

THE EFFECTS OF A RELATIONAL REGULATION PROGRAM ON THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA*

Rungtiwa Waraput, B.N.S.**, Rangsiman Soonthonchiaya, RN, Ph.D.***, Ek-uma Imkome, RN, Ph.D.****

Abstract

Objective: The aim was to compare the quality of life of patients with schizophrenia before and after experiencing the relational regulation program, and to compare the quality of life between patients participating in this program and those receiving regular nursing intervention.

Methods: The samples were fifty-two patients with schizophrenia aged 20 to 59 years, all recruited from Bhuddasothorn Hospital in Thailand and randomly assigned to experimental and control groups of twenty-six each. The experimental group participated in the relational regulation program, six sessions twice weekly for 90-minute sessions for three weeks. The control group received regular nursing intervention. Data were collected using the quality of life Measurement of Psychiatric Patients, with a Cronbach's alpha coefficient of 0.87. Data were analyzed with descriptive statistics, including percentage, mean, standard deviation, and t-test.

Results: The results included: 1) the mean score for the quality of life among the patients with schizophrenia after participating in the relational regulation program (mean = 76.61, SD = 4.39) was statistically significantly higher than before participating in the program (mean = 62.26, SD = 5.27), ($t = 11.74, p < .001$), and 2) the mean difference for the quality of life among the patients with schizophrenia participating in the relational regulation program ($\overline{D}_1 = 14.35$, SD = 0.88) was statistically significant greater than the mean difference for the quality of life among the patients with schizophrenia receiving the regular nursing intervention ($\overline{D}_2 = 7.12$, SD = 1.48), ($t = 4.921, p < .001$).

Conclusion: A relational regulation program applying the concept of relational regulation which has 6 main components can promote quality of life for schizophrenic patients. Therefore, the implementation of the program should be encouraged to improve the quality of life of schizophrenic patients, leading to a normal life.

Keywords: quality of life, patients with schizophrenia, relational regulation

*Thesis, Master of Science in nursing, Major in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

**Student, Master of Science in nursing, Major in Psychiatric and Mental Health Nursing, Faculty of Nursing, Thammasat University

***Corresponding author: Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University, e-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

****Associate Professor, Faculty of Nursing, Thammasat University

Received: 16 October 2021, Revised: 21 February 2022, Accepted: 28 February 2022

ผลของโปรแกรมการควบคุมความสับสนต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท*

รุ่งทิพา วราพุด, พย.บ. **, รังสิมันต์ สุนทรไชยา, RN, Ph.D. ***, เอกอุมา อิมคำ, RN, Ph.D. ****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสน และเพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา : กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20-59 ปี จำนวน 52 คน สุ่มเลือกจากโรงพยาบาลพุทธโสธร ในประเทศไทย และสุ่มเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 26 คน กลุ่มทดลองเข้าร่วมในโปรแกรมการควบคุมความสับสน จำนวน 6 ครั้ง ๆ ละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ต่อเนื่องกัน กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบราก เท่ากับ 0.87 วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา คำนวณค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลองและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสนและการพยาบาลตามปกติ โดยใช้สถิติทดสอบค่าที

ผลการศึกษา : 1) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสน (mean = 76.61, SD = 4.39) สูงกว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตก่อนได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสน (mean = 62.26, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.74, p < .001$), 2) ผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสน ก่อนและหลังการทดลอง ($\overline{D}_1 = 14.35$, SD = 0.88) มากกว่าผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\overline{D}_2 = 7.12$, SD = 1.48) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.921, p < .001$)

สรุป : โปรแกรมการควบคุมความสับสน โดยประยุกต์แนวทางการควบคุมความสับสน ซึ่งมีองค์ประกอบหลัก 6 องค์ประกอบ สามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตสำหรับผู้ป่วยจิตเภทได้ จึงควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมไปใช้เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดี นำไปสู่การดำเนินชีวิตอย่างปกติสุขต่อไป

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภท การควบคุมความสับสน

*วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

**นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

***ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, e-mail: rangsiman@nurse.tu.ac.th

****รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

วันที่รับ: 16 ตุลาคม 2564, วันที่แก้ไข: 21 กุมภาพันธ์ 2565, วันที่ตอบรับ: 28 กุมภาพันธ์ 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลการสำรวจทั่วโลกพบความชุกของการเกิดโรคจิตเภท 6.2 ต่อประชากร 1,000 คน (Orrico-Sánchez, López-Lacort, Muñoz-Quiles, Sanfélix-Gimeno, & Diéz-Domingo, 2020) ในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการรักษามากที่สุดเป็นอันดับ 1 คิดเป็นร้อยละ 32.50 (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2563) และรายงานของผู้มารับบริการด้านจิตเวช จังหวัดฉะเชิงเทรา พบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2558-2561 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 75, 142, 1,504 และ 4,456 คน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2563) ทั้งนี้มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลพุทธโสธร ร้อยละ 58.52 (โรงพยาบาลพุทธโสธร, 2558) โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังส่งผลถึงความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ของบุคคล การตัดสินใจ ศักยภาพการดูแลตนเองลดลง การประกอบอาชีพและปัญหาเรื่องความเสื่อมลงของร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้น้อยลง หรือแยกตัวออกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงมาก การทำเรีบของโรคอาจส่งผลต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้ (Sadock & Sadock, 2017) การศึกษาพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมมีค่าต่ำ ($M = 59.5 \pm 15.1$) (Pinho, Pereira, & Chaves, 2018) และส่งผลถึงการฆ่าตัวตาย (Pirlog, Alexandru, & Popescu, 2018) แสดงให้เห็นว่าคุณภาพชีวิตต่ำเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้ไม่

สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพ จนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย (Ritsner, Lisker, & Grinspoon, 2014)

คุณภาพชีวิต เป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการมีชีวิต ภายใต้บริบทของวัฒนธรรมและระบบค่านิยม ที่อยู่อาศัย สัมพันธ์กับเป้าหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและสิ่งที่ควรพิจารณา (WHO, 2016) หรือคุณภาพชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมายเกี่ยวกับลักษณะของบุคคล บทบาทหน้าที่ จุดประสงค์ของชีวิตและการรับรู้ส่วนบุคคลในมิติต่าง ๆ รวมทั้งความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิตต่อสิ่งที่ตนมองประกอบของชีวิตที่แต่ละบุคคลให้ความสำคัญทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ภายใตวัฒนธรรม ความเชื่อและค่านิยมของแต่ละบุคคล ความสามารถในการทำหน้าที่ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช มีสภาวะทางกายและทางจิตใจที่ดี การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม สถานภาพทางเศรษฐกิจและการรับรู้ถึงความรู้สึกของบุคคลต่อความผาสุก ความสุขและความพึงพอใจในชีวิต (กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ, 2555) ซึ่งประกอบไปด้วย 11 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านแรงจูงใจภายนอก ด้านสัมพันธภาพและการสื่อสาร ด้านการดูแลตนเอง ด้านภาวะสุขภาพ ด้านแรงจูงใจภายในและเป้าหมายชีวิต ด้านชีวิตการทำงานและการเรียน ด้านสภาพแวดล้อม ด้านนันทนาการ ด้านการจัดการปัญหา ด้านความต้องการและสมรรถภาพทางเพศ และด้านภาพลักษณ์ สำหรับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้น หากผู้ป่วยมีคุณภาพ

ชีวิตที่ดี ผู้ป่วยสามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรของตนเองในชีวิตประจำวันได้ รับรู้เรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและจัดการอาการเตือนเบื้องต้นของอาการกลับเป็นซ้ำหรือจัดการกับอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิตของตนเองได้ ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง รับรู้ถึงศักยภาพความสามารถในตนเองและมีเป้าหมายในการดูแลตนเองได้

โรคจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การเคลื่อนไหวและอารมณ์อย่างรุนแรง ทำให้การทำหน้าที่ทางสังคมในด้านการติดต่อสื่อสาร การประกอบอาชีพและการดูแลตนเองลดลงอันนำไปสู่การแยกตัวออกจากสังคม รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า ไร้พลังอำนาจ ขาดความภูมิใจ (ภาวิณี สถาพรธีระ และกฤตยา แสงเวจริญ, 2561) ทำให้ไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเต็มศักยภาพจนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ปัจจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม การที่ผู้ป่วยมีเพื่อนสนิทหรือมีสัมพันธ์ภาพที่ดีภายในครอบครัวส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตสูง (Ritsner et al., 2014) และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 37.80 (Ritsner et al., 2014) คุณภาพชีวิตและการสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิต ได้แก่ ระยะเวลาการเจ็บป่วยและการสนับสนุนทางสังคม (รุ่งอรุณ

โตศักดิ์กรเลศ และคณะ, 2552; Munikanan et al., 2017) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทขาดการสนับสนุนทางสังคม คิดเป็นร้อยละ 72.00 (Munikanan et al., 2017) ขาดการเข้าถึงสวัสดิการทางสังคมที่หลากหลาย (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2556) สถิตินี้ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรจะได้รับ การดูแลเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต เมื่อดูแลตนเองได้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ทั้งนี้การสนับสนุนทางสังคม ยังส่งผลต่อการรับรู้ถึงคุณค่าและแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยและอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2556) นอกจากนี้ยังช่วยลดความเครียด ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวได้เหมาะสมนำไปสู่พฤติกรรมด้านสุขภาพที่ดีเมื่อได้รับการดูแลจากรอบข้าง ปัญหาเรื่องความเสื่อมลงของร่างกายและจิตใจ นำไปสู่การมีสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่นได้น้อยลง หรือแยกตัวออกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมเสื่อมลงมาก การกำเริบของโรคอาจส่งผลต่อการปรับตัวในชีวิตประจำวันได้ (Sadock & Sadock, 2017) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey & Orehek, 2011) พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายการเชื่อมโยงการรับรู้ของการช่วยเหลือส่งผลต่ออารมณ์ (Beck, 1967; Dozois & Beck, 2008) ได้กล่าวว่า แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์

