

ผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความรุนแรงของอาการทางจิต  
ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน\*

THE EFFECT OF FAMILY PSYCHOEDUCATIONAL INTERVENTION  
ON SYMPTOMS SEVERITY IN SCHIZOPHRENIC PATIENTS USING  
AMPHETAMINE

อนิมา จันทรแสน, พยบ. (Anima Juntarasaen, B.N.S.)\*\*

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, พย.ด. (Penpaktr uthis, Ph.D., R.N.)\*\*\*

สุนิสา สุขตระกูล, พย.ด. (Sunisa suktrakul, Ph.D., R.N.)\*\*\*\*

**Abstract**

**Objectives:** The purposes of this study are to compare 1) symptoms severity of schizophrenic patients using amphetamine before and after receiving the family psychoeducational intervention, and 2) symptoms severity of schizophrenic patients using amphetamine who received the family psychoeducational intervention and those who received regular nursing care.

**Methods:** The subjects composed of 40 schizophrenic patients and their families who met the inclusion criteria. The subjects were matched-pairs with patient's symptoms severity and then randomly assigned to either an

experimental or a control group, 20 subjects in each group. The experimental group received the family psychoeducational intervention and the control group received regular nursing care. The research instruments were 1) The Family Psychoeducational Intervention developed by the researcher comprised of 9 activities including building relationships with patients, caregivers and family members, providing knowledge about schizophrenia and amphetamine use, providing drug education and self-medication skills training, developing communication skills within the family, developing appropriate emotional expression skills within the family, providing knowledge

\*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Thesis, Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

\*\*นิสิต หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Student, Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

\*\*\*Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Corresponding author, Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University), E-mail: penpaktr\_uthis@hotmail.com

\*\*\*\*อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Lecturer, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University)

วันที่รับ (received) 10 กันยายน 2558 วันที่แก้ไข (revised) 28 ตุลาคม 2558 วันที่ตอบรับ (accepted) 13 พฤศจิกายน 2558

and developing skills about warning signs of relapse and relapse prevention, developing stress management and relaxation skills, and activities regarding discharge planning and following up after discharge, 2) Symptom severity scale (PANSS-T), 3) a test of caregivers' knowledge on caring for schizophrenic patients, and 4) a test of patient's knowledge on schizophrenia. The 3<sup>rd</sup> and 4<sup>th</sup> instrument had Kuder-Richardson (KR-20) reliability as of .95 and .94.

**Results:** 1) Symptoms severity of schizophrenic patients using amphetamine after receiving the family psychoeducational intervention was significantly lower than that before at p .05 level; 2) After the experiment, symptoms severity of schizophrenic patients using amphetamine in experimental group who received the family psychoeducational intervention was significantly lower than that in the control group who received the regular nursing care at p. 05 level.

**Keywords:** Schizophrenia patients using amphetamine, Family psychoeducation, Symptoms severity

### บทคัดย่อ

**วัตถุประสงค์:** การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว และ 2) เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ระหว่างกลุ่ม

ที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

**วิธีการศึกษา:** กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนและครอบครัว ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์จำนวน 40 คน ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจับคู่ด้วยคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตแล้วถูกสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ 1) โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นประกอบด้วยกิจกรรม 9 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคร่วมจิตเภทและการใช้สารแอมเฟตามีน การให้ความรู้เรื่องการรักษาด้วยยาและการฝึกทักษะจัดยาด้วยตนเอง การพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัว การพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัว การให้ความรู้และพัฒนากิจกรรมอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และกิจกรรมก่อนการจำหน่ายและการติดตามหลังจำหน่าย 2) แบบวัดความรุนแรงของอาการทางจิต PANSS-T 3) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และ 4) แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือชุดที่ 3 และ 4 มีค่าความเที่ยง (KR-20) เท่ากับ .95 และ .94 ตามลำดับ

**ผลการศึกษา:** 1) ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนการ

ให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) หลังการทดลอง ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

