

# การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: กรณีศึกษาชุมชนหนองนาสร้าง

## Family and Community Participation in Caring of Chronic Schizophrenic Patients: Study of Nongnasang Community

อติญา โพธิ์ศรี, Atiya Posri

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏร้อยเอ็ด, ร้อยเอ็ด 45120

Faculty of Nursing, Roi Et Rajabath University, Roi Et 45120

### บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 28 ราย ประกอบด้วย ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 ครอบครัว พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 2 ราย และอาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 6 ราย เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) กิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว และ 3) แบบประเมินอาการทางลบ ฉบับภาษาไทย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการวิจัย ดังนี้ 1) เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสารกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจความต้องการของกันและกันมากขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง 2) ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีขึ้น เช่น การสร้างความสัมพันธ์กับพยาบาล เจ้าหน้าที่ เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกในกลุ่ม และบุคคลในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ 3) ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ สามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จได้ ผลการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัวลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

**คำสำคัญ :** ผู้ป่วยจิตเภท, การมีส่วนร่วมของชุมชน

## Abstract

This Mixed method research aims to improve the competency of family and community in caring for Schizophrenic patients. Sample group of 28 people: 10 pairs of persons with Schizophrenia and caregivers, 2 nurses and 6 volunteers. Three Research tools in this study include 1) general information of the sample group 2) community participation activities in caring of chronic Schizophrenic patients using by family support programe, 3) Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS-T). Data were analyzed using Quantitative and Qualitative.

The study results showed that, 1) activity that effected schizoprenic patients, and family.the result is a good relationship and reduced for problem in the family. 2) activity that helps schizoprenic patients have good relationships. They are learned to relationships with nurses, care giver and volunteers in community. 3) schizoprenic Patients have self esteem. feel that are important. Can be resolved and successful.

**Keyword:** Schizophrenia patient, participant of community.

## บทนำ

โรคจิตเภทนับเป็นโรคที่ทำให้เกิดความบกพร่องทางสุขภาพ เป็นภาระโรคที่ทำให้สูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years) ประมาณร้อยละ 1.1 ของความสูญเสียปีสุขภาวะทั้งหมด และจำนวนปีที่สูญเสียเนื่องจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพ (Years of Life lost due to Disability) คิดเป็นร้อยละ 2.81<sup>1</sup> อัตราความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลกและมีอัตราการเกิดโรคประมาณ 2.5-5: 1,000 คนต่อปี<sup>2</sup> ในประเทศไทยพบความชุกของโรคประมาณ 8.8 ต่อ 1,000<sup>3</sup> และพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท คิดเป็นร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด<sup>4</sup> จากสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกในหน่วยงานสังกัดกรมสุขภาพจิตในปี 2559 กลุ่มโรคที่พบมากที่สุดคือโรคจิตเภท รองลงมาคือโรคซึมเศร้าและโรควิตกกังวล คิดเป็นร้อยละ 24.79, 9.31 และ 9.04 ตามลำดับ<sup>5</sup> ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยมีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม<sup>6</sup> อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็นสองกลุ่มใหญ่ๆ คือ 1) กลุ่มอาการทางบวก ซึ่งส่วนใหญ่พบในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ (Active phase) จนต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล 2) กลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) มักเกิดในระยะ Residual phase ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการสงบและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในชุมชน<sup>4</sup> ในประเทศไทย พบว่าอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหา

สำคัญและเป็นอาการเด่นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน<sup>6</sup> อาการทางลบในผู้ป่วย จิตเภทมีสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ 1) เกิดจากสารสื่อประสาท (Biochemical factors) ในสมองบกพร่องและเกิดจากการที่ Ventricles มีขนาดใหญ่ 2) ขาดการกระตุ้นทางสังคมและสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับความคิดของตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความคาดหวังต่อเรื่องต่างๆ ต่ำ อาทิ ความพึงพอใจ การประสบความสำเร็จ และการได้รับการยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการรับรู้แหล่งสนับสนุน ส่งผลให้มีอาการทางลบเกิดขึ้น<sup>4,6,7</sup> อาการทางลบจะมีลักษณะการแสดงออกทางใบหน้า น้ำเสียง ท่าทางที่ไม่มีการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่างๆ ไม่มีการสบสายตา หน้าตาเฉยเมย ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบมาก จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่บกพร่องมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอารมณ์ที่น้อยมาก เช่น พุดน้อย ไม่สนใจกับสิ่งต่างๆ ทั้งตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความกระตือรือร้นในการทำกิจกรรมต่างๆ แยกตัว มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ ซึ่งการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท จะเป็นตัวบ่งบอกถึงระดับความสามารถในการใช้ชีวิตที่ดีของผู้ป่วยทั้งด้านการทำงาน การมีสัมพันธ์กับผู้อื่น และการดูแลตนเอง<sup>9</sup> จากการที่ผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพียงแค่อารมณ์ทุเลาลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทยังมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่ เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำอาชีพ ความสัมพันธ์

