

ผลของโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

THE EFFECT OF MULTIPLE FAMILY GROUP PROGRAM ON FUNCTIONING OF SCHIZOPHRENIC PATIENT IN COMMUNITY

ณัฐจิญา โสพิศพรมงคล, พยบ. (Nattiya Sopispornmongkol, BNS)**

รังสิมันต์ สุนทรไชยา, Ph.D., RN. (Rangsiman Soonthornchaiya, Ph.D., RN.)***

Abstract

Objectives: The purpose of this quasi-experimental research was to compare the functioning of schizophrenia patients in community before and after receiving the multiple family group program, and compare the functioning of schizophrenia patients in community who received multiple family group program and those who received regular care.

Methods: Forty families of schizophrenia patients living in community were randomly assigned to experimental and control group, 20 family participants in each group. The control group received normal care. The experimental group participated in the multiple family group program developed by researcher based on McFarlane et al. (1995). The program comprises of five sessions conducted once a week, 120 minutes per session. The program included knowledge on schizophrenia, early warning sign, emotional management, daily life skills, and finding sources

of social support. The t-test was used in data analysis.

Results: Major findings were as follows:

1. The functioning of schizophrenia patients in community who received the multiple family group program was significantly higher than that before, ($p < .05$).

2. After experiment, the functioning of schizophrenia patients in community who received the multiple family group program was significantly higher than those who received regular care ($p < .05$).

Keyword: Functioning, Schizophrenia patients community, Family group program

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัว

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาชีพระดับชำนาญการ ศูนย์บริการสาธารณสุข 40 บางแค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

***Corresponding author: ผู้ช่วยศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย E-mail: mrangsiman.s@chula.ac.th

และเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯกับกลุ่มที่ดูแลตามปกติ

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท 40 ครอบครัว สุ่มเข้ากลุ่มทดลองและควบคุม กลุ่มละ 20 ครอบครัว กลุ่มทดลองจะได้รับการดูแลตามโปรแกรมฯที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Mcfarlane et al. (1995) มีกิจกรรม 5 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 120 นาที เพื่อให้ความรู้โรคจิตเภท, การจัดการอาการเตือน การจัดการอารมณ์ ทักษะในชีวิตประจำวัน และการค้นหาแหล่งสนับสนุน กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการศึกษา: ผลการวิจัยที่สำคัญมีดังนี้

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมฯสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. หลังการทดลองการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ สูงกว่ากลุ่มที่ดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การทำหน้าที่ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัว

ความสำคัญของปัญหา

ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรม และการเคลื่อนไหว เช่น มีอาการหวาดระแวง พุดคนเดียว หลงผิด ไม่สนใจการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า บางรายมีอาการรุนแรง หงุดหงิด ทำลายข้าวของ

บุคลิกภาพแปรปรวน มีผลกระทบต่อผู้ป่วยในเรื่องของการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ที่บกพร่องและยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชนตามมา (สมภพ เรื่องตระกูล, 2548) โรเซน ฮาร์ดซิพาโลวิก และปาร์คเกอร์ (Rosen, Hardziparlovic, & Parker, 1989) ได้อธิบายถึงการทำหน้าที่ (functioning) ว่าเป็นความสามารถในการทำหรือจัดการกับความกดดันจากสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้อันประกอบไปด้วยการทำหน้าที่ ใน 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ 3) ด้านการติดต่อทางสังคม การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น 4) ด้านการสื่อสาร 5) ด้านความรับผิดชอบต่างๆ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น

จากการทบทวนวรรณกรรมมีการศึกษาทั้งในและต่างประเทศเกี่ยวกับปัญหาในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ในชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับมาอยู่กับครอบครัว จะมีปัญหาในเรื่องของความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ ได้แก่ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Sadock & Sadock, 2002) ไม่ดูแลสุขอนามัยของตนเอง (สถิติ วงศ์ประกิจ, 2542) ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ได้ (วาสนา ปานดอก, 2545) ขาดทักษะในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Cunningham, 2007) มีความผิดปกติด้านความคิดและการสื่อสารกับผู้อื่น (วาสนา ปานดอก, 2545) ขาดความรับผิดชอบในเรื่องของการรับประทานยา ขาดการมาพบแพทย์ตามนัด (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ซึ่งมีสาเหตุของความบกพร่องในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย โรคจิตเภท อยู่ 2 ปัจจัยที่พบบ่อย คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ได้แก่ ขาดความเข้าใจเรื่อง