**คำสำคัญ:** ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ความรุนแรงของอาการทางจิต

### ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชโดยทั่วโลกมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 7 ต่อ 1,000 ประชากร (World Health Organization [WHO], 2013) โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งมีมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น คือพบมากถึงร้อยละ 36.12 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จึงเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขมาโดยตลอด (กรมสุขภาพจิต, 2555) โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะอาการเจ็บป่วยเป็นแบบเรื้อรังและมีความรุนแรงมาก ต้องใช้เวลาในการรักษาเป็นเวลานาน มีเพียงส่วนน้อยที่รักษาให้หายขาดได้ (WHO, 2013) ทำให้ญาติหรือสมาชิกในครอบครัวได้รับความเดือดร้อนและมีความลำบากใจในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะอาการก้าวร้าวซึ่งเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งสิ่งเหล่านี้เป็นสิ่งที่รบกวนญาติมากที่สุด (Francell, 1998)

จากการศึกษาทางระบาดวิทยาของ Epidemiology Catchment Area study (ECA) ซึ่งทำการสำรวจความชุกของโรคจิตเวชในประชาชน

อเมริกันอายุ 18 ปีขึ้นไปในปีค.ศ. 1980-1984 จำนวน 20,291 คน พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยร้อยละ 6.1 และปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผลการศึกษาทางระบาดวิทยาของ Kavanagh et al. ในปี 2004 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยสูงถึงร้อยละ 47 โดยสูงกว่าบุคคลทั่วไปถึง 4.6 เท่า โดยสารเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีการใช้มากจะเป็นสารเสพติดในกลุ่มยากระตุ้นประสาท เช่น แอมเฟตามีน (Barbee, Clark, Carpazano, Heintz, & Kehoe, 1989; Mueser, et al., 1990) ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทจะมีความไวต่อสารแอมเฟตามีน แม้จะใช้ในปริมาณต่ำ ๆ ก็ สามารถทำให้มีอาการทางจิตกำเริบได้ (Lieberman, Sheiman, & Kinon, 1997) ดังนั้นการใช้สารแอมเฟตามีนของผู้ป่วยจิตเภทจึงเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

สำหรับประเทศไทยพบว่าการใช้สารเสพติดร่วมโดยเฉพาะยาบ้า หรือสารแอมเฟตามีน ก็เป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน (เพชรคันธสายบัว, 2553) ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งพบว่าเป็นผู้ป่วยที่ใช้สารแอมเฟตามีนร่วมด้วยมากขึ้น โดยพบจำนวน 86, 116 และ 132 ราย ในปี พ.ศ. 2554, 2555 และ 2556 ตามลำดับ พบเพศชายจำนวน 65, 90 และ 93 ราย และเพศหญิงจำนวน 21, 26 และ 29 ราย ตามลำดับ ซึ่งเห็นได้ว่าผู้ป่วยเพศชายมีการใช้สารแอมเฟตามีนมากกว่าเพศหญิง (สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2556) การใช้แอมเฟตามีนจะพบว่ามีอาการหลังสารโดปามีนมากกว่าคนปกติทั่วไป และเมื่อผู้ป่วยมีการใช้สารแอมเฟตามีนร่วมด้วยสมองจะยังได้รับการกระตุ้น

ให้มีการหลังสารโดปามีนเพิ่มมากขึ้นกะทันหัน ส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่กำเริบรุนแรงแบบเฉียบพลันเกิดขึ้นได้(สมภพเรืองตระกูล, 2557)

Mueser et al. (2009) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยนั้น จะมีความรุนแรงของอาการทางจิตมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด โดยผู้ป่วยจะมีอาการแสดงจำแนกเป็น 2 ลักษณะ คือ อาการทางบวก (positive symptoms) และอาการทางลบ (negative symptoms) โดยอาการทางบวก (positive symptoms) มักจะเป็นอาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม โดยผู้ป่วยจะมีอาการทางบวกมากกว่าผู้ป่วยจิตเภททั่ว ๆ ไป ผลการศึกษาของ Talamo et al. (2006) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมจะมีคะแนนของอาการทางบวกเพิ่มขึ้น ซึ่งอาการทางบวกที่เห็นได้ชัด เช่น การมีพฤติกรรมหุนหันพลันแล่นและก้าวร้าวรุนแรงในลักษณะต่าง ๆ รวมถึงการทำร้ายตนเอง หรือ ทำร้ายผู้อื่น เป็นต้น

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการใช้สารเสพติดมีอาการทางจิตมากขึ้น คือ การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทั้งนี้ เกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา การไม่ยอมรับการเจ็บป่วยขาดการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัว ซึ่งเป็นปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยไปใช้สารเสพติดได้และในด้านของครอบครัวยังพบว่า มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและทอดทิ้งผู้ป่วย (มาลีแจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, บุญชัย นวมงคลวัฒนา, 2551) จากการ

ทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ พบว่า Mueser et al. (2012) ได้พัฒนาการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแก่ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งมีปัญหาโรคร่วมนี้ โดยมีการให้ความรู้เรื่องโรคร่วมจิตเวชและสารเสพติด การฝึกทักษะในการสื่อสารเพื่อลดความเครียดของครอบครัว การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา การแก้ไขความขัดแย้งภายในครอบครัว และการสร้างแรงจูงใจ เพื่อช่วยให้สามารถจัดการกับการใช้สารเสพติดในผู้ป่วยได้ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าการบำบัดในรูปแบบนี้สามารถลดความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับผลการศึกษาแบบ meta-analysis ของ Lincoln, Wilhelm, and Nestoriuc (2007) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาที่มีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมด้วยนั้น มีประสิทธิภาพในการลดอาการของโรคและป้องกันอาการกำเริบได้ ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาลดการใช้สารเสพติดลง (O'Farrell & Fals-Stewart, 2000) นอกจากนี้ Sharif, Shygan, & Mani (2012) ได้พัฒนารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกภายในครอบครัวของผู้ป่วย เน้นการบำบัดแบบการรู้คิด พฤติกรรม โดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทมากขึ้น มีวิธีการจัดการกับอาการทางจิต มีทักษะในการสื่อสาร การแก้ปัญหาและ การเผชิญความเครียด เพิ่มมากขึ้น ซึ่งสามารถช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยลงได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษากการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนจะเป็นข้อมูลสำคัญที่จะเป็นแนวทางที่ใช้ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

### วัตถุประสงค์การวิจัย

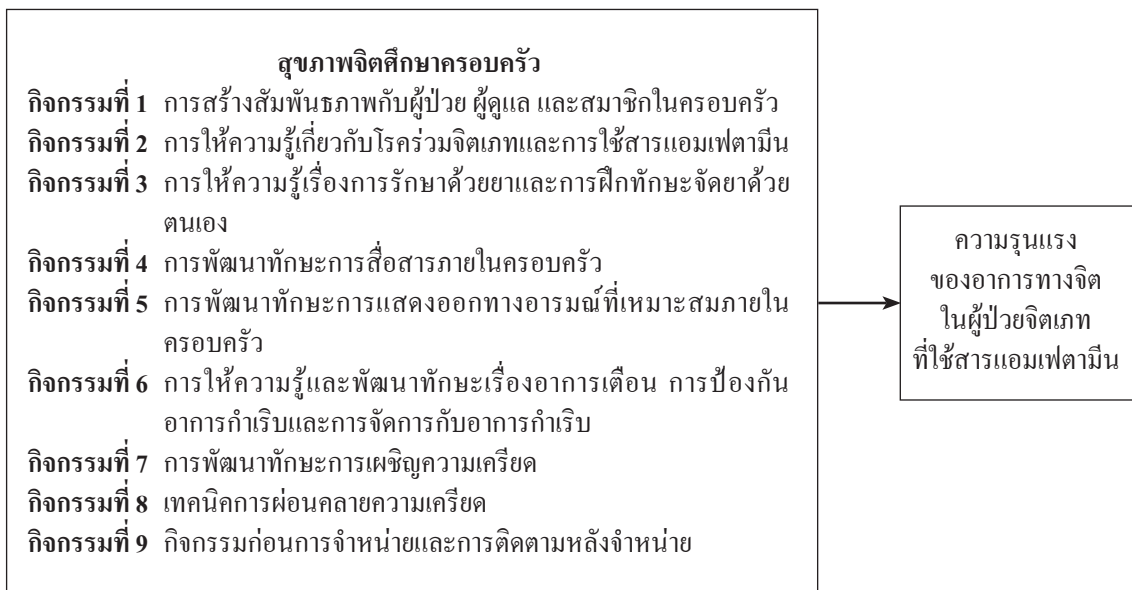
1. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน สาเหตุที่สำคัญของการเกิดความรุนแรงของอาการทางจิต คือ ผู้ป่วย ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวขาดความรู้ความ