กับสังคม ชีวิตความเป็นอยู่ ด้านเศรษฐกิจ ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านจิตใจ ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ซึ่งเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุด ผู้ดูแลเกิดการรับรู้ว่ามีพฤติกรรมเหล่านี้ของผู้ป่วยเป็นความยุ่งยาก ในด้านผลกระทบต่อผู้ดูแลพบว่า ครอบครัวต้องประสบปัญหาเรื่องค่าใช้จ่าย การสูญเสียเวลาในการพาผู้ป่วยไปรับการรักษา เพื่อบริการในการดูแล กล่าวได้ว่า ครอบครัวและชุมชนมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การสนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะต้องอาศัยความร่วมมือ และดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ มีผลในการลดจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหนองนาสร้าง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นสถานบริการระดับปฐมภูมิ มีพื้นที่รับผิดชอบ 8 หมู่บ้าน มีผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ต้องมารักษาอย่างต่อเนื่องทุก 1-3 เดือน จากการสอบถามการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ พบว่ามีผู้ป่วยบางรายมีอาการทางลบมาก ไม่สามารถดำเนินชีวิตตามปกติได้ จากการที่ผู้วิจัยได้สำรวจและติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่ได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยที่บ้าน ยังมีอาการทางลบ มีพฤติกรรมเฉยเมย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นที่ไม่เหมาะสม ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนในชุมชนถึงร้อยละ 68 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา และรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง พร้อมหาแนวทางให้ได้รับการดูแลและแก้ปัญหาในชุมชนที่เหมาะสมระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันการกลับป่วยซ้ำ ลดการเกิดปัญหาภาวะวิกฤติของผู้ป่วย ให้การช่วยเหลือครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วย ให้สามารถอาศัยในสังคมได้อันจะส่งผลต่อการมีศักดิ์ศรีและคุณภาพชีวิตที่ดี

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว

### คำถามการวิจัย

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยการมีส่วนร่วมของ

ครอบครัวและชุมชนและใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัวสามารถลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้หรือไม่

### ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ที่มารับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลหนองนาสร้าง ตำบลเหนือเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด

### นิยามศัพท์เฉพาะ

การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน หมายถึง การที่ครอบครัวและชุมชนได้มีส่วนร่วมการทำงานอย่างจริงจัง และจริงจัง โดยตกลงใจร่วมกันพิจารณาในการแก้ปัญหา การร่วมกันรับผิดชอบในสังคม ร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ เพื่อปฏิบัติให้ได้รับความสุข ความพึงพอใจร่วมกัน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่มีอาการทุเลา พอที่จะอยู่บ้านในสังคมเดิมของเขาได้ โดยมีญาติ ครอบครัว ชุมชน และบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมที่บ้าน เพื่อติดตามให้การรักษายาบาล พักผ่อน และส่งเสริมสุขภาพจิต และการกลับเป็นซ้ำอีก รวมทั้งครอบครัว ชุมชน ที่จะดูแลช่วยเหลือ

### กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้ใช้กระบวนการกลุ่มและโปรแกรมสนับสนุนครอบครัวมาใช้ ซึ่งมีกิจกรรม ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท 3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการจัดการอาการทางลบ และการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม และทำการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้แบบวัดอาการทางลบฉบับภาษาไทย (PANSS-T) เพื่อเปรียบเทียบคะแนนอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท วัดก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

### วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) ทำการศึกษาข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำ

ตำบลหนองนา สร้างครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท อาสาสมัคร  
สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพ ที่อยู่ในพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ กลุ่ม  
ตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย มี 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ป่วยจิตเภทที่มา  
รับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล  
และครอบครัว 2) อาสาสมัครสาธารณสุข และ 3) พยาบาล  
วิชาชีพ ซึ่งคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ที่ผู้วิจัย  
ได้กำหนดไว้ ดังต่อไปนี้ เกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัคร  
สาธารณสุขเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1) สามารถสื่อสาร ได้ทั้งภาษาเขียนและภาษาพูด  
และมีเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขไม่น้อยกว่า 1 ปี

### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1) เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่า  
เป็นโรคจิตเภท (ICD-10 รหัส F-20) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี  
ทั้งชายและหญิง 2) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการแสดงในลักษณะ  
อาการทางลบ เช่น สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย และมีระดับคะแนน  
อาการทางลบ 5-13 คะแนน ประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการ  
ทางลบ<sup>12</sup> และมีคะแนนประเมินอาการทางจิต คือ Brief  
Psychiatric Rating Scale (BPRS) ไม่เกิน 30 คะแนน 4) ได้  
รับยารักษาอาการทางจิต ครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือน  
ที่ผ่านมา 5) สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและอ่านออก  
เขียนได้ 6) ไม่อยู่ระหว่างการรักษาด้วยไฟฟ้า 7) ไม่มีพยาธิสภาพ  
ทางกายหรือภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและผู้ยินยอมเข้าร่วม  
การวิจัย

### เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ดูแลในครอบครัวเข้ากลุ่มตัวอย่าง

1. เป็นผู้ที่มีความใกล้ชิดกับผู้ป่วยและเป็นผู้ที่ให้การ  
ดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลา มากกว่า 3 เดือน (จากการ  
สอบถามผู้ป่วย)  
2. เป็นผู้ที่มีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้  
2.1 เกี่ยวข้องกันทางสายเลือดหรือทางกฎหมาย  
กับผู้ป่วย  
2.2 อาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย  
2.3 มีการดำเนินชีวิตร่วมกันกับผู้ป่วย  
2.4 มีการพึ่งพากันทางด้านเศรษฐกิจสังคม  
สามารถพาผู้ป่วยมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริม  
สุขภาพประจำตำบลได้  
2.5 สามารถฟังอ่านภาษาไทยได้และยินยอมให้  
ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพเข้ากลุ่มตัวอย่าง  
เป็นผู้ที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ประจำตำบลหนองนาสร้าง และทำหน้าที่ในงานจิตเวชชุมชน  
อย่างน้อย 6 เดือน

### เกณฑ์ในการคัดออกจากกลุ่มตัวอย่าง

ผู้ให้ข้อมูลทั้ง ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว อาสาสมัคร  
สาธารณสุข และพยาบาลวิชาชีพที่ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรม  
การสนับสนุนครอบครัวทั้ง 5 ครั้ง

### การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการคัดเลือกแบบ  
เฉพาะเจาะจง ตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือกเข้า-และคัดออก  
จาก กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน  
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน อาสาสมัครหมู่บ้าน  
จำนวน 6 คน และพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยใช้  
แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และใช้กระบวนการกลุ่ม  
สนทนากลุ่ม ใช้เวลา 30-60 นาที มีผู้ป่วยจิตเภทและ  
ครอบครัว กลุ่มละ 5 คน จำนวน 2 กลุ่ม ขณะทำกลุ่มจะใช้  
เทคนิคการสังเกต ภายหลังทำกลุ่มสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการถอด  
เทปทุกคำ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้ เมื่อพบข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์  
จะขอข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างรายนั้นเพิ่มเติม และวิเคราะห์  
ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล จนกระทั่งข้อมูลมี  
ความอิ่มตัว แล้วจึงจะยุติการเก็บข้อมูล

