

ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
The Effect of Psychoeducation Program on the knowledge of caregivers of
schizophrenia patients in the community.

(Received: December 17,2024 ; Revised: December 23,2024 ; Accepted: December 25,2024)

กุลยาณิชพงษ์ วงหนูพะเนา¹
Kunlayanitchaphong Wongnuphanao¹

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง ศึกษาหนึ่งกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่รับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนางรองซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ และครอบครัว จำนวน 22 คน โดยจับคู่ให้มีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ได้แก่ เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก กลุ่มทดลองได้รับการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา เป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา 2)แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล 3) แบบประเมินพฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษา วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ One-way Repeated Measure ANOVA.

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา, ความรู้ของผู้ดูแล, ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

Abstract

The current research endeavor was a quasi-experimental research study conducted with a sample group before and after the experiment. 1) The first objective of the study was to study the effects of the psychoeducation program on the knowledge of caregivers of patients with schizophrenia in the community and study sought to compare scores from the knowledge assessment of caregivers of patients with schizophrenia in the community before and after attending the psychoeducation program. The sample consisted of 22 caregivers of outpatients with schizophrenia in Nangrong Hospital who met the criteria and qualifications, along with their families. They were paired up based on similarities in qualifications as principal caregivers of patients with schizophrenia. The sample participated in the psychoeducation program for five weeks. The research tools were 1) the psychoeducation program and 2) the schizophrenia scale for caregivers, and 3) the medication adherence scale. Data were analyzed using One-way Repeated Measure ANOVA statistics.

The research results are as follows the knowledge scores of caregivers in the experimental group for patients with schizophrenia in the community. were significantly higher than before receiving the psychoeducation program at the statistical significance level of .05.

Key words: psychoeducation program, knowledge of caregivers, patients with schizophrenia in the community

บทนำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) คือ
ผู้ป่วยโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด

และพฤติกรรม ซึ่งเป็นความผิดปกติทางจิตเวชใน
กลุ่มโรคจิตที่พบบ่อยในบรรดาโรคทางจิตเวช
ทั้งหมด โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หาย¹และ

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานจิตเวชและยาเสพติด โรงพยาบาลนางรอง

ปัญหาสุขภาพจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ญาติ/ ผู้ดูแลและบุคคลในสังคมโดยเฉพาะโรคจิตเภท ก่อให้เกิดการตีตรา ความทุกข์ทรมาน สูญเสียความสามารถของผู้ป่วย รวมทั้งก่อให้เกิดภาวะอันตรายต่อชุมชนและสังคมปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาขึ้น โดยให้ผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวตนเองและให้ครอบครัวทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยดูแลและครอบครัว จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องพึ่งพา และมีความผูกพันกับครอบครัวอยู่มาก³ อ้างถึงใน⁴ และเน้นให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่กับผู้ดูแลในชุมชน⁵ และให้ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวรับหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องเมื่ออยู่ในชุมชน ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านร่างกาย จิตใจ ทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพามาพบแพทย์ตามนัด และการรับประชนยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องตามเกณฑ์การรักษา รวมทั้งการสังเกตอาการผิดปกติ อาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิต การหลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์ บุหรี่และสารเสพติดทุกชนิด รวมทั้งการประสานเครือข่ายทางสังคมปัญหาที่เจอคือ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มักมีอาการทางจิตเหลืออยู่ ยังมีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม การรับรู้ที่แตกต่างจากคนทั่วไป เช่นอาการทางบวกได้แก่หูแว่ว ประสาทหลอน พฤติกรรมรุนแรง หรืออาการทางลบ เช่น พูดน้อย แยกตัว การแสดงออกทางอารมณ์น้อย เป็นต้น⁶ มีการใช้สารเสพติด ร่วมกับการรับประชนยารักษาอาการทางจิตนานๆทำให้เกิดความเบื่อหน่าย แรงจูงใจในการรับประชนยาลดลง เมื่ออาการดีขึ้นผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมักเข้าใจผิดว่าหายจากโรคแล้ว สามารถหยุดรับประชนยารักษาอาการทางจิตได้ เกิดพฤติกรรมหยุดรับประชนยา ทั้งยา หรืออาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยเกิด

