

ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Effects of Psychoeducation on Relapse Preventive Behaviors in Schizophrenic Patients in Community

วันวิสา โพธิ์อ้อม (Wanwisa Phoim, R.N.)*

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (Oraphun Lueboonthavatchai, Ph. D., R.N.)**

Abstract

The objectives of this quasi – experimental research were to determine relapse preventive behaviors among schizophrenic patients before and after giving family psychoeducation and to compare relapse preventive behaviors of schizophrenic patients between the experimental group and control group. Research sample consisted of 30 schizophrenic patients in community. Sample were 15 in experimental group and 15 in control group. The instruments were family psychoeducation program and relapse preventive behavior questionnaires. The two instruments were tested for content validity by 5 professional experts and the questionnaires were test for reliability. The reliability of the total questionnaire was .82. Statistical techniques used in data analysis were mean, standard deviation and t-test (paired t-test and independent t-test)

The result of this study revealed that the relapse preventive behaviors of schizophrenic

patients in community after using family psychoeducation was significantly higher than before ($p < .05$) and the relapse preventive behaviors of schizophrenic patients in community after using family psychoeducation was significantly higher than that of schizophrenic patients who participated in the regular caring activities.

Keyword : family psychoeducation / relapse preventive behaviors / schizophrenic patients

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จำนวน 30 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือ เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของ

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบางคนที

** Corresponding Author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

E-mail: oraphun01@hotmail.com

ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน หาค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้ .82 และคูเดอร์-ริชาร์ดสันได้ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบ t-test

ผลวิจัยพบว่า คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงขึ้นหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ : สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเรื้อรังที่มีการเสื่อมถอยของการทำหน้าที่ (Puangsoi Worakul Med, 2007) โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบมากที่สุด มีกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้าน ความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัสและพฤติกรรม (พิเชษฐ อุคมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) เป็นกลุ่มของโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีลักษณะเฉพาะ คือมีอาการด้านบวกและด้านลบ (ธีระ ลีลานันทกิจ, 2550) ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อแรงกดดันด้านชีวิตรของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคม (สันชัย วสุนธรา, 2547) และมีอัตราการกำเริบสูง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548)

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังยังขาดความรู้และทักษะที่จำเป็นในการจัดการกับ

พฤติกรรมที่เป็นปัญหาทำให้เกิดการป่วยซ้ำของตนเองอยู่ (Gulseren,Turgut,Yaprak & Kultur, 1999) แนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คือ การป้องกันอาการทางจิตไม่ให้กำเริบ (Shepherd et al., 1989) โดยมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำที่เหมาะสม(สุนิสสา พันธุ์สงวนสุข, 2550) ซึ่งจากการศึกษาของ Meijel, et al. (2003) พบว่าพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติในการดูแลตนเอง3 ด้านคือ 1)การจำแนกอาการเตือนให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุดเป็นการลดผลกระทบช่วยลดความรุนแรงของอาการและลดการเกิดอาการเช่นเดียวกันในอนาคต อาการเตือนเป็นการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นและมีสุขภาพจิตเสื่อม การจำแนกอาการเตือนได้สามารถป้องกันอุบัติการณ์การป่วยซ้ำได้ถ้าสามารถตรวจพบอาการที่บ่งบอกการกลับเป็นซ้ำได้รวดเร็ว 2)การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเตรียมความพร้อมเพื่อการดำรงชีวิตเพื่อไม่ให้ป่วยซ้ำ เป็นความสามารถในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ (เพชร คันธสายบัว, 2544: 29) 3) การใช้ยาที่ถูกต้อง เพชร คันธสายบัว (2549) ศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในด้านการไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษาทำให้การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำภายใน 2 ปี การใช้ยาที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท มีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Lindstrom and Bingefors, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรมต่างประเทศพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการสร้างเสริมสุขภาวะที่ดี โดยการให้ความรู้ผู้ป่วย ญาติและครอบครัวเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเข้ารักษาซ้ำ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา และการเตรียมผู้ป่วยให้สามารถเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ให้ผู้ป่วยเกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการหรือพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ ลดการกลับเป็นซ้ำลง (Christine Rummel Kluge et al., 2006) จากการศึกษาของเฮิร์ตและคณะ (Herz, Lamberti, Mintz, et al., 2000) ที่ได้ศึกษาโปรแกรมที่ป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยการสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับการจำแนกอาการเตือนที่ผิดปกติแก่ผู้ป่วยจิตเภทแบบกลุ่มผู้ป่วยและแบบกลุ่มครอบครัวในแผนกผู้ป่วยนอกพบว่ากลุ่มทดลองมีจำนวนป่วยซ้ำร้อยละ 39 น้อยกว่ากลุ่มควบคุมที่มีจำนวนผู้ป่วยซ้ำร้อยละ 73 จากเหตุผลและความสำคัญดังที่ได้กล่าวมา ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ที่ดัดแปลงและปรับปรุงจากโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของแอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson, Hogerty, & Reiss, 1980) มาใช้ในการเสริมสร้างพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดย

