

ผลของโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
ต่ออาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECT OF SYMPTOM MANAGEMENT PROGRAMS
WITH FAMILY INVOLVEMENT ON POSITIVE SYMPTOMS
OF PEOPLE WITH SCHIZOPHRENIA IN THE COMMUNITY

ฐิตินันท์ อ้วนล้ำ, พยบ. (Thitinan Aunlum, B.N.S.)**

สุนิดา ปรีชาวงษ์, Ph.D., R.N. (Sunida Preechawong, Ph.D., R.N.)***

รัชনীกร อุปเสน, Ph.D., R.N. (Ratchaneekorn Upasen, Ph.D., R.N.)****

Abstract

Objectives: The objectives of this quasi-experimental research with pretest-posttest control group design were to 1) compare positive symptoms of persons with schizophrenia in the community (PWSIC) before and after participating in symptom management program (SMPs) with family involvement, and 2) compare positive symptoms of PWSIC who participate in SMPs with family involvement with those who receive the conventional nursing care.

Method: Forty persons with schizophrenia and their family caregivers receiving services in the outpatient department of Samchuk Hospital, Suphan Buri, and meeting inclusion criteria, were matched pairs by positive symptom scores and

gender and randomly assigned into experimental and control groups with 20 families for each group. The experimental group received an SMP with family involvement for four weeks. The control group received the conventional nursing care. Research instruments included 1) SMP with family involvement program; 2) positive symptoms scale, and 3) the ability to manage positive symptoms scale. All instruments were content validated by 5 experts and the 3rd instrument had reliability with Cronbach alpha coefficient equal to .81. Descriptive statistics and t-test were used for data analysis.

Results: 1) Mean score of positive symptoms of PWSIC after participating in SMPs with family involvement was significantly lower

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (Master Thesis, Master of Nursing Science, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

**อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต (Instructor, Faculty of Nursing, Rangsit University)

***ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Assistant professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

****Corresponding author, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, (Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), E-mail: Upasen.r@gmail.com

วันที่รับ (received) 4 กุมภาพันธ์ 2559 วันที่แก้ไข (revised) 20 มีนาคม 2559 วันที่ตอบรับ (accepted) 5 เมษายน 2559

than that before at the .05 level, and 2) After the experiment, mean score of positive symptoms of PWSIC who joined the SMP with family involvement was significantly lower than that of whom received usual care, at the .05 level.

Keywords: Symptom management, Family involvement, Positive symptoms, Persons with Schizophrenia in the community

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลองนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและเพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 ครอบครัวที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสามชุก จังหวัดสุพรรณบุรีและมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าได้รับการจับคู่ (matched pair) ด้วยระดับคะแนนอาการทางบวกและเพศและสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นเวลา 4 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว 2) แบบประเมินอาการทางบวกและ

3) แบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก เครื่องมือทั้งหมดได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน และเครื่องมือชุดที่ 3 มีค่าความเที่ยงโดยสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคของเท่ากับ .81 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติบรรยาย และสถิติทดสอบที่

ผลการวิจัย: 1) คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และ 2) หลังการทดลอง ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการอาการ การมีส่วนร่วมของครอบครัว อาการทางบวก ผู้ป่วยจิตเภทชุมชน

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุด ปัจจุบันทั่วโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเภทประมาณ 24 ล้านคน (World Health Organization [WHO], 2014) สำหรับในประเทศไทยพบว่าในปี พ.ศ. 2556 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการของหน่วยบริการด้านสุขภาพของสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 388,369 คน ซึ่งพบมากเป็นอันดับ 1 ของจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2556) โรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรังและรุนแรง มีการดำเนินโรคไปอย่างค่อยเป็น

ค่อยไปทำให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ต้องใช้เวลารักษานานหรือต้องการดูแลตลอดชีวิตประเด็นสำคัญในการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพนั้น ส่วนหนึ่งพบว่าขึ้นอยู่กับครอบครัว (Bae, Lee, Park, Hyun, & Yoon, 2010)