การรับประทายา และการจัดการกับผลข้างเคียงของยา การเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม ไม่ทราบถึงแหล่งประโยชน์ในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ปัจจัยด้านครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มีการแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ที่มากเกินไป (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย และคณะ, 2542) ทำให้เกิดปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว ส่งผลให้อาการกำเริบต้องกลับไปรักษาซ้ำ (มารศรี ปาณิวัตร, 2548) ทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญตามมาสำหรับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน จากปัญหาที่สำคัญต่างๆ เหล่านี้ แสดงถึงความจำเป็นที่ต้องได้รับการแก้ไขเพื่อเป็นการส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้ดีขึ้น และป้องกันการป่วยซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย พบว่ามีโปรแกรมการจัดการกับความเครียดเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (บุญกล สุภอักษร, 2553) ซึ่งเป็นการจัดการเพื่อส่งเสริมการทำหน้าที่ทางด้านอารมณ์ ส่วนวรรณกรรมในต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามีแนวคิดของ ดาเนลสัน และคณะ (Danielson et al., 1993) ที่เน้นให้เห็นบทบาทของพยาบาลได้อย่างชัดเจนในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านว่า พยาบาลควรเป็นผู้เชื่อมโยงในระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย เรียนรู้และยับยั้งพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยเข้าใจในความสำคัญของการรักษาด้วยยา มีการแนะนำจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจะช่วยให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทดีขึ้น และช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำ

ของผู้ป่วยจิตเภทได้ (Mcfarlane et al., 1995) ซึ่งการช่วยเหลือโดยครอบครัวมีส่วนร่วมมีหลายรูปแบบ เช่น family psychoeducation, family consultation, family support, และ multiple family group เป็นต้น ซึ่งแนวความคิดการทำรูปแบบหลายครอบครัว (multiple family group) (Mcfarlane et al., 1995) นั้นเป็นการช่วยเหลือโดยครอบครัวที่ทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายทางสังคมให้กับครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภท มีหลักการที่สำคัญคือ การเน้นสภาพความเป็นจริงที่ครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทประสบปัญหาและต้องการความช่วยเหลือ นำมาพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้การทำให้แต่ละครอบครัวเกิดความรู้สึกเชื่อมโยง ช่วยกันประคับประคองทางด้านจิตใจซึ่งกันและกันมีลักษณะการเผชิญปัญหาค้นคลึงกัน มีแหล่งทรัพยากรทางจิตสังคม การสร้างและขยายเครือข่ายทางสังคม ผลช่วยให้ครอบครัวมีการทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้นในเรื่องทักษะการสื่อสารและการแก้ไขปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราความร่วมมือในการรักษาสูง ลดการป่วยซ้ำ ซึ่งจะช่วยเพิ่มการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท การทำหน้าที่ทางสังคมให้ดีขึ้น (Dyck et al., 2000; Dyck, Hendryx, Short, Voss, & Mcfarlane, 2002)

การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำแนวความคิดทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว Multiple Family Group ของแมคฟาลเลนและคณะ (Mcfarlane et al., 1995) มาพัฒนาเป็นโปรแกรมการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว โดยมีพยาบาลเป็นผู้เชื่อมโยงในการเตรียมความพร้อมด้านความรู้และทักษะของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การสนับสนุนกลุ่มในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การสร้างเครือข่าย