อธิบายเกี่ยวกับความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตัวเองต่อโลกและอนาคตของตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีการเชื่อมโยงอย่างมากกับความคิดเชิงลบและส่งผลต่อพฤติกรรม จะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตที่ชัดเจนได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ที่ผู้ป่วยรับรู้การช่วยเหลือและแหล่งช่วยเหลือสนับสนุนต่าง ๆ ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการส่งเสริมให้ได้รับรู้ถึงการสนับสนุนช่วยเหลือและสนับสนุนความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey & Orehek, 2011) ที่ทำให้นักกลสามารถปรับตัวในการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพเมื่อเกิดความเจ็บป่วยทางจิตขึ้น สามารถปรับตัวเพื่อดูแลกิจวัตรของตนเองในชีวิตประจำวัน ได้รับรู้เรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและจัดการอาการเตือนเบื้องต้นของอาการกลับเป็นซ้ำของตนเอง ซึ่งนั่นคือการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท และทั้งนี้แมคคาบี วาเทรส และกาลาโน (McCabe, Watrous & Galarneau, 2020) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างผลกระทบทางจิตใจ การรับรู้การสนับสนุน และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีสภาวะป่วยทางจิตใจหลังต้องเผชิญกับเหตุการณ์กระทบกระเทือนใจอย่างรุนแรง จำนวน 1,643 คน พบว่าการรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อน มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งลดอาการซึมเศร้า อาการเครียด และคุณภาพชีวิตสูงขึ้น ซึ่งการรับรู้การสนับสนุน เป็นองค์ประกอบหนึ่งของทฤษฎีการควบคุมความสัมพันธ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การ

สนับสนุนทางสังคม โดยผ่านปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้านความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเอง ควบคุมอารมณ์ความคิดตนเองได้เหมาะสม ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี

จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนทางสังคมส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก และยังพบว่า แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (RRT) พัฒนาขึ้นเพื่ออธิบายการเชื่อมโยงการรับรู้การช่วยเหลือที่ส่งผลต่ออารมณ์ (Beck, 1967; Dozois & Beck, 2008) ได้กล่าวว่า ความสัมพันธ์ของการรับรู้การช่วยเหลือต่อผลกระทบหลักระหว่างการรับรู้การช่วยเหลือและสุขภาพจิต แนวคิดอธิบายว่าการสนับสนุนการรับรู้การช่วยเหลือและสุขภาพจิตนั้นมีรากฐานมาจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม โดยควรแยกความแตกต่างระหว่างอิทธิพลทางสังคมและบุคลิกภาพของบุคคล การที่บุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เกิดเป็นเครือข่ายทางสังคม และมีการช่วยเหลือสนับสนุนกันทั้งด้านอารมณ์ การยอมรับ การให้กำลังใจ ให้ความหวัง ช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ การประเมินผล ประเมินค่าของพฤติกรรม เพื่อให้บุคคลมีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งนี้แนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (RRT) อธิบายความคิดเชิงลบเกี่ยวกับตัวเองต่อโลกและอนาคตของตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะซึมเศร้าและความวิตกกังวลมีการเชื่อมโยงอย่างมากกับความคิดเชิงลบและส่งผลต่อพฤติกรรม ซึ่งการควบคุมความสัมพันธ์ เป็นเสมือนด่านป้องกันผลกระทบจากความเครียดในการที่จะแปล

ความหมายสถานการณ์ต่าง ๆ ในทางลบให้น้อยลง (Harabshesh, 2016) อีกทั้งนโยบายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน มุ่งเน้นการอยู่รักษาในโรงพยาบาลในระยะสั้นที่สุด และส่งเสริมการดูแลต่อเนื่องในชุมชน ดังนั้นการสนับสนุนการรับรู้การช่วยเหลือในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งนำไปสู่การสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นจากครอบครัว ชุมชน และกลุ่มวิชาชีพต่าง ๆ จึงเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวกับการเจ็บป่วยและการอาศัยอยู่ร่วมกับชุมชนได้ และเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้นได้ด้วย การสนับสนุนการรับรู้การช่วยเหลือยังส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพจิตในทุกมิติ ซึ่งประกอบด้วย สภาพจิตใจ คุณภาพของจิตใจ และปัจจัยสนับสนุน สอดคล้องตามแนวคิดของการสนับสนุนทางสังคมที่เชื่อว่า การที่บุคคลรับรู้การช่วยเหลือทั้งด้านวัตถุสิ่งของ กำลังใจ และการช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้าง ครอบครัว หรือกลุ่มคนที่มีความสัมพันธ์ต่อกันในรูปแบบเป็นทางการ เช่น กลุ่มเจ้าหน้าที่ องค์กรต่าง ๆ จะส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีคุณค่า และมีพลังในการดำเนินชีวิตต่อไป (Thoits, 2011; จุฬารักษ์ โสตะ, 2554)

ในประเทศไทยมีการส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลายรูปแบบ ได้แก่ กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (จิระภา สุมาลี, 2559) และผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทโครงการทดลองจ้างงาน โรงพยาบาลศรีธัญญา (สุริย์ บุญเฉย, 2564) เป็นต้น ส่วนการสนับสนุนทางสังคมให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจ

และพลังในการเผชิญปัญหาและอุปสรรคยังคงเป็นสิ่งที่ท้าทายสำหรับทีมสุขภาพ และด้านการได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ย่อมเป็นการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทให้ดีขึ้น ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาการส่งเสริมการรับรู้การช่วยเหลือในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะนำมาพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาว จึงนำแนวคิดการควบคุมความสับสน (Lakey & Orehek, 2011) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามศักยภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสน
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสนกับกลุ่มได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้นำทฤษฎีการควบคุมความสับสน (Lakey & Orehek, 2011) ซึ่งอธิบายถึงการเชื่อมโยงระหว่างการรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพจิต โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม แบ่งประเภทของการควบคุมความสับสนออกเป็น 6 องค์ประกอบ คือ 1) การรับรู้การช่วยเหลือ 2) การรับรู้การสนับสนุนทางสังคม 3) การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์

