

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*
**THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON FUNCTIONING
 OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN COMMUNITY**

บุษกมล สุภักษร (Bussakhon Suphaaksorn, M.N.S., RN)**

เพ็ญพัทธ์ อุทธิศ (Penpaktr Uthis, Ph.D., RN)***

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research using the pretest-posttest design were: 1) to compare the functioning of schizophrenic patients in community before and after received the stress management program, and 2) to compare the functioning of schizophrenic patients in community who received stress management program and those who received regular caring activities. Forty of schizophrenic patients receiving services in outpatient department, Ratchaburi Central 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 stress management program composed of 7 group activities to improve relevant skills including relaxation, medication and symptoms management, physical strength, budget and time management, communication, and dealing with

stigma. The control group received regular caring activities. Research instruments were: 1) the stress management program, 2) The Life Skills Profile, and 3) The Perceived Stress Scale. All instruments were validated for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two latter instruments were 0.93 and 0.81, respectively. The t-test was used in data analysis. Major findings were as follows:

1. The functioning of schizophrenic patients in community who received the stress management program was significantly better than that before, at p 0.05 level.

2. The functioning of schizophrenic patients in community who received the stress management program was significantly better than those who received regular caring activities at p 0.05 level.

Keywords: Schizophrenic patients / Functioning / community / stress management program

* วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลราชบุรี อำเภอเมือง จังหวัดราชบุรี

*** Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
 e-mail: penpaktr_uthis@hotmail.com

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน และได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมกลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย การดำเนินกลุ่ม 7 ครั้ง เพื่อพัฒนาทักษะที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การผ่อนคลาย การรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การเสริมสร้างความเข้มแข็งของร่างกาย การบริหารเงินและเวลา การสื่อสาร และ การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียด 2) แบบวัดทักษะชีวิต และ 3) แบบวัดการรับรู้ความเครียด ซึ่งผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน โดยเครื่องมือสองชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.93 และ 0.81 ตามลำดับ

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับการโปรแกรมการจัดการความ

เครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : ผู้ป่วยจิตเภท การทำหน้าที่ ชุมชน โปรแกรมการจัดการความเครียด

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวบุคคล ครอบครัว ชุมชน และรัฐบาลของประเทศ (Ran et al., 2010) โดยมีอัตราส่วนของการเกิดโรค ความรุนแรง และ ก่อให้เกิดการไร้สมรรถภาพหรือความพิการทางด้านจิตสังคมได้มากที่สุด ในบรรดาโรคจิตเวชทั้งหมด (Lenior et al., 2001) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ตามมา (Buchanan and Carpenter, 2005) ทั้งนี้เนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการทางจิตกำเริบเป็นระยะๆ โดยเป็นอาการที่สะท้อนให้เห็นว่ามีการรับรู้ที่เปลี่ยนแปลงไปจากความเป็นจริง เช่น อาการหูแว่ว ประสาทหลอน (Andreasen, 1985) ซึ่งอาการเหล่านี้จะขัดขวางการสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล และรบกวนการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วย (Brekke et al., 2005) แม้หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยก็ยังมีปัญหาในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชน โดยสาเหตุสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอุปสรรคในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนคือ การที่ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านสังคมที่ต่ำ (Lee et al., 2006) สอดคล้องกับพิเชษฐอุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (2552) กล่าวไว้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไม่สบาย และเมื่อเวลาผ่านไป หากผู้ป่วยไม่ได้รับการฟื้นฟูสภาพ ก็จะมีปัญหาพร่องในการทำ

หน้าที่ที่สำคัญๆ เช่น การทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือดูแลอนามัยตนเอง เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีข้อมูลหลักฐานเชิงประจักษ์ซึ่งสนับสนุนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนยังมีปัญหาในเรื่องความพร้อมของการทำหน้าที่ แม้ว่าผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการบำบัดรักษาด้วยยาทางจิตอย่างต่อเนื่องแล้วก็ตาม อาทิเช่น การศึกษาของ Alan et al. (2007) ซึ่งทำการประเมินการทำหน้าที่ในชุมชน (Community Functioning) ของผู้ป่วยจิตเภท และผลการศึกษพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมากกว่า 2 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่ไม่สามารถปฏิบัติตามบทบาททางสังคมขั้นพื้นฐานได้ แม้เมื่ออาการทางจิตดีขึ้นแล้วก็ตาม เช่น การทำบทบาทสามีหรือภรรยา พ่อแม่ ผู้ปกครอง และการทำงาน โดยมีเพียง น้อยกว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยเท่านั้น ที่สามารถทำงานได้สม่ำเสมอ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Keefe et al. (2004) และ Kurtz et al. (2008) โดยพบว่า ร้อยละ 90 ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะมีความบกพร่องทางด้านความรู้คิด (cognitive function) ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ลดลง ได้แก่ การบริหารการเงิน ทักษะการทำงาน และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Chia et al., 2010) ซึ่งผลการศึกษาเหล่านี้ล้วนสนับสนุนว่าความพร้อมในการทำหน้าที่เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศไทยและในต่างประเทศ พบว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเกิดความเครียด (Stress) และไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ineffective coping) คือ