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการหาคุณภาพของเครื่องมือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินวิจัย คือ  
คู่มือในการใช้โปรแกรมการกลุ่มสนทนากลุ่ม  
ครอบครัว<sup>10</sup> ประกอบด้วย การดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 5 กิจกรรม  
ดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพและประเมินความต้องการในการ  
ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท  
3) การพัฒนาทักษะทางสังคม 4) การพัฒนาทักษะการจัดการ  
อาการทางลบและการเผชิญกับความเครียด 5) การค้นหาแหล่ง  
สนับสนุนทางสังคมและทบทวนสรุปรวมทั้งหมด ผู้วิจัยหาค่า  
ความเชื่อมั่น (Reliability) ของคู่มือฯ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของ  
คอนบราค .88 นอกจากนี้ผู้วิจัยได้นำคู่มือฯ มาหาค่าความคงที่  
(Stability) หรือการวัดซ้ำ (Test-re-test reliability)<sup>13</sup> กับ  
ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทรายอื่น ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างแต่มี  
คุณสมบัติใกล้เคียง จำนวน 5 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์ของ  
คอนบราคเท่ากับ .87

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม  
2 ส่วนคือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบวัดอาการทางลบ ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)<sup>12</sup>

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ศาสนา ระยะเวลาที่เจ็บป่วย สัมพันธภาพภายในครอบครัว เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบวัดอาการทางลบฉบับ ภาษาไทย Positive and Negative Syndrome Scale<sup>12</sup> ประกอบด้วยแบบตรวจสอบรายการจำนวน 13 ข้อ ครอบคลุมการประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว เครื่องมือชุดนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินด้วยการสัมภาษณ์และสังเกตอาการจากผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้ในการศึกษาครั้งนี้ มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือ เท่ากับ .88

## เทคนิคที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

1) การสังเกต (Observation) ผู้วิจัยใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วม เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการสังเกตการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่ การร่วมแสดงความคิดเห็น การแบ่งหน้าที่ ความรับผิดชอบและการช่วยเหลือของการทำงานภายในกลุ่ม

2) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เป็นการสนทนาที่แสดงความคิดเห็นของกลุ่มและในประเด็นที่ผู้วิจัยเห็นว่าควรได้ข้อมูลในลักษณะเฉพาะเจาะจง และแนวคำถามปลายเปิด

3) การบันทึกข้อมูลภาคสนาม (Field notes) เป็นการบันทึกรายละเอียดจากการสังเกต การสนทนา การสัมภาษณ์ โดยใช้เครื่องมือในการวิจัยภาคสนาม ได้แก่ เทปบันทึกเสียงเพื่อใช้บันทึกเสียงขณะที่มีการสัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม สมุดบันทึก และกล้องถ่ายรูป

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลร้อยเอ็ด เลขที่ 048/2561 วันที่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2561 ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่ม

ตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับการรักษาและบริการต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ ข้อมูลทุกอย่างของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับ แต่จะนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวมแม้ว่ากลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยแล้วก็สามารถแจ้งขอยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องให้เหตุผลใดๆ โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับการรักษาและการบริการที่จะได้รับ ถ้ากลุ่มตัวอย่างตอบรับให้เซ็นชื่อยินยอม

## ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย

ก่อนเข้าสู่การดำเนินวิจัย นักวิจัยได้แนะนำตนเองและเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 10 ราย สอบถามความสมัครใจในการทำกลุ่ม โดยใช้เวลาในแต่ละกิจกรรม 30-60 นาที จำนวน 2 กลุ่ม ภายหลังทำกลุ่ม ทีมวิจัยถอดเทปทุกคำ และตรวจสอบข้อมูลที่ได้ เมื่อพบข้อมูลที่ยังไม่สมบูรณ์ จะขอข้อมูลเพิ่มเติมจากกลุ่มตัวอย่างนั้นเพิ่มเติม และวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมๆ กับการเก็บข้อมูล เมื่อข้อมูลมีความอิ่มตัวแล้วจึงยุติการเก็บข้อมูล

## วิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติหาความถี่ ร้อยละและค่าเฉลี่ย ข้อมูลแบบวัดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ใช้สถิติทดสอบที่ t-test วัดกลุ่มเดียว เปรียบเทียบอาการทางลบ ก่อนและหลังเข้าโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา(descriptive content analysis)<sup>14</sup> โดยผู้วิจัยได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มโดยการถอดเทปแบบคำต่อคำพร้อมนำผลรายละเอียดของสนทนากลุ่มมา โดยใช้วิธีการอ่านข้อมูลหลายๆครั้ง กลั่นกรองประเด็นสำคัญ จัดเป็นหมวดหมู่ แล้วเปรียบเทียบกับข้อมูลที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลรายอื่น ปรับหมวดหมู่ให้มีความชัดเจน กระชับ ลดความซ้ำซ้อน และครอบคลุมมากขึ้น ทำซ้ำกันหลายครั้ง จนกระทั่งไม่พบหมวดข้อมูลใหม่