ความทุกข์ทรมานจึงเลือกรับประชนยารักษาอาการทางจิตแค่บางชนิด ส่งผลให้การรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตไม่มีประสิทธิภาพ อาการทางจิตกำเริบ เกิดผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ ครอบครัวและสังคมและสถานพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคที่ซับซ้อนมากขึ้น^{7, 8, 9} ไม่สามารถรับมือกับอาการทางจิตรุนแรงได้ และกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้นและไม่สามารถรับมือกับอาการทางจิตรุนแรงได้

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องมีความรู้เรื่องโรค และการรักษาโรคจิตเภทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องทั้งด้านการรับประชนยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับอาการผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข อาการทางจิตไม่กำเริบ และกรณีพฤติกรรมการรับประชนยาไม่ดีตามเกณฑ์การรักษาสามารถบริหารจัดการและส่งต่อเครือข่ายทางสังคมที่เกี่ยวข้องได้ ดังนั้นผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นส่วนสนับสนุนหลักในการส่งเสริมพฤติกรรม การรับประชนยาตามเกณฑ์การรักษาและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ในชุมชน^{10, 11} เพราะผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินโรคและพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท¹² ซึ่งการรับประชนยาต่อเนื่องถือว่ามี ความสำคัญในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ในชุมชน¹³

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญและเป็นหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นภาระที่หนัก เป็นงานที่จำเไม่มวันหยุด¹⁴ และพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนไม่มีความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและยาในการรักษา ผู้ดูแลและครอบครัวยังไม่พร้อมที่จะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ดูแลทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำ เพราะไม่ได้รับการดูแลที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่องเมื่อ

อยู่ในชุมชน¹⁵ ต้องประสบปัญหาต่างๆ โดยเฉพาะ การดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความอ่อนล้า ทางด้านร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ เนื่องจากต้อง เผชิญกับปัญหาเดิมๆ เป็นเวลาอันยาวนาน¹⁶ และเป็นภาระให้กับสังคม¹⁷

จากรายงานการวิจัยและวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีหลายปัจจัย ประกอบด้วยปัจจัยหลักคือ 1) ปัจจัยเรื่องความรู้เรื่องโรคและการรักษา¹⁸ พบว่าปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่รับประทายตามเกณฑ์การรักษา คือ การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา รวมทั้งผลกระทบจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรค การรักษา และผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตรวมทั้งทัศนคติเพราะความรู้จะช่วย ให้บุคคลพัฒนาความรู้และทักษะ และทัศนคติทางบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท¹⁸ 2) ปัจจัยเรื่องอายุ ระดับความสามารถในการดูแลเมื่ออายุมากขึ้นและลดลงเมื่อถึงวัยผู้ใหญ่ 3) เพศ จะมีความแตกต่างทางด้านสร้ระส่งผลต่อการดูแลผู้ป่วย 4) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย ระยะเวลาที่ยาวนาน จะส่งผลให้เกิดความชำนาญในการดูแล ในขณะที่ยวกันก็ส่งผลต่อความทุกข์ทรมาน ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ซึ่งเป็นภาระที่หนัก เป็นงานที่จำเจ ไม่มีวันหยุด¹⁹ 5) สัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วย ซึ่งสัมพันธภาพระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เป็นทักษะที่สำคัญในการเอาชนะอุปสรรคที่เกิดต่อการดูแลผู้ป่วย (6) การสนับสนุนทางสังคม จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจและเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ในการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีประสิทธิภาพ²⁰ 7) การใช้สารเสพติดทุกชนิด พบว่าผู้ดูแลที่ใช้สารเสพติดทุกชนิด ส่งผลให้ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนลดลงและเกิดปัญหาทั้งด้านสัมพันธภาพ เศรษฐกิจ จนไปถึงการทิ้งผู้ป่วยและหรือเกิดการ