ปัจจุบันเมื่ออาการรุนแรงต่าง ๆ ของผู้ป่วย ส่งผลผู้ป่วยจะถูกจำหน่ายออกสู่ครอบครัวและชุมชน (พิเศษรัฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์, 2552) ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้น โดยโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความเบื่อในการรักษาและไม่ร่วมมือในการรักษา ส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยแสดงออกมาในรูปของอาการผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) และพบว่า อาการทางจิตที่กำเริบเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสูงถึงร้อยละ 27.3 (Millier et al., 2011) ในประเทศไทย พบอัตราการป่วยซ้ำและต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสูงถึงร้อยละ 70 การป่วยซ้ำในแต่ละครั้งส่งผลให้ความสามารถในการทำหน้าที่และการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลงเป็นอย่างมาก อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางลบ และ 2) กลุ่มอาการทางบวก (Kay, Fiszbein & Opler, 1987) โดยกลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) จะมีการแสดงออกที่น้อยกว่าคนปกติโดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือเฉยเมย (Kay et al., 1987) ส่วนอาการทางบวก (positive symptoms) ผู้ป่วยมักมีการแสดงออกทางด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม โดยอาการที่เด่นชัดคือ หูแว่ว หลงผิด

คิดว่าคนจะมาทำร้ายส่งผลให้มีพฤติกรรมที่กรรมวุ่นวาย รุนแรงก้าวร้าวตามมา (Leelahanaj, 2009)

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนยังคงมีความรุนแรงของอาการทางบวกพบได้เป็นระยะ ๆ ได้แก่ อาการหลงผิด หูแว่ว ส่งผลให้มีพฤติกรรมรุนแรง วุ่นวาย ก้าวร้าว (Lindenmayer & Khan, 2006) อาการหูแว่วเป็นอาการพบได้บ่อยที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท คือ ประมาณร้อยละ 75 (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยอาจได้ตอบสนองต่อเสียงที่ได้ยินทำให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเองและคนรอบข้าง (Vadebeck, 2001) และไม่สามารถควบคุมตนเองได้และพบการรายงานว่าร้อยละ 98 ของผู้ที่มีอาการหูแว่วส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลสูง นำไปสู่การแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิตได้ (Trygstad et al., 2002) อาการเหล่านี้ถือว่าเป็นอาการสำคัญที่นำไปสู่การทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิต ถ้าไม่ได้รับการช่วยเหลือจะส่งผลให้ศักยภาพในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลงอย่างมาก (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) และส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบซ้ำ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; Barkhof, Meijer, de Sonnevillie, Linszen, & de Haan, 2012)

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกกำเริบหรือรุนแรงขึ้นคือ 1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่ ไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิตหรือสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบไม่รีบประทุกันตามแผนการรักษา (Gray, Wykes, & Gourmay, 2002) ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการรักษาด้วยยา (Kaplan & Sadock, 2000) และ 2) ปัจจัยด้านครอบครัว ได้แก่ ผู้ดูแลรับรู้สถานการณ์ดูแลว่า

เป็นภาระทำให้ไม่สนใจผู้ป่วย ไม่พาผู้ป่วยไปพบแพทย์ เพิกเฉยต่อการดูแล (วัชรภรณ์ ลือโรสงค์, 2541) ผู้ดูแลขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย (Lim & Ahn, 2003) ผู้ดูแลรู้สึกผิดหวัง โกรธ ขาดความอดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย จึงใช้วิธีที่ไม่เหมาะสมและไม่ยืดหยุ่นต่อผู้ป่วย (McDonagh, 2005) อาจแสดงออกด้วยการพูดกับผู้ป่วยที่ใช้น้ำเสียงดังขึ้นในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย (Hooley, 2007) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (อรณพ ทองคำ, 2546) ขาดทักษะการสื่อสารและการแก้ปัญหาทำให้แสดงการสื่อสารในทางลบต่อกันในครอบครัว (Fallon, 1985) ซึ่งมีผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบและต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลตามมาได้

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลักฐานเชิงประจักษ์เกี่ยวกับความพยายามในการลดความรุนแรงของอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งเน้นการจัดการอาการ โดยการนำแนวคิดการจัดการอาการ (symptoms management) ของ Dodd et al. (2001) มาใช้ ผลการศึกษาพบว่า การจัดการอาการสามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภทได้ (ชิรารัตน์ คณิงเพียร, 2548; วิมลพร เกียรติวุฒินันท์, รื่นฤดี ลิ้มฉาย, ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, และ วัลลภา กิตติมาตสกุล, 2551) ทั้งนี้เป็นการจัดการอาการทางบวกด้านอาการหูแว่วเพียงอย่างเดียวเท่านั้นซึ่งไม่ครอบคลุมอาการทางบวกด้านอื่นๆ ด้วยนอกจากผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องจัดการกับอาการทางบวกด้วยตนเองให้ได้แล้วครอบครัวควรมีส่วนร่วมในการจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วยด้วย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่กับครอบครัวเป็นส่วนใหญ่ (Addington, McCleery, & Addington, 2005)