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล ผู้วิจัยสรุปประเด็นที่ได้หลังสิ้นสุดการสนทนากลุ่มทุกครั้งกับผู้ให้ข้อมูลเพื่อยืนยันความถูกต้อง เขียนบันทึกความคิด ความรู้สึกของผู้วิจัยร่วมกับผู้ร่วมวิจัย (investigator triangulation)<sup>14</sup>

## ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส และระดับการศึกษา

| ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------|-------|--------|
| เพศ                 |       |        |
| ชาย                 | 6     | 60     |
| หญิง                | 4     | 40     |
| อายุ                |       |        |
| 20-29 ปี            | 1     | 10     |
| 30-39 ปี            | 7     | 70     |
| 40-49 ปี            | 1     | 10     |
| 50-59 ปี            | 1     | 10     |
| สถานภาพสมรส         |       |        |
| คู่                 | 3     | 30     |
| โสด                 | 1     | 10     |
| หย่าร้าง            | 5     | 50     |
| หม้าย/หย่า          | 1     | 10     |
| ประถมศึกษา          | 4     | 40     |
| มัธยมศึกษา          | 5     | 50     |
| อนุปริญญา           | 1     | 10     |
| ปริญญาตรี           | -     | -      |

จากตารางที่ 1 ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 60 มีอายุอยู่ระหว่าง 30-39 ปี คิดเป็นร้อยละ 70 มีสถานภาพหย่า/ร้าง คิดเป็นร้อยละ 50 มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 50 ตามลำดับ

## ส่วนที่ 2 ผลการใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนครอบครัว<sup>10</sup>

การใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปข้อมูลสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสารกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจความต้องการของกันและกันมากขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง

2. ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับพยาบาล เจ้าหน้าที่ เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกในกลุ่ม และบุคคลในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่

3. ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ สามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จได้

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ต้องการให้มีการจัดกิจกรรม ในการทำกลุ่มเช่นนี้เกิดขึ้นอีก และ อยากให้เกิดความต่อเนื่อง เพราะในการเจอกันแต่ละครั้งได้มีการพูดคุย แลก เปลี่ยนความคิดเห็นต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อกัน ดังนั้น สมาชิกในกลุ่ม จึงมีการนัดหมาย วัน เวลา สถานที่ ในการที่จะมาเจอกัน เพื่อที่จะแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่อกัน โดยเลือกวันที่สมาชิกต้องมารับยาในครั้งต่อ ๆ ไปของทุกเดือน หลังสิ้นสุดโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ได้เกิดเครือข่ายในการร่วมกลุ่มมีการสร้างเครือข่ายทางสังคมระหว่างผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและระหว่างผู้ป่วยจิตเภทเกิดขึ้น

## ส่วนที่ 2 ผลการประเมินอาการทางลบ

ผลการเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ก่อนและหลังเข้าใช้โปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยในจิตเภทกลุ่มเดิวก่อนและหลังรับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

| อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท | $\bar{X}$ | S.D.  | df | t      | p-value |
|----------------------------|-----------|-------|----|--------|---------|
| ก่อนใช้โปรแกรม             | 22.30     | 2.625 | 9  | 7.856* | .001    |
| หลังใช้โปรแกรม             | 17.50     | 1.715 |    |        |         |
| ผลต่าง ( D )               | 4.750     | 1.323 | 9  |        |         |

\*p < .05

จากตารางที่ 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดิวก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ( $\bar{X}$  = 17.50) น้อยกว่า ก่อนได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว ( $\bar{X}$  = 22.30)

### อภิปรายผลการวิจัย

การใช้กระบวนการกลุ่มแบบมีส่วนร่วมโดยใช้โปรแกรมการสนับสนุนกลุ่มครอบครัว ในการวิจัยครั้งนี้ สรุปข้อมูลสำคัญที่ได้จากการสนทนากลุ่ม ดังนี้