เลียนแบบเพราะมีสิ่งเร้าและตัวกระตุ้นและผู้ป่วยจิตเภทใช้สุราหรือสารเสพติดอื่นส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมมารับประทายตามเกณฑ์การรักษาลดลงและการรักษาด้วยยารักษาอาการทางจิตไม่ได้ผลเท่าที่ควร เมื่อผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษาจะส่งผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตโดยทั่วไปในชุมชนทั้งการดำเนินชีวิตประจำวัน สังคม ครอบครัว ถ้าผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวเกิดการมองปัญหาเป็นระบบและเป็นส่วนหนึ่งของปัญหา ร่วมกันค้นหาสาเหตุแนวทางแก้ปัญหาและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ร่วมกันจะส่งผลให้เกิดพฤติกรรมอย่างต่อเนื่องและยาวนาน²¹

ดังนั้นหากผู้รักษาสามารถวินิจฉัยและให้การดูแลเบื้องต้นด้วยยาและการดูแลทางจิตสังคม ร่วมกับญาติผู้ดูแล มีการติดตามดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันการขาดยาจะสามารถช่วยลดความรุนแรงและช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติหรือใกล้เคียงปกติรวมถึงการส่งต่อเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เหมาะสมโดยการสนับสนุนจากเครือข่ายทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีในสังคมและเปลี่ยนภาระให้เป็นพลังของชาติ โดยในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังและมีความบกพร่องในการใช้ชีวิตมีการออกเอกสารรับรองความพิการเพื่อจดทะเบียนคนพิการทางจิต และจะช่วยเพิ่มโอกาสในการดูแลและฟื้นฟูผู้ป่วยอย่างเหมาะสม²² และการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษา และการที่ผู้ดูแลได้มีส่วนร่วมพบว่ามีประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมมารับประทายตามเกณฑ์การรักษาได้

ด้วยเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยในฐานะผู้ให้ การสนับสนุนและให้บริการทั้งในลักษณะช่วงเจ็บป่วย และช่วงปกติ นั้นจึงถือความรับผิดชอบทั้งเป็นกำลังสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพ สนับสนุน ให้ความรู้²³ จึงพบช่องว่างองค์ความรู้คือ การให้ความรู้แก่

ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยกระบวนการสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) ตามแนวคิดของ²⁴ ซึ่งมีกระบวนการให้คำปรึกษาที่เป็นระบบโดยนำผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตจึงสนใจพัฒนา “ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน” โดยใช้กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาเป็นระบบและขั้นตอนประกอบด้วยขั้นตอนต่างๆ 5 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การสร้างสัมพันธภาพ (Joining) 2) การพัฒนาความรู้ (education) 3) การฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา (problem solving skills) 4) การฝึกทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) และ 5) การสร้างเครือข่ายทางสังคม (social support) ประกอบด้วย 7 กิจกรรมจำนวน 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-3 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-120 นาที จนครบ 5 สัปดาห์จะส่งผลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาดีขึ้น ป้องกันอาการกำเริบซ้ำและใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุขได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. เพื่อเปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

สมมติฐานการวิจัย

1. ระดับคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา
2. พฤติกรรมการรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

วิธีการวิจัย

ประชากร ได้แก่ ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10)²⁶ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (F20.0-F20.9) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD10)²⁷ ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลนางรอง ซึ่งอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่มีอายุระหว่าง 20 ปีขึ้นไป จำนวน 22 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample Size) ในการวิจัยนี้คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 ค่า (ก่อน-หลัง) Two dependent means²⁸ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเครื่องมือในการวิจัย และคุณภาพของเครื่องมือ ประกอบด้วย 2 ส่วนคือ

