

ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรง
ของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

สุภาพร จันทร์สาม

โรงพยาบาลยโสธร

ผู้ประพันธ์บรรณกิจ: ployrungmom2@gmail.com.

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ดำเนินการเขตอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด ดำเนินการตั้งแต่ 1 ธันวาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2566 กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 24 คน แต่ละกลุ่มประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ จำนวน 6 คน 2) ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 คน และอสม. จำนวน 12 คน โดยกลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วม จำนวน 6 ครั้ง ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และแบบสอบถามเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.71 และความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.90 และเครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม. วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วย ด้วยสถิติ t-test และการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม โดยเทคนิควิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ (one way repeated-measure, ANCOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนในภาพรวมด้วยวิธีสมการการประมาณค่าทำนายทั่วไป (Generalized Estimating Equations; GEE) ผลการศึกษาพบว่า (1) ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง มีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรมหลังการทดลอง 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ (2) ครอบครัวและ อสม.ในกลุ่มทดลอง มีคะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมภายหลังสิ้นสุดโปรแกรม หลังการทดลอง 1 เดือน , 2 เดือน และ 3 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งควรนำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและ อสม.ไปปรับใช้ในพื้นที่อื่น และให้ความรู้ อสม. ญาติหรือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ โรคจิตเภท ครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุข

The effects of a family-involved and health volunteer-based mental health program on the severity of psychiatric symptoms in patients with substance use disorders

Supaporn Jansam

Yasothon Hospital

Corresponding author: ployrungmom2@gmail.com.

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to study the effects of a family and public health volunteer participatory care program on the severity of psychotic symptoms in schizophrenia patients who use substances. The sample groups used in the study included 1) 12 sedated schizophrenia patients, divided into an experimental group and a control group, 6 people per group, and 2) 6 families of schizophrenia patients and public health volunteers. There were 6 people ,community leader 6 people, divided into an experimental group and a control group. Each group consisted of 6 families of schizophrenia patients and 6 public health volunteers. The experimental group received a cooperative care program for families and public health volunteers. The control group will receive normal care. Tools used to collect data It is a form for assessing mental symptoms of schizophrenia patients at Phra Sri Mahaphot Hospital. and a questionnaire on attitude, knowledge, and skills in caring for schizophrenia patients at home and community that was checked for content validity by 5 experts using CVI were .71 and reliability alpha =.90. Data were analyzed by descriptive statistics, t-test , repeated measures analysis of variance (one way repeated-measure, ANCOVA) and Generalized Estimating Equations; (GEE) The results of the study found that (1) schizophrenia patients in the experimental group They had lower scores on mental symptoms than the control group after the end of the program after 3 months with statistical significance at the .05 level and (2) families and public health volunteers in the experimental group Scores of attitude, knowledge, and skills in caring for schizophrenia patients at home and community were higher than those in the control group after the end of the program, 1 month, 2 months, and 3 months after the experiment, with statistical significance at the .05 level.