เพื่อดูแลกันทางด้านจิตใจไปพร้อม ๆ กัน เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ทั้ง 5 ด้านดีขึ้น ได้แก่ เพิ่มการมีพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี มีทักษะการติดต่อทางสังคม รวมทั้งการสื่อสาร และมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง อันจะเป็นแนวทางที่จะเสริมสร้างให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัว และชุมชนได้อย่างเหมาะสม ลดการป่วยซ้ำ และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา อันจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในที่สุด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้โปรแกรมการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัวซึ่งพัฒนาตามแนวคิดของแมคฟาลแลน และคณะ (Mcfarlane et al., 1995) ประกอบด้วย กิจกรรมกลุ่มครั้งละ 90-120 นาที สัปดาห์ละครั้ง เป็นเวลา 5 สัปดาห์ มีรายละเอียดกิจกรรมตามโปรแกรม ที่ใช้ในการเสริมสร้างการทำหน้าที่ทั้ง 5 ด้านของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนดีขึ้น ดังภาพที่ 1

โปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัว (multiple family group)
พัฒนาตามแนวคิดการทำกลุ่มแบบหลายครอบครัว (multiple family group) ของ Mcfarlane et al. (1995)

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
การจัดการกับอาการและอาการเตือน: 1.1) สร้างสัมพันธภาพและแบ่งกลุ่มทำฐานเพื่อให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว 1.2) ฝึกให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการสังเกตและจัดการกับอาการและอาการเตือน

ครั้งที่ 2 การระบายความรู้สึกการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์: 2.1 แบ่งกลุ่มเรียนรู้การผ่อนคลายโดยให้ระบายความรู้สึกระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว 2.2 ฝึกการจัดการกับอารมณ์จากสถานการณ์ตัวอย่างร่วมกัน

ครั้งที่ 3 การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน: เช่น การสื่อสาร และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ฝึกกิจกรรมบทบาทสมมติระหว่างผู้ป่วยกับครอบครัว

ครั้งที่ 4 แลกเปลี่ยนเรียนรู้ถึงความสำเร็จของแต่ละครอบครัว: จัดให้กลุ่มครอบครัวได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้แนวทางการเผชิญและแก้ไขปัญหาาร่วมกันในเรื่องการจัดการกับอาการ ยา และการสื่อสาร ระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวของแต่ละครอบครัว

ครั้งที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม
โดยจัดให้กลุ่มครอบครัวค้นหาแหล่งสนับสนุนรวมถึงการสร้างเครือข่ายที่ติดต่อกันได้ของผู้ป่วยและครอบครัว

การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

1. ด้านการดูแลตนเอง
2. ด้านการควบคุมอารมณ์
3. ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม
4. ด้านการสื่อสาร
5. ด้านความรับผิดชอบ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัว
2. เพื่อเปรียบเทียบการทำหน้าที่ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมุติฐานการวิจัย

1. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรมฯ
2. การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ แตกต่างจากกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research) ใช้รูปแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (the pretest-posttest control group design) มีการสุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มเพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งประกอบด้วยครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลเพื่อให้การดูแลต่อเนื่องที่บ้านของศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย สมาชิกในครอบครัว 1 คน และผู้ป่วยจิตเภท 1 คน กำหนดวิธีการเลือก แบบเฉพาะ

เจาะจงเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติใกล้เคียงกัน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ดังต่อไปนี้ เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชาย และหญิง เคยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชอย่างน้อย 2 ครั้งขึ้นไป ภายใน 1 ปี และมีคะแนนอาการทางจิต ประเมินโดยแบบประเมินอาการทางจิต (brief psychiatric rating scale) น้อยกว่า 36 คะแนน สมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน กลุ่มตัวอย่างสามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินดีเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความเต็มใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย เครื่องมือ 3 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดของ แมคฟาร์เลน และคณะ (Macfarlane et al., 1995) โดยผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) โดยอาจารย์ที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้แก่ จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2 ท่าน อาจารย์พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 2 ท่าน ทำการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของเนื้อหาที่ใช้รูปแบบของกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้ ได้ค่า CVI เท่ากับ .95 ในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่ม ๆ ละ 120 นาที ติดต่อกัน 5 สัปดาห์ ได้แก่ กิจกรรมที่ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพ และให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การจัดการกับอาการและอาการ

