

ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*

THE EFFECT OF STRESS MANAGEMENT PROGRAM ON PSYCHOTIC SYMPTOMS OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

พรทิพย์ ไช้สะอาด, พย.บ. (Porntip Kaisa-ard, RN, BNS.) **

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์, Ph.D. (Pennapa Dangdomyouth, RN, Ph.D.) ***

Abstract

Objectives: 1) to compare the psychotic symptoms of schizophrenic patients before and after receiving the stress management program, and 2) to compare the psychotic symptoms of schizophrenic patients who received stress management program and those who received routine nursing care.

Methods: This study was a quasi-experimental research using the pretest-posttest design. Forty schizophrenic patients receiving service at outpatients department, Ramathibodi 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 6 group activities to improve relevant skills including relaxation, physical strength, symptoms and medication management, life problem management, and communication.

The control group received routine nursing care. Research instruments were: 1) the stress management program, 2) The Positive and Negative Syndrome Scale, and 3) The Stress management skill scale. The instruments were tested for content validity by 5 professional experts. The Chronbach's Alpha coefficient reliability of the two latter instruments was .82 and .78, respectively. The t-test was used in data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1. The psychotic symptoms of schizophrenic patients who received the stress management program were significantly less than before, at the .05 level.
2. The psychotic symptoms of schizophrenic patients who received the stress management program were significantly less than those who receive routine nursing care, at the .05 level.

Keywords: Stress management program, Psychotic symptoms, Schizophrenia

*วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพ งานการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลรามารินทร์

***Corresponding author, อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์

E-mail: dnayus@yahoo.com

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

วิธีการศึกษา: เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดสองครั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามาริมดี และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 40 คน ซึ่งได้รับการจับคู่แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการจัดการความเครียดที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 6 ครั้ง ได้แก่ การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา การจัดการกับอาการทางจิต การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และการพัฒนาทักษะการสื่อสาร ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ 1) โปรแกรมการจัดการความเครียด 2) แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale และ 3) แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียด ซึ่งเครื่องมือได้ผ่านการทดสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน และเครื่องมือ 2 ชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .82 และ .78 ตามลำดับ

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: โปรแกรมการจัดการความเครียด อาการทางจิต ผู้ป่วยจิตเภท

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทจัดเป็นโรคทางจิตเวชชนิดรุนแรงและเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม (Sadock & Sadock, 2007) เป็นโรครังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด เชื่อว่าเป็นกลุ่มอาการที่มาจากหลายสาเหตุ โดยอาการของโรคจิตเภทในระยะแรกผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป พบว่ามีปัญหาในด้านการทำหน้าที่ ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ในระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน พฤติกรรมวุ่นวาย ก้าวร้าว (Lindenmayer et al., 1994) ส่วนในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยจะมีอาการสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่แต่ไม่รุนแรง ส่วนมากในระยะนี้พบว่าผู้ป่วยมีอาการทางลบ คือ มีอารมณ์เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งรอบตัว บกพร่องทักษะการติดต่อทางสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วย

อาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เมื่อเผชิญกับความเครียดหรือความกดดันในจิตใจ และยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้ง ผู้ป่วยก็ยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อยๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) ซึ่งอาการของโรคจิตเภทต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งในเรื่องการใช้ชีวิตในสังคม การเรียน การประกอบอาชีพ และยังเป็นภาระต่อครอบครัวและสังคม (พิเชฐ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552)

จากแนวคิด Vulnerability - Stress Model (Zubin & Spring, 1997) พบว่าความเครียดสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต เนื่องจากในชีวิตประจำวันผู้ป่วยต้องเผชิญกับความเครียดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความรู้สึกไวต่อความเครียดต่าง ๆ มากกว่าคนปกติ ผู้ป่วยจะทนกับความเครียดหรือความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี (Lysaker, 2005) และมีการตอบสนองต่อความเครียดไม่เหมาะสม (อรพรรณ ลือบุญรัชช์, 2553) แม้จะเผชิญความเครียดในระดับต่ำผู้ป่วยก็ไม่สามารถจัดการเพื่อกลับสู่ภาวะสมดุล (Nuechterlein et al., 1994) จึงนำไปสู่การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และมีอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น จนเกิดการป่วยซ้ำ (Norman et al., 2002) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าสาเหตุของความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การเผชิญกับอาการทางจิต (Nuechterlein et al., 1994) การรับประทานยารักษาอาการทางจิต (จงรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ, 2548) ปัญหาภาวะสุขภาพร่างกาย (สมภพ เรืองตระกูล, 2549) และปัญหาการสื่อสารหรือการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์, 2544)