และต้องพึงพาอาศัยครอบครัวให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง เพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดและมีความสำคัญมากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (กาญจนา นันทไพบูลย์, 2553) ดังนั้นครอบครัวจึงต้องเข้ามามีส่วนร่วมและมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้นนอกเหนือจากบทบาทอื่น ๆ โดยแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman, Bowden, & Jones (2003) ระบุว่า ครอบครัวเป็นหน่วยหรือระบบที่สำคัญที่สุดในการสร้างสุขภาพ จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า การให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นจะมีผลต่อพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้งทางตรงและทางอ้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญกับโรคและผลกระทบจากโรค และภาวะแทรกซ้อนจากการรักษา ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวโดยตรง ครอบครัวจึงมีความจำเป็นต้องมีส่วนร่วมในการดูแลรักษา การกระตุ้น การให้กำลังใจ หรือมีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำชี้แนะแนวทาง สอนดูแลช่วยเหลือ และมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการรักษาผู้ป่วยในทุก ๆ ภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยจะได้รับการตอบสนองทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในปัจจุบันที่บุคลากรในทีมสุขภาพ โดยเฉพาะพยาบาลควรนำครอบครัวหรือผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลช่วยเหลือและจัดการกับอาการที่ผิดปกติของตนเองได้ แต่ในปัจจุบันยังพบว่าครอบครัวยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท ขาดทักษะในการปฏิบัติตัว และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จึงมักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังโดยส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยกำเริบขึ้น การศึกษาโปรแกรมการ

จัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะใช้ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ในการวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้แนวคิดการจัดการของ Dodd et al. (2001) ประยุกต์ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของครอบครัวของ Friedman et al. (2003) ในการพัฒนาโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนนั้นจำเป็นต้องสามารถจัดการกับอาการทางบวกได้ด้วยตนเอง ทั้งนี้โดยมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยทั้งในขณะมีอาการกำเริบและในช่วงอาการสงบ ในการศึกษานี้มีการพัฒนาจัดกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการจัดการอาการทางบวกและให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเหมาะสมเป็นลำดับขั้นตอนซึ่งประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1) ประสพการณ์มีอาการ ประกอบด้วยกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ และแลกเปลี่ยนประสพการณ์การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับความรู้สึกผู้ดูแลที่มีต่อผู้ป่วย เรียนรู้เรื่องโรคจิตเภทและการมีส่วนร่วมของครอบครัวทุก ๆ ด้าน ขั้นตอนที่ 2) กลยุทธ์การจัดการกับอาการ ประกอบด้วยกิจกรรมสาธิตเพื่อหยุดหูแว่ว ฝึกทักษะการควบคุมความโกรธเพื่อลดพฤติกรรมก้าวร้าว พัฒนาการสื่อสารเพื่อเรียนรู้อยู่กับความจริงและการทดลองปฏิบัติการแก้ปัญหาและพัฒนาบทบาท ขั้นตอนที่ 3) ผลลัพธ์จากการจัดการกับอาการ ประกอบด้วยกิจกรรม ทบทวนความรู้และประสพการณ์ที่ได้รับ

กิจกรรมดังกล่าวน่าจะช่วยให้อาการทางบวกของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว
2. อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง(quasi-experimental research) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง (the pretest - posttest control group design) ประชากร คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัย จากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20 -59 ปี ทั้งชายและหญิง มีอาการทางบวกระดับ เล็กน้อยถึงปานกลาง (8 - 35 คะแนน) ประเมินจาก แบบประเมินอาการทางบวกลบภาษาไทย อาศัย อยู่กับสมาชิกครอบครัวสมัครใจและยินยอมให้ ความร่วมมือในการวิจัย และผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลัก ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็น พ่อ/แม่ สามี/ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง อายุ 18 ปีขึ้นไป ดูแลผู้ป่วยนานกว่า 6 เดือน ไม่ได้คำตอบแทนใด ๆ และยินยอมเข้าร่วม การวิจัย จำนวน 1 คน