เดือน กิจกรรมที่ 2) การระบายความรู้สึกการพัฒนาทักษะการจัดการกับอารมณ์ กิจกรรมที่ 3) การฝึกทักษะที่จำเป็นที่เกี่ยวข้องในการดำเนินชีวิตประจำวัน กิจกรรมที่ 4) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จของแต่ละครอบครัว และกิจกรรมที่ 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 2.1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลได้แก่ เพศ อายุ อาชีพ การศึกษา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยและจำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล 2.2) แบบวัดการทำหน้าที่เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นตามแนวคิดการทำหน้าที่ของโรเซน ฮาร์ดซิพาโลวิกและปาร์กเกอร์ (Rosen, Hardziparlovic, & Parker, 1989) ที่ได้ศึกษาการประเมินการทำบทบาทหน้าที่และการปรับตัวเข้าสู่ชุมชนของผู้ป่วยโรคจิตเภทประเมินโดยผู้ดูแลหลักแปลเป็นภาษาไทย โดย อรรณพ วรรณชาติ (2550) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 39 ข้อ โดยแบ่งเป็น ด้านการดูแลตนเอง จำนวน 10 ข้อ ด้านการควบคุมอารมณ์ จำนวน 12 ข้อ ด้านปฏิสัมพันธ์ทางสังคม จำนวน 6 ข้อ ด้านการสื่อสาร จำนวน 6 ข้อ และด้านความรับผิดชอบ จำนวน 5 ข้อ เป็นมาตราส่วนประเมินค่า (rating scale) แปลผลโดยเปรียบเทียบคะแนนรวมของกลุ่มตัวอย่างกับค่าเฉลี่ยมาตรฐาน คือ 120 (Parker, Rosen, Emdur, & Hadzi-Pavlovic, 1991) ซึ่งถ้าคะแนนรวมเท่ากับ หรือมากกว่าค่าเฉลี่ยหมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ได้สูง แต่ถ้าน้อยกว่าค่าเฉลี่ยหมายถึง ผู้ดูแลรับรู้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการทำหน้าที่ได้ต่ำ เครื่องมือนี้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยมีค่าความตรง เท่ากับ 1 และ .98 และจากการทดสอบความเที่ยงได้ค่าเท่ากับ .96

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง ได้แก่ 3.1) แบบทดสอบความรู้เรื่องโรคจิตเภทสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นเครื่องมือทดสอบความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ มีคำตอบ คือ ใช่ และ ไม่ใช่ และ 3.2) แบบวัดทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้านของ ภัทธาภรณ์ พงศ์ปิ่นและคณะ (2548) มีเนื้อหาเพื่อถามเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยขณะอาศัยอยู่ที่บ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 50 ข้อ แบ่งออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ชีวิตตามปกติ การจัดการด้านอาหาร การบริหารจัดการเรื่องยา ผ่านการตรวจสอบตรงตามเนื้อหาโดยมีค่าความตรง เท่ากับ .85, .95 และ .98 ตามลำดับ และจากการทดสอบความเที่ยงได้ค่าเท่ากับ .91, .95 และ .99 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ได้ผ่านการพิจารณาจาก คณะอนุกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของสำนักงานวิจัยและคณะกรรมการพิจารณาและควบคุมการวิจัยในคนของกรุงเทพมหานคร ซึ่งคณะกรรมการพิจารณาและเห็นว่าการได้มาตรฐานไม่ขัดต่อสวัสดิภาพและภัยอันตรายแก่กลุ่มตัวอย่างเห็นควรให้ดำเนินการวิจัยได้ตั้งแต่วันที่ 19 พฤศจิกายน 2555 จากนั้นผู้วิจัยได้ดำเนินการในการเตรียมเก็บข้อมูล และดำเนินการเก็บข้อมูลจริงตั้งแต่วันที่ 9 มกราคม 2556 - 20 กุมภาพันธ์ 2556

ขั้นตอนการดำเนินการทดลอง

ขั้นที่ 1 ขั้นเตรียมการทดลองโดยการ

เตรียมความรู้ของผู้วิจัยครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวกับกลุ่มแบบหลายครอบครัวพร้อมทั้งการเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประสานกับสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร เพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมในการวิจัยและขออนุญาตทำการทดลองและเก็บข้อมูลในศูนย์บริการสาธารณสุข เมื่อได้รับอนุมัติแล้ว ติดต่อขอความร่วมมือ ซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์แจ้งวัน เวลาในการดำเนินการวิจัยกับผู้อำนวยการศูนย์บริการสาธารณสุข คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอน คำนึงถึงการยินยอมของกลุ่มตัวอย่างและการพิทักษ์สิทธิ์ โดยอธิบายวัตถุประสงค์ในการวิจัยขั้นตอนในการทำวิจัย รวมถึงระยะเวลาในการเข้าร่วมการวิจัย ถ้ากลุ่มตัวอย่างตกลงยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและนัดทำกิจกรรมตามโปรแกรมของการวิจัย