การให้ครอบครัวเข้ามามีหุ้นส่วน (partnership) มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยนำผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกกิจกรรม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวที่พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของแอนเดอร์สัน และคณะ (Anderson, Hogerty, & Reiss, 1980) เป็นรูปแบบการให้ความรู้ในการปฏิบัติตนสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (partnership) เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเป็นรูปแบบของการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษาการยอมรับปัญหานั้นไปสู่ความสามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และยังรวมถึงการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) ดังนั้นผู้ศึกษาได้ค้นคว้าและทบทวนแนวคิดต่างๆ ที่จะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ จึงได้เลือกกรอบของโปรแกรมการให้ความรู้แก่

ครอบครัว โดยมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิตที่เป็น สาเหตุของโรค การรักษาการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัวการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ทักษะสังคม (social skills) และทักษะการติดต่อสื่อสาร (communication skills) ซึ่งรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ที่ได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson, Hogerty, & Reiss, 1980) มีกิจกรรมในการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิตแก่ครอบครัวโดยเน้น 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว 2) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยา 3) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท 4) การพัฒนาทักษะการเผชิญปัญหาความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม

สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา
2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

คำจำกัดความ

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว เป็นการดำเนินการกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้นเพื่อให้ความรู้และฝึกทักษะแก่ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของแอนเดอร์สันและคณะ

(Anderson, Hogerty, & Reiss, 1980) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย และสามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (copingskills) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support)

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ คือ กิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เน้นการจำแนกอาการเตือน การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง ปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทั้งในขณะที่พักติและเมื่อเกิดภาวะการเจ็บป่วย วัดพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ Meijel, et al. (2003) ประกอบด้วยข้อคำถามที่ถามอาการต่างๆ 3 ด้าน คือ 1) การจำแนกอาการเตือน 2) การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหา 3) การใช้ยาที่ถูกต้อง หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หมายถึง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามเกณฑ์ ICD-10 ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทที่เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชและได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่ในชุมชน มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การ

ไฉ่ยีน การพูด

การพยาบาลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลวิชาชีพประจำสถานบริการสาธารณสุขในชุมชน จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชน ได้แก่ การให้คำแนะนำตามปัญหาการดูแลของผู้ดูแลเมื่อผู้ดูแลขอคำแนะนำ การแนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) แบบการศึกษาสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The pretest-posttest control group design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1 คน และผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัว 1 คน อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี เลือกแบบเฉพาะเจาะจงโดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติในเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท 2) เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางจิตโดยแบบประเมิน Brief Psychotic Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน 3) ไม่มีปัญหาในการติดต่อสื่อสาร เช่น การไฉ่ยีน การพูด 4) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี 5) ยินดีให้ความ

ร่วมมือในการวิจัยครบ 30 คนแล้วประเมิน BPRS เลือกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนจากการประเมินไม่เกิน 30 คะแนน จากนั้นแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 15 คน กลุ่มควบคุม 15 คน ได้มาจากการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามสะดวก (Convenience Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองแบ่งเป็น 3 ประเภท

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยใช้แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson, Hogerty, & Reiss, 1980) ประกอบด้วย การให้ความรู้ครอบครัว และให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหาการสอนวิธีการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง เป็นแบบประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สร้างขึ้นโดยศูนย์ที่จรัญสวรรค์ (2536) ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ เป็นคำถามด้านบวก 16 ข้อ ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และ ไม่ใช่ และแบบวัดการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา ผู้วิจัยได้นำมาจากแบบวัดความเครียดของดวงรัตน์ แซ่เตียวตามแนวคิดของจาโลวicz (Jalowicz, 1983) ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ 13 ข้อ

3. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจากแบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทของพัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์ (2549) โดยลักษณะคำถามเป็นแบบให้เลือกคำตอบและเติมคำจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วยตั้งแต่ครั้งแรกถึงปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมป้องกัน การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยผู้วิจัยได้ศึกษาพัฒนามาจากแนวคิดของไมเจลและคณะ (Meijel, et al., 2003) ในด้านการจำแนกอาการเตือน และพัฒนาจากแบบสอบถามของเพรริกันธสายบัว (2544) ในด้านการดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมจำนวน 14 ข้อ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนแห่งโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรีผู้วิจัยแนะนำตนเองชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จุดประสงค์ของการวิจัยขั้นตอนการดำเนินการ และระยะเวลาของการวิจัยแก่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายบุคคล และชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้ทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับและไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างและนำเสนอในภาพรวมหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

ขั้นตอนการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลอง เตรียมผู้วิจัย โดยศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของ

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เตรียมเครื่องมือขอพิจารณาจริยธรรมที่โรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี เตรียมผู้ช่วยในการทำกิจกรรมกลุ่มจำนวน 1 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ เตรียมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโดยศึกษาประวัติจากเวชระเบียนเพื่อคัดเลือกลักษณะตัวอย่างตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงจุดประสงค์และกิจกรรม ประเมินอาการทางจิต (BPRS) ประเมินความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test) นัดหมายการทำกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นตอนการ ดำเนินการ ดำเนินการทดลองผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตามที่กำหนดโดยกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติและกลุ่มทดลองได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวย โดยจัดกิจกรรมที่บ้านผู้ป่วย ดังรายละเอียดดังนี้ **กลุ่มทดลอง** พบกับผู้ป่วยตามเวลาที่นัดหมาย ให้การพยาบาลโดยใช้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยมีรายละเอียดดังนี้ แบ่งการดำเนินกิจกรรมผู้ป่วยวันละ 7-8 ครอบครัวย แบ่งการดำเนินกิจกรรมในช่วงเช้า 3-4 ครอบครัวย ช่วงบ่าย 3-4 ครอบครัวย ใช้เวลาทดลองทั้งสิ้น 2 สัปดาห์ประกอบด้วย 5 กิจกรรมกิจกรรมละ 45-60 นาที โดยครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1 ครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2 ครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 3 และ 4 ครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 5

ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูล สัปดาห์ที่ 2 หลังเสร็จสิ้นการทดลองประเมินด้วยเครื่องมือกำกับการทดลอง ประเมินความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาและการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย (Post-test) และเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลแสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดในงานวิจัยนี้ กลุ่มควบคุม

ได้รับการพยาบาลตามปกติจากแผนกสุขภาพจิต และจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี คือให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายกลุ่มและรายครอบครัว ผู้วิจัยประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (post test)

การเก็บรวบรวมข้อมูล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Pre-test) โดยวัดก่อนเข้ารับโปรแกรมและประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Post-test) หลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ในสัปดาห์ที่ 2 ของการดำเนินกิจกรรม

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) เปรียบเทียบความแตกต่างระหว่าง ค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลองกับ หลังการทดลอง โดยใช้การทดสอบค่าที (Paired

t-test) และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย จิตเภท ในชุมชนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 ราย เคยเข้ารับการ รักษาในโรงพยาบาล 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย มีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.3 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มีจำนวน 12 ราย คิดเป็นร้อยละ 40.0 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา มีจำนวน 13 ราย คิดเป็นร้อยละ 43.3 ระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตเวชอยู่ในช่วง 1-10 ปี มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 สถานภาพโสด มีจำนวน 20 ราย คิดเป็นร้อยละ 66.6 ส่วนใหญ่ว่างงาน มีจำนวน 19 ราย คิดเป็นร้อยละ 63.3

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและ หลังการทดลอง ของกลุ่มทดลอง (Paired-t test)

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนทดลอง (n=15)		หลังทดลอง (n=15)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
ด้านการจำแนกอาการเตือน	11.00	1.30	16.27	3.28	14	-5.52	.00
ด้านการดูแลตนเองในการเผชิญปัญหา	10.20	2.00	15.40	2.50	14	-5.70	.00
ด้านการใช้ยา	11.80	1.91	18.20	3.00	14	-5.75	.00
รวม	33.00	3.85	49.87	4.53	14	-9.24	.00

จากตารางที่ 1 พิจารณาโดยรวมพบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ก่อนทดลองเท่ากับ 33.00 และหลังการทดลองเท่ากับ 49.87 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ พบว่าหลังการทดลองค่าเฉลี่ยของ

คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) คือคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองอยู่ในระดับสูงกว่าก่อนการทดลอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง (Independent t-test)

พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท	ก่อนทดลอง (n=15)		หลังทดลอง (n=15)		df	t	p-value
	$\bar{X}$	S.D	$\bar{X}$	S.D			
ด้านการจำแนกอาการเตือน	16.27	3.28	13.80	2.56	28	2.29	.030
ด้านการดูแลตนเองในการเผชิญปัญหา	15.40	2.50	11.47	2.80	28	4.05	.000
ด้านการใช้จ่าย	18.20	3.00	13.00	3.00	28	4.74	.000
รวม	49.87	4.53	38.27	4.38	28	7.12	.000

จากตารางที่ 2 พิจารณาโดยภาพรวม พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติหลังการทดลองเท่ากับ 38.27 คะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหลังการทดลองเท่ากับ 49.87 เมื่อนำมาเปรียบเทียบกับ พบว่าหลังการทดลองพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกัน

การอภิปรายผล

1. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองระหว่างก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว สูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรม

ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลอง สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงขึ้น โดยได้ศึกษาแนวทางการจำแนกอาการเตือนของไมเจลและคณะ (Meijel, et al., 2003) และการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของเพชรี คันธสายบัว (2544) 2 ตัวแปร คือ การดูแลตนเองด้านการเตรียมเผชิญปัญหาและการใช้ยาที่ถูกต้อง โดยจัดกิจกรรมที่ 1 เป็นการอธิบายเกี่ยวกับลักษณะครอบครัวและปัญหาพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในครอบครัวหรือปัญหาอื่นในครอบครัว เพื่อร่วมกันค้นหาแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตและการใช้ยา ยังเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้รับรู้เกี่ยวกับสถานะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เสริมสร้างให้มีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในส่วนของกิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ทราบถึงปัจจัยเสี่ยงอาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อยและปัจจัยอื่นๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคจิตเภท นอกจากนี้ในกิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียดสามารถหลีกเลี่ยงสถานะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งทำให้สามารถเลือกใช้ชีวิตที่เหมาะสมกับ

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา มีความสามารถในการดูแลตนเอง (ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) สำหรับในกิจกรรมที่ 5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งรวมถึงการพัฒนาทักษะทางสังคมในเรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายและการตอบสนองที่เหมาะสม รวมถึงเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแลหรือการขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม (เพชรี คันธสายบัว, 2544) จะเห็นได้ว่าในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวทั้ง 5 กิจกรรมแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำได้ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านจำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองในการเผชิญปัญหา และด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง

2. พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่ากลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ผลการเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว มีคะแนนพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติสามารถอธิบายได้ว่าการนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson, Hogerty, & Reiss, 1980) มาสร้างเป็นสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งประกอบด้วยการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ข้อมูลกับผู้ป่วยให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยมากขึ้น และสามารถพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของตนเอง (Chien, Kam, & Lee, 2001) ในการดูแลประกอบด้วยการสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992; พัทรี ปัญจะโรทัยและเพ็ญพักตร์ อุทิศ, 2553) การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย การส่งเสริมสัมพันธภาพในครอบครัว การรับฟังสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การช่วยเหลือในด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น การจัดการกับอาการทางจิต ได้แก่ การสังเกตอาการเตือน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทได้มีสัมพันธ์กับผู้อื่น ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์ ส่งเสริมการพัฒนาทักษะทางสังคมทางด้านการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การแสดงความคิดและความรู้สึก ที่ถูกต้องเหมาะสมเป็นการสื่อสารทางบวกซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพจิต

ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและลักษณะพฤติกรรมการป่วยซ้ำของตนเอง นับเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในการลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ จะเห็นได้ว่าการนำแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของแอนเดอร์สันและคณะ (Anderson, Hogerty, & Reiss, 1980) มาสร้างเป็นสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนร่วมกับการศึกษาค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวกับพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำทั้ง 3 ด้านดังที่ได้กล่าวไว้ในข้อที่ 1 ทำให้กลุ่มทดลองได้รับการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำเพิ่มขึ้นมีผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ การพัฒนาทักษะในการจำแนกอาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือนหรือปัญหาที่เกิดขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ไม่สามารถปรับตัวในการเข้าสังคม และอาจเกิดความขัดแย้งในครอบครัวได้ ด้วยเหตุผลดังกล่าวจึงทำให้พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ทั้งก่อนและหลังการได้รับการพยาบาลตามปกติ จากเหตุผลดังกล่าวเห็นได้ว่า การนำแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมาใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทั้ง 5 กิจกรรม โดยการนำทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมทุกขั้นตอนในการดำเนินกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแผนกสุขภาพจิตและจิตเวชที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับผิดชอบ ควรจะนำการให้

