไม่มีผลต่อการได้รับบริการหรือการรักษาที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเคยได้รับแต่ประการใด

7. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนให้แก่กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษา

8. ผลการศึกษาจะถูกนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลที่เกี่ยวกับผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว จะออกเป็นรหัสและผลการศึกษาที่ตีพิมพ์จะไม่มีชื่อของผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว

9. ในการเข้าร่วมการศึกษานี้ จะไม่เกิดอันตรายหรือความเสี่ยงกับกลุ่มตัวอย่าง หากจะมีประโยชน์ในการเข้าร่วมศึกษา คือ จะช่วยลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลได้ และจะเป็น ประโยชน์ทางวิชาการคือพัฒนาแนวทางในการจัดรูปแบบการบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้ดูแลและสังคมได้

10. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้โดยสามารถติดต่อผู้ศึกษาได้ตลอดเวลา ตั้งที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ด้านบน และหากผู้ศึกษามีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการศึกษา ผู้ศึกษาจะแจ้งให้ท่านทราบอย่างรวดเร็ว

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

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา.....

ข้าพเจ้าชื่อ(นาย/นาง/นางสาว).....ซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ ได้ทราบจากผู้ศึกษาชื่อ นางนงนุช คะพิมพิภบาลบุตร ที่อยู่ 56 หมู่ 7 ตำบลปากน้ำ อำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา 24110 โทรศัพท์ 081-9496259 ขอแสดงความยินยอมและลงนามเข้าร่วมโครงการ ซึ่งได้รับทราบรายละเอียดและเข้าใจวัตถุประสงค์ ประโยชน์และความไม่สะดวกที่อาจจะเกิดขึ้นระหว่างเข้าร่วมโครงการในช่วงสัปดาห์แรกถึงสัปดาห์ที่ 5 ข้าพเจ้าทราบดีว่ามีสิทธิ์ที่จะแจ้งขอออกจากการศึกษา ก่อนที่การศึกษาจะสิ้นสุดลงได้ โดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบายใด ๆ และจะไม่เกิดผลกระทบใด ๆ ต่อประโยชน์ที่ข้าพเจ้าและครอบครัวพึงได้รับ โดยผู้ศึกษารับรองว่าจะเก็บข้อมูลที่ ได้จากการศึกษาเป็นความลับ และจะเปิดเผยเฉพาะข้อมูลสรุปผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น โดยจะไม่ปรากฏทั้งชื่อผู้ดูแล ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมโครงการตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษา

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 และรับสำเนาเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการศึกษาและสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

.....
สถานที่/วันที่.....
ลงนามผู้เข้าร่วมศึกษา.....
สถานที่/วันที่.....
(นางนงนุช คะพิมพิภบาลบุตร)
ลงนามผู้ศึกษาหลัก.....
สถานที่/วันที่.....
(.....).....
ลงนามพยาน

โครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลแปลงยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา

หลักการและเหตุผล

ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลสูครอบครัวแล้ว ยังคงมีความต้องการการดูแลจากครอบครัว เนื่องจากพบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ได้เองโดยไม่มีผู้ดูแล สืบเนื่องมาจากยังคงหลงเหลืออาการหรือความพร่องในด้านต่าง ๆ รวมทั้งเรื่องการเจ็บป่วยที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่องและตลอดไป เป็นเหตุให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้ดูแลเกือบทุกเรื่อง ครอบครัวของผู้ป่วยจึงต้องเข้ามารับบทบาทใหม่ในฐานะผู้ดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ที่ทำหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ทำให้การปฏิบัติตัวของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกว่า การดูแลผู้ป่วยเป็นความรับผิดชอบของตน และเป็นสาเหตุให้ผู้ดูแลเกิดการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ดูแลต้องใช้เวลา แรงงานในการดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ซึ่งถือว่าเป็นงานที่หนัก ปัญหาและความยุ่งยากในการดูแลเป็นเหตุให้ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์การดูแลผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทว่าเป็นภาระในการดูแลแห่งตน

จากการทบทวนปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลแปลงยาว พบว่าส่วนใหญ่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีภาระการดูแลเกือบทั้งสิ้น โดยดูจากประวัติผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาล ซึ่งมักป่วยซ้ำหรือมารับยาไม่ต่อเนื่อง โรงพยาบาลแปลงยาวจึงเห็นความสำคัญของปัญหาที่เกิดขึ้น จึงได้จัดทำโครงการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขึ้น เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท และช่วยแก้ปัญหาเกี่ยวกับผลกระทบที่เกิดกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในอำเภอแปลงยาว โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีเป้าหมายหลักคือให้ผู้ดูแลมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้การดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เพื่อลดภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช
3. เพื่อลดอัตราการกำเริบ และการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
4. เพื่อพัฒนาคุณภาพบริการงานสุขภาพจิตโรงพยาบาลแปลงยาว

เป้าหมาย

ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ครอบครัว

ดัชนีชี้วัด

1. ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังการดำเนินโครงการโดยใช้โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการดำเนินโครงการ
2. ผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80
3. ปัญหาการป่วยซ้ำ อาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท ไม่เกินร้อยละ 10

วิธีการดำเนินโครงการ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาดำเนินงานตามโครงการ ประกอบด้วยขั้นตอน 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

ขั้นติดต่oprสานงาน

1. ประชุมชี้แจง ประสานความร่วมมือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
2. นำเสนอโครงการต่อคณะกรรมการโรงพยาบาลให้ทราบถึงรายละเอียด ขั้นตอน วิธีการ ระยะเวลา ทรัพยากรที่ต้องใช้เพื่อพิจารณาอนุมัติ
3. จัดประชุมกลุ่มหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่ออธิบายรายละเอียดและประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการต่อผู้รับบริการ ประชาชน เพื่อขอความร่วมมือ และให้มีส่วนร่วมในโครงการ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นดำเนินโครงการ

1. ประกาศแจ้งให้ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วยรับทราบ และรับสมัครเข้าร่วมโครงการที่คลินิกสุขภาพจิตและยาเสพติด
2. ระยะเวลาการให้โปรแกรม แจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ ให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมการศึกษา และวัดระดับภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ก่อนให้โปรแกรม
3. ระยะเวลาดำเนินโปรแกรม มี กิจกรรม 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม
 - สัปดาห์ที่ 1 กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ
 - สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา
 - สัปดาห์ที่ 3 กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย
 - สัปดาห์ที่ 4 กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ
 - สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะทางสังคม

4. ระยะติดตามผลหลังโครงการ เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยการวัดด้วยแบบวัดเดิม เช่นเดียวกับ
ระยะก่อนการให้โปรแกรม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสรุปการดำเนินโครงการ

นำเสนอผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลแปลงยาว จากแบบวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะเวลาดำเนินการ กุมภาพันธ์ - กันยายน 2553

งบประมาณ

งบประมาณที่ใช้ จากเงินบำรุงโรงพยาบาลประจำปี 2553

- ค่าถ่ายเอกสารคู่มือสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท (สำหรับผู้ดูแล) 50 เล่ม ๆ ละ
50 บาท จำนวน 2,500 บาท
- รวมงบประมาณ 2,500 บาท (-สองพันห้าร้อยบาทถ้วน-)

การประเมินผล

ผลการดำเนินงาน จากการเปรียบเทียบโดยการวัดภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิต
เภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. มีแนวทางให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนโดยใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
ครอบครัวในการดูแลครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
2. ลดภาวะในการดูแลในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ลดอัตราการกำเริบ และการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
4. พัฒนาคุณภาพบริการงานสุขภาพจิตในโรงพยาบาลแปลงยาว

ลงชื่อ.....ผู้เขียนโครงการฯ

(นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร)

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ลงชื่อ.....ผู้เห็นชอบโครงการฯ

(นางอาภรณ์ วงษ์ภาษ)

หัวหน้าพยาบาล

ลงชื่อ.....ผู้อนุมัติโครงการฯ

(แพทย์หญิงทิพวรรณ ไชยประการ)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลแปลงยาว

ประวัติผู้เขียนโครงการศึกษาอิสระ

นางนงนุช คะพิมพิภบาลบุตร เกิดวันที่ 26 กุมภาพันธ์ 2517 ได้รับประกาศนียบัตร
พยาบาลศาสตร์ จากวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี ปีการศึกษา 2539 ปัจจุบันทำงานใน
ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานสุขภาพจิตและยาเสพติด กลุ่มการพยาบาล
โรงพยาบาลเปล่งยาว จังหวัดฉะเชิงเทรา