เข้าใจเกี่ยวกับโรคและขาดทักษะในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ และพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเป็นการบำบัดที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยกลุ่มนี้ (มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, บุญชัย นวมงคลวัฒนา, 2551; Lincoln, Wilhelm, and Nestoriuc, 2007; O'Farrell & Fals-Stewart, 2000) การศึกษาครั้งนี้ นำการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Sharif et al. (2012) ผสมผสานกับแนวทางของ Mueser et al. (2012) มาประยุกต์ใช้ในการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว การดำเนินการโดยเน้นการทำกิจกรรมร่วมกันระหว่าง ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งมีทั้งสิ้น 9 กิจกรรม ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi – experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทและใช้สารแอมเฟตามีน ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับบริการแผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เพศชาย อายุ 18 - 59 ปี จำนวน 40 คนแบ่งเป็นกลุ่มควบคุมจำนวน 20 คน และกลุ่มทดลองจำนวน 20 คน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (inclusion criteria)

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดของการศึกษา และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรักษาพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ทุกเมื่อถ้าต้องการแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะมีการปกปิดเป็นความลับ โดยผลการวิจัยจะมีการนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้วิจัยพัฒนาโดยการประยุกต์รูปแบบและเนื้อหาในการบำบัดจากการศึกษาของ Sharif et al. (2012) และ Mueser et al. (2012) ซึ่งการดำเนินกิจกรรมเป็นแบบรายครอบครัว ประกอบไปด้วย 9 กิจกรรม

ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ะละ 2 กิจกรรม ใช้เวลา กิจกรรมครั้งละ 60 นาที ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านการศึกษาสุขภาพจิตและจิตเวชจำนวน 5 ท่าน ซึ่งพบว่ามีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .88 จากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อให้เกิดความถูกต้องชัดเจนความครอบคลุมของเนื้อหา กิจกรรม และทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างรายครอบครัว จำนวน 3 ครอบครัว

### 2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย

#### 2.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ประวัติการใช้สารแอมเฟตามีน ระยะเวลาของการเจ็บป่วยทางจิต ประวัติการใช้สารแอมเฟตามีนของบุคคลในครอบครัว

#### 2.2 แบบประเมินความรุนแรงของ

อาการจิต (Positive and Negative Syndrome Scale) ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็น ภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) จาก Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) แบบประเมินเป็นลักษณะข้อคำถามแบบให้ค่าคะแนนในแต่ละข้อ 7 ระดับ โดยคะแนนแต่ละระดับจะแสดงถึงความรุนแรงของข้อคำถามในแต่ละข้อเรื่องความผิดปกติทางจิตที่มีความผิดปกติตามลำดับ นำแบบประเมินฯ

ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือได้สัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .80

**3. เครื่องมือกำกับการทดลองประกอบด้วยเครื่องมือ จำนวน 2 ชุด ได้แก่**

**3.1 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยได้ปรับและพัฒนาจากแบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของญาติของ ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 28 ข้อ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .89 และนำไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรของคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20: KR-20) ได้เท่ากับ .95

**3.2 แบบวัดความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภท** เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยปรับและพัฒนาจากแบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทของงานจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2542) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ ความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index: CVI) เท่ากับ .90 และไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรของคูเคอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้เท่ากับ .94

#### **ขั้นตอนดำเนินการวิจัย**

1. ขั้นตอนเตรียมการวิจัยผู้วิจัยได้เตรียมความรู้ในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ได้ทำศึกษาเอกสารตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และพัฒนาทักษะ

การทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาโดยฝึกปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วย โดยผู้เชี่ยวชาญของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเทริยมศรีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เตรียมสถานที่ในการดำเนินการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างพิจารณาตามคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนดในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และเตรียมผู้ช่วยในการวิจัย

2. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย กลุ่มควบคุมผู้วิจัยทำการประเมินความรุนแรงของอาการ ก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) ภายหลังจากการประเมินความรุนแรงของอาการแล้ว ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มทดลองเป็น 20 กลุ่ม โดยเป็นผู้ป่วย 1 คน รวมกับผู้ดูแล 1 คนและสมาชิกในครอบครัว 1 คน รวมเป็นกลุ่มละ 3 คน เริ่มดำเนินกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ณ แผนกผู้ป่วยในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเทริยมศรี กิจกรรมละ 60 นาที จนครบ 9 กิจกรรม เป็นเวลาติดต่อกัน 5 สัปดาห์ๆ ละ 2 กิจกรรม ตามวัน เวลา และสถานที่ กำกับการทดลองในกลุ่มทดลองภายหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 5 ทันที โดยผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบคำถามของเครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลองคือ แบบวัดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยจิตเภท และแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

