

ผลของโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*

อติญา โพธิ์ศรี, พยม.**

เพ็ญพักตร์ อุทิศ, PhD.***

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ได้รับการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติจากแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และได้รับการจับคู่ด้วยระยะเวลาในการเจ็บป่วยทางจิตและระดับคะแนนอาการทางจิต แล้วสุ่มเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คน กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว แบบประเมินอาการทางลบ และ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งเครื่องมือ 2 ชุดหลัง มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .82 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติทดสอบที

ผลการวิจัยที่สำคัญ สรุปได้ดังนี้

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)
2. ภายหลังการทดลอง อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท อาการทางลบ การสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

* วิทยาลัยนพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

** นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

*** ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Effect of Multiple Family Support Group Program on Negative Symptoms of Patients with Schizophrenic in Community*

Atiya Posri, M.N.S**

Penpaktr Uthis, Ph.D***

Abstract

This quasi-experimental research aimed at determining the effect of using the multiple family support groups program on the negative symptoms of patients with schizophrenia. The research samples comprised 40 patients with schizophrenia, who met the inclusion criteria and were recruited from the out-patient unit at Roi-Et hospital. They were matched according to the length of mental illness and the level of brief psychiatric rating score and then randomly assigned to experimental or control groups, with 20 subjects in each group. The experimental group received the multiple family support groups program, whereas the control group received regular caring activities. The research instruments comprised the multiple family support groups program, the negative symptoms scale, and the family relationship scale. The reliability of the two latter instruments were reported using Chronbach's Alpha coefficient as .82 and .88, respectively. The t-test was used in data analysis.

The major findings were as follows:

1. *The negative symptoms of patients with schizophrenia after participating in the multiple family support groups program was significantly lower than that before the experiment, at the 0.5 level.*

2. *After the experiment, the negative symptoms of the patients with schizophrenia who participated in the multiple family support group program were significantly lower than those patients with schizophrenia who received regular caring activities, at the 0.5 level.*

Keywords: *patient with schizophrenia, Negative symptom, Multiple family support group.*

* Thesis of Degree of Master of Nursing Science Program.

** Master Student, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

*** Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีความรุนแรงและพบมากเป็นอันดับหนึ่ง โดยมีการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบได้บ่อย⁽¹⁾ มีอัตราความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5: 1,000 คนต่อปี⁽²⁾ และพบว่า มีผู้ป่วยโรคจิตเภทคิดเป็นร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด⁽³⁾ สำหรับในประเทศไทยก็เช่นกัน โดยพบว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่มีมากเป็นอันดับ 1 ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในช่วงปีงบประมาณ 2547-2549 และในทุกช่วงของปีงบประมาณ⁽⁴⁾

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม⁽⁵⁾ อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางบวก ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (Active phase) จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) มักเกิดในระยะ Residual phase ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน⁽²⁾ โดยในประเทศไทย พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน⁽⁶⁾ ดังจะเห็นได้จากข้อมูลของกองสารสนเทศ กองแผนงานสุขภาพจิต ในปี พ.ศ. 2543 ซึ่งพบว่าในจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารับบริการในโรงพยาบาลจิตเวชทั่วประเทศ จำนวน 335,049 ราย เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่เจ็บป่วยมากกว่า 2 ปี และมี

อาการแสดงออกที่สำคัญของอาการทางลบถึงร้อยละ 30⁽⁷⁾

อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุสำคัญใหญ่ ๆ 2 ประการ คือ 1) เกิดจากสารสื่อประสาท (Biochemical factors) ในสมองบกพร่อง และเกิดจากการที่ Ventricles มีขนาดใหญ่ 2) ขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคาดหวังต่อเรื่องต่างๆ ต่ำ อาทิ ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จ และการได้รับการยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุน ส่งผลให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น^(2,6,8) นอกจากนี้อาการทางลบ ยังเป็นอาการสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง อีกทั้งทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยขาดความภาคภูมิใจในตนเอง และส่งผลให้เกิดอาการทางจิตที่แย่ลงได้⁽⁹⁾ จะเห็นได้ว่าอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบรุนแรงต่อการดำเนินชีวิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย อีกทั้งทำให้ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลมากขึ้นส่งผลให้เกิดความเบื่อหน่ายในการดูแลตามมา⁽¹⁰⁾

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้ความสำคัญในการส่งเสริมสนับสนุนดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยโดยครอบครัวในชุมชนแทนการพักรักษาตัวระยะยาวในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น⁽¹¹⁾ การเปลี่ยนแปลงนี้ส่งผล