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดและไม่สามารถจัดการกับความเครียดนั้นได้สัมพันธ์กับอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ (Nuechterlein et al., 1994) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถจัดการความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพจึงเป็นแนวทางที่ช่วยลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การบำบัดทางจิตสังคมที่ช่วยลดความรุนแรงของอาการทางจิต ช่วยจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตเพียงบางปัจจัย ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จึงเห็นความสำคัญของการพัฒนาโปรแกรมการจัดการความเครียด เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรม ช่วยจัดการกับปัจจัยที่มีผลต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะการจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม สามารถจัดการกับปัจจัยสาเหตุที่ทำให้เกิดความเครียดได้ ช่วยให้ผู้ป่วยปรับจิตใจให้เข้าสู่ภาวะสมดุล ช่วยลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการป่วยซ้ำของโรค และสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์การวิจัย

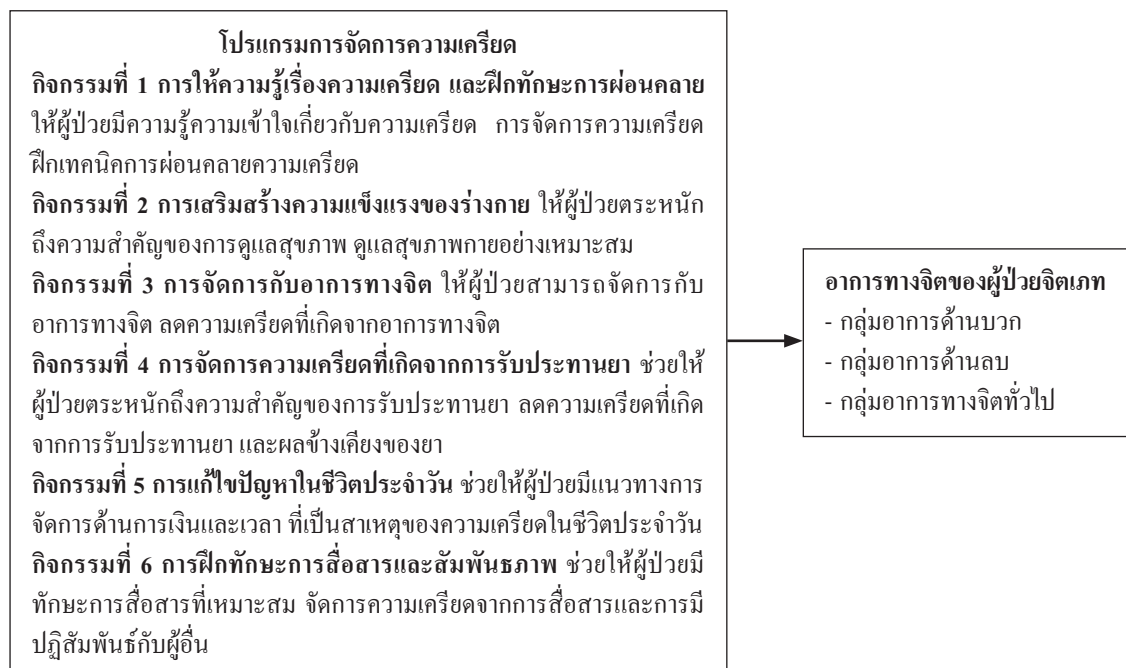
- 1) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด
- 2) เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดกับกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด

2) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่ม วัดผลสองครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและ กลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย

จากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยของระบบการจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษที่หน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวชโรงพยาบาลรามาริบัติ จำนวน 40 คน ได้จากการคัดเลือกจากผู้ป่วยที่มีลักษณะตามเกณฑ์การคัดเลือก ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย มีอาการทางจิตหลงเหลือในระดับที่ไม่ได้เข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในและ

ไม่ต้องปรับเปลี่ยนยาภายในระยะเวลา 3 เดือน มีคะแนนความเครียดสูงกว่าปกติ (จากแบบประเมินความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิตมากกว่า 18 คะแนน) สามารถฟัง พูด อ่านและเขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติจำนวน 40 คน และจับคู่ (Matched-pair) ตามคุณสมบัติที่คล้ายคลึงกันเพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อน ได้แก่ 1) เพศ เนื่องจากผู้ป่วยเพศหญิงจะมีอาการของโรครุนแรงน้อยกว่าเพศชาย (Leung, 2000) 2) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบหรือการป่วยซ้ำมาจะสัมพันธ์กับการดำเนินโรคที่รุนแรงเพิ่มขึ้น (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี วันที่ 20 สิงหาคม 2555 ภายหลังจากได้รับการอนุมัติผู้วิจัยเข้าพบและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรักษา และการรับบริการต่าง ๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะปิดเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในระหว่างดำเนินการวิจัยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องแจ้งเหตุผลใดๆ เมื่อกลุ่มตัวอย่างตอบรับเข้าร่วม

การวิจัยแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการจัดการความเครียดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดการจัดการความเครียดตามแนวคิดของ Norman et al. (2002) โปรแกรมใช้แนวทางการจัดการความเครียดใน 3 แนวทาง คือ 1) ลดปฏิกิริยาตอบสนองทางร่างกายต่อความเครียดโดยใช้การฝึกการผ่อนคลาย 2) ส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายโดยการพักผ่อน ออกกำลังกาย และโภชนาการที่เหมาะสม 3) พัฒนาทักษะด้านการรู้คิดและพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญความเครียด ในการดำเนินกิจกรรมใช้หลักการเรียนรู้ จากการฝึกปฏิบัติ การฝึกในสถานการณ์สมมุติ การให้ข้อมูลสะท้อนกลับ และการมอบหมายงาน โปรแกรมครอบคลุมการให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติใน 6 กิจกรรม ได้แก่ 1) การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย 2) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย 3) การจัดการกับอาการทางจิต 4) การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา 5) การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน และ 6) การฝึกทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาความเหมาะสมของรูปแบบและเนื้อหากิจกรรมจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน จากนั้นผู้วิจัยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง 1 กลุ่ม จำนวน 3 คน ทั้ง 6 กิจกรรม ภายหลังจากทดลองใช้ ผู้วิจัยนำไป

ปรับปรุงแก้ไขให้มีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

2.2) แบบประเมินอาการทางจิต Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ (2550) ที่แปลและเรียบเรียงมาจาก Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) ของ Kay, Fiszbein and Opler (1987) เป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ประเมินความรุนแรงของอาการทางจิต แบบประเมินมี 3 ส่วนย่อย ได้แก่ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Scale) 7 อาการ กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Scale) 7 อาการ และอาการความผิดปกติทางจิตทั่วไป (General Psychopathology Scale) 16 อาการ ลักษณะข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 7 ระดับ โดยคะแนนในแต่ละขั้นจะแสดงถึงระดับความรุนแรงของความผิดปกติทางจิตที่เพิ่มขึ้นตามลำดับ ผู้วิจัยนำเครื่องมือชุดนี้ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .82

3. เครื่องมือกำกับการทดลอง คือ แบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดการจัดการ

ความเครียดของ Norman et al. (2002) ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ที่ใช้วัดทักษะการจัดการความเครียด 6 ด้าน ตามเนื้อหากิจกรรมในโปรแกรม ลักษณะมาตรวัดเป็นมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) 4 ระดับ ประเมินตามความบ่อยครั้งของการปฏิบัติในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา คะแนนรวมของแบบประเมินทั้งหมดมีค่าระหว่าง 0 - 36 คะแนน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์กำกับการทดลองว่า หลังเสร็จสิ้นการดำเนินกิจกรรมในโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนทักษะการจัดการความเครียดในระดับปานกลางถึงสูง (13-36 คะแนน) เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 คน ซึ่งคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVD) ได้เท่ากับ 1.0 และนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .78

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้ เตรียมความพร้อมของผู้วิจัย เตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการวิจัย ประสานความร่วมมือจากโรงพยาบาลรามารักษ์ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล และเตรียมคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

2. ระยะดำเนินการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุม ได้รับการพยาบาลตามปกติ โดยพยาบาลวิชาชีพประจำหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี

2.2 กลุ่มทดลอง ได้รับการพยาบาลปกติ และผู้วิจัยดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ที่ห้องเรียน 1 หน้าหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลรามารับดี สัปดาห์ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 90 นาที ติดต่อกัน 6 สัปดาห์ ระหว่างวันที่ 23 ธันวาคม 2555 ถึง 27 มกราคม 2556 ประกอบด้วยรายละเอียดการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม ดังนี้ กิจกรรมที่ 1) การให้ความรู้เรื่องความเครียดและฝึกทักษะการผ่อนคลาย เริ่มต้นกิจกรรมด้วยการสร้างสัมพันธภาพ ให้ผู้ป่วยฝึกสังเกตความตึงเครียดด้านร่างกาย และอารมณ์ โดยทำแบบประเมินความเครียดด้วยตนเอง การให้ความรู้เกี่ยวกับความเครียดและการจัดการความเครียด ฝึกการผ่อนคลายความเครียดด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ ให้การบ้านกลับไปฝึกเทคนิคการผ่อนคลายที่บ้าน กิจกรรมที่ 2) การเสริมสร้างความแข็งแรงของร่างกาย โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในเรื่องการรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน และการออกกำลังกาย ฝึกเทคนิคการยืดกล้ามเนื้อเพื่อใช้ก่อนและหลังการออกกำลังกาย กิจกรรมที่ 3) การจัดการกับอาการทางจิต ให้ผู้ป่วยสำรวจอาการทางจิตของตนเองจากแบบสำรวจอาการ ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท อาการของโรค อาการเตือนก่อนอาการกำเริบ และการจัดการกับอาการทางจิต ฝึกทักษะการจัดการกับอาการทางจิตโดยการแสดงบทบาทสมมติ และให้การบ้านกลับไปฝึกการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น กิจกรรม

ที่ 4) การจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา ให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต สำรวจอาการข้างเคียงจากยาจากแบบสำรวจอาการ ให้ความรู้เรื่องอาการข้างเคียงจากยาและการจัดการ ฝึกบอกความไม่สบายใจและปัญหาในการรับประทานยาโดยการแสดงบทบาทสมมติ กิจกรรมที่ 5) การแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน ให้ความรู้เรื่องแนวทางการแก้ไขปัญหาในชีวิตประจำวัน เทคนิคการบริหารจัดการด้านการเงินและเวลา ฝึกทักษะการแก้ปัญหาเป็นลำดับ โดยการแสดงบทบาทสมมติ ฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่าย และตารางเวลา ให้การบ้าน โดยให้กลับไปฝึกทำบัญชีรายรับรายจ่ายและตารางเวลา กิจกรรมที่ 6) การพัฒนาทักษะการสื่อสารและสัมพันธภาพ โดยให้ความรู้เรื่องการสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ฝึกทักษะการสื่อสาร โดยการแสดงบทบาทสมมติ สรุปผลการนำสิ่งที่ได้เรียนรู้จากกลุ่มไปใช้ในการดูแลตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินอาการทางจิตด้วยเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ทั้งสองครั้งคือ ก่อนการทดลอง 1 สัปดาห์ (Pre-test) และหลังการทดลอง 1 สัปดาห์ (Post-test) และทำการกำกับกับการทดลองเพื่อประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมในกลุ่มทดลองด้วยแบบประเมินทักษะการจัดการความเครียดหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมที่ 6 ทันที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และเปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติทดสอบที โดยกำหนดค่านัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. จากการจับคู่กลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการทำวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็น

เพศชาย กลุ่มละ 12 คน เพศหญิงกลุ่มละ 8 คน เท่ากัน ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ที่ไม่เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล กลุ่มละ 7 คน เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง กลุ่มละ 8 คน เคยรับการรักษาในโรงพยาบาล 3-4 ครั้ง กลุ่มละ 3 คน เคยรับการรักษาในโรงพยาบาลตั้งแต่ 5 ครั้งขึ้นไป กลุ่มละ 2 คน

2. จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด (n = 20)

เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิต	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	2.27	0.58	เล็กน้อย	19	9.86	.00
หลังการทดลอง	1.63	0.32	ต่ำสุด			

จากการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองหลังได้รับ

โปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .00 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง (n = 40)

เปรียบเทียบคะแนนอาการทางจิต	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	2.27	0.58	เล็กน้อย	38	0.47	.64
กลุ่มควบคุม	2.19	0.46	เล็กน้อย			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	1.63	0.32	ต่ำสุด	38	-5.01	.00
กลุ่มควบคุม	2.21	0.41	เล็กน้อย			

การอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัย ทั้ง 2 ข้อ กล่าวคือ ข้อที่ 1 อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด และข้อที่ 2 อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการความเครียด ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ซึ่งผู้วิจัยขออภิปรายผลการศึกษาที่พบดังต่อไปนี้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการควบคุมกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน (Matched-pair) เพื่อควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลกระทบต่อการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ เพศ และจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยใน แล้วสุ่มโดยวิธีจับฉลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ดังนั้น ผลการวิจัยที่พบจึงสรุปได้ว่า เป็นผลที่เกิดจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการจัดการความเครียด ทั้ง 6 กิจกรรม เนื่องจากกิจกรรมในโปรแกรมการจัดการความเครียดช่วย