ขั้นที่ 2 ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนด ทำการประเมินแบบวัดทักษะชีวิตโดยครอบครัว (pre-test) ทั้ง 2 กลุ่ม จากนั้นในกลุ่มควบคุมให้ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ ส่วนในกลุ่มทดลองให้ได้รับการติดตามเยี่ยมและให้การพยาบาลตามปกติ พร้อมทั้งให้โปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวครั้งละ 120 นาที สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ติดต่อกัน 5 สัปดาห์

ขั้นที่ 3 ขั้นประเมินผลการทดลอง ผู้วิจัยทำการประเมินการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองอีกครั้ง (post-test) หลังการสิ้นสุดโปรแกรมการดูแลครอบครัวแบบกลุ่มอีก 1 สัปดาห์และแจ้งให้กลุ่มทดลองทราบว่าสิ้นสุดการเป็นกลุ่มตัวอย่างเปิดโอกาสให้กลุ่ม

ได้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกิจกรรมทั้งหมดในงานวิจัยนี้ ส่วนกลุ่มควบคุมเพื่อไม่ให้ขัดต่อจริยธรรมผู้วิจัยได้นัดหมายกับกลุ่มควบคุมในการลงโปรแกรมการดูแลครอบครัวแบบกลุ่มในเวลาต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยนำค่าสถิติมาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติทดสอบค่าที กำหนดค่าระดับ นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ในการวิจัยครั้งนี้ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่าลักษณะของกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 30-49 ปี คิดเป็นร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ ระดับการศึกษาอยู่ในช่วงชั้นประถมศึกษาถึงมัธยมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 75 และ 80 ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 75 และ 80 ตามลำดับ จากข้อมูลของสถานภาพพบว่าเป็นโสดหรือหย่าร้าง คิดเป็นร้อยละ 85 และ 90 ข้อมูลของการป่วยซ้ำ ต้องกลับเข้ารับการรักษามากกว่า 5 ครั้งขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 70 และ 50 นอกจากนี้ยังส่งผลถึงผู้ดูแลซึ่งต้องกลับมาเป็นภาระครอบครัวของผู้ป่วย (บิดา/มารดา, พี่/น้อง) คิดเป็นร้อยละ 85 และ 100 ในขณะที่ผลจากการเก็บข้อมูลด้านรายได้ของครอบครัวต่อเดือนพบว่าส่วนใหญ่มีรายได้ต่ำกว่า 8,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 85 และ 90 ใน

ด้านอาชีพจากข้อมูลพบว่า กลุ่มตัวอย่างไม่มีอาชีพ (ว่างงาน) คิดเป็นร้อยละ 60 และ 85 ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

2.1 คะแนนเฉลี่ยการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -8.999, p = .000$) โดยคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของครอบครัวหลังการทดลองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน ข้อที่ 1 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัว ในทางตรงข้ามพบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถในการทำ

หน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของครอบครัวของกลุ่มควบคุม หลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองแต่คะแนนก่อนและหลังการทดลองในกลุ่มนี้ไม่มีความแตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

2.2 คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนก่อนการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน แต่ภายหลังการทดลอง พบว่า คะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 6.416, p = .000$) โดยคะแนนเฉลี่ยของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของกลุ่มทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 2 นั่นคือ การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ($n = 20$)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	109.7	9.92	ต่ำ	19	-8.999	.000
หลังการทดลอง	132.3	9.97	สูง			
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	109.15	13.35	ต่ำ	19	-1.985	.062
หลังการทดลอง	112.45	9.58	ต่ำ			

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน ก่อนและหลัง การทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (n = 20)