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล เป็นแบบบันทึกเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งได้มาจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อรวบรวมข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวนครั้งที่ผู้ดูแลเข้ารับการอบรม (ครั้ง) เครือข่ายทางสังคมที่ให้การช่วยเหลือผู้ดูแล
2. แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เป็นแบบสอบถามจำนวน 26 ข้อ มี 4

ขอให้เลือก โดยให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยเลือกข้อที่ถูกต้องที่สุดเพื่อวัดความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง เป็นแบบสัมภาษณ์และแบบวัดความรู้เปรียบเทียบก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา วัดความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยการวิเคราะห์ความแตกต่างค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน (paired t -test) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$

2. เครื่องมือกำกับการทดลอง ได้แก่แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ²⁹ พัฒนาโดย³⁰ เพื่อใช้ประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลอง แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ³¹ พัฒนาโดย³² ซึ่งประกอบด้วย 5 ลักษณะ ได้แก่ ใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดยาเอง ใช้ยาอย่างถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ใช้ยาตรงตามเวลา โดยหากมีการผิดพลาดไม่ควรเกินสองครั้งต่อสัปดาห์หรือติดต่อกันสองมือ และใช้ยาถูกขนาดโดยไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์ ลักษณะเครื่องมือประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน ได้แก่ข้อที่ 1-9 เป็นด้านการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ถูกต้องตรงตามวัตถุประสงค์ใช้ยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเอง และข้อที่ 10-18 เป็นด้านความสามารถสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ใช้วิธีการสัมภาษณ์ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ เป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบอย่างละ 9 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8,

3. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา โดยใช้แนวคิดและกระบวนการสุขภาพจิตศึกษา ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับแนวคิดสุขภาพจิตศึกษา พัฒนาโดย Anderson และคณะ (1980)³³ กำหนดการศึกษา

เนื้อหาที่สำคัญในประเด็นที่ครอบคลุมโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยเน้นการเสริมสร้างความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2. โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation Program) โดยใช้กระบวนการสุขภาพจิตศึกษาศึกษา³⁴ ที่เน้นการให้ความรู้ครอบครัวและดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนครั้งนี้พัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยกิจกรรมในการศึกษาครั้งนี้พัฒนามาจากการทบทวนวรรณกรรมและการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ประกอบด้วย 7 กิจกรรม จำนวน 5 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 60-120 นาที รวมการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด 5 สัปดาห์

3. ผลการทดสอบเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและการหาความเชื่อมั่น พบว่ามีค่าความเชื่อมั่นดังนี้ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป (สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน) มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI=1 2) โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1 3) แบบวัดความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1 และค่าความเชื่อมั่น Reliability = .82

4. แบบประเมินพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิด³⁵ พัฒนาโดย³⁶ ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา CVI = 1 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ เท่ากับ .89

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์
โดยโปรแกรม SPSS

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics)
ได้แก่ จำนวน, ร้อยละ, ค่าเฉลี่ย (Means), ค่าส่วน
เบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD), ค่ามัธยฐาน (Median),
ค่า Percentile 25 - Percentile 75 (IQR) และ
ค่าสูงสุดต่ำสุด ในการบรรยายข้อมูลพื้นฐานทั่วไป
สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics)
กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$
เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ระหว่างก่อนกับหลัง
ให้โปรแกรม ภายในคนเดียวกัน ในกรณีที่มีข้อมูลมี

การแจกแจงแบบปกติ จะใช้สถิติ Paired t-test
แต่ถ้าข้อมูลแจกแจงไม่เป็นแบบปกติ จะใช้ สถิติ
Wilcoxon Signed Ranks test

จริยธรรมการวิจัย

ผ่านการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
โรงพยาบาลนางรอง เลขที่ NRC 2024-003 รหัส
โครงการที่ 3/2024 ลงวันที่ 28 มิถุนายน 2567 ถึง
27 มิถุนายน 2568

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) และการแปรผลคะแนนเฉลี่ยทั้งโดยรวมและ
รายด้าน ของความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (n =
22)