จัดการกับสาเหตุของความเครียดที่มีลักษณะเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความเครียดที่เกิดจากปัญหาภาวะสุขภาพร่างกาย การเผชิญกับอาการทางจิต การรับประทายรักษาอาการทางจิต ปัจจัยด้านทักษะในการแก้ปัญหา ปัจจัยด้านทักษะการสื่อสาร การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น กล่าวคือโปรแกรมการจัดการความเครียด มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับความเครียดในแง่มุมต่าง ๆ ทั้งด้านสาเหตุ อาการ ผลกระทบของความเครียด และแนวทางการจัดการความเครียด ความรู้ในการดูแลตนเองด้านร่างกายเพื่อเสริมสร้างร่างกายให้แข็งแรง ทำให้พร้อมที่จะรับมือกับความเครียด และปรับตัวเผชิญกับความเครียดได้ดีขึ้น (Lazarus & Folkman, 1984) กิจกรรมในโปรแกรมช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองอย่างเป็นองค์รวม มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมที่ดีขึ้น นอกจากความรู้ที่ได้รับผู้ป่วยยังได้ฝึกทักษะการจัดการความเครียด ตั้งแต่การฝึกทักษะการสังเกตความตึงเครียดที่เกิดขึ้นและฝึกปฏิบัติการผ่อนคลายความเครียด

ด้วยเทคนิคการผ่อนคลายกล้ามเนื้ออย่างเป็นระบบ และการสร้างจินตนาการ ทำให้ร่างกายและจิตใจอยู่ในภาวะที่สงบ และผ่อนคลาย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมดีขึ้น (Gispens-de Wied, 2000) ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับความเครียดของผู้ป่วย ซึ่งถือเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยลดความเครียดลงก่อนที่ความเครียดนั้นจะมากระตุ้นให้เกิดอาการทางจิตรุนแรงขึ้นจนเกิดการกำเริบของโรค (Norman et al., 2002) นอกจากนี้ผู้ป่วยจะได้ฝึกทักษะการจัดการความเครียดแล้ว กิจกรรมในโปรแกรมยังช่วยให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการจัดการกับสาเหตุของความเครียด ได้แก่ การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการเผชิญกับอาการทางจิต ช่วยให้ผู้ป่วยจัดการกับอาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม อาการทางจิตลดลง ฝึกทักษะการจัดการความเครียดที่เกิดจากการรับประทานยา ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยา สามารถจัดการความเครียด ความคับข้องใจที่ต้องรับประทานยา ส่งผลให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดอาการทางจิตลงได้ การฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน และการสื่อสารช่วยให้ผู้ป่วยมีแนวทางการสื่อสารและการแสดงออกกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม สามารถใช้ทักษะการสื่อสารจัดการความขัดแย้ง การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ทำให้ลดความเครียดที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ช่วยลดอาการทางจิต โดยเฉพาะอาการด้านลบที่ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นบ่อยครั้ง และแยกตัวจากสังคม

นอกจากนี้กระบวนการกลุ่มบำบัดทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น

รับฟังปัญหาของผู้อื่น มีการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการเจ็บป่วย ช่วยสร้างแรงจูงใจต่อการรักษา ได้ฝึกกลวิธีในการติดต่อสื่อสาร ได้เรียนรู้การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะทางสังคม และยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับรู้ถึงการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น รู้สึกถึงการมีส่วนร่วม และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม จนรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองมากขึ้น ซึ่งจะช่วยเสริมสร้างความมั่นใจว่าผู้ป่วยจะสามารถจัดการกับความเครียดและอาการทางจิตได้ นอกจากนี้ในกระบวนการกลุ่มใช้หลักการเรียนรู้ จากการฝึกปฏิบัติ และการฝึกในสถานการณ์สมมติ หลักการมอบหมายงาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์จริงในสังคม และหลักการให้ข้อมูลสะท้อนกลับ ทำให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ผลของการกระทำหรือพฤติกรรมของตนเองจากผู้อื่น ช่วยให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการกระทำที่ไม่เหมาะสมและการแสดงออกถึงอาการทางจิต ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมต่อไป (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2545)