Keywords : Schizophrenia, Family, Health volunteer

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 7 ต่อประชากร 1,000 รายหรือประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลก และพบเป็นอันดับ 1 ของโรคจิตเวชทั้งหมด⁽¹⁾ ทำให้สูญเสียสมรรถภาพ และก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก องค์การอนามัยโลก จัดให้เป็นหนึ่งในสามของโรคที่มีผลทำให้สูญเสียสมรรถภาพ (disabling effect) มากที่สุด ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขอย่างยิ่ง จากสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช พบผู้ป่วยที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2555-2556 พบว่า โรคจิตเภทมีจำนวนผู้ป่วยมากเป็นอันดับ 1 จากจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะความผิดปกติที่เกี่ยวกับความคิดร่วมกับความผิดปกติของอารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ บุคลิกภาพ และมีความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม⁽³⁾ ลักษณะการดำเนินของโรคมีความรุนแรงและเรื้อรัง มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70⁽⁴⁾ ทำให้เกิดผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ผู้ดูแลหรือครอบครัวสังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก⁽⁵⁾ เนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะทำให้การทำบุคคลสูญเสียความสามารถและประสิทธิภาพในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ตั้งแต่การดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับครอบครัว การเรียนหนังสือ การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม⁽¹⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ การพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขของพรประไพ แยกเต้าและคณะ⁽⁶⁾ โดยการอบรมให้ความรู้ และให้อาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการกำหนดรูปแบบและแบบฟอร์มการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน พบว่าเป็นวิธีการที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลตัวเองได้มากขึ้น สามารถอยู่ในชุมชนได้นานเกิน 3 เดือน ผู้เยี่ยมและผู้ได้รับการเยี่ยมมีความพึงพอใจ เป็นการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการร่วมกันดูแลผู้ป่วยจิตเวช ข้อเสนอแนะ ควรมีการดำเนินงานต่อเนื่อง โดยการพัฒนาความรู้ และทักษะแก่อาสาสมัครสาธารณสุข มีการควบคุมกำกับให้มี การดำเนินงานอย่างต่อเนื่องเป็นงานประจำ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ การศึกษาของดาวศิริ วิลามาศ⁽⁷⁾ ที่ได้ทำการศึกษาบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้านนาไร่ใหญ่ ตำบลเสนางคนิคม อำเภอเสนางคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ โดยอาสาสมัครสาธารณสุขเข้าร่วมแลกเปลี่ยนข้อมูลด้วยกัน วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการด้านการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทร่วมกัน ทำให้อาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนได้เรียนรู้ และเข้าใจถึงปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภท ตลอดจนการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีแผนการสอนในการฝึกอบรม 7 วัน ผลการศึกษาพบว่าด้านความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับโรคจิตเภทของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนเข้ารับการฝึกอบรมและหลังการฝึกอบรม พบว่าหลังการฝึกอบรมมีจำนวนอาสาสมัครมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทเพิ่มขึ้นทุกคน ด้านความพึงพอใจของอาสาสมัครสาธารณสุขในการเข้ารับการฝึกอบรม พบว่ามีความพึงพอใจมาก ไม่มีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีความไม่พึงพอใจด้านการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังสิ้นสุดการฝึกอบรม เมื่อประเมินผลการศึกษาพบว่าอาสาสมัครเข้ามามี ส่วนร่วมมากขึ้นในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

จากการที่ผู้วิจัยได้ดำเนินสนทนากลุ่มกับญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขในอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธร ในปี 2563 ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งที่ผ่านมามีครอบครัวและ อสม.ต่างคนต่างดูแลผู้ป่วยจิตเภทตาม

บทบาทของตนเอง แต่ไม่เคยที่จะมาดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกัน และยังพบว่าครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขบางคนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ขาดทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไม่สามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ยังไม่มีรูปแบบหรือแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือ ก้าวร้าว ญาติและชุมชนไม่ได้ให้ความสนใจในการดูแลผู้ป่วยการรับประทานยา ขาดการดูแลช่วยเหลือด้านจิตใจของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำเป็นๆหายๆ ผู้ป่วยขาดยา และอาการกำเริบ ประชาชนในชุมชนรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาของสังคม สร้างความเดือดร้อนให้ชุมชน จากความสำคัญและรายงานการศึกษาวิจัยรวมทั้งการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยมองเห็นความสำคัญของการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่องโดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้และลดการกลับเป็นซ้ำ การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

วิธีการศึกษา

1. **รูปแบบการวิจัย** เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่มแบบวัดซ้ำ (The Two Groups Repeated Measures Design) กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุขในหอผู้ป่วยสุขใจ โรงพยาบาลยโสธร

2. **ขอบเขตการวิจัย** ใช้พื้นที่เขตอำเภอเมืองยโสธร จังหวัดยโสธรเป็นพื้นที่ศึกษา ประชากรในการศึกษาและกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ จำนวน 12 คน ญาติในครอบครัว อสม.และผู้นำชุมชนที่ดูแล แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน⁽⁶⁾ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ ขอบเขตด้านเนื้อหาเป็นการใช้โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชน โดยการให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ เน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง พื้นที่ในการศึกษาคือหอผู้ป่วยสุขใจ โรงพยาบาลยโสธร โดยมีระยะเวลาในการศึกษา คือระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2565 ถึง 31 พฤษภาคม 2566

3. **กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา** โดยการเลือกจากประชากรที่มีคุณสมบัติในการคัดเข้า-คัดออกของการวิจัย (inclusion criteria) แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มๆ ละ 24 คน แต่ละกลุ่มประกอบด้วย 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ จำนวน 6 คน 2) ครอบครัวผู้ป่วย จำนวน 6 คน (ผู้ป่วย 1 คน ต่อญาติในครอบครัว 1 คน) และอสม. ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 คน (ผู้ป่วย 1 คน ต่อ อสม. 2คน) คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power ด้วยการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน กำหนดค่า effect size ที่ 0.8 ค่าความคาดเคลื่อนที่ (α) ร้อยละ 5 และอำนาจการทดสอบ (β) ร้อยละ 80 และคำนวณเพื่อตัวอย่างที่อาจออกจากการศึกษากลางคัน (drop out) ที่ร้อยละ 10 ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 24 ราย

การสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย

4. เครื่องมือการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 คือ แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภท ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัวต่อเดือน ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยในการดูแลผู้ป่วย ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเจตคติ ความรู้และทักษะเจตคติ จำนวน 10 ข้อ ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ จำนวน 14 ข้อ ด้านความรู้ 4 ข้อ ด้านทักษะ 10 ข้อ ด้านการจัดการอาการ จำนวน 15 ข้อ ด้านการบริหารยา จำนวน 5 ข้อ แบบสอบถามเป็นแบบวัดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ⁽⁷⁾

ชุดที่ 2 คือแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อฉบับพระศรีมหาโพธิ์ (Prasri Assessment Schizophrenia Scale : PASS 8) เป็นแบบประเมินอาการทางจิตที่มีความเที่ยง Cronbach's Alpha เท่ากับ 0.90 ให้ความสำคัญเพื่อค้นหาอาการที่มีในระยะ 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา การให้คะแนนพิจารณาจาก การสังเกตลักษณะของผู้ป่วยขณะสัมภาษณ์ รวมทั้งประวัติจากญาติ ผู้ดูแล มีข้อคำถาม 8 ข้อ ซึ่งแต่ละข้อมีระดับคะแนน 1-5 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข โดยผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของภัทรภรณ์ ทุ่งปิ่นคำ และคณะ⁽⁷⁾ ประกอบด้วย การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ภาพความเป็นจริงในปัจจุบันและความมุ่งหวัง “ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของเรา”
- ครั้งที่ 2 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน
- ครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 4 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกัน
- ครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาการ
- ครั้งที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

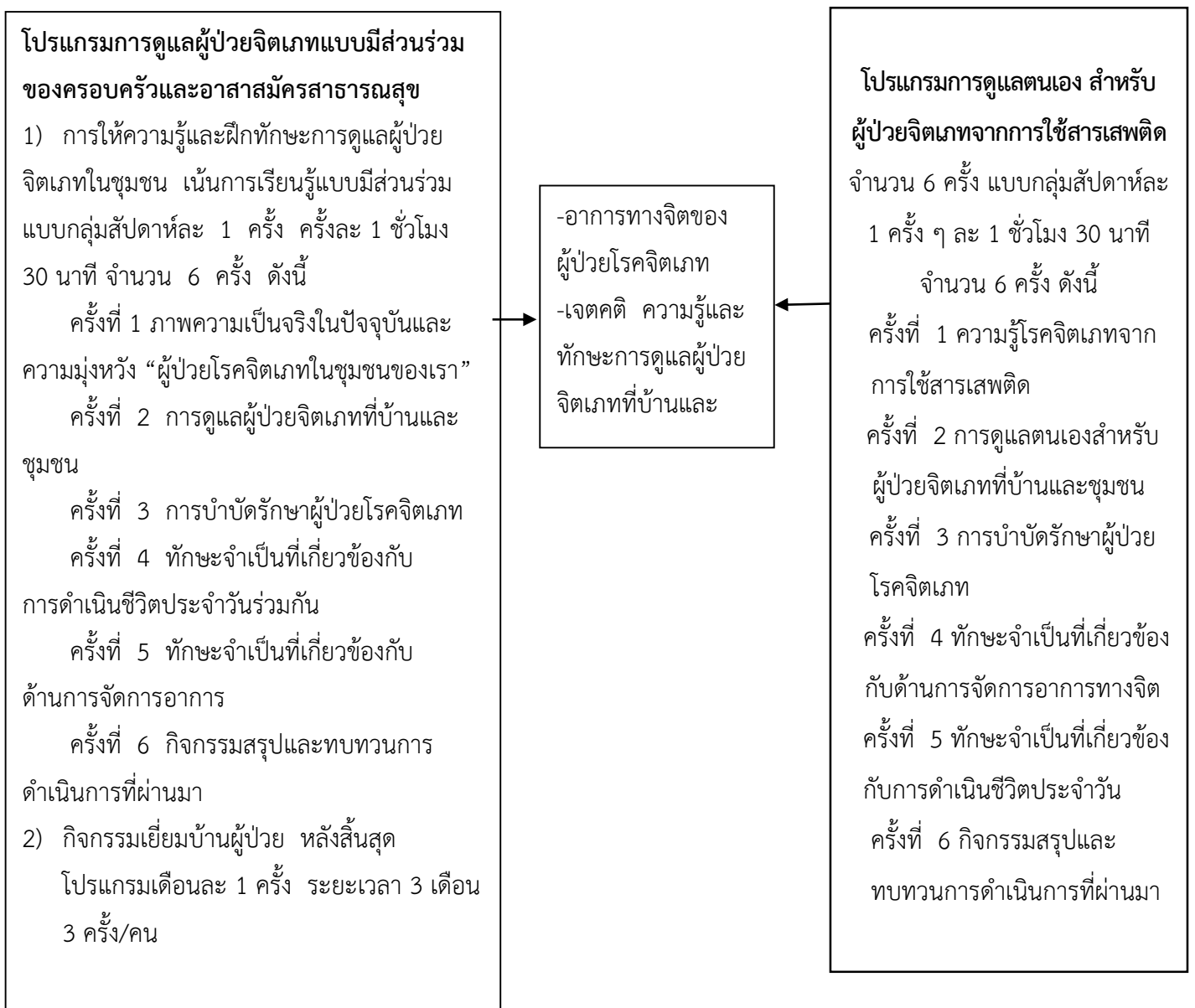
โปรแกรมการดูแลตนเอง สำหรับผู้ป่วยจิตเภทจากการใช้สารเสพติด จำนวน 6 ครั้ง แบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง ดังนี้