ประเด็น	Mean	SD	Median	Min	Max	การแปรผล คะแนนเฉลี่ย
ความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ดูแล						
ก่อนได้รับโปรแกรม	13.91	4.39	14.50	6	20	ปานกลาง
หลังได้รับโปรแกรม	23.55	1.01	23.50	21	25	มาก
พฤติกรรมการใช้ยาก่อนได้รับโปรแกรม						
ด้านการปฏิบัติ	3.13	0.53	3.00	2.44	4.78	ปานกลาง
ด้านความสามารถ	3.28	0.27	3.22	2.78	3.78	ปานกลาง
รวมพฤติกรรม	3.20	0.30	3.19	2.83	4.22	ปานกลาง
พฤติกรรมการใช้ยาหลังได้รับโปรแกรม						
ด้านการปฏิบัติ	4.78	0.14	4.78	4.44	5.00	ดีมาก
ด้านความสามารถ	4.82	0.13	4.78	4.44	5.00	ดีมาก
รวมพฤติกรรม	4.80	0.10	4.78	4.56	5.00	ดีมาก

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (n = 22)

ประเด็น	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	n	%	n	%
ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเภท				
ระดับความรู้ที่น้อยที่สุด 0-6	1	4.5%		
ระดับความรู้ที่น้อย 7-12	6	27.3%		
ระดับความรู้ปานกลาง 13-18	14	63.6%		
ระดับความรู้มาก 19-24	1	4.5%	18	81.8%
ระดับความรู้มากที่สุด 25 ขึ้นไป			4	18.2%
ระดับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา				
ด้านการปฏิบัติ				
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับต่ำ 1.50-2.49	2	9.1%		

ตารางที่ 2 ระดับความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา (n = 22)

ประเด็น	ก่อนได้รับโปรแกรม		หลังได้รับโปรแกรม	
	n	%	n	%
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง 2.50-3.49	17	77.3%		
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี 3.50-4.49	2	9.1%	1	4.5%
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก 4.50-5.00	1	4.5%	21	95.5%
ด้านความสามารถ				
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง 2.50-3.49	15	68.2%		
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี 3.50-4.49	7	31.8%	1	4.5%
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก 4.50-5.00			21	95.5%
รวมพฤติกรรม				
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับปานกลาง 2.50-3.49	19	86.4%		
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดี 3.50-4.49	3	13.6%		
ใช้ยาที่ถูกต้องระดับดีมาก 4.50-5.00			22	100%

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท และพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลัง ให้โปรแกรม (n = 22)

ประเด็น	ก่อนให้โปรแกรม		หลังให้โปรแกรม		Difference		p-value
	Mean	±S.D.	Mean	±S.D.	Mean	(95% CI)	
ความรู้เรื่องโรคจิตเภท	13.91	±4.39	23.55	±1.01	9.636	(7.798 ,11.475)	<0.001*
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์							
ด้านการปฏิบัติ	3.13	±0.53	4.78	±0.14	1.652	(1.424 ,1.879)	<0.001*
ด้านความสามารถ	3.28	±0.27	4.82	±0.13	1.545	(1.412 ,1.679)	<0.001*
รวมพฤติกรรม	3.20	±0.30	4.80	±0.10	1.598	(1.473 ,1.724)	<0.001*

p values from Wilcoxon Signed Ranks test, * Significant at the .05 level

จากตารางที่ 3 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท ระหว่างก่อนและหลัง ให้โปรแกรม พบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคจิตเภท ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยหลังการให้โปรแกรม ผู้ดูแลมีคะแนนความรู้สูงกว่าก่อนให้โปรแกรม เท่ากับ 23.55 ± 1.01 และ 13.91 ± 4.39 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ระหว่างก่อนและหลังให้โปรแกรม พบว่าคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ โดยหลังการให้โปรแกรมผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงกว่า