3. ขั้นตอนประเมินผลการวิจัย หลังสิ้นสุดกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 5 ไปแล้ว 1 เดือน ผู้วิจัยจะทำการประเมินความรุนแรงของอาการในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนโดยใช้แบบประเมินความรุนแรงของอาการ (Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย: PANSS-T) (Post-test)

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

ผู้วิจัยนำข้อมูลทั้งหมดที่ได้มาลงรหัสข้อมูล และวิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้การแจกแจงความถี่ หาค่าร้อยละ หาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าที่ (independent t - test และ dependent t - test) โดย

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**ผลการวิจัย**

ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มทดลอง

ความรุนแรงของอาการทางจิต	$\bar{X}$	SD	df	t	p - value
<b>Positive symptom (n = 20)</b>					
ก่อนการทดลอง	67.85	4.78	19	17.87	.000
หลังการทดลอง 1 เดือน	42.20	7.36	19		
<b>Negative symptom (n = 20)</b>					
ก่อนการทดลอง	48.45	7.84	19	4.49	.000
หลังการทดลอง 1 เดือน	42.05	7.54	19		

จากตารางที่ 1 พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิต (positive symptom และ negative symptom) ของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติที่ระดับ .05 โดยความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังการทดลอง 1 เดือนของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนในกลุ่มทดลองน้อยกว่าก่อนการทดลอง

**ตารางที่ 2** เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในกลุ่มควบคุม

ความรุนแรงของอาการทางจิต	$\bar{X}$	SD	df	t	p - value
<b>Positive symptom (n = 20)</b>					
ก่อนการทดลอง	66.0	5.03	19	2.84	.01
หลังการทดลอง 1 เดือน	58.85	10.10	19		
<b>Negative symptom (n = 20)</b>					
ก่อนการทดลอง	47.30	7.57	19	-0.57	.57
หลังการทดลอง 1 เดือน	48.20	6.19	19		



ตารางที่ 2 พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมเมื่อวัดอาการ positive symptom พบว่ามีแตกต่างกันอย่าง

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $t = 17.87$ ) และเมื่อวัดอาการ negative symptom ก่อนการทดลองและหลังการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอมเฟตามีนก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครบครันกับกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ความรุนแรงของอาการทางจิต	$\bar{X}$	SD	df	t	p - value
<b>ก่อนการทดลอง</b>					
กลุ่มทดลอง Positive symptom	67.85	4.78	38	-1.191	.241
กลุ่มควบคุม Positive symptom	66.0	5.03	37.8		
กลุ่มทดลอง Negative symptom	48.45	7.54	38	-0.472	.640
กลุ่มควบคุม Negative symptom	47.30	6.19	37.95		
<b>หลังการทดลอง 1 เดือน</b>					
กลุ่มทดลอง Positive symptom	42.20	7.36	38	5.958	.00
กลุ่มควบคุม Positive symptom	58.85	10.10	34.73		
กลุ่มทดลอง Negative symptom	42.05	7.54	38	2.818	.008
กลุ่มควบคุม Negative symptom	48.20	6.19	36.61		

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบความรุนแรงของ positive symptom และ negative symptom ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนการทดลองพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาครบครันความรุนแรงของอาการ positive symptom และ negative symptom ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

### การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาครบครันต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้วิจัยขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมุติฐานการวิจัย ดังนี้

1. หลังจากได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครบครันพบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานข้อที่ 1 เนื่องจากการให้สุขภาพจิตศึกษาครบครันเป็นรูปแบบของการให้ความรู้เรื่องและฝึกทักษะในด้านต่าง ๆ ที่สำคัญและจำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว เพื่อลดความรุนแรงของอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวได้มีการค้นหาปัญหาที่เกิดขึ้นและร่วมกันคิดเพื่อหาวิธีจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ การให้สุขภาพจิตศึกษาครบครัน

มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มทดลอง มีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุอาการแสดง และการรักษาของโรคจิตเภท รวมทั้งได้ทราบว่า การใช้สารแอมเฟตามีนนั้นมีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตได้อย่างไร มีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง การจัดการกับอาการเบื้องต้นจากการใช้ยา อีกทั้งยังได้ฝึกทักษะการจัดการรับมือกับตนเอง ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญอย่างหนึ่งของการลดความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน นอกจากนี้ยังได้รับการพัฒนาทักษะการสื่อสารภายในครอบครัวและการพัฒนาทักษะการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมภายในครอบครัวเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยเข้าใจมีการสื่อสารทางบวกและมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อการให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ ช่วยให้มีวิธีการสังเกตอาการเตือนและอาการกำเริบ ซึ่งทำให้สามารถที่จะจัดการกับอาการดังกล่าวได้ดีขึ้น การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวร่วมกันหาวิธีการลดความตึงเครียดที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวมีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหาและสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมในการจัดการกับสถานการณ์ตึงเครียดที่เกิดขึ้น และการฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด นั้นนำไปสู่การปรับตัวที่ดีขึ้น ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวของ Sharif et al. (2012) และ Mueser et al. (2012)

2. หลังจากการทดลอง ความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน

ในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติ ซึ่งเป็นไปตามตามสมมติฐานข้อที่ 2 และสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Lincoln, Wilhelm, & Nestoriuc, 2007; O'Farrell & Fals-Stewart, 2000; Sharif et al., 2012) ผลการศึกษาจากข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพศึกษาครอบครัวช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว มีทักษะและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนหลังจากจำหน่ายกลับไปอยู่บ้าน ได้แก่ มีความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สาเหตุอาการแสดง และการรักษาของโรคจิตเภท การใช้สารแอมเฟตามีนแล้วมีผลกระทบทำให้เกิดความรุนแรงของอาการ มีความรู้ในเรื่องยา ผลข้างเคียง และการจัดการกับอาการเบื้องต้นจากผลข้างเคียงของยา รวมทั้งได้พัฒนาการสื่อสารทางบวกและการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมต่อกันภายในครอบครัว การให้ความรู้และพัฒนาทักษะเรื่องอาการเตือน การป้องกันอาการกำเริบและการจัดการกับอาการกำเริบ การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา พร้อมทั้งได้ฝึกเทคนิคการผ่อนคลายความเครียด และมีการทบทวนความรู้และทักษะต่าง ๆ ให้ในกิจกรรมสุดท้าย โดยการศึกษาในครั้งนี้ได้ดำเนินการจับคู่กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (matched pair) ได้แก่ มีคะแนนความรุนแรงของอาการทางจิตมากกว่าหรือเท่ากับ T-scores 45 - 55 และครอบครัวโดยพิจารณาจากครอบครัวที่มีพ่อ แม่ พี่ น้อง เครือญาติ ที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเป็นบุคคลที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปี ขึ้นไป เนื่องจากทั้ง 2 ตัวแปรมีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตแล้วจับฉลากเข้า

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้นผลการวิจัยจึงอาจสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมตามการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ทั้ง 9 กิจกรรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ซึ่งพบว่าในแต่ละกิจกรรมน่าจะมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวในกลุ่มที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีน ส่งผลให้ความรุนแรงของอาการทางจิตลดลง

### ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่อง โดยการติดตามประเมินผลในระยะยาวระยะ 1 เดือน 3 เดือน 6 เดือนหลังการทดลองระยะๆรวมทั้งประเมินความยั่งยืนของผลการศึกษาและความคงอยู่ของทักษะในด้านต่าง ๆ เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล
2. ควรมีการศึกษากการทำกลุ่มกิจกรรมแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบเป็นกลุ่มครอบครัว
3. ควรมีการศึกษาวิจัยในผู้ป่วยโรคทางจิตกลุ่มอื่น ๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน เช่น โรคจิตเภท ร่วมกับการใช้สารเสพติดอื่น ๆ เนื่องจากการใช้สารเสพติดประเภทอื่น ๆ ก็สามารถทำให้ผู้ป่วยเกิดมีอาการทางจิตกำเริบขึ้นมาได้เช่นกัน เพื่อศึกษาเปรียบเทียบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตว่ามีความแตกต่างแตกต่างกันหรือไม่
4. ควรมีการศึกษานักในผู้ป่วยนอกหรือในชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถนำความรู้และทักษะต่าง ๆ ที่ได้รับไปใช้ได้เลยหลังจากทำกิจกรรมเสร็จในแต่ละสัปดาห์

### กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก และอาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ท่านผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและบุคลากรทุกท่าน ที่คอยให้การสนับสนุนและเอื้ออาทรในทุกเรื่อง สุดท้ายนี้ คุณค่าและประโยชน์ใดที่เกิดจากวิทยานิพนธ์เล่มนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุคลากร ณาจารย์และผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารแอมเฟตามีนทุกท่าน

### เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2555). จำนวนผู้ป่วยจิตเวชจำแนกตามกลุ่มโรค. ใน *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2555*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). *ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิต ศรีสุรภานนท์, และสเปญ อุ๋นองงศ์. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)* (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: แจนเซน-ซีแลก.
- เพชร คันธสายบัว. (2553). *โปรแกรมบำบัดทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคร่วมจิตเวชและยาเสพติด*. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา.

- มาลี แจ่มพงษ์, ทวีศิลป์ วิษณุโยธิน, บุญชัย นวมงคลวัฒนา. (2551). ทักษะสติประชาชนไทยต่อผู้ป่วยทางจิต. *วารสารโรงพยาบาลศรีรัชัญญา*, 19, 18.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2542). *คู่มือปฏิบัติงาน: การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับผู้ปฏิบัติงาน*. สุราษฎร์ธานี: โรงพิมพ์สุวรรณอักษร.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา. (2556). *สารสนเทศสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเจ้าพระยา*. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยาเจ้าพระยา.
- สมภพ เรื่องตระกูล. (2557). *คู่มือจิตเวชศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 10). กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- Barbee, J. G., Clark, P. D., Carpazano, M. S., Heintz, G. C., & Kehoe, C. E. (1989). Alcohol and substance abuse among schizophrenic patients presenting to an emergency psychiatric service. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177, 400-407.
- Dixon, L.B., Stewart, B., Burland, J., Delahanty, J., Lucksted, A., & Hoffman, M., (2001). Pilot study of the effectiveness of the Family-to-Family Education Program. *Psychiatric Services*, 52, 965-967.
- Francell, G. C. (1998). Family perception of burden of care for chronic mentally ill relative. *Hospital and Community Psychiatric*, 39(12), 1296 - 1300.
- Kavanagh, D. J., Waghorn, G., Jenner, L., Chant, D.C., Carr, V., Evans, M., et al. (2004). Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample. *Schizophrenia Research*, 66, 115-124.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Lieberman, J., Sheiman, B. B., & Kinon, B. J. (1997). Neurochemical sensitization in the pathophysiology of schizophrenia: deficits and dysfunction in neuronal regulation and plasticity. *Neuropsychopharmacology*, 7, 205-229.
- Lincoln, T.M., Wilhelm, K., & Nestoriuc, Y. (2007). Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 96, 232-245.
- Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Zarate, R., Fox, L., Feldman, J., et al. (2009). Family intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders: participant characteristics and correlates of initial engagement and more extended exposure in a randomized controlled trial. *Addictive Behaviors*, 34(10), 867 - 877.
- Mueser, K. T., Glynn, S. M., Cather, C., Xie, H., Zarate, R., Smith, L. F., et al. (2012). A randomized controlled trial of family

- intervention for co-occurring substance use and severe psychiatric disorders. *Schizophrenia Bulletin*, 39(3), 658-672.
- Mueser, K. T., Yarnold, P. R., Levinson, D. F., Singh, H., Bellack, A. S., Kee, K., et al. (1990). Prevalence of substance abuse in schizophrenia: Demographic and clinical correlates. *Schizophrenia Bull*, 16(1), 31-35.
- O'Farrell, T. J., & Fals-Stewart, W. (2000). Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. *Journal of substance abuse Treatment*, 18, 51-54
- Talamo, A., Centorrino, F., Tondo, L., Dimitri, A., Hennen, J., & Baldessarini, R. J. (2006). Comorbidity substance-use in schizophrenia: Relation to positive and negative symptoms. *Schizophrenia Research*, 86, 251-255.
- Sharif, F., Shygan, M., & Mani, A. (2012). Effect of psycho-educational intervention for family members on caregiver burdens and psychiatric symptoms in patient with schizophrenia in Shiraz, Iran. *BMC Psychiatric*, 12, 1-9.
- World Health Organization. (2013). *Schizophrenia*. Retrieved January 4, 2014, from <http://www.who.int/topics/schizophrenia/en/>