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุติธรรมป้องกัน การป่วยซ้ำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็น รายกลุ่มหรือรายครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ ผู้ป่วยมีความรู้ สามารถดูแลตนเองด้านการ จำแนกอาการเตือน ด้านการดูแลตนเองด้านการ เตรียมเผชิญปัญหาและด้านการใช้ยาที่ถูกต้อง นอกจากนี้ผู้บริหารควรนำผลการวิจัยไปร่วมกัน วางแผนการพยาบาลกับพยาบาลในหน่วยงานที่ เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำ ที่ถูกต้อง

2. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการ ติดตามประเมินพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังสิ้นสุดกิจกรรมอย่าง เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจในการดูแล ตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมในการป้องกันการป่วย ซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. ควรมีการทำวิจัยเพื่อศึกษาผลของ สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุติธรรมป้องกัน การป่วยซ้ำของผู้ป่วยทางจิตเวชอื่นๆ ด้วย เพื่อ เปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง กลุ่มอื่น ว่ามีพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำแตกต่าง กันอย่างไรบ้างและมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการเกิด พฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเวชใน แต่ละโรค

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความกรุณา จากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุวัชชัย ที่ให้ความรู้ คำแนะนำ ชี้แนะแนวทางในการทำ วิทยานิพนธ์ และให้กำลังใจที่มีคุณค่าในการ

ขอกราบขอบพระคุณคณาจารย์คณะพยาบาล ศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่เป็น กำลังใจให้เสมอมา กราบขอบพระคุณผู้ทรง คุณวุฒิทุกท่านที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ เครื่องมือและให้ข้อเสนอแนะเป็นอย่างดี ขอขอบ พระคุณกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูล และได้มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ ครั้งนี้ ประสบผลลุล่วงไปด้วยดี จัดการอุปสรรค ในการทำวิทยานิพนธ์นี้ ผู้วิจัยกราบขอบพระคุณ อย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

รายการอ้างอิง

- ธีระ ลีถำนันทกิจ, พิเศษฐ อุดมรัตน์, และชูศรี เกิดพงษ์บุญโชติ. (2542). *ศึกษาผลของ โครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทใน ประเทศไทย*.
- พัชรีย์ ปัญจะโรทัยและเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2553). การใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวยุติธรรมต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24 (ฉบับพิเศษที่ 1), 160-173.
- พิเศษฐ อุดมรัตน์ และ สรยุทธ วาสิกันานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมือง การพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปร จำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย.
- สุนิสสา พันธุ์สงวนสุข. (2550). *การศึกษาการใช้ โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม*

- ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์.
โครงการศึกษา อีสระ พยาบาลศาสตร
มหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและ
จิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- สันชัย วสุนธรา. (2547). จิตเภท. กรุงเทพมหานคร:
ห้างหุ้นส่วนสามัญนิติบุคคล.
- Anderson, Hogerty, & Reiss. (1980). Family
Treatment of Adult Schizophrenic Patients:
Psychoeducational Approach. *Schizophrenia
Bulletin*, 6(3), 490-505.
- Christine Rummel-Kluge, Gabriele Pitschel-Walz,
Josef Bauml, & Werner Kissling. (2006).
Psychoeducation in Schizophrenia-Result
of Survey of All Psychiatric Institution in
Germany, Austria and Switzerland. *Schizo-
phrenia Bulletin*, 32(4), 765-775.
- Gulseren, L., Turgut, S., Yaprak, S., & Kultur, S.
(1999). Socialmetric psychodramatic group
therapy process with a group of schizophrenia
patients' family members. *Turkish Journal of
Psychiatry*, 10, 325-331.
- Herz, M. I., Lamberti, J. S., Mintz, J., et al. (2000).
A program for relapse prevention in
schizophrenia: a controlled study. *Archives
General Psychiatry*, 57, 277-83.
- Meijel, V. B., Gaag, V. D. M., Kahm, S. R., et al.
(2003). Relapse Prevention in Patients with
schizophrenia. *Archives of Psychiatric
Nursing*, 17, 117-125.
- Puangsoi Worakul Med. (2007). *Effects of
Psycho-educational Program on Knowledge
and Attitude upon schizophrenia of schizo-
phrenic patient's Caregivers*. Department of
Psychiatry Faculty of Medicine Chulalong-
korn University.
- Williams, C. A. (1989). Patient education for people
with schizophrenia. *Perspectives in Psychiatric
Care*, 25, 14-21.