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีปัญหาคำทำหน้าที่ (Vrdoljak, Ivezic and Jukic, 2008) ทั้งนี้ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนปกติทั่วไป และมักจะเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสมเพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น เช่น การดื่มสุราและใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ การหลีกเลี่ยง อดอย ไม่สนใจสังคม หรือ แยกตัวจากสังคม การโทษคนอื่น การก้าวร้าว และ การทำร้ายตนเอง เป็นต้น (Vasile et al., 2008) ทำให้ไม่สามารถจัดการกับความเครียดที่มีอยู่ให้หมดไป และอาจมีความเครียดเพิ่มมากขึ้นจนไปรบกวนต่อการทำหน้าที่ด้านต่างๆ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Gispens-de Wied (2000) ซึ่งพบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดอย่างรุนแรงจะทำให้ยังมีอาการกำเริบถี่มากขึ้นจนไม่สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ เช่น การดูแลตนเอง และ การทำบทบาทสมาชิกของครอบครัว เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า ปัญหาความพร้อมในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีสาเหตุสำคัญมาจากการที่ผู้ป่วยเหล่านี้มีความเครียด และขาดการเผชิญความเครียดที่เหมาะสม (Vasile et al., 2008) ดังนั้น จึงจำเป็นต้องหาวิธีการแก้ไขความพร้อมในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน ด้วยการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเหล่านี้สามารถจัดการกับความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ความเครียดที่มีอยู่ลดลง จนถึงระดับที่จะช่วยให้ผู้ป่วยกลับไปทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Vrdoljak et al. (2008) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะทำหน้าที่ได้ดีขึ้นเมื่อสามารถนำทักษะการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพมาใช้ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ายังไม่มีมีการนำการจัดการกระทำในลักษณะนี้มา

ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญในการพัฒนาโปรแกรมที่จะส่งเสริมและพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทชุมชน เกิดทักษะในการจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การแก้ไขปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ และป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

- 1) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
- 2) การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The Pretest-Posttest Control Group Design) เพื่อศึกษาผลของ

โปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และ เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia F. 20) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่อาศัยอยู่ในชุมชน และ เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ราชบุรี จังหวัดราชบุรี เป็นผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ (ไม่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือไม่ต้องเพิ่มยาภายในระยะเวลา 3 เดือน) และมีคะแนน BPRS น้อยกว่า 30 คะแนน มีอายุระหว่าง 20- 59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 40 คน โดยมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อผลการทดลอง ด้วยการจับคู่ผู้ป่วย (Matched – pair) ให้แต่ละคู่มีความคล้ายคลึงกันในเรื่อง เพศ จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และ คะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านความเห็นชอบในการอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลราชบุรี และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษาและรับบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับแต่นำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรักษาและการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้เซ็นชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลองได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียด ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นด้วยการประยุกต์จากการศึกษาของ Norman et al. (2002) ประกอบด้วยแนวคิดหลักในการบำบัด 3 ประการคือ 1) การลดความตึงเครียดทางร่างกายด้วยการฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และฝึกหายใจ 2) การเพิ่มความแข็งแรงด้านร่างกายด้วยการออกกำลังกาย และการบริโภคอาหารที่ดี และ 3) การปรับด้านความรู้คิดและการฝึกทักษะด้านพฤติกรรม ซึ่งผู้วิจัยได้นำแนวคิดนี้มาพัฒนาเป็นการดำเนินกิจกรรม 7 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเผชิญกับสาเหตุสำคัญๆ ซึ่งทำให้เกิดความเครียดดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพ ให้

ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียด ด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย 2) การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา 3) การฝึกสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต 4) การเสริมสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย 5) การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงิน และการบริหารเวลา 6) การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ และ 7) การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของรูปแบบและเนื้อหากิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และภายหลังการปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการจัดการความเครียดไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจนครบทั้ง 7 กิจกรรม แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษาอาชีพ รายได้ จำนวนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาที่เจ็บป่วย ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย และ 2) แบบวัดทักษะชีวิต (The Life Skills Profile) ของ Rosen et al. (1989) ซึ่งแปลและรวบรวมโดยอรรพรรณ วรรณชาติ (2550) ประกอบด้วยคำถาม 39 ข้อ ประเมินโดยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วย เพื่อวัดการทำหน้าที่ 5 ด้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ ด้านการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ด้านการติดต่อสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านความรับ

ผิชอบ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ เครื่องมือชุดนี้มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ 0.93

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบวัดการรับรู้ความเครียด (Perceived Stress Scale) เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดการรับรู้ความเครียด ซึ่งปราณี มิ่งขวัญ (2542) พัฒนาขึ้น โดยแปลและรวบรวมจากเครื่องมือ

ของ Cohen (1983) ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) มี 5 ระดับ โดยในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ว่าภายหลังการดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนการรับรู้ความเครียดในระดับต่ำ (14-32 คะแนน) ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ 0.81

กรอบแนวคิดการวิจัย

โปรแกรมการจัดการความเครียดโดยผู้วิจัยสร้างขึ้นตามการศึกษาของ Norman et al. (2002)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการ ผีการผ่อนคลายโดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้ และผีการผ่อนคลายความเครียด

ครั้งที่ 2 การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา โดยผีกรายงานปัญหาความกังวลใจ เกี่ยวกับการได้รับยาทางจิตเวช

ครั้งที่ 3 การฝึกสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต โดยการฝึกทักษะเรื่องการสังเกตและการจัดการกับอาการทางจิต

ครั้งที่ 4 การเสริมสร้างความเข้มแข็งด้านร่างกายโดยให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหารการออกกำลังกาย การพักผ่อน การนอนหลับ และ สุขอนามัยส่วนบุคคลและสร้างความตระหนักเรื่องการเจ็บป่วย โดยให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค

ครั้งที่ 5 การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงินและการบริหารเวลาโดยให้ระบุปัญหาที่เกี่ยวกับการเงินและพัฒนาการเขียนบัญชีรายรับรายจ่าย จัดลำดับความสำคัญของการใช้และการฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการบริหารเวลา

ครั้งที่ 6 การพัฒนาทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยให้ความรู้และฝึกทักษะเรื่องการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

ครั้งที่ 7 การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป โดยการฝึกผู้ป่วยให้ตระหนักในความสำคัญของพฤติกรรมและภาพลักษณ์ที่ทำให้เกิดความประทับใจแก่ผู้พบเห็นและยุติการทำกลุ่ม

การทำหน้าที่ของ ผู้ป่วย
จิตเภท

1. ด้านการดูแลตนเอง
2. ด้านการควบคุมอารมณ์
3. ด้านการติดต่อสังคม
4. ด้านการสื่อสาร
5. ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีการเตรียมการที่สำคัญดังนี้ คือ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ประสานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลราชบุรี เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้ป่วยจิตเวช และดำเนินการทดลองที่ศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนุเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี และเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

2. ระยะดำเนินการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ จากศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนุเคราะห์โรงพยาบาลราชบุรี ร่วมกับแผนกจิตเวชของโรงพยาบาลราชบุรี

2.2 กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติ และได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด โดยการดำเนินกิจกรรมกลุ่มๆ ละ 8-10 คน จำนวน 7 ครั้ง ครั้งละ 1 กิจกรรม และใช้เวลาครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 1-2 ครั้งติดต่อกัน 4 สัปดาห์ โดยดำเนินการกลุ่ม ณ ห้องประชุมศูนย์สุขภาพชุมชนประชาชนุเคราะห์ โรงพยาบาลราชบุรี ระหว่างวันที่ 26 มีนาคม 2554 ถึง 13 เมษายน 2554 ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินการกลุ่ม ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ ให้ความรู้เรื่องความเครียดและการเผชิญความเครียดด้วยวิธีการฝึกการผ่อนคลาย โดยการสร้างสัมพันธภาพ การให้ความรู้และทบทวนผลของความเครียดต่อร่างกายและความสัมพันธ์ของความเครียดกับสุขภาพร่างกายและ