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรมีการศึกษาอย่างต่อเนื่องระยะยาวในชุมชน เพื่อเป็นการส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นระยะๆ โดยการติดตามประเมินผลในระยะ 3 เดือน 6 เดือน และ 1 ปี หลังการทดลอง ทำให้เกิดการคงอยู่ของความรู้ ความสามารถ และทักษะในการจัดการความเครียด ส่งผลให้ช่วยลดอาการทางจิต ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการ

จัดการความเครียดในผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน และสามารถจัดการความเครียดที่เกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพ ป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค

3. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดแก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเป็นรายครอบครัว หรือรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ผู้ดูแลได้ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ และมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนอุดหนุนวิทยานิพนธ์สำหรับนิสิตจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ คณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน และกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

จรัสรัตน์ ลิ้มพัฒนศิริ. (2547). *ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประชนาตต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. (2544). *ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิต

และจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ และคณะ. (2550). *Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) (พิมพ์ครั้งที่ 2)*. กรุงเทพฯ: แจนเซ่น-ซีแลก.

บุษกุล ศุภอักษร. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนนานนท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท (พิมพ์ครั้งแรก)*. สงขลา : ชวนเมืองการพิมพ์.

มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี (พิมพ์ครั้งที่ 3)*. กรุงเทพฯ: บริษัท บีคอนด์ เอนเทอร์ไพรซ์.

รัตนฤดี ลิ้มฉาย. (2552). *การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกเพื่อส่งเสริมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. สารนิพนธ์ปริญญาามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). *พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท*. ขอนแก่น: คลังนานา.

สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *จิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 1)*. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย. (2553). *การพยาบาล*

สุขภาพจิตและจิตเวช (พิมพ์ครั้งที่ 4).
กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

- Andres, K., Pfammatter, M., Fries, A., & Brenner, H. D. (2003). The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. *European Psychiatry*, 18(4), 149-154.
- Cook, M., Peter, E., Fannon, D., Aasen, I., Kuipers, E., Kumari, V., et al. (2007). Insight, distress and coping styles in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 94, 12-22.
- Fuller, R. M. L., & Schultz, S. K. (2003). The symptom of schizophrenia. In S. R. Hirsch & D. R. Weinberger (eds.), *Schizophrenia*. Massachusetts: Blackwell Publishing.
- Gispén-de Wied, C. C. (2000). Stress in Schizophrenia: an integrative view. *European Journal of Pharmacology*, 405 (1-3), 375-348.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Lazarus, S., & Folkman, S. (1984). *Stress Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lee, H. L., Tan, H. K. L., Tsai, C. Y., & Liu, Y. K. (2006). Effective of a work-Related Stress Management Program in patients with chronic schizophrenia. *The American Journal of occupational Therapy*, 50 (4), 435-441.
- Lysaker, H. P., Davis, W. L., Lightfoot, J., Hunter, N., & Stasburger, A. (2005). Association of neurocognition, anxiety, positive and negative Symptoms with coping preference in schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, 80, 163-171.
- Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S., & Grypdonck, M. H. F. (2003). Relapse Prevention in Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 17, 117-125.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., McLean, T. S., McIntosh, E. M., Neufeld, R. W., Voruganti, L. P., et al. (2002). An evaluation of a stress management program for individual with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58, 293-303.
- Nuechterlein, H. K., Dewson, M. E., Ventura, J., Gitlin, M., Subotnik, K. L., & Snyder, K. S. (1994). The Vulnerability-Stress model of schizophrenia relapse: A longitudinal study. *Acta Psychiatrica scandinavica*, 89, 58-64.
- Polit, D. F., & Hunger B. P. (1999). *Nursing Research : Principle and methods* (6th.ed.). Philadelphia: J.B. Lippincott.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Kaplan*

- and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral Sciences and clinical psychiatry (10th.ed.)*. Philadelphia : Williams and Willkins. New York.
- Ventura, J., Nuechterlein, K. H., Subotnik, K. L., Green, M. F., & Gitlin, M. J. (2004). Self-efficacy and neurocognitive may be related to coping responses in recent-onset *Schizophrenia*. *Schizophrenia research*, 69, 343-352.
- Vrdoljak, M., Ivezić, S., & Jukić, M. K. (2008). Social functioning and stress coping in schizophrenic patients. *European Psychiatry*, 23(2), 90-91.
- World Health Organization. (2006). *ICD-10: International Classification of Diseases and Related Health Problems Tenth edition*. Geneva: World Health Organization.
- Zubin, J., & Spring, B. (1977). Vulnerability – a new view on schizophrenia. *Journal Abnormally Psychology*, 6, 103-126.