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติ จาก คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาล สามชุก จังหวัดสุพรรณบุรี กลุ่มตัวอย่างทุกคน ได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ขั้นตอน การรวบรวมข้อมูล วัน ระยะเวลา และประโยชน์ ที่คาดว่าจะได้รับพร้อมทั้งชี้แจงสิทธิของกลุ่ม ตัวอย่างในการยินยอมให้ข้อมูลและเน้นย้ำว่าข้อมูล ที่ได้จากการศึกษาจะเป็นความลับ สอบถามความ สมัครใจและให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อยินยอมเข้าร่วม การวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง คือ โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วม ของครอบครัวผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยใช้แนวคิดการ จัดการอาการของ Dodd et al. (2001) ร่วมกับการมี ส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman et al. (2003) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ติดกัน

2 สัปดาห์ และ 1 กิจกรรม ติดกันอีก 2 สัปดาห์ ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 45 - 60 นาที ผ่านการ ทดสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน จากนั้นนำไปโปรแกรมที่ปรับปรุงแก้ไข ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่มี คุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างก่อนนำไป ใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ของผู้ดูแล

ส่วนที่ 3 แบบประเมินอาการทางบวกลบ ภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) เป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตของผู้ป่วย ในด้านอาการทางบวก (positive symptom) มีข้อ คำถามทั้งหมด 7 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงของ เนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและ จิตเวช จำนวน 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ 1 จากนั้น นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองใช้กับ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หากค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach' Alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบประเมินความสามารถในการจัดการ อาการทางบวก โดยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการศึกษา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับการจัดการ อาการ ตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) เพื่อ ประเมินความสามารถในการจัดการกับอาการทาง

บวก ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 10 ข้อ ผ่านการทดสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 5 คน ได้ค่า CVI เท่ากับ .90 จากนั้น นำแบบประเมินที่ปรับปรุงแก้ไขไปทดลองกับผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง หาค่าความเชื่อมั่นใช้สูตร Cronbach' alpha coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .81

ขั้นตอนการวิจัย

1. ระยะเวลาเตรียมการ ผู้วิจัยเตรียมความพร้อมโดยการศึกษาดำรง งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่ เตรียมผู้ช่วยในการดำเนินกิจกรรม

2. ระยะดำเนินการวิจัย

2.1 เลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง หลังกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ประเมินอาการทางบวกของผู้ป่วย (pre - test) โดยที่การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างนั้นมีการจับคู่ด้วยคะแนนอาการทางบวกและเพศ จนครบ 20 คู่ แล้วจับฉลากเพื่อคัดเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทีละคู่

2.2 กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติได้แก่ กิจกรรมการดูแลทั่วไปเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน การให้ความรู้เรื่องโรค การให้คำปรึกษา ผู้ป่วยตามความต้องการของแต่ละครอบครัว ภายหลังสิ้นสุดการทดลองนัดผู้ป่วยมาประเมินอาการทางบวก (post - test)

2.3 กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มละ 10 ครอบครัว โดยกลุ่มที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในภาคเช้า เวลา 10.00 - 11.00 น. และกลุ่มที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในภาคบ่าย เวลา 13.00- 14.00 น. ใช้ระยะเวลาในการดำเนินกิจกรรมรวมทั้งสิ้น 4 สัปดาห์ โดยดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม 2 สัปดาห์ และสัปดาห์ละ 1 กิจกรรม อีก 2 สัปดาห์ ใช้เวลากิจกรรมละประมาณ 45 - 60 นาที

2.4 การกำกับการวิจัยภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรม ผู้วิจัยทำการกำกับการทดลอง โดยให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินความสามารถในการจัดการอาการทางบวก ภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 วัน

2.5 หลังจากสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม 1 สัปดาห์ ผู้วิจัยวัดผลตัวแปรตามโดยประเมินอาการทางบวก (post - test)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป โดยการคำนวณหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สถิติทดสอบค่าทีแบบ pair t - test และ independent t - test

ผลการวิจัย

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทแสดงดังตารางที่ 1 และ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม (n = 20)

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	\bar{X}	SD	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง					
ก่อนทดลอง	23.1	4.12	19	17.034	.001
หลังทดลอง	12.35	2.13			
กลุ่มควบคุม					
ก่อนทดลอง	23.4	3.68	19	1.00	.330
หลังทดลอง	22.75	3.61			

