

ผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

The Effect of Psycho education Activity Focusing on Skill Training on Social Functioning of Schizophrenia Patients in Communityพัฒนี ศรีโอษฐ์¹, ปาสินี โทอินทร์²Phatane Srioat¹, Pasinee Thoin²

(Received: June 7,2021; Accepted: August 30,2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ระหว่างกลุ่มที่ทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ทำกิจกรรมการดูแลตามปกติ โดยใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ แอดเดอร์สัน และแนวคิดการฝึกทักษะในด้านการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยาของไลเบอร์แมน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด และผู้ดูแล 40 คน โดยจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษามีกิจกรรมทั้งหมด 6 ครั้งๆ ละ 45-60 นาที ได้แก่ 1) การมีส่วนร่วมทางสังคม 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล 3) การมีกิจกรรมทางสังคม 4) กิจกรรมนันทนาการ 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง 7) การจ้างงาน/อาชีพ ส่วนกลุ่มควบคุมทำกิจกรรมการดูแลตามปกติ เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม ถึงสิงหาคม 2562 เครื่องมือวิจัย ได้แก่ กิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา แบบประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม แบบวัดทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา ซึ่งผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหา ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบค่าที่ด้วย Independent t-test และ Paired t-test

ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาหลังการทดลอง ($\bar{X} = 105.75$, S.D. = 5.21) สูงกว่าก่อนการทดลอง ($\bar{X} = 101.01$, S.D. = 6.28) และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value = 0.00) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ ($\bar{X} = 103.20$, S.D. = 5.01) สูงกว่ากลุ่มที่ทำกิจกรรมการดูแลตามปกติ ($\bar{X} = 98.85$, S.D. = 6.02) และไม่มี ความแตกต่าง การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม มองเห็นคุณค่าในตนเององไวซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และหน่วยงานบริการสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ทางสังคมให้ดียิ่งขึ้น

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภท สุขภาพจิตศึกษา ฝึกทักษะ ชุมชน

Abstract

This research was a quasi-experiment design. The objective of this research was to compare the effect pre-post of psycho education activity focusing on social skill training for schizophrenic patients in community and compared between of psycho education activity on social skill training for schizophrenic patients in community focusing on social skill training normal. The sample consisted of forty schizophrenic patients receiving services in outpatient department, Tumbom Banped Hospital, who met the inclusion criteria, were matched pair and then randomly assigned to experimental group and control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the psycho education activity focusing on skill training for six times composed of group activities 45-60 minutes twice a week to improve social functioning. Research instruments were: 1) The psycho education activity focusing on social skill training, 2) The Communication interpersonal, and 3) The social activity. 4) Recreation activity. 5) Ability in self-care. 6) Effective in self-care. 7) Employment/Career. The control group received the psycho

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่นคณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข

education activity in normal. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Cronbach's Alpha coefficient reliability of the two latter instruments was 0.94 and 0.90, respectively. The independent t-test and Paired t-test was used in data analysis.

Major findings were as follows: The social functioning of schizophrenic patients in community who received the psycho education activity focusing on skill training was significantly higher than that before ($p < .05$), and the social functioning of schizophrenic patients in community who received the psycho education activity focusing on skill training was significantly higher than those who received regular caring activities ($p < .05$).

Keyword: social functioning, schizophrenic patients in community, psycho education activity, focusing on skill training