คะแนนการทำหน้าที่	$\bar{X}$	SD	ระดับ	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	109.7	9.92	ต่ำ	38	0.148	.883
กลุ่มควบคุม	109.15	13.35	ต่ำ			
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	132.3	9.97	สูง	38	6.416	.000
กลุ่มควบคุม	112.45	9.58	ต่ำ			

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาผลโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สนับสนุนสมมติฐานการวิจัยที่ตั้งไว้ กล่าวคือการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าการทำหน้าที่ของผู้ป่วยในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ หลังการได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัวสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และ 2 ซึ่งสามารถอภิปรายผลได้ว่าการได้รับโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัว มีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดขึ้นเนื่องจากการให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ แมคฟาลแลนและคณะ (Mcfarlane et al., 1995) ในเรื่องการส่งเสริมให้ครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับทีมสุขภาพเป็นการเสริมสร้างการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท และทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกิจกรรมในโปรแกรมที่เน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับ

โรคจิตเภท การจัดการกับอาการและอาการเตือน รวมถึงการจัดให้สมาชิกครอบครัวจากหลาย ๆ ครอบครัว ได้มีการพูดคุยเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพของครอบครัว ได้ช่วยกันดูแลซึ่งกันและกัน ก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา เกิดแรงกระตุ้นให้สนใจการดูแลตนเอง มีความรับผิดชอบต่าง ๆ ทั้งต่อตนเอง ครอบครัว และผู้อื่น ได้มากขึ้น ส่วนการประทับประคองด้านจิตใจ เพื่อให้สมาชิกเกิดความเชื่อมั่นไว้ว่าใจต่อกลุ่มสมาชิก ครอบครัว และผู้ป่วยจิตเภทสามารถเปิดใจแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ในการจัดการกับปัญหาที่มีผลต่อการดำเนินชีวิต รู้จักวิธีการควบคุมอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้การให้ครอบครัวช่วยกันคิดและค้นหาแหล่งสนับสนุนที่มีอยู่ในชุมชน รวมถึงการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่จะสามารถขอความช่วยเหลือได้เมื่อเกิดปัญหา นอกจากจะช่วยเหลือเรื่องการสื่อสารและส่งเสริมการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ยังสามารถจะช่วยให้เกิดเครือข่ายในการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีปัญหาคล้ายคลึงกัน มีความเข้าใจในความรู้สึกของเพื่อนสมาชิกด้วยกัน เป็นกำลังใจซึ่งกันและกันได้ดีกว่า จึงเป็นผลที่สามารถสรุปได้ว่า

เกิดขึ้นจากการดำเนินกิจกรรมทั้ง 5 กิจกรรม ตามโปรแกรมกลุ่มแบบหลายครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการทำหน้าที่ทั้ง 5 ด้านดีขึ้น ได้แก่ การมีพฤติกรรมดูแลตนเอง สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองได้ดี มีทักษะการติดต่อทางสังคม รวมทั้งการสื่อสาร และมีความรับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง ซึ่งจากงานวิจัยของดิกและคณะ (Dyck et al., 2000) กับเชียนและคณะ (Chien et al., 2005) ก็ได้มีการใช้การสนับสนุนการช่วยเหลือครอบครัวแบบกลุ่ม (multiple family group) ซึ่งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการให้ความช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ซึ่งทำให้เกิดทักษะด้านสังคมของผู้ป่วยดีขึ้น นอกจากการศึกษาของเชียนและชาน (Chien & Chan., 2004) ซึ่งได้ทำการศึกษารเปรียบเทียบประสิทธิผลของวิธีการในการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทใน 3 รูปแบบ 1) mutual support multiple family Group 2) psychoeducation 3) standard care ผลการทดลองพบว่าการทำหน้าที่ทางจิตสังคมของผู้ป่วยในกลุ่ม mutual support multiple family group มีคะแนนดีขึ้นมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1. ควรให้มีการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมในรูปแบบโปรแกรมกลุ่มแบบครอบครัวต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่น ๆ ในชุมชน ว่าจะสามารถทำให้การทำหน้าที่แตกต่างกันหรือไม่ ถ้าแตกต่างกันจะมีปัจจัยใดบ้างที่เป็นปัญหา อุปสรรคที่จะมีผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วย
2. ควรมีการศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลครอบครัวแบบกลุ่มต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ในโรงพยาบาลที่มีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำบ่อย ๆ เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้มีการ