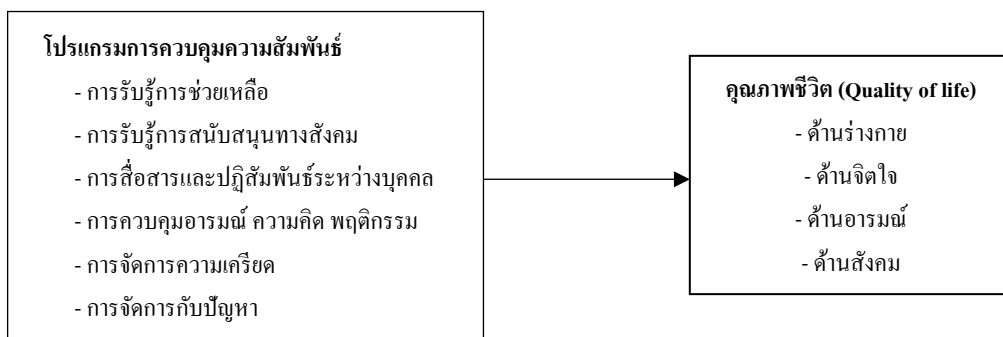
ระหว่างบุคคล 4) การควบคุมอารมณ์ ความคิด พฤติกรรม 5) การจัดการความเครียด 6) การจัดการกับปัญหา เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมที่ดีจะสามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้โดยผ่านการสนทนาที่เหมาะสมและกิจกรรมที่ใช้ร่วมกัน รายละเอียดในการสนทนานั้นเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียด โดยสนับสนุนการจัดการกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดเพื่อจัดการกับความเครียดและจัดการกับความกดดันที่ควบคุมไม่ได้ เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีการจัดการความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพแล้ว จะทำให้มีปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนรอบข้าง ครอบครัว ส่งผลต่อปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งการที่ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีภายในครอบครัวหรือมีเพื่อนสนิท สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ ส่งผลให้มีระดับคุณภาพชีวิตสูง (Ritsner et al., 2014) และยังพบว่าการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและเป็นปัจจัยที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ถึงร้อยละ 37.80 (Ritsner et al.,

2014) ในโปรแกรมนั้นเป็นการจัดให้ผู้ป่วยรับรู้การช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม ด้านการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์ทำให้ผู้ป่วยสามารถจัดการอารมณ์ ความคิด ความเครียด การแก้ปัญหา นำไปสู่การดูแลตนเองด้านร่างกาย ด้านจิตใจ สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม นั่นคือการดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ดังในภาพที่ 1

สมมติฐานของการวิจัย

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์สูงกว่าก่อนการได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) แบบชนิด 2 กลุ่ม มีการเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง (two groups pretest-posttest design)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ตามคู่มือการวินิจฉัย International Classification of Disease (ICD-10) ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia) (F20.0) มีอายุ 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร และกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท อายุ 20 - 59 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) คือ 1) คะแนนการประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) น้อยกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย 2) สามารถสื่อสารด้วยภาษาไทย ฟังและอ่านออกเขียนได้ และเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) คือ มีอาการผิดปกติหรือมีภาวะแทรกซ้อนทางกายในระดับรุนแรงที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมการทดลอง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางสำเร็จรูปของ Cohen (1992) งานวิจัยนี้ใช้ power of test 0.8 กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 และกำหนดขนาดอิทธิพลของประชากร (effect size) ที่ระดับใหญ่ (0.8) พบว่าต้องการกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 26 คน (กลุ่มทดลอง 26 คนและกลุ่มควบคุม 26 คน)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรอง

จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์ เลขที่ใบรับรองโครงการวิจัย COA No.026/2564 และจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพุทธโสธร เลขที่ใบรับรองโครงการวิจัย BSH-IRB ๐๐๘/๒๕๖๔ โครงการวิจัยนี้ไม่ส่งผลกระทบใด ๆ ต่อสิทธิอันพึงมีพึงได้ต่าง ๆ เช่น สิทธิการรักษา สวัสดิการจากรัฐที่อาสาสมัครได้รับ ในระหว่างดำเนินกิจกรรมหากเกิดความไม่สบายจากการดำเนินโครงการวิจัยหรือเห็นว่าส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง และหากเห็นว่าส่งผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างสามารถออกจากโครงการวิจัยได้อย่างอิสระ ตลอดโครงการได้รับความร่วมมืออย่างดี ทั้งนี้ การนำเสนอข้อมูลและเผยแพร่ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นเครื่องมือที่ประเมินถึงระดับความรุนแรงของอาการทางจิตทั้งอาการด้านบวกและอาการด้านลบในผู้ป่วยจิตเวชพัฒนาขึ้นโดย Overall and Gorham (1962) นำมาแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดยพันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ ประกอบด้วยอาการทางจิต 18 ข้อ เป็นมาตรวัด 7 ระดับ คือ 1 = ไม่มีอาการ, 2 = สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง แต่ยังถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ, 3 = มีอาการเล็กน้อย, 4 = มีอาการปานกลาง, 5 = มีอาการค่อนข้างรุนแรง, 6 = มีอาการรุนแรง และ 7 = มีอาการรุนแรงมาก มีระดับความเชื่อมั่นของค่าคะแนนอยู่ระหว่าง .62 - .87 และมีคะแนนอยู่