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้เป็นส่วนใหญ่ของโรคทางจิตเวช โดยพบร้อยละ 40-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด อุบัติการณ์การเกิดโรคจิตเภททั่วโลก มีผู้เป็นโรคจิตเภทคิดเป็นอัตราป่วย 7 ต่อ 1,000 คน และยังพบว่า มีอัตราการเกิดโรคประมาณ 1.4-1.6 ต่อพันคน ต่อปี^[1] ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไทย โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากเป็นอันดับ 1 ที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2561-2563 จำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัด กรมสุขภาพจิต คิดเป็นอัตรา 845, 778, 664 ต่อประชากรแสนคน^[2] ส่วนมากมักแสดงอาการครั้งแรกระหว่างอายุ 18-25 ปี^[3] ลักษณะอาการทางจิตที่สำคัญ คือ ประสาทหลอนและหลงผิด^[4] ส่วนพฤติกรรมการฆ่าตัวตาย พบได้ร้อยละ 40 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และร้อยละ 10 มักฆ่าตัวตายสำเร็จ^[5] การดำเนินของโรคจิตเภท มีอัตราการกำเริบสูงถึงร้อยละ 50-70 สูงกว่าโรคจิตอื่นๆ^[6] และ 1 ใน 3 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งหมดสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติเช่นเดิม ถ้าระยะการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสั้นๆ แต่ 1 ใน 3 มีประวัติการกลับมารักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต ส่วนที่เหลือจะมีอาการเรื้อรัง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีความผิดปกติของความคิด เช่น ความคิดไม่ต่อเนื่อง (incoherence) มีความคิดหลายๆ อย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว (flight of ideas) มีความผิดปกติด้านอารมณ์ เช่น อารมณ์ไม่เหมาะสม อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ เช่น พูดเรื่องเศร้าจะหัวเราะ หรือมีความผิดปกติในด้านการรับรู้ความจริง เช่น อาจมีอาการประสาทหลอนทางหูหรือเห็นภาพหลอน มีความผิดปกติด้านการสื่อสาร

และมีพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากคนปกติ เช่น นั่งนิ่งๆ นานๆ หลายชั่วโมง การตัดสินใจไม่ดีทำให้แสดงออกทางพฤติกรรมไม่เหมาะสม โดยที่ความรู้สึก เขาวนปัญญา ยังปกติ ไม่พบความผิดปกติในด้านความทรงจำระยะยาว แต่ความสามารถในการเรียนรู้และการแก้ปัญหาจะลดลงตามระยะเวลาที่เป็นโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความเสื่อมของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ต่างๆ ของร่างกาย โดยจะเสื่อมลงเล็กน้อยในระยะ 5 ปีแรกของการเจ็บป่วย จนกระทั่งถึงปีที่ 10 สมรรถนะจะเสื่อมลงอย่างมาก ผู้ป่วยจะมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราวส่งผลกระทบต่อความสามารถ ในการดำเนินชีวิต ก่อให้เกิดความบกพร่องในหน้าที่ทางสังคมและหน้าที่การงาน^[7,8] เนื่องจากพบว่าสมองส่วนเป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ ก่อให้เกิดการตีตราความทุกข์ทรมานและภาวะอันตรายต่อผู้ป่วยเองและต่อญาติหรือผู้ดูแล รวมทั้งอาจก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคม จากสถานการณ์ปัจจุบันที่มีเหตุการณ์สะเทือนขวัญความรุนแรงที่เกิดขึ้นทั้งในครอบครัวหรือกับประชาชนทั่วไปโรคจิตเภทเป็นสาเหตุอันดับต้นของการเจ็บป่วยด้วยโรคทั้งหมดที่ทำให้ผู้ป่วยไร้ความสามารถและตายก่อนเวลาอันควร จากดัชนีชี้วัดปัญหาสุขภาพ หรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) พบว่า ปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน 15 อันดับโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะมีสัดส่วนร้อยละ 20 ในเพศชายและร้อยละ 15 ในเพศหญิง โดยภาวะโรครวมของประเทศไทยมีสัดส่วนจำนวนปีที่เสียชีวิตก่อนวัยอันควรต่อจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการเท่ากับ 2:1 ภาวะการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวชเป็น

ส่วนสำคัญของภาระโรคจากความเจ็บป่วยหรือพิการ (Years Lived with Disability)

นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อประเทศชาติทำให้รัฐต้องเสียงบประมาณในการนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาสำหรับประเทศไทยต้องประสบกับการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากโรคจิตเภทถึงร้อยละ 21 ของการเจ็บป่วยทั้งหมดจากสถิติข้อมูลย้อนหลัง ปี พ.ศ. 2558, 2559, 2560, 2561, 2562 มีผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปิด จำนวน 37, 44, 50, 56, 59 ราย^[9] ที่มารับการรักษาและรับยาอย่างต่อเนื่อง จะเห็นได้ว่ามีอัตราการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการเข้าไปสำรวจข้อมูลในชุมชนและการทำสนทนากลุ่ม พบว่า มีหลายปัจจัยที่ทำให้มีการเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นเรียงลำดับจากมากไปหาน้อยที่สุด 1) ญาติไม่มีความรู้และความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2) ความบกพร่องในการทำหน้าที่ทางสังคม 3) อาการกำเริบการกลับเป็นซ้ำคิดเป็นร้อยละ 4) ขาดคนดูแลอย่างใกล้ชิด ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า การดูแลตนเองการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การมีสัมพันธภาพกับครอบครัวและผู้อื่น การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม แยกตัวอยู่ตามลำพังไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและร่วมกิจกรรมในชุมชน มีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน ขาดประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาทางสังคมมีปัญหาด้านการปรับตัวขาดความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และไม่สามารถวางแผนหรือจัดการกับการใช้เวลาว่างของตนเองได้อย่างเหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ Ran et al.^[10] ที่ทำการศึกษาเกี่ยวกับการทำหน้าที่ด้านการงานของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานเพิ่มขึ้นการไม่มีงานทำ จะส่งผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการพยากรณ์ของโรค ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาการทำหน้าที่ทางสังคมเพิ่มขึ้นการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทตามรูปแบบของ Birchwood et al.^[11] เป็นความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองอย่างอิสระ และความสามารถในการปรับตัวทางสังคมจากการศึกษาทั้งในและต่างประเทศ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น ไม่อาบน้ำ ไม่สวมใส่เสื้อผ้า ไม่รับประทานอาหารเช้า กลางคืนไม่ยอมนอน ขาดความใส่ใจในเรื่องการรับประทานยา ไม่รับประทานยาหรือแอบทิ้งยา ซ่อนยาหรือลี้มรับประทานยา และด้านการมีกิจกรรมพักผ่อนหย่อนใจใช้เวลาว่างไม่เหมาะสมส่วนใหญ่ใช้เวลาไปกับ การนอนและอยู่คนเดียวมากเกินไป^[12] ด้านความสามารถในการปรับตัวทางสังคม เช่น มีความผิดปกติด้านความคิดมีปัญหาการสื่อสารกับผู้อื่นพูดจาสับสน สัมพันธภาพระหว่างครอบครัวและบุคคลอื่นไม่ดีไม่ร่วมกิจกรรมต่างๆกับครอบครัวไม่ออกไปสังสรรค์นอกบ้าน ปฏิเสธการร่วมกิจกรรมทางสังคม บางครั้งมีอาการไม่สอดคล้องกับความคิดร้องตะโกนในที่สาธารณะ ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ทำร้ายตนเองและผู้อื่น^[13] ด้านอาชีพการทำงาน พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการว่างงานสูงขึ้นจากร้อยละ 20 ในปี 1999 เป็นร้อยละ 33 ในปี 2009^[10] ได้รับค่าจ้างต่ำกว่าปกติ

พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรที่มีบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบให้การปฏิบัติกรพยาบาลและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป การที่ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไป อาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการปรับตัวสัมพันธภาพกับผู้อื่นในสังคมลดลง สูญเสียการทำหน้าที่ทางสังคม การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นผู้ที่มามีบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท^[14] การส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภท เกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต มีความหวัง มีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใย และเข้าใจส่งผลให้มีความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ดีขึ้น^[15] ครอบครัวจึงเป็นแหล่งประโยชน์ที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องเข้ามามีบทบาทหน้าที่ในการดูแลและส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการกำเริบซ้ำเมื่อกลับสู่ชุมชน^[16]

จากการทบทวนวรรณกรรมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ในต่างประเทศส่วนใหญ่จะมุ่งเน้นที่

การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ส่วนการบำบัดทางจิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะมุ่งเน้นการฝึกทักษะทางสังคมและการฝึกอาชีพสำหรับประเทศไทยจากการศึกษาพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษาจนเกิดการยอมรับและสามารถจัดการกับอาการที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้และมีการปรับพฤติกรรมในการดำเนินชีวิตและทำให้ผู้ป่วยจิตเภทให้ความร่วมมือในการรับประทานยามากขึ้น^[17] ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยาจะส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสมสามารถลดอาการทางจิตและลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมมากขึ้น^[18] การใช้กลุ่มสนับสนุนและให้ความรู้ถือว่าเป็นการพยาบาลที่มีรูปแบบที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแลทำให้ผู้ดูแลสามารถประเมินสถานการณ์ให้ตรงหรือใกล้เคียงกับความเป็นจริง รู้จักเลือกวิธีการที่ต้องเหมาะสมในการจัดการกับปัญหาและสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพผลลัพธ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญคือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่ชุมชนและทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้นการส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิตมีความหวังมีคุณค่ามีคนต้องการมีคนห่วงใยและเข้าใจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเชื่อมั่นในการทำหน้าที่ทางสังคมของตนเองได้ดีขึ้น^[15]

ผู้วิจัยสนใจที่จะพัฒนากิจกรรมสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการฝึกทักษะตามแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty & Reiss^[20] มาใช้ร่วมกับการฝึกทักษะ ตามแนวคิดการฝึกทักษะในด้านการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยา^[16] เพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ

2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะกับกลุ่มที่ทำกิจกรรมการดูแลตามปกติ

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รูปแบบวิธีวิจัย เป็นแบบสองกลุ่มวัดก่อนหลังทดลอง กลุ่มทดลองได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่ม ส่วนกลุ่มควบคุม ได้รับการดูแลตามปกติ

ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย (ICD-10) อาศัยอยู่ในชุมชนและผู้ดูแล

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด จังหวัดขอนแก่น จากการสุ่มแบบเจาะจงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยคัดเลือกจากทะเบียนประวัติของผู้ป่วยจิตเภทและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดไว้ดังนี้ มีอายุระหว่าง 20-49 ปี ทั้งชายและหญิง ไม่มีโรคจิตเวชอื่นๆ และมีอาการคงที่และมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน ไม่มีโรคทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม สามารถฟัง พูด เขียน ภาษาไทยได้ยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ กิจกรรมสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พัฒนามาจากรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาของแอนเดอร์สัน และคณะ^[20] ที่เน้นการฝึกทักษะมีการดำเนินทั้งหมด 6 กิจกรรม โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นเวลาติดต่อกัน 3 สัปดาห์ แต่แต่ละครั้งใช้เวลา 45-60 นาที ดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและการให้ความรู้

เรื่องโรคจิตเภทกิจกรรมที่ 2 การจัดการกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท กิจกรรมที่ 3 การฝึกทักษะการบริหารและจัดการยา กิจกรรมที่ 4 การฝึกทักษะทางด้านสังคม กิจกรรมที่ 5 การเผชิญความเครียดและการผ่อนคลายความเครียด กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง กิจกรรมที่ 7 กิจกรรมที่พัฒนาขึ้นได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งมีความเห็นตรงกันทั้ง 3 ท่าน และแก้ไขตามข้อเสนอแนะ จากนั้นไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติเหมือนกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างในการทดลอง จำนวน 10 คน แล้วมีการปรับปรุงให้สมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลเป็นแบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล 2) แบบประเมินทักษะการทำหน้าที่ทางสังคม (Social Functioning Scale) (SFS) ของ Birchwood et al.^[11] โดยแบบประเมินวัดการทำหน้าที่ทางสังคมในด้านต่างๆทั้งหมด 7 ด้าน คือ 1) การมีส่วนร่วมทางสังคม 2) การสื่อสารระหว่างบุคคล 3) การมีกิจกรรมทางสังคม 4) กิจกรรมนันทนาการ 5) ความสามารถในการพึ่งพาตนเอง 6) ประสิทธิภาพในการพึ่งพาตนเอง 7) การจ้างงาน/อาชีพถ้าทำงานหรือมีรายได้ ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค 0.94 และ 0.90 ตามลำดับ