จากตารางที่ 1 พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวมีคะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกหลังการทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน	\bar{X}	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	23.10	4.12	38	-.323	.748
กลุ่มควบคุม	23.40	3.68			
หลังการทดลอง					
กลุ่มทดลอง	12.35	2.13	38	-11.088	.001
กลุ่มควบคุม	22.75	3.61			

จากตารางที่ 2 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนทดลองไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลองพบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

การอภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษา พบว่าอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางบวกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการอาการทางบวกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 อธิบายได้ว่า การจัดการ

อาการตามแนวคิดของ Dodd et al. (2001) ที่นำมาประยุกต์ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman et al. (2003) นั้นเป็นการทำให้ผู้ป่วยเกิดทักษะในการจัดการกับอาการทางบวกของตนเองทั้ง 3 ขั้นตอน ทั้งประสบการณ์การมีอาการ กลวิธีในการจัดการกับอาการ และผลลัพธ์ที่ได้จากการจัดการ โดยครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในทุกๆ ขั้นตอน และการทำกิจกรรมแบบกลุ่มครอบครัวส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพและความเชื่อมั่นระหว่างสมาชิกด้วยกัน เกิดความไว้วางใจต่อกัน ทำให้สมาชิกในครอบครัวเปิดใจและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเอง ทำให้เกิดความเข้าใจตนเองมากขึ้น ได้แง่คิดจากสมาชิกคนอื่นๆ ส่งผลให้ครอบครัวเกิดการเรียนรู้แบบใหม่ๆ ในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้อาการทางบวกลดลง

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางบวกโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 แสดงให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมการจัดการกับอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว มีผลลดอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้เป็นอย่างดี และมีประสิทธิภาพมากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจาก โปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นการประยุกต์แนวคิดการจัดการอาการของ Dodd et al. (2001) และการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดของ Friedman et al. (2003) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางบวกได้ ทั้ง อาการหูแว่ว พฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และอาการหลงผิด สอดคล้องกับ

การศึกษาของ ชิดารัตน์ คะนิงเพียร (2548) ที่พบว่าการจัดการกับอาการหูแว่วด้วยวิธีการพูดว่า “หยุด” หรือ เพิกเฉยไม่ทำตามเสียงสามารถลดลักษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วได้และจากการศึกษาของ กัญญาวรรณ ระเบียบ (2555) ที่พบว่าการฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อทั้ง 10 ท่า สามารถควบคุมความโกรธและลดพฤติกรรมก้าวร้าวได้ และการที่ให้ครอบครัวเข้ามาทำหน้าที่ของครอบครัวในทุกๆ ขั้นตอนของการจัดการกับอาการทางบวกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลได้รับรู้และเข้าใจในตัวของผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น และช่วยลดความเครียดจากการรับรู้การเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วยได้ (จิราพร รักรการ, 2549; นภภรณ์ พึ่งเกษมสุนทร, 2553) นอกจากนี้ยังส่งผลให้เกิดการพัฒนาการมีส่วนร่วมของครอบครัวในหลาย ๆ ด้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและนำไปสู่การดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพตามมาและท้ายสุดผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการทางบวกลดลงได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าโปรแกรมการจัดการอาการโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางบวกเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการติดตามในระยะยาวเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวนำทักษะความรู้ที่ได้รับไปใช้อย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ เพื่อให้สามารถลดและควบคุมอาการทางบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ควรพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางบวกแบบใหม่ ๆ ให้มีความหลากหลาย เพื่อให้เหมาะสมกับปัญหาและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งจะช่วยให้ประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการทางบวกได้ดียิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ได้ถ่ายทอดวิชาความรู้ให้ความเมตตาความช่วยเหลือจนเกิดความสำเร็จ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิและคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยรังสิตที่อนุเคราะห์ทุนสนับสนุนการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในงานวิจัยนี้ที่ให้ความร่วมมือและสละเวลาในการเข้าร่วมกิจกรรมทุก ๆ ขั้นตอนจนเสร็จสิ้นการวิจัย ตลอดจนขอบคุณผู้ที่เกี่ยวข้องที่มีได้เอ่ยนามในที่นี้สำหรับในทุกๆ ความช่วยเหลือจนส่งผลให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปี. กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556*. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญญาวรรณ ระเบียบ. (2555). *ผลของโปรแกรมการการผ่อนคลายกล้ามเนื้อร่วมกับการควบคุมโกรธต่อพฤติกรรมก้าวร้าวในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- กาญจนา นันทไพบูลย์. (2553). *การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(2), 26-38.
- จิราพร รักการ. (2549). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาต่อภาระในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอองค์, และพิเชษฐ อดมรัตน์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรุงเทพฯ: เจเนชั่น-ซีแอล.
- ธิดารัตน์ คณิงเพียร. (2548). *โปรแกรมการจัดการอาการต่อลี้กษณะและความรุนแรงของอาการหูแว่วในผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพรณ พึ่งเกศสุนทร. (2553). *ผลของโปรแกรมการบำบัดครอบครัวต่อภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. กรุงเทพมหานคร: สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.
- มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพมหานคร: บิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- วัชรภรณ์ ลือไชสงค์. (2541). *ลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท: กรณีศึกษา. กลุ่มงานสังคมศาสตร์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ กรมสุขภาพจิต*.
- วิมลพร เกียรติวุฒินนท์, รื่นฤดี ลิ้มฉาย, ชุศรี เกิดพงษ์บุญโชติ, และวัลลภา กิตติมาสกุล. (2551). *ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการหูแว่วต่อลี้กษณะและความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.

- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท (พิมพ์ครั้งที่ 2)*.
 ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนา.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 2)*.
 กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- อรรณพทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ. การค้นคว้าอิสระปริญญาโทบัณฑิต, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.*
- Addington, J., McCleery, & Addington, D. (2005). Three-year outcome of family work in early psychosis program. *Schizophrenia Research*, 79(1), 107-116.
- Bae, S. M., Lee, S. H., Park, Y. M., Hyun, M. H., & Yoon, H. (2010). Predictive factors of social functioning in patients with schizophrenia: Exploration for the best combination of variables using data mining. *Psychiatry Investigation*, 7(2), 93-101.
- Barkhof, C. J., Meijer, L. M. J., de Sonnevile, D. H., Linszen, L., & de Haan, L. (2012). Intervention to improve adherence to antipsychotic medication in patient with schizophrenia-review of the past decade. *European Psychiatry*, 27, 9-18.
- Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., et al. (2001). Advancing the science of symptom management. *Journal of Advanced Nursing*, 33(5), 668-676.
- Falloon, I. R. H. (1985). *Family management of schizophrenia: A study of clinical, social, family and economic benefits*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Friedman, M. M., Bowden, V. R., & Jones, E. G. (2003). *Family Nursing Research, Theory & Practice* (5th ed.). United States of America: Pearson Education, Inc.
- Gray, R., Wykes, T., & Gournay, K. (2002). From compliance to concordance: A review of the literature on interventions to enhance compliance with antipsychotic medication. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9(3), 277-284.
- Hooley, J. M. (2007). Expressed emotion and relapse of psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 329-352.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (2000). *Kaplan & Sadock's synopsis of psychiatry* (9th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kay, S. R., Fiszbein, A & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) For Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Leelahanaj T. (2009). *Text book schizophrenia Songkhla*. Songkhla: Chanmuang printing.
- Lim, Y. M. & Ahn, Y. H. (2003). Burden of family caregivers with schizophrenic patients in Korea. *Applied Nursing Research*, 16(2), 110-117.

- Lindenmayer, J. P., & Khan A. (2006). Psycho-pathology. In Lieberman, J. A. Stroup, T. S. Perkin, D.O. (Eds). *Textbook of Schizophrenia* (pp. 187–221), Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- McDonagh, L. A. (2005). *Express emotion as a precipitate of relapse in psychological disorders*. Retrieved March 12, 2015, from <http://www.personalityresearch.org/papers/mcdonagh.html>
- Millier, A., Saron, E., Azorin, J.-M., Boyer, I., Aballea, S., Auquier, P., et al. (2011). Relapse according to antipsychotic treatment in schizophrenic patients: A propensity-adjusted analysis. *BMC Psychiatry, 11*, 1-9.
- Trygstad, L., Buccheri, R., Dowling, G., Zind, R., White, K., Griffin, J. J., et al. (2002). Behavioral management of persistent auditory hallucinations in schizophrenia: Outcomes from a 10-week course. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 8*(3), 84-91.
- Vadebeck, L. S. (2001). *Psychiatric mental health nursing*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- World Health Organization. (2014). *The ICD-10 Classification of mental and behavior disorders*. Geneva: World Health Organization.