เตรียมความพร้อมก่อนกลับเข้าสู่ชุมชน และเพื่อให้ครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ ผศ.ดร.รังสิมันต์ สุนทรไชยา ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และ อ.ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต ประธานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ท่านผู้ทรงคุณวุฒิ คณาจารย์ตลอดจนกัลยาณมิตรทุกท่านที่ได้กรุณาให้ความรู้ข้อคิดอันมีคุณค่าให้คำปรึกษาให้กำลังใจ สร้างพลัง ให้ผู้วิจัยมีความอดสาหะในการศึกษาคุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ขอให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่สมบูรณ์ตลอดไป

เอกสารอ้างอิง

- บุษกุล สุภอักษร. (2553). *ผลของโปรแกรมการจัดการความเครียดต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรภรณ์ พงษ์ปันคำ และคณะ. (2548). *การดูแล*

ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน:รูปแบบและโปรแกรม
การพัฒนาทักษะของผู้ดูแลในการประชุม
วิชาการ, เชียงใหม่.

มารศรี ปาณิวัตร. (2548). บทบาทพยาบาลจิตเวช
ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน.
รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาล
ศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย,
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

วาสนา ปานคอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย
จิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิต
และการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์,
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สถิต วงศ์ประกิต. (2542). ความต้องการการดูแล
ที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะ
พยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมภพ เรืองตระกูล. (2548). จิตเวชศาสตร์. พิมพ์
ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว
การพิมพ์.

อรพรรณ ลีอนุญวัชชัย และคณะ. (2542). การ
พัฒนาความสามารถในการปรับตัวของ
ผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่และครอบครัวด้วยการ
ให้คำปรึกษาที่บ้าน. วารสารการพยาบาล
จิตเวชและสุขภาพจิต. 13, 32-44.

อรรณวรรณวนชาติ. (2550). ทักษะชีวิตตามการรับรู้
ของผู้ดูแล การสนับสนุนทางสังคม และ
การรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิตสาขาวิชา
สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะ

พยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

Chien, W.T., & Chan, S.W. (2004). One year
Follow-up of a multiple Family group
intervention For Chinese Families of
patients with schizophrenia, *Psychiatric
services*, 55(11),1276-1284.

Chien, W.T., Chan, S., Morrissey, J., & Thompson.
D. (2005). Effectiveness of patients with
schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*,
51(6), 595-608.

Cunningham, P.A. (2007). The roll of psychiatric
nurse in home care. *Home Health care Nurse*.
25(10), 645-652.

Danielson, C. B., Hamel-Bissel, B., & Winsted-
Fry. P. (1993). *Family health & illness:
Perspective on coping and intervention*.
Missouri: Mosby-year book.

Dyck, D.G., Hendryx, M.S., Short, R.A., Voss,
W.D., & Mcfarlane.W.R. (2002). Service
use among patients with schizophrenia
in psychoeducational Multiple-Family
group treatment. *Psychitric Service*, 53(6),
749-754.

Dyck, D. G., Short, R. A., Hendryx, M. S., Norell,
D., Myears, M., Patterson, T., et al. (2000).
Management of negative symptom among
patients schizophrenia attending multiple-
family group. *Psychitrics Service*, 51(4),
513-519.

Mcfarlane, W.R., Lukens, E., Link, B., Dushay, R.,
Deakins, S.A., Newmark, M., & et al. (1995).
Multiple-family group and psychoeducation

- in the treatment of schizophrenia. *Archives General Psychiatry*, 52, 679-687.
- Parker, G., Rosen, A., Emdur, N., & Hadzi-Pavlovic, D. (1991). The life skills profile: Psychometric properties of a measure assessing function & disability in schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 83, 145-152.
- Rosen, A., Hadzi-Pavlovic, D., & Parker, G. (1989). The life skills profile: A measure assessing function and disability in schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 15(2), 325-337
- Sadock, B. J. & Sadock, V. A. (2002). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry* (10th ed.). New York: Lippincott Williams & Wilkins.