ให้ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกลายเป็นผู้ที่มีความบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท⁽¹²⁾ ดังนั้น ครอบครัวจึงต้องเข้ามามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น แต่ปัจจุบันพบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและขาดทักษะในการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ จึงมักปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังขาดการพูดคุยหรือกระตุ้นผู้ป่วย ในเรื่องต่างๆ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการทางลบเพิ่มมากขึ้น⁽¹³⁾ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันร่วมกับผู้อื่น ขาดทักษะในการอยู่ร่วมกันกับครอบครัว สังคม และขาดประสิทธิภาพในการทำงานร่วมกับผู้อื่น จะเห็นได้ว่าความรู้ความเข้าใจและการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องต่อผู้ป่วยของครอบครัวเป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท⁽¹³⁾ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการดึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ในสังคม เพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการทางการแพทย์บาลให้เข้ากับสภาพปัญหาในปัจจุบันที่เน้นให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และแก้ไขปัญหการขาดการกระตุ้นจากครอบครัวอันเป็นสาเหตุของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทดังกล่าว ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เพื่อใช้ในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยมีเนื้อหาสาระหลักในโปรแกรมประกอบด้วย

5 กิจกรรม ที่ประยุกต์มาจากรูปแบบการบำบัดในการศึกษาของ Dennis et al.⁽¹⁴⁾ ซึ่งพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ของ McFarlane et al.⁽¹⁵⁾ อีกทั้งผู้วิจัยได้ผสมผสานกระบวนการกลุ่มของ Marram⁽¹⁶⁾ มาใช้เป็นขั้นตอนในการดำเนินการกลุ่ม โดยโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นนี้มีเป้าหมายเพื่อเปิดโอกาสให้ครอบครัวได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการเพิ่มทักษะในด้านการสื่อสารและการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเภท มีการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมร่วมกันในทุกขั้นตอนของกระบวนการทำกลุ่มสนับสนุนครอบครัว เพื่อให้สมาชิกซึ่งมาจากหลายครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน อีกทั้งเกิดความรู้สึกผูกพันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน นอกจากนี้ยังเป็นกระบวนการที่สามารถผสมผสานความต้องการของสมาชิกในกลุ่มและให้สมาชิกได้ร่วมกันวางแผนเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และความคาดหวังที่ตั้งไว้ร่วมกันในการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้⁽¹⁴⁾ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่พัฒนาขึ้นมีกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการ การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การพัฒนาทักษะทางสังคม การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมจากการทำกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้จะส่งผลให้ผู้ป่วย

จิตเภทและผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วย

จิตเภทลดลง ดังแสดงในกรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย (ตามแผนภาพที่ 1)

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย

โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

พัฒนาจากการศึกษาของ Dennis et al. (2000) ซึ่งใช้แนวคิดกลุ่มครอบครัวของ McFarlane et al. (1995) ร่วมกับขั้นตอนการดำเนินการกลุ่ม 3 ระยะ ของ Marram (1978) ประกอบด้วยการดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 ครั้งๆ ละ 60-90 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1: การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการ

กิจกรรมที่ 2: การให้ความรู้

กิจกรรมที่ 3: การพัฒนาทักษะทางสังคม

- การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร
- การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

กิจกรรมที่ 4: การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด

กิจกรรมที่ 5: การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทบทวนสรุปรวมทั้งหมด



อาการทางลบของ
ผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัยคือ

1. อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

2. ภายหลังการทดลอง อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ำกว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ออกแบบการทดลองเป็นแบบศึกษาสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทซึ่งประกอบด้วยผู้ดูแลในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2 คน ซึ่งประกอบด้วย 1) บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด 1 คน ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมายกับผู้ป่วยและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลามากกว่า 3 เดือน สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย และ 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งมีคุณสมบัติ คือ ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งชายและหญิง ได้รับการรักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยได้ตอบและอ่านออกเขียนได้ ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า ไม่มีพยาธิสภาพทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินกลุ่ม และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดจำนวน 40 ครอบครัว โดยมีการจับคู่คะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนอาการทางลบปานกลางถึงมาก คือ คะแนน 5-13 คะแนน โดยเป็นการจัดกระทำให้กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะที่ใกล้เคียงกันมากที่สุด โดยใช้แบบประเมินอาการทางลบซึ่งหงษ์ บรรเทิงสุข⁽¹⁶⁾ สร้างขึ้นจากแนวคิด