- ครั้งที่ 1 ความรู้โรคจิตเภทจากการใช้สารเสพติด
- ครั้งที่ 2 การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชน
- ครั้งที่ 3 การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 4 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับด้านการจัดการอาการทางจิต
- ครั้งที่ 5 ทักษะจำเป็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน
- ครั้งที่ 6 กิจกรรมสรุปและทบทวนการดำเนินการที่ผ่านมา

โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข มีการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญด้านวิชาการ ด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านชุมชน ด้านบริหารการพยาบาล จำนวน 5 คนได้ค่า IOC เท่ากับ .90

5. วิธีดำเนินการวิจัย

ได้ใช้แบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท 8 ข้อ (PASS 8) ฉบับโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่มีคะแนนตั้งแต่ 17 คะแนนขึ้นไป กับกลุ่มทดลอง และใช้โปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขกับ ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งขั้นตอนของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมี 6 ครั้ง ดังนี้⁽⁷⁾ คือ 1) การให้ความรู้และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเน้นการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมแบบกลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 ชั่วโมง 30 นาที จำนวน 6 ครั้ง 2) กิจกรรมเยี่ยมบ้านผู้ป่วย หลังสิ้นสุดโปรแกรมเดือนละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 3 เดือน 3 ครั้ง แล้วมีการติดตามประเมินเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแล หลังการให้โปรแกรมในช่วง 1 เดือน, 2 เดือน และ 3 เดือน ดังกรอบแนวคิดในการวิจัย รูปที่ 1



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัยผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อ ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติใช้

สถิติเชิงบรรยาย (Descriptive statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนค่าเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วย ด้วยสถิติ t-test และการวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยแต่ละช่วงเวลา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมภายหลังได้รับโปรแกรม โดยเทคนิค วิเคราะห์ความแปรปรวนร่วมแบบวัดซ้ำ (one way repeated-measure, ANCOVA) และวิเคราะห์ความแตกต่างของคะแนนในภาพรวมด้วยวิธีสมการการประมาณค่าทั่วไป (Generalized Estimating Equations; GEE)

7. จริยธรรมการวิจัย

โครงการวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลยโสธร เลขที่ YST 2022-34 ลงวันที่ 23 พฤศจิกายน 2565 และการเชิญอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัย จะมีการขอคำยินยอมก่อนเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

8. ผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.66 อายุเฉลี่ย 41.50 ปี อยู่ระหว่างอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 41.66 ผู้ให้การดูแลเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 41.66 เป็น ญาติพี่น้อง ร้อยละ 41.66 สำเร็จการศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 83.33 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 66.67 สถานภาพสมรส ร้อยละ 83.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ด้วยโรคนี้ 5 – 10 ปี ร้อยละ 58.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 10.67 ปี ส่วนกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย 41.70 ปี อยู่ระหว่างอายุ 40-49 ปี ร้อยละ 50.00 ผู้ให้การดูแลเป็นบิดา/มารดา ร้อยละ 58.33 เป็น ญาติ พี่น้อง ร้อยละ 33.33 สำเร็จการศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 66.67 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 75.00 สถานภาพ สมรส ร้อยละ 83.33 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยด้วยโรคนี้ 5– 10 ปี ร้อยละ 50.00 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยเฉลี่ย 9.83 ปี

2. ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 75.00 อายุเฉลี่ย 53.96 ปี อยู่ระหว่างอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 50.00 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นญาติ ร้อยละ 50.00 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ร้อยละ 50.00 สำเร็จการศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 66.67 เป็นเกษตรกร ร้อยละ 54.17 สถานภาพสมรส ร้อย ละ 79.17 รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ร้อยละ 75.00 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 14.04 ปี อยู่ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 50.00 ส่วนครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 83.33 อายุเฉลี่ย 53.92 ปี อยู่ระหว่างอายุ 50-59 ปี ร้อยละ 45.83 ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเภทเป็นญาติ ร้อยละ 50 เป็น อสม. ร้อยละ 50 สำเร็จการศึกษาระดับ ประถมศึกษาร้อยละ 87.50 อาชีพเกษตรกร ร้อยละ 62.50 สถานภาพสมรส ร้อยละ 79.17 ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยเฉลี่ย 9.83 ปี อยู่ระหว่าง 10-15 ปี ร้อยละ 50.00

3. ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนเฉลี่ยของเจตคติ ความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของ กลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนทดลองกับหลังทดลองทันที หลังทดลอง 1 เดือน, 2 เดือน และ 3 เดือน มีความ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนเจตคติ ความรู้และทักษะการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทในระยะเวลาที่ต่างกัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มศึกษา	ก่อนการให้		หลังให้โปรแกรม			
	โปรแกรม	ทันที	1 เดือน	2 เดือน	3 เดือน	Overall
	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.E.)
กลุ่มทดลอง	83.2 (9.2)	111.7 (12.9)	137.9 (17.2)	138.6 (14.1)	137.6 (13.9)	131.5 (2.9)
กลุ่มควบคุม	79.7 (3.3)	85.3 (3.3)	101.9 (6.0)	100.9 (4.3)	105.6 (4.1)	98.4 (0.5)
Mean difference	3.5 ^a	22.0 ^b	30.9 ^b	33.2 ^b	27.7 ^b	28.5 ^c
95%CI	-0.5, 7.5 ^a	19.7, 24.4 ^b	26.0, 35.9 ^b	29.9, 36.5 ^b	24.2, 31.2 ^b	25.6, 31.4 ^c
P-value	0.085 ^a	<0.001 ^b	<0.001 ^b	<0.001 ^b	<0.001 ^b	<0.001 ^c

^aMean difference by t-test

^bMean difference by ANCOVA adjusted for baseline (คะแนนก่อนการให้โปรแกรม),

^cOverall using Generalized Estimating Equations or GEE (สมการการประมาณค่านี้ทั่วไป)

4. ผลการเปรียบเทียบรายคู่คะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะเวลาที่ต่างกัน พบว่า ค่าเฉลี่ยก่อนทดลองกับหลังทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนทดลองกับหลังทดลอง 3 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียดดังตาราง 2

ตาราง 2 ผลการเปรียบเทียบคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทของกลุ่มทดลองในระยะเวลาที่ต่างกัน

กลุ่มศึกษา	ก่อนการให้	หลังให้โปรแกรม	Mean difference ^b	95%CI ^b	P-value ^b
	โปรแกรม	3 เดือน			
	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)			
กลุ่มทดลอง	31.5 (4.9)	46.8 (4.4)	15.3	14.1, 16.4	<0.001
กลุ่มควบคุม	28.6 (2.8)	35.8 (1.5)	7.2	5.7, 8.6	<0.001
Mean difference ^a	2.9a	11.0a			
95%CI ^a	0.6, 5.2a	9.0, 12.9a			
P-value ^a	0.0157a	<0.001a			

^aเปรียบเทียบระหว่างกลุ่ม (Independent t-test)

^bเปรียบเทียบก่อน-หลังภายในกลุ่ม (Dependent t-test)