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง ดังนี้

3.1 แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การประเมินผลภายหลังการเสร็จสิ้นตามกิจกรรมสอนสุขภาพจิตศึกษาผู้ป่วยในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ 20 คะแนนหรือร้อยละ 70 ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.85 และค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.90

3.2 แบบประเมินการจัดการกับอาการทางจิตและการบริหารและจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและทักษะการบริหารและจัดการยาภายในระยะเวลา 1 เดือนที่ผ่านมาของผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยนำดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรง

ตามเนื้อหาได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.92 ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยจาก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เอกสารเลขที่ IRB-BCNKK-12-2020 ผู้วิจัยได้ชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ การตอบรับและปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยไม่มีผลการรักษาและรับบริการต่างๆ จะเก็บความลับผลการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

ขั้นตอนการทดลอง โดยมีขั้นตอนการทำกิจกรรม ดังนี้

ขั้นที่ 1 ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยศึกษาเอกสารตำรา งานวิจัยที่เกี่ยวข้องเตรียมเครื่องมือของจริยธรรมที่วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น เตรียมกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเป็ด โดยศึกษาจากประวัติเวชระเบียน แล้วจับคู่กลุ่มตัวอย่างและจับฉลากเพื่อจัดเข้ากลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยา (Pre-test) ผู้วิจัยแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ กิจกรรมนัดหมาย และการดำเนินกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ระยะดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งตามที่กำหนด โดยกลุ่มควบคุมได้ทำกิจกรรมการดูแลตามปกติ กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาตามกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะตามวันเวลาที่กำหนด โดยมีการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมกิจกรรมละ 45-60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้งติดต่อกัน 3 สัปดาห์ โดยมีเครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทและแบบประเมินการจัดการกับอาการทางจิต และการบริหารและจัดการยาของผู้ป่วยจิตเภท โดยดำเนินการทดลองตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2562 ถึง สิงหาคม 2562

ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผลการทดลอง การเก็บรวบรวมข้อมูลเมื่อครบกำหนด 1 สัปดาห์ หลังการทดลอง คือสัปดาห์ที่ 4 ผู้วิจัยประเมินการทำหน้าที่ทางสังคมและประเมินทักษะการจัดการกับอาการและการบริหารจัดการยาของกลุ่มทดลอง (Post-test) และแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า

สิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่าง เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลแสดงความคิดเห็น และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดในงานวิจัยนี้ และกลุ่มควบคุมได้รับการติดตามปกติ ได้รับการประเมินการทำหน้าที่ทางสังคม (Post- test) เพื่อไม่ให้ขัดต่อจริยธรรมในมนุษย์ผู้วิจัยได้นัดหมายการลงกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะในเวลาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การทดสอบค่าที (Paired t- test) และใช้สถิติที (Independent t- test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=20)

คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน	\bar{X}	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	101.01	6.28	ปานกลาง	19	5.24	0.00
หลังการทดลอง	105.75	5.21	ดี			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	98.98	6.18	ปานกลาง	19	1.53	0.05
หลังการทดลอง	98.85	6.02	ปานกลาง			

*p-value < 0.05

2. ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม (\bar{X} =103.20, S.D. = 5.01) ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ทำกิจกรรมการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (\bar{X} =98.85, S.D. = 6.02) การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้ทำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ตาราง 2)