Kay, Fiszbein & Opler และมีการควบคุมตัวแปรแทรกซ้อนที่อาจมีผลต่อการทดลองด้วยการจับคู่ผู้ป่วย (Matched) ให้แต่ละคู่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิต และคะแนนอาการทางจิต (BPRS) อยู่ในระดับเดียวกัน จากนั้นผู้วิจัยจึงทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแต่ละคู่เข้าเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จนครบ 20 คู่ พบว่าในการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (95%) มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี (60%) มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา (80%) ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลตั้งแต่ 1-5 ครั้ง (40%) มีระยะเวลาการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในช่วง 5-10 ปี (55%) นอกจากนี้ยังพบว่าทุกรายมีสถานภาพโสด และมีรายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและรับบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวม แม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับการรักษาและการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับให้เซ็นชื่อยินยอม

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยเครื่องมือ 3 ส่วน คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการทดลอง

ได้แก่ โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ซึ่งผู้วิจัยพัฒนามาจากการศึกษาของ Dennis et al.⁽¹⁴⁾ ที่ใช้แนวคิดการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวของ McFarlane et al.⁽¹⁵⁾ ร่วมกับการผสมผสานกระบวนการกลุ่มของ Marram⁽¹⁶⁾ ในโปรแกรม ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธ์ภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม ได้แก่ การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร และการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปรวมทั้งหมด เครื่องมือชุดนี้ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ และความเหมาะสมของรูปแบบและเนื้อหา กิจกรรม จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และภายหลังการปรับปรุง แก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์แล้ว ผู้วิจัยได้นำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวไปทดลองใช้ (Try-out) กับกลุ่มครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 3 ครอบครัวต่อ 1 กิจกรรม จนกระทั่งครบทั้ง 5 กิจกรรม โดย 1 ครอบครัว

ประกอบด้วย ผู้ดูแล 1 คน และ ผู้ป่วยจิตเภท 1 คน แล้วจึงปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมให้มีความสมบูรณ์อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงในการทดลอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วยสัมพันธ์สภาพภายในครอบครัว และ 2) แบบวัดการอาการทางลบจากการศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุ⁽¹⁷⁾ ซึ่งพัฒนามาจากเครื่องมือประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T) ที่ ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด Kay, Fiszbein & Opler ประกอบด้วย แบบตรวจสอบรายการจำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยการสังเกตอาการและการสัมภาษณ์ จากผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .82

3. เครื่องมือที่ใช้ในการกำกับการทดลอง คือ แบบวัดสัมพันธภาพในครอบครัว ซึ่งใช้ในการศึกษาของสาริณี โต๊ะทอง⁽¹⁸⁾ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ ใช้การสัมภาษณ์เพื่อให้ผู้ป่วยเลือกคำตอบจากมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เป็นจริงเลย⁽¹⁾ ถึงเป็นจริงมากที่สุด⁽⁵⁾ โดยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์ว่าภายหลังการดำเนินการเสร็จสิ้นตามโปรแกรม ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองต้องมีคะแนนเฉลี่ยโดยรวมของแบบประเมินชุดนี้ในระดับปานกลางขึ้นไป (2.50 คะแนนขึ้นไป) ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .88

การดำเนินการทดลอง

1. ระยะเตรียมการทดลอง จำแนกเป็นการเตรียมการที่สำคัญ ดังนี้

1.1 ผู้วิจัยเตรียมเครื่องมือและปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และดำเนินการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัย จัดทำแผนดำเนินการทดลอง ประสานงานขอความร่วมมือจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด เพื่อทำการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูลในแผนกผู้ป่วยนอก เตรียมผู้ช่วยวิจัย และเตรียมกลุ่มตัวอย่างในการทดลองที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด

1.2 เตรียมผู้นำกลุ่ม โดยคัดเลือกจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติดังนี้ 1) เป็นผู้ที่มีความสามารถในการติดต่อสื่อสาร 2) มีลักษณะผู้นำ 3) มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น 4) สามารถเขียน และอ่านภาษาไทยได้ดี โดยผู้วิจัยจะมีการนัดพบกับผู้นำกลุ่มก่อนดำเนินการกลุ่มเพื่อแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา บทบาท