สรุปและวิจารณ์

จากผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือน ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ อติญา โพธิ์ศรี. (2562) ที่พบว่า การพัฒนาศักยภาพแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วม นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุนันญา แสงแก้ว. (2560) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนอาการทางจิตน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลอง ได้รับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในการให้อาการ สนับสนุนให้กำลังใจ และเสริมแรงเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ สอดคล้องกับ Moriana et al (2006; อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2549)⁽³⁾ ที่กล่าวว่าการเสริมแรงของญาติที่ใช้ได้ผลในการศึกษาครั้งนี้ส่วนมากจะเป็นการเสริมแรงทางสังคม (Social reinforcement) ได้แก่ การชม ยิ้มให้กำลังใจ การให้ความสนใจ ดูแลเอาใจใส่ ความร่วมมือ รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สอดคล้องกับงานวิจัยที่สนับสนุนพบว่า การฝึกทักษะทางสังคมโดยการมีส่วนร่วมของญาติผู้ป่วยที่บ้านทำให้อาการทางจิตผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดการกำเริบของ Moriana et al., (2006 cited in Liberman, 2008)⁽⁹⁾ และจากการศึกษาของ สุนีย์ เอกวัฒนพันธ์ (2552)⁽⁴⁾ ที่ศึกษาการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังชายในชุมชน: กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ญาติทอดทิ้ง ไม่มีญาติดูแล พบว่าผู้ป่วยมีสมรรถภาพเพิ่มขึ้น แต่มีอาการทางจิตกำเริบ 2 คนหรือในผู้ป่วยคนที่ 2 และ 5 ที่มีปัญหาเรื่องการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ไม่ต่อเนื่อง ขาดยาบ่อย ในการฝึกทักษะการจัดการด้านยาโดยให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ใช้ทักษะการสื่อสารทางบวกเมื่อผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรับประทานยาดียิ่งขึ้น รับประทานยาได้ถูกต้องและต่อเนื่อง ไม่ลืมหิดคล้องกับการศึกษาของ Moriana et al. (2006) พบว่า การสนับสนุน ให้กำลังใจ การเสริมแรง เช่น การชื่นชม ในสิ่งที่ผู้ป่วยทำได้ดี และการแสดงความห่วงใย การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดปัญหาในการใช้ยา ของญาติ หรือครอบครัว มีผลเป็นอย่างมากต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท (Moriana et al., 2006 cited in Liberman, 2008)⁽⁹⁾ จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่า ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนเจตคติความรู้ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและชุมชนสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งในระยะหลังการทดลองทันที และหลังการทดลอง 1 เดือนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำทิพย์ ไกรทอง (2560) ที่ศึกษา โปรแกรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ ที่พบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ มีระดับคะแนนพฤติกรรม การดูแลตนเองหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความรู้สึกนึกคิด ความเห็น ความรู้ ความสามารถ ทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ของผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เมื่อเวลาผ่านไป 1 เดือน ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้นำทักษะที่ได้รับจากโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขไปใช้ผสมผสานกับประสบการณ์จริงๆ ที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการพัฒนาทักษะการดูแลของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขตามแนวคิดการพัฒนาทักษะของ เดรฟัส และเดรฟัส (Dreyfus & Dreyfus, อ้างใน Tungpunkom, 2000)⁽¹⁰⁾ ที่อธิบายไว้ว่า ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขจะพัฒนาทักษะในขั้นเริ่มแรกที่อิงทฤษฎีต่อมาก็จะผสมผสานกับประสบการณ์จนเกิดความเชี่ยวชาญต่อไป หากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถพัฒนาทักษะการดูแลจนมองการดูแลเป็นเรื่องที่ปกติและมีชีวิตที่สมดุลได้นั้นจะนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพได้ โดยครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขเริ่มกระทำกิจกรรมดูแลผู้ป่วยด้วยใจ และความรู้สึก เนื่องจากความขัดแย้งกับผู้ป่วยลดลง เมื่อมีเหตุการณ์ใหม่ๆ เกิดขึ้น ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขสามารถตัดสินใจแก้ปัญหาบนพื้นฐานประสบการณ์ที่ตนเองได้สั่งสมไว้จนเกิดความชำนาญและสัญชาตญาณ (intuitive thinking) ในการตัดสินใจแก้ปัญหาด้วยความรวดเร็ว เป็นอัตโนมัติ เช่น ผู้ป่วยมีอาการ นั่งนิ่ง ไม่เคลื่อนไหว ครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขจะรีบมารายงานแพทย์เพื่อรับยาไปให้เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฉีดยา เนื่องจากครอบครัวและสามารถคาดการณ์ล่วงหน้าได้ว่าหากทิ้งไว้จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจนในที่สุดต้องเสียเงินส่งผู้ป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช จากการศึกษาครั้งนี้จะเห็นว่าครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความเข้าใจที่ลึกซึ้งขึ้น เริ่มมองว่าการดูแล และความยุ่งยากที่เกิดขึ้นไม่ใช่ปัญหา แต่จะมองว่าเป็นสิ่งที่ปกติที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เกิดการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังจากครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขได้รับความรู้และทักษะหลังการทดลอง ซึ่งจะส่งผลให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมด้านทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น ลดอาการทางจิตได้ ไม่มีอาการกำเริบ ผู้ป่วยมีสมรรถภาพทางจิตสังคมเพิ่มขึ้น และสามารถดูแลตนเองได้ ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง ลดภาระการพึ่งพาญาติและครอบครัว ผู้ป่วยและอาสาสมัครสาธารณสุขมีความพึงพอใจหลังจากเข้าร่วมโปรแกรม