จิตใจ พร้อมทั้งฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการหายใจ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีการผ่อนคลายความตึงเครียดที่ประสบอยู่ให้น้อยลง **กิจกรรมที่ 2** การฝึกทักษะการเผชิญความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา โดยให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเรื่องโรคสาเหตุ อาการ และความสำคัญของการรักษาด้วยยา เพื่อสร้างความตระหนักเรื่องการรักษาพยาบาล และฝึกทักษะการจัดการกับอาการเบื้องต้นเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากยา **กิจกรรมที่ 3** การฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิต โดยการฝึกทักษะเรื่องการสังเกต การจัดการกับอาการทางจิต และการสร้างความตระหนักเรื่องการเจ็บป่วย โดยการให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง **กิจกรรมที่ 4** การเสริมสร้างความเข้มแข็งของร่างกาย โดยการให้ข้อมูลและให้ความรู้เรื่อง 1) การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ 2) การออกกำลังกาย 3) การพักผ่อน การนอนหลับและ 4) สุขอนามัยส่วนบุคคล **กิจกรรมที่ 5** การฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงินและการบริหารเวลา โดยฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการเงินด้วยการให้ผู้ป่วยระบุปัญหาที่เกี่ยวกับการเงินและพัฒนาการเขียนบัญชีรายรับรายจ่ายจัดลำดับความสำคัญของการใช้เงินและกลยุทธ์ในการลดปัญหาด้านค่าใช้จ่าย สำหรับการฝึกทักษะการแก้ปัญหาเรื่องการบริหารเวลานั้น โดยผู้ป่วยแต่ละบุคคลและกำหนดเป้าหมายของกิจกรรมที่จะดำเนินการในแต่ละวันและจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม จัดทำตารางเวลาและการจัดแบ่งเวลาให้เหมาะสม **กิจกรรมที่ 6** การพัฒนาทักษะ

การสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การฝึกให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถมีการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้กรณีตัวอย่างและการแสดงบทบาทสมมติ **กิจกรรมที่ 7** การเผชิญกับการรับรู้ตราบาป ด้วยการฝึกให้ผู้ป่วยบอกถึงการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นกับตนเอง ความรู้สึกของการรับรู้ตราบาป และการจัดการกับการรับรู้ตราบาปนั้น โดยเสริมถึงการจัดการกับการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นอย่างถูกต้อง ช่วยเสริมสร้างพลังอำนาจในตนเองของผู้ป่วย และเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการวัดการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันทั้งสองครั้ง คือ ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (Pre-test) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (Post-test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n=40)

| คะแนนการทำหน้าที่ | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
|--------------------|-----------|------|-------|----|-------|---------|
| กลุ่มทดลอง | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 118.90 | 9.48 | ต่ำ | 19 | -8.27 | 0.00 |
| หลังการทดลอง | 141.10 | 7.70 | สูง | | | |
| กลุ่มควบคุม | | | | | | |
| ก่อนการทดลอง | 118.65 | 6.93 | ต่ำ | 19 | 1.45 | 0.16 |
| หลังการทดลอง | 117.05 | 6.86 | ต่ำ | | | |

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจากการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้น พบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบที่เพื่อเปรียบเทียบคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ 0.05

สรุปผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (55%) มีอายุระหว่าง 30-39 ปี (80%) มีสถานภาพสมรสโสด (70%) และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (50%) ไม่มีอาชีพ (52.5%) มีรายได้เฉลี่ยของผู้ป่วยต่อเดือนมากกว่า 2,000 บาท (35%) และส่วนใหญ่มีประวัติการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง (50%) โดยเกือบทั้งหมดมีระยะเวลาในการเจ็บป่วยมากกว่า 2 ปีขึ้นไป (90%) และผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นบิดา/มารดา (67.5%)

จากตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลัง

ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่า ก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($t = -8.27$)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n=40$)

| คะแนนการทำหน้าที่ | \bar{X} | S.D. | ระดับ | df | t | p-value |
|---------------------|-----------|------|-------|----|-------|---------|
| ก่อนการทดลอง | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 118.90 | 9.48 | ต่ำ | 38 | 0.095 | 0.93 |
| กลุ่มควบคุม | 118.65 | 6.93 | ต่ำ | | | |
| หลังการทดลอง | | | | | | |
| กลุ่มทดลอง | 141.10 | 7.70 | สูง | 38 | 10.42 | 0.00 |
| กลุ่มควบคุม | 117.05 | 6.86 | ต่ำ | | | |

จากตารางที่ 2 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ภายหลังการทดลอง การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ($t = 10.42$)

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียด ต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. จากผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

การจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = -8.27$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความเครียดมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนในกลุ่มทดลอง มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งด้านกาย จิต สังคม ที่ดีขึ้น โดยเฉพาะได้รับความรู้เรื่องความเครียด และผลของความเครียดต่อสุขภาพร่างกายและจิตใจ นอกจากความรู้ที่ได้รับแล้วผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ยังได้รับการฝึกทักษะในการสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และฝึกปฏิบัติการคลายเครียดโดยวิธีต่างๆ เช่น การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการหายใจ ซึ่งเป็นวิธีที่ช่วยผ่อนคลายด้านร่างกาย อารมณ์ และด้านจิตใจ เนื่องจากทำให้ร่างกายและจิตใจของผู้ป่วยอยู่ในภาวะที่ผ่อนคลาย สงบ และมีสมาธิ ทำให้

มีความคิดอ่านที่จะดำเนินการสิ่งต่างๆ ได้อย่างแจ่มใสขึ้น ส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Vrdoljak et al. (2008) ที่ศึกษาในเรื่องการใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า สามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมในโปรแกรมยังช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทในกลุ่มทดลอง ได้เรียนรู้ถึงวิธีการจัดการกับความเครียดที่มีประสิทธิภาพ เช่น การจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยาโรคจิต อาการทางจิต การสื่อสาร การรับรู้ทราบป ส่งผลให้มีการทำหน้าที่ด้านการดูแลตนเองดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000)

2. จากผลการศึกษาพบว่า ภายหลังจากทดลอง การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการความเครียด เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ และเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน โดยการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมให้มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ได้แก่ เพศ (Bozikas et al., 2006) จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล (Norman et al.,

2002) และคะแนนการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน แล้วจับฉลากเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบ จึงเป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมของโปรแกรมการจัดการความเครียด ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อใช้ในการวิจัยอย่างแท้จริง

ดังนั้นสรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการจัดการความเครียดจะมีความรู้และทักษะในการดูแลตนเองด้านกาย จิต และสังคมได้อย่างเป็นองค์รวม ทำให้สามารถจัดการกับปัญหาที่กำลังเผชิญ และมีวิธีการจัดการกับความเครียดได้อย่างเหมาะสม อันจะช่วยส่งผลต่อการเพิ่มความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้ดีขึ้น และคาดว่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และ สังคม ได้อย่างมีความสุข ช่วยลดภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งทำให้จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลลดลง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. โปรแกรมการจัดการความเครียดซึ่งใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นกระบวนการที่เน้นการพัฒนาให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดทักษะในการจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงควรมีการติดตามระยะยาว เพื่อกระตุ้นและสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง จนเกิดเป็นทักษะที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้เองโดยอัตโนมัติในระหว่างการทำหน้าที่จริงในชุมชน

2. การนำโปรแกรมนี้ไปใช้ควรทำความเข้าใจขั้นตอนการดำเนินของโปรแกรมก่อนนำไป

ใช้จริง เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการ
จัดการความเครียด และการส่งเสริมการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การสร้างสัมพันธภาพรายบุคคลก่อนที่
จะเชิญผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นเรื่องสำคัญ
เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่ค่อยให้ความร่วมมือในการ
มาเข้ากลุ่มกับผู้วิจัย หากยังไม่มีใจวางใจ ดัง
นั้นควรไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยเป็นรายบุคคลเพื่อ
สร้างความคุ้นเคยและสัมพันธภาพก่อนเข้าร่วม
กลุ่มอย่างน้อยประมาณ 2 ครั้ง

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการ
จัดการความเครียดให้แก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทใน
ชุมชน และผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว เพื่อให้
ครอบครัวตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีปฏิ
สัมพันธ์ที่ดีต่อกันในครอบครัวระหว่างผู้ป่วย
และผู้ดูแล ถือเป็นภารกิจครอบครัวเข้ามามีส่วน
ร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถ
จัดการกับความเครียดและปัญหาที่เกิดขึ้นได้
อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตรา
จารย์ ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ และอาจารย์คณะ
พยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่ได้
กรุณาให้ความรู้ ข้อคิดอันมีคุณค่า ชี้แนะแนวทาง
ให้คำปรึกษา และให้กำลังใจ เป็นแรงบันดาลใจ
ให้ผู้วิจัยเกิดความมุ่งมั่นและกำลังใจ ขอขอบ
พระคุณผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนผู้เกี่ยวข้องที่มีได้
เอื้อนามในที่นี้ทุกท่านสำหรับความช่วยเหลือใน
การดำเนินการวิจัยนี้ คุณค่าและประโยชน์อันเกิด
จากการวิจัยนี้ขอบแต่ผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่มี

ส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้

รายการอ้างอิง

ปราณี มิ่งขวัญ. (2542). *ความเครียดและการ
เผชิญความเครียดในผู้ป่วยสูงอายุโรค
หลอดเลือดสมอง*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูง
อายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
เชียงใหม่.

พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์.
(2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สมาคมจิตแพทย์
แห่งประเทศไทย. สงขลา: ชานเมืองการ
พิมพ์.

อรวรรณ วรรณชาติ. (2550). *ทักษะชีวิตตามการ
รับรู้ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม
และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*.
วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขา
วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Alan, S. et al. (2007). Assessment of Com-
munity Functioning in People With
Schizophrenia and Other Severe Mental
Illnesses : A White Paper Based on an
NIMH-Sponsored Workshop. *Schizo-
phrenia Bulletin*, 33(3), 805-822.

Andreasen NC. (1985). Positive vs. negative
schizophrenia: a critical evaluation.
Schizophr Bull 11: 380-389.

Bozikas, V. P., et al. (2006). Community
dysfunction in schizophrenia: Rate-
limiting factors. [doi: DOI: 10.1016/
j.pnpbp.2005.11.017]. *Progress in Neuro-
Psychopharmacology and Biological*

- Psychiatry*, 30(3), 463-470.
- Brekke J, Kay DD, Lee KS and Green MF. (2005). Biosocial pathways to functional outcome in schizophrenia. *Schizophr Res*; 80;213-225.
- Buchanan, R. W., and Carpenter, W. T. (2005). Concept of schizophrenia. In B. J. Sadock, and V. A. Sadock (Eds.), *Kaplan and Sadock's comprehensive textbook of psychiatry* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Chia et al., (2010). The Schizophrenia Cognition Rating Scale: Validation of an interview-based assessment of cognitive functioning in Asian patients with schizophrenia. *Psychiatry Research*. 178, 33-38.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Gispén-de Wied, C. C. (2000). Stress in schizophrenia: an integrative view. [doi: DOI: 10.1016/S0014-2999(00)00567-7]. *European Journal of Pharmacology*, 405(1-3), 375-384.
- Keefe, R.S.E., Goldberg, T.E., Harvey, P.D., Gold, J.M., Poe, M.P., and Coughenour, L., (2004). The Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia: reliability, sensitivity, and comparison with a standard neurocognitive battery. *Schizophrenia Research*, 68, 283-297.
- Kurtz, M.M., Wexler, B.E., Fujimoto, M., Shagan, D.S., and Seltzer, J.C., (2008). Symptoms versus neurocognition as predictors of change in life skills in schizophrenia after outpatient rehabilitation. *Schizophrenia Research*, 102, 303-311.
- Lee JI, Kim JN, Kim H, Park YM, and Lee SH. (2006). Impairment of theory of mind in patients with schizophrenia and their first degree relatives. In *Proceedings of the Korean Academy of Schizophrenia Autumn Academic Meeting*. Seoul: Jungang Moonhwa. p.90.
- Lenior ME, Dingemans PMAJ, Linszen DH, Haan LD, and Schene AH. (2001) Social functioning and the course of early-onset schizophrenia. *Br J Psychiatry* 179: 53-58.
- Norman. et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. [doi: DOI: 10.1016/S0920-9964(01)00371-1]. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 293-303.
- Ran,M-.S., et al. (2010). Risk factors for poor work functioning of persons with schizophrenia in rural China. *Soc Psychiat Epidemiol*.
- Rosen, A., HadziPavlovic, D., and Parker, G. (1989). The Life Skills Profile: A Measure Assessing Function and Disability in Schizophrenia. [doi:]. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337.

- Sadock B.J., and Sadock ,V.A. (2000). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th edition*. Lippincott Williams & Wilkins
- Vasile, D., Vasiliu, O., Vasile, M., Terpan, M., & Paraico, I. (2008). Coping mechanisms evaluation in chronic schizophrenic patients. [doi: DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.01.907]. *European Psychiatry*, 23(Supplement 2), S151-S151.
- Vrdoljak, M., Ivezic, S., and Jukic, M. K. (2008). Social functioning and stress coping in schizophrenic patients. [doi: DOI: 10.1016/j.eurpsy.2008.01.701]. *European Psychiatry*, 23(Supplement 2), S90-S91.