ในช่วง 18 - 126 คะแนน เกณฑ์การแปลผลมีดังนี้ ระดับคะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตในระดับน้อย ระดับคะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตระดับมาก สำหรับการศึกษาครั้งนี้จะมีการใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ในการคัดเลือกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์พิจารณา คือ มีคะแนนระดับความรุนแรงของอาการทางจิตที่น้อยกว่า 36 คะแนน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ เกี่ยวกับ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา สูงสุด ที่อยู่อาศัย ผู้ดูแลหลักหลังจำหน่าย บุคคลใกล้ชิดและไว้ใจ แหล่งประโยชน์ในชุมชน สถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน สิทธิการรักษา

2.2 แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พัฒนาโดยกาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ (2555) ประกอบด้วยข้อคำถาม 21 ข้อ ซึ่งมีความกลมกลืนสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์ในระดับดี มีความตรงเชิงเอกนัยระหว่าง 0.85 - 1.00 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยรวมเท่ากับ 0.87 การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่าง ที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพุทธโสธร ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์ หาค่า

ความเชื่อมั่น (Reliability) ของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .887 ซึ่งถือว่าผ่านเกณฑ์ยอมรับได้ ก่อนนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่าง

3. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ (Lakey & Orehek, 2011) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยศึกษาและวิเคราะห์ความต้องการและความจำเป็นในการจัดทำโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ โดยประยุกต์แนวคิดหลัก 6 องค์ประกอบ ซึ่งผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย นายแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช อาจารย์พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช และพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง (APN) ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา กับวัตถุประสงค์ของเครื่องมือ และความเหมาะสมของขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม เมื่อได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน หลังจากนั้นนำโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 คน โดยดำเนินกิจกรรมจนครบทั้ง 6 กิจกรรม ผู้วิจัยนำปัญหาและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะทดลองโปรแกรมมาปรับปรุงแก้ไข ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาอีกครั้ง เพื่อให้โปรแกรมมีความสมบูรณ์ต่อการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างให้มากที่สุด

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ขั้นเตรียมการทําวิจัย

1.1 ภายหลังจากการวิจัยผ่าน คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ สาขาวิทยาศาสตร์และ ได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลจากคณะกรรมการ พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ที่โรงพยาบาล พุทธโสธร ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพุทธโสธร เพื่อชี้แจงและอธิบาย และ ขอความร่วมมือในการวิจัยหรือเก็บรวบรวมข้อมูล

1.2 เลือกกลุ่มตัวอย่างที่มี คุณสมบัติตามที่กำหนด และดำเนินการจัดกลุ่ม ตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยวิธีการ สุ่มอย่างง่าย

1.3 เตรียมผู้ช่วยผู้วิจัย โดยผู้ช่วย วิจัย เป็นพยาบาลวิชาชีพด้านจิตเวช 1 ราย ซึ่งเป็น ผู้ที่มีประสบการณ์ด้านจิตเวชไม่น้อยกว่า 5 ปี ได้รับ ความรู้เรื่องโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ แบบสอบถามและแบบประเมินต่าง ๆ กับผู้วิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัย ให้สอดคล้องกัน ระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 การดำเนินการในกลุ่มทดลอง

(1) ผู้วิจัยนำกลุ่มทดลองไปยัง ห้องกิจกรรม ซึ่งจัดเตรียมไว้เฉพาะการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการ ทำวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะ ได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือใน การเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงชื่อยินยอมในหนังสือ แสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัคร วิจัย (informed consent form) ซึ่งในการเข้าร่วมการ วิจัยครั้งนี้อาสาสมัครวิจัยสามารถปฏิเสธหรือถอน

ตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยจะไม่สูญเสียสิทธิ ในการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น สัปดาห์ที่ 1 ให้ กลุ่มตัวอย่างทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชฯ (pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถาม ในกรณี อาสาสมัครอ่านหนังสือไม่คล่อง หรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและอธิบายข้อคำถามให้เกิด ความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อเก็บเป็นข้อมูล

(2) ผู้วิจัยนัดหมายกับอาสาสมัคร วิจัย ที่คัดเลือกเป็นกลุ่มทดลองเพื่อดำเนินการ ทดลองโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ใน ผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่ม 1 และ 2 จำนวน 9 คน และกลุ่มที่ 3 จำนวน 8 คน คือ กลุ่มที่ 1 ทำกิจกรรมรอบเช้า (เวลา 9.30 - 11.00 น.) ในวันจันทร์และวันพุธ กลุ่มที่ 2 ทำกิจกรรมรอบบ่าย (เวลา 13.30 - 15.00 น.) ในวัน จันทร์และวันพุธ และกลุ่มที่ 3 ทำกิจกรรมรอบเช้า (เวลา 9.30 - 11.00 น.) ในวันอังคารและพฤหัสบดี จัดกระทำในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2563 ซึ่งกลุ่ม ตัวอย่างทั้ง 3 กลุ่มจะได้เข้าร่วมกิจกรรมมีทั้งหมด 6 กิจกรรม ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรมกลุ่มครั้งละ 90 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง รวม 3 สัปดาห์ติดต่อกัน ได้แก่ ครั้งที่ 1 กิจกรรม เรามารู้จักกัน ครั้งที่ 2 กิจกรรม การรับรู้การช่วยเหลือ ครั้งที่ 3 กิจกรรม สื่อสารสร้างมิตร ครั้งที่ 4 กิจกรรม ความดีของฉัน ครั้งที่ 5 กิจกรรม การจัดการกับความเครียด และ ครั้งที่ 6 กิจกรรม ชีวิตที่ดีกว่าของเรา ซึ่งทั้ง 3 กลุ่มดำเนินกิจกรรมตามคู่มือโปรแกรมการควบคุม ความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทที่ ประยุกต์ขึ้นโดยผู้วิจัยเพียงผู้เดียว