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

1. ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง (\bar{X} =101.01, S.D. = 6.28) และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (\bar{X} =105.75, S.D. = 5.21) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลอง (\bar{X} =98.85, S.D. = 6.02) สูงกว่าก่อนการทดลอง (\bar{X} = 98.98, S.D. = 6.18) แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ตาราง 1)

สังคมของผู้ป่วยจิต เภทในชุมชน	X	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	101.01	6.28	ปานกลาง	38	0.80	0.35
กลุ่มควบคุม	98.98	6.18	ปานกลาง			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	103.20	5.01	ปานกลาง	38	2.65	0.01
กลุ่มควบคุม	98.85	6.02	ปานกลาง			

*p-value < 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษานี้สามารถอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ค่าเฉลี่ยการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนทดลองของกลุ่มทดลอง (\bar{x} =101.01, S.D. = 6.28) และหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง (\bar{x} =105.75, S.D. = 5.21) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความรู้ในการดูแลตนเอง ส่วนการฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและทักษะการบริหารและจัดการยา การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดและฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีต่างๆ การหายใจและการนวดกดจุดคลายเครียดซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์และด้านจิตใจด้านควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น การทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้นกระบวนการกลุ่มที่ฝึกทักษะการสื่อสารช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันมีการให้ข้อมูลย้อนกลับและสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันการพัฒนาทักษะทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งสอดคล้องประเทือง ลอสุวรรณ และนภา จิรัฐจินตนา^[21] ที่ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า คะแนนภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวหลังการทดลองมีคะแนนต่ำกว่าก่อนการทดลอง และคะแนนภาวะในการดูแล

ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติร่วมกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีคะแนนต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ และสอดคล้องกับการศึกษาใหม่ของจรัสพร หอมจันทร์ดี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ^[22] พบว่า โปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน สามารถลดภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งภาระเชิงอัตนัยและภาระเชิงปรนัยได้

การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังทำกิจกรรมสอนสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะสูงกว่าก่อนทำกิจกรรมการสอนสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกเสริมทักษะ สำหรับกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง แต่คะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มนี้แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า ค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าเฉลี่ยของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนมีความรู้ในการดูแลตนเอง การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตและทักษะการบริหารและจัดการยาทำให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยสาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษาเกิดการยอมรับและสามารถจัดการกับ

ดังนั้น กิจกรรมการสอนสุขภาพจิตที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสมมองเห็นคุณค่าในตนเองคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และหน่วยงานบริการสามารถนำผลการวิจัยไปใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ทางสังคมให้ดียิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยจิตเวชเรื่องรังกลุ่มอื่นๆ ในชุมชนเช่นเดียวกันเพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยในผู้ป่วยโรคจิตเวชเรื่องรังกลุ่มอื่นว่ามีการทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเวชในแต่ละโรค

2. การวิจัยครั้งต่อไปอาจนำกิจกรรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะ โดยดำเนินการเป็นรายครอบครัว

อภิรักษ์หนึ่งในหลายๆ มชชชทมนต มนต เทเชตยกรรทเทหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่และมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีต่อกันถือเป็นการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมและแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการ และคณะผู้บริหารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้ รวมถึงขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพชุมชนบ้านเป็ด ผู้ป่วยจิตเภท และญาติในตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ขอขอบพระคุณรองศาสตราจารย์ ดร.กฤตยา แสงเจริญ และดร.ศรินทร์ฉันทพิมพ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ได้ให้ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมให้งานวิจัยฉบับนี้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