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้ผู้บริหาร นำผลการวิจัยไปเป็นนโยบาย ให้มีการนำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนไปใช้ในทุกพื้นที่
2. ควรสนับสนุนให้บุคลากรในหน่วยงาน ได้นำโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
3. ควรมีจัดอบรมให้ความรู้อาสาสมัครสาธารณสุข ญาติหรือผู้ดูแลและผู้นำชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ทั้ง 5 ท่านที่ให้ความกรุณาชี้แนะด้านเครื่องมือการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างได้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภท ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้นำชุมชนที่ให้ความร่วมมือตลอดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization [WHO]. (2003). Global Perspectives on Mental Health. Retrieved August, 2003.
2. กรมสุขภาพจิต.สถิติรายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2557. กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต,นนทบุรี; 2557.
3. สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. การทำกลุ่มบำบัด สำหรับพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
4. สุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์. ผลของการวางแผนจำหน่ายที่มีต่อการกลับ เข้ารับการรักษาระยะยาวของผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรังในงานบำบัดระยะยาว โรงพยาบาลศรีธัญญา. กรุงเทพฯ; 2552.
5. Bunchanan, R. W.,Carpenter, W, T.(2005). Concept of Schizophrenia. In E. J. Sadock & V. A. Sadock (Eds), Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychaitry, 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
6. พรประไพ แยกเต้า. ผลของการใช้โปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและ ครอบครัว สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุข.วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2554; 25 (2): 130-142.
7. ภัทรภรณ์ ทุ่งปันคำ, สิริลักษณ์ วรธนะพงษ์, ลำเนา เรืองยศ, บริทรศ ศิลปกิจ, และสุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน: รูปแบบและโปรแกรมการพัฒนาทักษะของผู้ดูแล. การประชุมวิชาการ โรงแรมเวียงฟิงค์ จังหวัดเชียงใหม่; 2548.
8. ดาวศิริ วิลามาศ. การฝึกอบรมของอาสาสมัครสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนบ้านนา ไร่ใหญ่ตำบลเสนางคนิคม อำเภอสว่างคนิคม จังหวัดอำนาจเจริญ. ; 2554. การศึกษาค้นคว้าอิสระ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น,ขอนแก่น; 2554.
9. อติญา โพธิ์ศรี. การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษา ที่ชุมชน บ้านท่าม่วง จังหวัดร้อยเอ็ด. ศรีนครินทร์เวชสาร 2562; 34(1): 83-89.
10. สุนันญา แสงแก้ว, ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมของครอบครัวและอาสาสมัครสาธารณสุขต่อความ รุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท. การประชุมเสนอผลงานระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช ครั้งที่ 8; 2560. หน้า 381-391.
11. น้ำทิพย์ ไกรทอง และรัชนิกร อุปเสน. ผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ. วารสารการพยาบาลทหารบก 2560; 18 (ฉบับพิเศษ): 357- 364.
12. Liberman, R.P., & Kopelowicz,A. Recovery From Schizophrenia : A Concept in Search of Research.Psychiatric Services 2008; 56(6):735-742.
13. Tungpunkom, P. Staying in balance: Skill and role development in psychiatric caregiving. Dissertation The university of California San Francisco, SF. CA; 2000.