(3) ผู้ช่วยวิจัย ให้กลุ่มทดลองทำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชฯ ในสัปดาห์ที่ 3 (post-test) หลังสิ้นสุดกิจกรรมกลุ่ม และผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมและกล่าวปิดโครงการวิจัย

2.2 การดำเนินการในกลุ่มควบคุม

(1) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเหมือนกับในกลุ่มทดลอง เมื่อได้กลุ่มตัวอย่างแล้วผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมเพื่อแนะนำตัวเอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย ระยะเวลาของการทำวิจัย ประโยชน์ที่จะได้รับจากการเข้าร่วมวิจัย และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยให้ลงชื่อยินยอมในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยของอาสาสมัครวิจัย (informed consent form) ซึ่งในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้อาสาสมัครวิจัย สามารถปฏิเสธหรือถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยจะไม่สูญเสียสิทธิในการรักษาพยาบาลใด ๆ ทั้งสิ้น สัปดาห์ที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชฯ (pre-test) โดยผู้ช่วยวิจัยเป็นผู้แจกแบบสอบถามและในกรณีอาสาสมัครอ่านหนังสือไม่คล่อง หรือไม่เข้าใจคำถาม ผู้ช่วยวิจัยจะอ่านให้ฟังและอธิบายข้อคำถามให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน เพื่อเก็บเป็นข้อมูลพื้นฐาน ซึ่งกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติ คือการดูแลทั่วไปจากเจ้าหน้าที่ซึ่งให้การดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ ได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลในการดูแลตนเอง การสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น เป็นต้น

(2) ผู้ช่วยวิจัยพบกลุ่มควบคุมอีกครั้งในสัปดาห์ที่ 3 เพื่อทำแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชฯ (post-test)

(3) ภายหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลเสร็จสัปดาห์ที่ 3 หากพบว่าโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ เพิ่มคุณภาพชีวิตได้จริงและอาสาสมัครวิจัยที่เข้าร่วมกิจกรรมในกลุ่มควบคุมมีความประสงค์จะเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ตามความสมัครใจ สามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ภายหลังสิ้นสุดการศึกษาวิจัยแล้ว

กล่าวโดยสรุป ตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์ของการทดลอง กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ร่วมกับการดูแลตามปกติ ส่วนกลุ่มควบคุมจะได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลพุทธโสธร หลังจากการสิ้นสุดการทดลองในวันสุดท้ายของสัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยจะทำการประเมินคุณภาพชีวิตของผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ทดสอบความแตกต่างของข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi - square) และสถิติฟิชเชอร์ (Fisher's exact) ใช้สถิติที (t - test)

2. การทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติที (t-test) โดยใช้สถิติชาไฟโร-วิลค์ (Shapiro-Wilk) พบว่ามีข้อมูลโค้งปกติ ($p > .05$)

3. การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพ

ชีวิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติที ชนิดที่ไม่เป็นอิสระจากกัน (dependent t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. การทดสอบผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลองด้วยสถิติที ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (independent t - test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีเพศ อายุ จำนวนเท่ากัน โดยเป็นเพศชาย ร้อยละ 61.50 เพศหญิง ร้อยละ 38.50 และมีอายุระหว่าง 41-50 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.60 โดยมีอายุเฉลี่ย 47 ปี (S.D = 8.93) ในงานวิจัยครั้งนี้พบว่าในกลุ่มทดลองอยู่ในสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 69.20 ส่วนกลุ่มควบคุมก็เช่นเดียวกัน มีสถานภาพโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 50.00 ระดับการศึกษา กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.00 กลุ่มควบคุม มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 38.50 อาชีพ กลุ่มทดลอง ว่างานมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 53.80 กลุ่มควบคุม มีอาชีพรับจ้างมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.60 รายได้ กลุ่มทดลองอยู่ในช่วง 0 - 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.20 กลุ่มควบคุมอยู่ในช่วง 0 - 10,000 บาทมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 61.50 ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย กลุ่มทดลองอยู่บ้านของตนเองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.60 ส่วน

กลุ่มควบคุม ก็พบว่าอยู่บ้านของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 88.50 กลุ่มทดลองทั้งหมดมีญาติ คิดเป็นร้อยละ 100.00 ข้อมูลของกลุ่มควบคุมพบว่า มีญาติ คิดเป็นร้อยละ 92.30 โดยมีบุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.20 เท่ากันทั้งสองกลุ่ม ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีแหล่งประโยชน์ในชุมชน สถานบริการสาธารณสุขใกล้เคียงบ้านเหมือนกัน คิดเป็นร้อยละ 100.00 ด้านข้อมูลสิทธิการรักษา กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้สิทธิบัตรทองมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 76.90 และ 46.20 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบค่าความแตกต่างระหว่าง เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ที่อยู่อาศัยของผู้ป่วย ผู้ดูแลหลักหลังจำหน่าย บุคคลที่ผู้ป่วยใกล้ชิด แหล่งประโยชน์ในชุมชน และสิทธิการรักษา ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และการทดสอบฟิชเชอร์ (Fisher's Exact test) พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ($p > .05$) โดยสรุปอาจกล่าวได้ว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีคุณลักษณะข้อมูลทั่วไปใกล้เคียงกัน

2. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์

ผลการศึกษาดารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลอง หลังการทดลอง (mean = 76.61, SD = 4.39) สูงกว่าก่อนการทดลอง (mean = 62.26, SD = 5.27) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 11.74, p < .001$)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายในกลุ่มของกลุ่มทดลอง ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองเสร็จสิ้น ($n = 26$)

คุณภาพชีวิต	mean	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง	62.26	5.27	25	11.74	.00
หลังการทดลอง	76.61	4.39			

*p-value < .05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ในระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลอง ($n = 52$) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ด้วยสถิติ ชนิดที่เป็นอิสระจากกัน (independent t - test)

คุณภาพชีวิต	กลุ่มทดลอง ($n = 26$)			กลุ่มควบคุม ($n = 26$)			df	t	p-value
	mean	$\bar{D}_1$	SD	mean	$\bar{D}_2$	SD			
ก่อนทดลอง	62.26			61.03					
หลังทดลอง	76.61	14.35	0.88	68.15	7.12	1.48	50	4.92	.00

*p-value < .05

3. เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสนกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

ผลการศึกษารางที่ 2 ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสน มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิต ($\bar{D}_1 = 14.35$, $SD = 0.88$) มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\bar{D}_2 = 7.12$, $SD = 1.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.92$, $p < .001$)

การอภิปรายผล

1. ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสนอยู่ในระดับสูง (mean = 62.26, $SD = 5.27$) ส่วนค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสนอยู่ในระดับสูงมาก (mean = 76.61, $SD = 4.39$) และพบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการควบคุมความสับสนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($t = 11.744$, $p < .001$) สามารถอธิบายได้ดังนี้ การที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของ

ผู้ป่วยจิตเภทสูงชันกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ เนื่องจากโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท มีความรู้ มีความเข้าใจต่อการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมากขึ้น ได้ทราบถึงสาเหตุการเกิดโรค อาการ การรักษา และการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม จากการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การสนับสนุนช่วยเหลือ โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้การช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคมและอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรม (Lakey & Orehek, 2011) สอดคล้องที่พบว่า การรับรู้การสนับสนุนจากครอบครัวและเพื่อนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับคุณภาพชีวิต รวมทั้งลดอาการซึมเศร้า อาการเครียด และคุณภาพชีวิตสูงขึ้น (McCabe, Watrous, & Galameau, 2020) ซึ่งการเรียนรู้การช่วยเหลือ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแนวคิดการควบคุมความสัมพันธ์ ที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้การสนับสนุนทางสังคม โดยผ่านปฏิสัมพันธ์ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมเชิงบวก ส่งผลให้ผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วย สามารถดูแลตนเอง ควบคุมอารมณ์ความคิดตนเองได้เหมาะสม

2. ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่ากลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ ($\overline{D_1} = 14.35, SD = 0.88$) มีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ ($\overline{D_2} = 7.12, SD = 1.48$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($p\text{-value} < .001$) สามารถอธิบายได้ดังนี้ โปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้การ

ช่วยเหลือ โดยอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำให้เกิดการเชื่อมโยงระหว่างการเรียนรู้การช่วยเหลือ การสนับสนุนทางสังคม (Lakey & Orehek, 2011) เพื่อให้ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม โดยกิจกรรมมีการสร้างสัมพันธ์ภาพและความไว้วางใจ สนับสนุนให้เกิดการเรียนรู้ถึงแนวทางการมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อบุคคลอื่น เนื่องจากสัมพันธ์ภาพนั้นส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งแนวคิดการสนับสนุนความสัมพันธ์ ยังส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจ และพลังในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค มีความรู้และความเข้าใจถึงการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายและจิตใจของตนเอง ทั้งยังมีแนวทางการดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจ ในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของตนเองในเรื่องดี ๆ ของการมีเพื่อนและเครือข่ายการช่วยเหลือ การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนที่ตนเองมีอยู่ ได้แก่ กลุ่มบุคคล องค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ ทำให้สมาชิกรู้สึกมั่นใจมากขึ้นและรับรู้ถึงการช่วยเหลือที่ตนเองมีอยู่ ส่งผลให้บุคคลรู้สึกมีความสำคัญ มีกำลังใจ และพลังในการเผชิญปัญหาและอุปสรรค เพื่อที่จะดำเนินชีวิตต่อไปอย่างเป็นปกติสุข หรือการกระทำสิ่งใดได้อย่างมีประสิทธิภาพ (นริศรา พิงโพธิ์สภ และฐาศุภร์ จันประเสริฐ, 2557) อย่างไรก็ตามกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติ อันได้แก่ การซักประวัติจากผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการของการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายและจิตใจ กิจกรรมกลุ่มเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการรับประทานยา รวมถึงการให้คำปรึกษาเบื้องต้น การให้คำปรึกษาตามความต้องการของผู้ป่วยหรือในรายที่มีปัญหาซับซ้อน ติดตาม