- [1] World Health Organization. Mental health: massive scale-up of resources needed if global targets are to be met. [cited 2018 June 6]. Available from: <https://www.who.int/news/item/06-06-2018-mental-health-massive-scale-up-of-resources-needed-if-global-targets-are-to-be-met>
- [2] ศูนย์สารสนเทศกองแผนงานกรมสุขภาพจิต. รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2563. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
- [3] Kring MA, Smith AD. Thenegativesymptoms of schizophrenia.In G.L. Castonguay& F.T.Oltmanns (Eds.) Psychopathology:From science to clinical practice. New York: ADivision of Guilford Publications, Inc; 2013.
- [4] American Psychiatric, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. (5th ed). Washington, DC: APA; 2013.
- [5] World Health Organization. Suicide in the world: global health estimates [Internet]. Brussels, 2019 [cited 2020 Dec 27]. Available from: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>
- [6] Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry (10th ed). Lippincott Williams and Wilkins: New York; 2011.
- [7] Dickerson F, Boronow JJ, Ringel N, Parente F. Social functioning and neurocognitive deficits in outpatients with schizophrenia: a 2-year follow-up. Schizophrenia Research 1999; 37(1): 13-20.
- [8] Wittorf A, Wiedemann G, Buchkremer G et al. Prediction of community outcome in schizophrenia 1 year after discharge from inpatient treatment. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2008; 258: 48-58.
- [9] เทศบาลตำบลบ้านเป็ด. รายงานสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภทเทศบาลตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น: เทศบาลตำบลบ้านเป็ด; 2562.
- [10] Ran MS, Chen S, Chen EY, Ran BY, Tang CP, Moa WJ, Hu SH. Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2010; 46(11): 1087- 93.

- [11] Birchwood M, Smith JJ, Cochrance R, Wetton S, Copestake S. The Development and Validation of a New Scale of Social Adjustment for use in Family Intervention Programs with Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 1996; 157: 853-859.
- [12] จิตวันต์ หงษ์กิตติยานนท์, อารยา ทิพย์วงศ์. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมกับคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลทหารบก* 2561; 19(พิเศษ): 487-494.
- [13] ณัฐจิญา โสพิศพรมงคล, รังสิมันต์ สุนทรไชยา. ผลของโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต* 2558; 29(1): 139-150.
- [14] ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ. ตำราการพยาบาลจิตเวชศาสตร์. ภาควิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: สแกนอาร์ค จำกัด; 2561.
- [15] Fadden G. Research Update: Psychoeducation family interventions. *Journal of Family Therapy* 1998; 20: 293-309.
- [16] Liberman R. Dissemination and adoption of social skills training: Social validation of evidence-based treatment for the mentally disabled. Los Angeles, CA: Grffen UCLA School of Medicine. Varcariolis (Ed.), Varcariolis 'foundation of psychiatric mental health nursing: A clinical approach (7th ed., pp.200-226). St. Louis, Missouri: Elsevier Saunders; 2006.
- [17] วิริญญา ไชยจันทร์. ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อทัศนคติต่อยาและความร่วมมือในการมาตรวจตามนัดครั้งแรกหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์ปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
- [18] Pitschel-Walz BJ, Bender W, Endel RR, Wagner M. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of Munich Psychosis Information Project Study. *Journal of Clinical Psychiatry* 2016; 67: 443-452.
- [19] Honkonen T, Saarinen S, Salokangas R. Deinstitutionalization and Schizophrenia in Finland II: Discharged Patients and Their Psychosocial Functioning. *Schizophrenia Bulletin* 1999; 25(3): 543-551.
- [20] Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DS. Family treatment of adult schizophrenia Patients: A Psychoeducation approach. *Shizophrenic Bulletin* 1980; 6(3): 490-505.
- [21] ประเทือง ลอสุวรรณ, นภา จิรัฐจินตนา. ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการเยี่ยมบ้านเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา* 2561; 12(2): 37-47.
- [22] จรัสพร หอมจันทร์ดี, เพ็ญนภา แดงค้อมยุทธ์. ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมที่เน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทชุมชน. *วารสารพยาบาลตำรวจ* 2562; 11(2): 433-443.
- [23] Gispen-de Wied CC. Stress in schizophrenia: an integrative view. *European Journal of Pharmacology* 2000; 405(1-3): 375-384.