หน้าที่ของผู้นำกลุ่ม และรายละเอียดกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น จากนั้นผู้วิจัยมีการฝึกอบรมผู้นำกลุ่ม ใช้เวลา 1 วัน เพื่อพัฒนาทักษะการทำหน้าที่ผู้นำกลุ่ม โดยให้ทั้งความรู้และการทดลองฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่ม ทั้งในเรื่องขั้นตอนการดำเนินกลุ่มตามโปรแกรม และการใช้เทคนิคต่างๆ ในการทำกลุ่ม นอกจากนี้เพื่อสร้างความมั่นใจในการเป็นผู้นำกลุ่ม ก่อนเริ่มกลุ่มจริงทุกครั้งผู้วิจัยจะใช้เวลาประมาณ 20 นาทีเพื่อซักซ้อมทำความเข้าใจ รวมทั้งทบทวนเนื้อหาและกิจกรรม ที่จะต้องดำเนินการในแต่ละครั้ง และระหว่างการทำกลุ่ม ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้สนับสนุนกลุ่ม เป็นผู้ตรวจสอบ ยืนยันและแก้ไขข้อมูลเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการดำเนินกลุ่ม รวมทั้งเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกในกลุ่มสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ภายหลังเสร็จสิ้นการทำกลุ่มมีการประเมินการทำหน้าที่ของผู้นำกลุ่มโดยการสังเกตจากผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย มีการซักถามประเมินความรู้ของผู้นำกลุ่ม โดยให้ผู้นำกลุ่มตอบคำถามและมีการให้ข้อมูลย้อนกลับผู้นำกลุ่ม เพื่อการพัฒนาทักษะการเป็นผู้นำกลุ่มในครั้งต่อไป

2. ระยะดำเนินการทดลอง มีการดำเนินการดังนี้

2.1 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ด

2.2 กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตามปกติและได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว โดยมีการแบ่งกลุ่มๆ ละ 5 ครอบครัวๆ ละ 2 คน ดังนั้น แต่ละกลุ่มจะมีสมาชิกจำนวน 10 คน

ดำเนินการสัปดาห์ละ 1 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรมๆ ละ 60-90 นาที ดำเนินการติดต่อกันเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ โดยดำเนินการกลุ่ม ณ ห้องกิจกรรมในแผนกผู้ป่วยนอก คลินิกผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วยรายละเอียดกิจกรรมการดำเนินการกลุ่ม ดังนี้ **กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการดำเนินการเพื่อสร้างความไว้วางใจและเกิดการยอมรับ (Accept) ซึ่งกันและกันระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการเข้ากลุ่มและมีการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างแต่ละครอบครัวด้วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวและบุคคลอื่น นำไปสู่การพัฒนาสัมพันธภาพที่บกพร่อง (Poor rapport) และมีการประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านต่างๆ ทั้งในด้านความรู้ ความต้องการการสนับสนุนทางสังคมและด้านจิตใจ เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการที่เกี่ยวข้องอย่างเหมาะสม และสามารถนำมาใช้ในการจัดการอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทได้ **กิจกรรมที่ 2** การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท โดยใช้สุขภาพจิตศึกษา (Psycho education) ในการให้ความรู้เพิ่มเติมจากสิ่งที่ประเมินได้ในกิจกรรมที่ 1 และเสริมความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ การรักษา ยาและผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาการทางลบและจัดการอาการทางลบ **กิจกรรมที่ 3** การพัฒนาทักษะทางสังคม ซึ่งถือเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วย

สร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป โดยแบ่งการพัฒนาทักษะทางสังคมออกเป็น 2 ด้าน คือ 1) การพัฒนาทักษะด้านการสื่อสาร (Communication skills) จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและบุคคลในครอบครัวมีทักษะในการรับส่งสาร การแปลความหมายเกิดการตอบสนองที่เหมาะสมและนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือและคำหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และ 2) การพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ความสะอาดของร่างกาย การบริหารจัดการการใช้จ่ายในแต่ละวัน การรับประทานยาและการทำหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายโดยการที่ผู้ป่วยร่วมกันวางแผนกับครอบครัวในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้มีความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองและหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ที่วางแผนไว้ได้ **กิจกรรมที่ 4** การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด การพัฒนาทักษะและการเผชิญความเครียดของแต่ละบุคคล (Coping skills) โดยใช้วิธีการจัดการกับปัญหา (Problem focused coping) คือ การให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันสำรวจปัญหาและหาสาเหตุ การเกิดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อนำมาร่วมกันวางแผนในการจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้น โดยเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ทำให้เกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น และ **กิจกรรมที่ 5** การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมและทบทวน

สรุปทั้งหมด เพื่อให้ครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแล และผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือตนเอง และรู้สึกว่าได้ได้รับการสนับสนุนจากสังคมหรือชุมชน อีกทั้งเป็นการให้สมาชิกในกลุ่มได้อภิปรายถึงสิ่งที่ได้รับการทำกลุ่มเพื่อทบทวนความรู้ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการดำรงชีวิตประจำวันในชุมชนเพื่อจัดการกับอาการทางลบที่เกิดขึ้นได้

การดำเนินการแต่ละกิจกรรมตามโปรแกรมสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ดังข้างต้น ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการพัฒนากลุ่มของ Marram⁽¹⁶⁾ ประกอบด้วย 3 ระยะ คือ 1) ระยะการสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) 2) ระยะดำเนินการกลุ่ม (Working Phase) เพื่อดำเนินการทั้ง 5 ทำกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ และ 3) ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Terminating the Group) โดยในการดำเนินการกลุ่มมีผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภททำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สามารถนำประสบการณ์หรือปัญหาคล้ายๆ กันมา แลกเปลี่ยนร่วมกัน ทำให้เกิดการช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การทำกลุ่มโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้คิด วิเคราะห์ ได้พูดคุย บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท และผู้ดูแลเกิดเข้าใจกันมากขึ้น สามารถลดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว และเป็นการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความร่วมมือในการช่วยเหลือดูแลซึ่งกัน

และกัน เกิดเครือข่ายในการดูแลทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง และทำให้ผู้ป่วยจิตเภท มีอาการทางลบลดลงและเกิดการดูแลที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืนต่อไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมได้รับการประเมินอาการทางลบด้วยเครื่องมือชุดเดียวกันทั้งสองครั้ง คือ ก่อนการทดลอง (Pre-test) 1 สัปดาห์ และหลังการทดลอง (Post-test) 1 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และจากการตรวจสอบข้อมูลเบื้องต้นพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงโค้งปกติจึงใช้สถิติทดสอบที เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนอาการทางลบ โดยกำหนดความมีนัยสำคัญทางสถิติไว้ที่ระดับ .05

สรุปผลการวิจัย

1. การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ($\bar{X} = 3.70$, S.D. = 0.923) ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ($\bar{X} = 9.10$, S.D. = 1.252) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
กลุ่มควบคุม					
ก่อนการทดลอง (n = 20)	9.1	1.252	19	14	.000
หลังการทดลอง (n = 20)	6.3	1.129			
กลุ่มทดลอง					
ก่อนการทดลอง (n = 20)	9.1	1.252	19	14	.000
หลังการทดลอง (n = 20)	3.7	0.923			

*p < 0.05

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว และกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ภายหลังการทดลอง อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ($\bar{X}$ = 3.70, S.D. = 0.923) ต่ำกว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ ($\bar{X}$ = 6.30, S.D. = 1.129) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.05 (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	$\bar{X}$	SD	df	t	p-value
ก่อนการทดลอง (n = 20)	3.700	0.923	38.000	-7.974	.000
หลังการทดลอง (n = 20)	6.300	1.129	36.566		

*p < 0.05

อภิปรายผลการทดลอง

การศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้วิจัยจะขออภิปรายผลการวิจัยตามสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. ผลการศึกษาพบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 1 แสดงว่าโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลง อาจเนื่องจากการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เป็นการรวมกลุ่มของบุคคลที่มีประสบการณ์ หรือมีปัญหาอย่างเดียวกัน มาแลกเปลี่ยนปัญหาของตนกับผู้อื่น (joining) มีการช่วยเหลือกันและยอมรับซึ่งกันและกัน (Accept) มีการให้ความรู้ ข้อมูลข่าวสารที่สมาชิกในกลุ่มสนใจร่วมกัน โดยอาศัยแนวคิดกลุ่มสนับสนุน เพื่อให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในการเรียนรู้ทักษะในการดูแลตนเอง ทักษะในการจัดการกับปัญหา เพื่อช่วยให้เกิดการปรับตัวต่อปัญหาต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้สมาชิกมีทักษะการสื่อสารและทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ และใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลง⁽¹⁹⁾ โดยการดำเนินกลุ่มในกระบวนการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวในการศึกษาค้างนี้ จะมีสมาชิกที่ได้รับการคัดเลือกและฝึกให้เป็นผู้นำกลุ่ม