โทรศัพท์เยี่ยมหลังรับยาตามนัด 1 เดือน เป็นต้น พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตของกลุ่มควบคุม หลังการทดลอง ($\text{mean} = 68.15$, $\text{SD} = 7.58$) มากกว่า ก่อนการทดลอง ($\text{mean} = 61.03$, $\text{SD} = 6.10$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.13$, $p < .001$)

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไปประยุกต์ใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตที่สูงขึ้น
2. สนับสนุนให้บุคลากรทางการพยาบาล นำโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์ไปดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้น และเพิ่มกิจกรรมที่ส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้มีแรงจูงใจต่อการรักษา ช่วยให้ผู้ป่วยปรับตัวต่อการเจ็บป่วยของตนเองได้
3. เพื่อทดสอบประสิทธิผลของโปรแกรมการควบคุมความสัมพันธ์

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ขอขอบพระคุณแพทย์หญิงสมบัติ ชูติมานุกุล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพุทธโสธร ที่สนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้และขอขอบคุณบุคลากรของคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลโรงพยาบาลพุทธโสธรทุกท่านที่เอื้ออำนวยให้สามารถดำเนินการวิจัยได้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2563). รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2563. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563, จาก <http://www.dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- กาญจนา สุทธิเนียม และชลพร กองคำ. (2555). การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 26(3), 28-40.
- ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 58(1), 89-100.
- จิระภา สุมาลี. (2559). กลุ่มให้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับออกกำลังกายแบบแอโรบิกต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จุฬารักษ์ โสตะ. (2554). แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. สืบค้นเมื่อ 17 กันยายน 2561, จาก <https://digital.lib.ru.ac.th/m/c11898926.PDF>
- นิรสา พังโพธิ์สภ และฐาสุภกร จันประเสริฐ. (2557). ปัจจัยด้านจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ: การสังเคราะห์. วารสารพฤติกรรมศาสตร์, 20(1), 35-51.
- พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์. โครงการอบรมแนวทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ในรูปแบบของ T-PANSS. ในเอกสารประกอบการบรรยายเรื่องการประเมินอาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรุง. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- ภาวิณี สถาพรธีระ และกฤตยา แสงวงเจริญ. (2561). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีคุณค่าในตนเองต่ำ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา, 24(2), 145-154.
- รุ่งอรุณ โตศักดิ์ภราดิส, สันสนีย์ ประชุมศรี และกนกวรรณ บุญอริยะ. (2552). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 3(1), 1-11.

- โรงพยาบาลพุทธโสธร. (2558). รายงานประจำปีงบประมาณ 2558. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563, จาก <http://www.bsh.go.th/> รายงานประจำปีงบประมาณ-2558/
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2563). *สรุปรายงานสถิติประจำปี 2563*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤศจิกายน 2563, จาก <https://www.srithanya.go.th/images/stat/stat63.pdf>
- สุริย์ บุญเจย. (2561). ผลของโปรแกรมเสริมพลังอำนาจต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โครงการทดลองใช้งาน โรงพยาบาลศรีธัญญา. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการ*, 17(1), 56-67.
- Beck, A. T. (1967). *Depression: Causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cohen, J. (1992). The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65(1), 158.
- Dozois, D. J. A., & Beck, A. T. (2008). *Cognitive schemas, beliefs and assumptions*. San Diego, CA: Academic.
- Harahsheh, Q. (2016). *Social support and mental health introduction and background*. Retrieved December 1, 2020, from <http://www.mejn.com/Sept2016/SocialSupport.pdf>
- Lakey, B., & Orehek, E. (2011). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 118(3), 482–495.
- McCabe, Cameron T., Watrous, Jessica R. & Galarneau, Michael R. (2020). Trauma exposure, mental health, and quality of life among injured service members; Moderating effects of perceived support from friends and family. *Military Psychology*, 32(2), 164-175.
- Munikanan, T., Midin, M., Daud, T. I. M., Rahim, R. A., Bakar, A. K. A., Jaafar, N. R. N., ... Baharuddin, N. (2017). Association of social support and quality of life among people with schizophrenia receiving community psychiatric service: A cross-sectional study. *Comprehensive Psychiatry*, 75(1), 94–102.
- Orrico-Sánchez, A., López-Lacort, M., Muñoz-Quiles, C., Sanfélix-Gimeno, G., & Diéz-Domingo, J. (2020). Epidemiology of schizophrenia and its management over 8-years period using real-world data in Spain. *BMC Psychiatry*, 20(1), 1-9.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Pinho, L., Pereira, A.M., & Chaves, C.M. (2018). Quality of life in schizophrenic patients: the influence of sociodemographic and clinical characteristics and satisfaction with social support. *Trends Psychiatry Psychother*, 40(3), 202-209.
- Pirlog, M.C., Alexandru, D.O., & Popescu, R. E. (2018). Quality of life-a goal for schizophrenia's therapy. *Current Health Sciences Journal*, 44(2), 122-128.
- Ritsner, M. S., Lisker, A., & Grinshpoon, A. (2014). Predicting 10-year quality-of-life outcomes of patients with schizophrenia and schizoaffective disorders. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(4), 308–317.
- Sadock, J. B., & Sadock, A. V. (2017). *Comprehensive textbook of psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms linking social ties and support to physical and mental health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(1), 145-161.
- World Health Organization. (2016). *Schizophrenia*. Retrieved December 1, 2020, from https://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/