ก่อนให้โปรแกรมเท่ากับ 4.80 ± 0.10 และ 3.20 ± 0.30 ตามลำดับ

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 สามารถอธิบายได้ว่าการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ตามแนวคิด 37 พัฒนา โดย ใช้กระบวนการและทักษะโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาอย่างต่อเนื่อง 5 สัปดาห์ จำนวน 7 กิจกรรม สามารถทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีระดับความรู้มากขึ้น และผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการรับประทานยาตาม

เกณฑ์การรักษาดีขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ 38 ว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาส่งผลให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดีขึ้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความรู้ การฝึกทักษะการเผชิญปัญหาอย่างสร้างสรรค์ การสังเกตอาการเตือน ทักษะการดูแลและการจัด ยา รวมทั้งทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่าง สร้างสรรค์เชิงบวก เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับ ครอบครัวและการได้รับการดูแลสนับสนุนจาก เครือข่ายทางสังคม โดยมีเป้าหมายส่งผลให้ผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย การมี พฤติกรรมการรับประทานยาที่ถูกต้องตามเกณฑ์ การรักษาทั้งด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษาและ การจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการ ทางจิต และสามารถควบคุมลด ละ เลิก การใช้สุรา และสารเสพติด พบว่าการให้โปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษา ร่วมกับวิธีการรักษาด้วยยาที่มีอยู่สามารถลด การป่วยซ้ำและลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาใน โรงพยาบาลได้ 39 และใช้ชีวิตกับครอบครัวได้อย่าง ปกติสุข

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

ในการโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนพยาบาลจะต้องเป็นผู้มี

ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับอาการเรื่องโรคจิตเภท ยารักษาอาการทางจิตและอาการข้างเคียง การ ฝึกทักษะการจัดการกับปัญหา ทักษะการเผชิญ ปัญหา เครือข่ายทางสังคม (social support) รวมทั้งทักษะในการทำกลุ่มบำบัด เพื่อให้สามารถ นำความรู้ไปใช้ในการดำเนินกิจกรรมโปรแกรม สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป

1. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาติดตามผลของโปรแกรมสุขภาพจิต ศึกษาต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรมและ ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่ ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนำไปใช้จริงเมื่อกลับใน ชุมชนว่ามีความรู้ ความเหมาะสมต่อการส่งเสริมให้ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการรับประทาน ยาตามเกณฑ์การรักษา และสามารถควบคุมความ ออยากสุราและสารเสพติด และป้องกันการกลับเป็น ซ้ำได้เพียงใด

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบแบบสอง กลุ่มเพื่อหาแนวทางใหม่ๆผลผสมผสานในการดูแล ผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- 1.มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2558). จิตเวชศาสตร์ รามาธิบดี. (พิมพ์ครั้งที่ 4).กรุงเทพฯ; ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- 2.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาล ในเขต สุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวง สาธารณสุข.
- 3.นภากรณ์ พึ่งเกษมสุนทร.(2553). ผลของโปรแกรมบำบัดครอบครัวต่อภาวะการดูแล ของผู้ดูแลใน ครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะ พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- 4.กุลยาณิชพงศ วงหนูพะเนา และรัชนิกร อุปเสน. (2023) ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. วารสารพยาบาลทหารบก, 24(2), 106-113.

5. Gutierrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh D. Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2005;40:899-904
6. Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., & Baldessarini, R.J. (2006). Comorbid substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research*. 86, 251-255.
7. Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2007). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Williams & Wilkins. New York.
8. มารศรี ปาณิวัตร. (2548). บทบาทพยาบาลจิตเวช ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. รายงาน การศึกษา อีกระประัญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
9. กุลยาณีชพงศ วงหนูพะเนาว์ และรัชนิกร อุปเสน. (2023) ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรม การรับประทานยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 24(2), 106-113.
10. แหวดาว วงศ์สุรประกิต. (2549). การจัดการรายกรณีในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ถูกล่ามโซ่: กรณี ศึกษา. กลุ่ม งานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต.
11. สรินทร เชี่ยวโสธร และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๔๕). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภท ต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
12. อุมพร ตรังคสมบัติ. (2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว (Family therapy of family counseling)*. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิจัยและบำบัดครอบครัว
13. Gillmer, T. P., Dolder, C. R., Lacro, J. P., Folsom, D. P., Lindamer, L., Garcia, P., & Jeste, D. V. (2004). Adherence to treatment with antipsychotic medication and health care costs among Medicaid beneficiaries with schizophrenia. *The American Journal of Psychiatry*, 161(4), 692-699.
14. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา และ ปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ป่วยเรื้อรัง: ความเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม. *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.
15. ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล. *วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาล จิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล*.
16. กัญญา ศรีตะวัน และรัชนิกร อุปเสน. (2560). ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความเหนื่อยหน่ายของผู้ดูแลผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 18, 308-314.
17. กรมสุขภาพจิต. (2559). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ (ฉบับ พยาบาล/ นักวิชาการสาธารณสุข). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
18. Orem, D. E. (2001). *Nursing concepts practice* (6th ed.). St. Louis: Mosby-year book.
19. สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, และปิยะภรณ์ ไพรสนธิ์. (2557). ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง: กลุ่มเสี่ยงที่ไม่ควรมองข้าม *วารสารสภาการพยาบาล*, 29(4), 22-31.

- 20.แก้วตา มีศรี, เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2555;26(1):35-49
- 21.ชวนนท์ จันทรสุข.(2562). ผลของการให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบสั้นต่อพฤติกรรม การใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยโรคจิตเภท.วารสารพยาบาลทหารบก.กรุงเทพฯ: 2(3) พฤษภาคม-สิงหาคม.หน้า170-177.
- 22.กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2560). คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท สำหรับโรงพยาบาล ในเขตสุขภาพ (ฉบับพยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- 23.สายสมร เฉลยกิตติ, & ทิพย์ฉมพร เกษโกมล. (2015). การให้บริการปรึกษาทางสุขภาพ: การพัฒนาคุณภาพบริการพยาบาล. JOURNAL OF THE POLICE NURSES, 7(1), 253-262.
- 24.Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adultschizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophrenia Bulletin, 6(3), 490-505.
- 25.Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adultschizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophrenia Bulletin, 6(3), 490-505.
- 26.American Psychological Association. (1956). Division of Counseling Psychology, Committee on Definition.(1956). Counseling psychology as a specialty. American Psychologist, 11, 282-285
- 27.American Psychological Association. (1956). Division of Counseling Psychology, Committee on Definition.(1956). Counseling psychology as a specialty. American Psychologist, 11, 282-285
- 28.Chow, S.-C., Shao, J., & Wang, H. (2003). Sample Size Calculations in Clinical Research (2nd ed.). Chapman & Hall/CRC., 51 p.
- 29.Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. Irish Medication Journal, 92(6), 1-3.
- 30.สรินทร์ เขียวโสธร และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๔๕). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 31.Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. Irish Medication Journal, 92(6), 1-3.
- 32.สรินทร์ เขียวโสธร และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๔๕). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 33.Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adultschizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophrenia Bulletin, 6(3), 490-505.

34. Anderson, C. M., Hogarty, G. E., & Reiss, D. J. (1980). Family treatment of adultschizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6(3), 490-505.
35. Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6), 1-3.
36. สรินทร เชี่ยวโสธร และ จินตนา ยูนิพันธุ์. (๒๕๔๕). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. *วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*.
37. อินทกานต์ สุวรรณ, & สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2020). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของ ผู้ป่วยจิตเภทใน ชุมชน. *วารสารการพยาบาล จิตเวช และ สุขภาพ จิต*, 34(1), 152-162.
38. Ebtsam, H. S., Nefissa, M. A. K., Nadia, E.S., & Amany, A. M. (2018). Effect of Psycho educational Program on Improving of Medication Adherence among Schizo-phrenic Patients. *Journal of Nursing and Health Science*, 7(6), 69-79.