ทำหน้าที่เป็นผู้นำในการดำเนินการกลุ่ม และมีผู้วิจัยซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนกลุ่มและเป็นผู้ตรวจสอบยืนยันและแก้ไขข้อมูลเพื่อให้สมาชิกได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง เป็นผู้อำนวยการความสะดวกในการดำเนินกลุ่ม รวมทั้งเป็นผู้กระตุ้นให้มีการเสริมสร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรและการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกกลุ่ม ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Dennis et al.⁽¹⁴⁾ ที่นำโปรแกรมกลุ่มครอบครัว ตามแนวคิดของ McFarlane et al. (1995)⁽¹⁵⁾ มาประยุกต์ใช้พบว่าโปรแกรมกลุ่มครอบครัวมีประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

เป็นที่น่าสังเกตว่าภายหลังได้รับการดูแลตามปกติ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมก็มีค่าเฉลี่ยอาการทางลบลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากปัจจุบันโรงพยาบาลร้อยเอ็ดอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการให้บริการ ด้วยการนำกระบวนการกลุ่มในลักษณะต่างๆ มาใช้ในการให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมากขึ้น อาทิ มีการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อพัฒนาความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรับประทานยาจิตเภท การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังมีกลุ่มอาชีพบำบัดเพื่อฝึกอาชีพร่วมกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อหารายได้ให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ดังนั้นการดูแลตามปกติที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้รับระหว่างการศึกษาค้างนี้ จึงมีส่วนที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้รับการพัฒนาด้านความรู้และฝึกทักษะโดยใช้กระบวนการ

กลุ่มดังกล่าว จึงอาจทำให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยอื่น และสมาชิกในครอบครัวของตนมากขึ้นกว่าเดิม จนส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกตินี้มีคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบลดลงภายหลังการศึกษาได้

2. ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการทดลองอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ต่ำกว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย ข้อที่ 2 แสดงว่าโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวมีประสิทธิผลต่ออาการลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดีและมีประสิทธิภาพมากกว่าการได้รับการดูแลตามปกติ ดังจะเห็นได้จากการได้รับการดูแลตามปกติ ดังจะเห็นได้จากแม้ว่าภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม จะลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างชัดเจน แต่เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของทั้งสองกลุ่มภายหลังการทดลองแล้ว จะพบว่ากลุ่มทดลองซึ่งได้รับโปรแกรม การสนับสนุนครอบครัวมีคะแนนอาการทางลบที่ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($= 3.70$ และ 6.30 ตามลำดับ $t = -7.974$) ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เป็นกระบวนการกลุ่มสนับสนุนที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่งมาจากครอบครัวเดียวกันเกิดการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างกัน จนกลายเป็นการสร้างใจกว้างใจและเกิดการยอมรับซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์เพื่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้ป่วยและผู้ดูแลซึ่ง

มาจากครอบครัวอื่นๆ ด้วย ซึ่งการสร้างปฏิสัมพันธ์ที่ดีระหว่างกันดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นนำไปสู่การพัฒนาและปรับปรุงตนเองเพื่อแก้ไขปัญหาการมีสัมพันธ์ภาพที่บกพร่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถเข้าใจคนอื่น สามารถเปิดเผยตนเองสามารถแสดงความรู้สึกและมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้⁽¹⁴⁾ อีกทั้งปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นภายในกลุ่มนำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายในการขอความช่วยเหลือและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม⁽²⁰⁾ นอกจากนี้ ผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวยังได้รับการพัฒนาทักษะในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยจิตเภทร่วมกันวางแผนกับครอบครัวในการทำกิจกรรมในแต่ละวันของตน มีการฝึกปฏิบัติจริงในขณะดำเนินกระบวนการกลุ่มและการลองไปฝึกกับสถานการณ์จริงในการดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวที่บ้าน โดยมีครอบครัวคอยสนับสนุนส่งเสริม กำกับดูแล และกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามที่วางแผนไว้ ถือเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีความรับผิดชอบในการทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจและแรงจูงใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมตามที่ได้วางแผนไว้ ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง⁽²¹⁾ และมีอาการทางลบลดลง⁽¹⁹⁾ นอกจากนี้การส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลพัฒนาทักษะการจัดการกับปัญหาร่วมกับสมาชิกในกลุ่ม ถือเป็นการหนึ่งในการโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ทำให้สมาชิกกลุ่มเกิดความร่วมมือในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความมั่นใจที่จะจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทจนปัญหานั้นลดลงหรือหมดไปได้⁽²³⁾ ประกอบกับกิจกรรมการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีอยู่ในโปรแกรมก็เป็นกิจกรรมสำคัญที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลหรือขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมได้ เกิดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มขึ้นนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงเช่นกัน⁽²³⁾

สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกตินั้น แม้ว่าภายหลังการศึกษาจะมีอาการทางลบลดลง อันเนื่องมาจากโรงพยาบาลร้อยเอ็ดมีการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในช่วงที่ผู้วิจัยได้เข้าไปทำการศึกษาวิจัยดังที่ได้กล่าวไปแล้ว แต่พบว่าโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงมากกว่าการดูแลตามปกติ แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพมากกว่ากิจกรรมกลุ่มอื่นๆ ที่ใช้ในการดูแลตามปกติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว จะประกอบด้วยกิจกรรมที่ออกแบบมาให้ครอบคลุมเนื้อหาสาระในการจัดการกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภททุกด้าน ได้แก่ การส่งเสริมให้ความรู้ในด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท การฝึกทักษะทางสังคมทั้งในด้านการสื่อสารและการดูแลตนเองในการทำกิจวัตรประจำวัน การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การจัดการกับอาการทางลบที่เป็นปัญหา

และ การผ่อนคลายความเครียด ด้วยเหตุนี้จึงส่งผลให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองลดลงมากกว่าในกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ นอกจากลักษณะของกิจกรรมกลุ่มซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับการโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวและกลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลตามปกติแล้ว ยังมีความแตกต่างกันในเรื่องผู้รับผิดชอบในกระบวนการกลุ่มอีกด้วย โดยในการดูแลตามปกติมีพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม ส่วนการดำเนินกลุ่มตามโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวจะมีผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภททำหน้าที่เป็นผู้นำกลุ่ม จึงเป็นผู้มีความรู้สึกเดียวกันกับสมาชิกผู้ดูแลคนอื่นๆ ทำให้สมาชิกเกิดความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน สามารถนำประสบการณ์หรือปัญหาคล้ายๆ กันมาแลกเปลี่ยนร่วมกัน ทำให้เกิดการช่วยเหลือและสนับสนุนซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การทำกลุ่มโดยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลได้ทำกิจกรรมร่วมกันเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวได้คิด วิเคราะห์ ได้พูดคุย บอกความรู้สึก ความต้องการของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจกันมากขึ้น สามารถลดความขัดแย้งกันภายในครอบครัว และเป็นการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองให้กับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเกิดความร่วมมือกัน ในการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน เกิดเครือข่ายในการดูแลทางสุขภาพจิต ส่งผลให้เกิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนต่อไป นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า บุคคลที่มีความสำคัญในการที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนนั้นคือผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

โดยมีพยาบาลและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ คอยให้คำแนะนำเมื่อเกิดปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Dennis et al.⁽¹⁴⁾ ที่มีการศึกษาถึงการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวโดยใช้ระยะเวลาในการศึกษาเป็นเวลา 1 ปี และมีการวัดระดับคะแนนอาการทางลบเป็นช่วงๆ โดยวัดในเดือนที่ 1,3,4,6,7,9,10 และ 12 พบว่าระดับคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทลดลงเรื่อยๆ ตั้งแต่เดือนที่ 1-12 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แสดงให้เห็นว่าหากสามารถให้การพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว จะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงไปเรื่อยๆ ดังนั้น ในการให้การดูแลตามปกติ ควรเพิ่มกิจกรรมในโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว เข้าไปในกิจกรรมเดิมที่มีอยู่เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น นอกจากนี้ ยังเป็นการปฏิรูประบบบริการพยาบาลในปัจจุบันที่เน้นให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ไม่เป็นภาระแก่สังคมและประเทศชาติ เป็นการลดการสูญเสียทางด้านบุคคลและเศรษฐกิจของประเทศได้อีกด้วย ด้วยเหตุผลดังกล่าว ทำให้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวมีประสิทธิภาพในการจัดการอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าการดูแลตามปกติ ส่งผลให้เกิดความต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อการปฏิบัติการพยาบาล

1. ในการนำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวไปใช้ ผู้ที่จะใช้โปรแกรมนี้ได้ต้องมีประสิทธิภาพจะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งมีพื้นฐานการสอน การทำกลุ่ม และมีทักษะในการส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมเป็นอย่างดี ดังนั้นควรมีการฝึกทักษะการทำกลุ่มเพื่อเตรียมความพร้อม ก่อนนำโปรแกรมไปใช้ จะทำให้สามารถใช้โปรแกรมนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. ในการฝึกทักษะผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการเตรียมความพร้อมโดยให้ลองฝึกปฏิบัติการเป็นผู้นำกลุ่ม โดยทดลองทำกิจกรรมกลุ่ม ประมาณ 2-3 ครั้งเพื่อให้เกิดความมั่นใจในการทำหน้าที่เป็นผู้นำ

3. ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวไปใช้อย่างต่อเนื่องในผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล และมีการติดตามประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทและประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัวของผู้ป่วย เป็นระยะๆ ทุก 2-3 เดือน เพื่อให้เกิดการบริการอย่างต่อเนื่องและเกิดความยั่งยืนในการดูแล

4. ในการฝึกทักษะผู้นำกลุ่มซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ควรมีการฝึกทักษะเพื่อพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมให้ผู้นำกลุ่มมีความสามารถที่จะดำเนินการกลุ่มในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในชุมชนต่อไปได้

โดยในช่วงแรก พยาบาลต้องให้การสนับสนุนทั้งในด้านความรู้และส่งเสริมให้เกิดความมั่นใจในการที่จะทำหน้าที่ และมีการติดตามประเมินผลเป็นระยะเพื่อให้เกิดเครือข่าย ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างต่อเนื่องและเกิดความเข้มแข็งในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษา เพื่อติดตามผลระยะยาวถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยใช้ระยะเวลาในการศึกษา 1 ปี

2. ควรมีการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัวต่อ ความเครียดและการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือในด้านอื่นๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทว่าได้ผลอย่างไร

3. ควรมีการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยจิตเวชทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการวิจัยว่าโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวสามารถใช้จัดการกับอาการเจ็บป่วยทางจิตเวชในด้านอื่นๆ ได้ผลอย่างไร

รายการอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. กรอบการวิจัยสุขภาพ (2548-2552). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต; 2547.
2. Kaplan HI, Sadock BJ. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995.
3. Bethesda D. Schizophrenia [Online]. 1999 [Cited 2007 Oct 22]. Available from: nimh.nih.gov/publicat/chizoph
4. กรมสุขภาพจิต. ข้อมูลสถิติ [ออนไลน์]. 2549 [วันที่เข้าถึง 28 ธ.ค. 50] เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.moph.go.th>
5. World Health Organization. The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992.
6. Carpenter WT Jr, Heinrichs DW, Alphas LD. Treatment of negative symptoms. Schizophrenia Bull 1985;11:440-52.
7. กรมสุขภาพจิต. สถิติของโรงพยาบาลจิตเวช [ออนไลน์]. 2544 [วันที่เข้าถึง 28 ธ.ค. 2550] เข้าถึงได้จาก: <http://www.dmh.moph.go.th>

8. Carpenter WT Jr, Strauss JS, Bartko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: report from WHO International pilot study of schizophrenia. Science 1973;182:1275-77
9. โปรยทิพย์ กสิพันธ์. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
10. วาสนา ปานดอก. กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
11. สุวิมล สมัตตะ. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2541.
12. ยาใจ สิทธิมงคล. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542;13:1-9.
13. รุ่งอรุณ โตศักดิ์ราเลิศ และคณะ. ผลของการให้ความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตนของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อการกลับมารักษาซ้ำ บทคัดย่อในการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 5, ประจำปี 2549 เรื่อง จากหลังคาแดงสู่ชุมชน ณ โรงแรมปรีnceพาเลส กรุงเทพฯ ระหว่างวันที่ 3-5 กรกฎาคม 2549, หน้า 232.
14. Dennis G, Robert A, Michael S, et al. Management of negative symptoms among patients with schizophrenia attending multiple-family groups. Psychiatr Serv 2000;51:513-19.
15. McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995;52:679-87.
16. Marram GD. The Group Approach in Nursing Practice. Saint Louise: The C.V. Mosby; 1973.
17. หงษ์ บรรเทิงสุข. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
18. สาริณี โต๊ะทอง. ผลของการให้คำปรึกษาครอบครัวต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

19. อัญชลี ศรีสุพรรณ. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลตนเองแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
20. เพชร คันธสายบัว. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2544.
21. สุทธิณี พัดวิสัย. ผลของการเข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยผ่าตัดเต้านมที่ได้รับเคมีบำบัด. [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
22. Andreasen NC. Negative symptoms in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry. 1982;39: 784-88.
23. Chien WT, Chan SWC, Thompson DR. Effects of a mutual support group for families of Chinese people with schizophrenia: 18-month follow-up. Br J Psychiatry. 2006;189. 41-9.