1. เป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลในครอบครัว มีการสื่อสารกันมากขึ้น ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน เข้าใจความต้องการของกันและกันมากขึ้น ทำให้ปัญหาที่เกิดขึ้นภายในครอบครัวลดลง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความใกล้ชิด ผูกพัน ทำให้บุคคลเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสดูแลช่วยเหลือผู้อื่น ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง<sup>15</sup>

2. ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลอื่นมากขึ้น สามารถที่จะเรียนรู้ในการเริ่มการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ดีขึ้น เช่น การสร้างความสัมพันธ์กับพยาบาล เจ้าหน้าที่

เพื่อนผู้ป่วย สมาชิกในกลุ่ม และบุคคลในชุมชนที่ตนเองอาศัยอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาของ เรืองมุนมองของพยาบาลจิตเวชเกี่ยวกับสัมพันธภาพกับสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การส่งเสริมความพร้อมในการดูแลเป็นขั้นตอนหนึ่งที่สำคัญของการมีสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลจิตเวชและสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทในการช่วยให้สมาชิกครอบครัวนั้นสามารถดูแล และสนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทให้ใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัวและชุมชน<sup>16</sup>

3. ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รู้สึกว่าตนเองเป็นคนสำคัญ สามารถที่จะแก้ไขปัญหาต่างๆ ของตนเองให้สำเร็จได้ สอดคล้องกับศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื่องร้องขออนุญาตจำหน่ายจากจิตเวชจังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาพบว่า การถ่ายทอดตามเจตคติความรู้สึก ความคิดต่อผู้ป่วยจิตเภทเรื่องร้องขออนุญาต และการรื้อฟื้นร่วมกันเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ถ่ายทอดประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื่องร้องขออนุญาตในชุมชน ความผูกพัน ต้องใจ เป็นการค้นหาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื่องร้องขออนุญาต การร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมวางแผน ร่วมกันเป็นเจ้าของ โดยเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง<sup>17</sup> และจากการ ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ<sup>18</sup> พบว่า การทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบหลังได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการอาการทางลบด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยในจิตเภท  
กลุ่มเดียววัดก่อนและหลังรับโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว

คะแนนเฉลี่ยอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มเดียว  
ก่อนและหลัง ได้รับการดูแลด้วยโปรแกรมสนับสนุนครอบครัว  
มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ  $<.05$   
สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิด  
และพฤติกรรมต่ออาการด้านลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน<sup>19</sup>  
พบว่า อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน หลังได้รับ  
โปรแกรมการบำบัดทางพฤติกรรม ความคิด ต่ำกว่าก่อนได้รับ  
โปรแกรม อย่างมีนัย สำคัญทางสถิติ ( $p < .05$  ) เช่นเดียวกับการ  
ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ต่อพฤติกรรม  
การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการทางลบ  
พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีอาการ  
ทางลบ หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้สูงกว่าก่อน  
ได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ  
ที่ระดับ .0520

### ข้อเสนอแนะที่ได้จากการทำวิจัย

1. ควรมีการนำโปรแกรมการสนับสนุนกลุ่ม  
ครอบครัวร่วมกับการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือภาคีเครือข่ายใน  
การดูแลผู้ป่วยจิตเภท และมีการติดตามประเมินอาการทางลบ  
ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นระยะ ๆ ทุก 3-6 เดือน เพื่อให้เกิดการ  
บริการอย่างต่อเนื่อง และเกิดความยั่งยืนและเกิดความเข้มแข็ง  
ในชุมชนต่อไป

2. ควรมีการฝึกเพื่อพัฒนาทักษะของผู้นำกลุ่มซึ่ง  
เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง เพื่อส่งเสริมให้ผู้นำกลุ่มมี  
ความสามารถที่จะดำเนินการกลุ่มในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วย  
จิตเภทและครอบครัว ให้เกิดการสนับสนุนระหว่างสมาชิกใน  
กลุ่มและพัฒนาศักยภาพของผู้นำกลุ่ม เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้นำ  
กลุ่มอื่นๆ ต่อไปได้โดยในช่วงแรกพยาบาลต้องให้การสนับสนุน  
ทั้งในด้านความรู้และส่งเสริมให้มีการดำเนินการกลุ่มอย่างต่อเนื่อง  
ส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการที่จะทำหน้าที่ และ  
มีการติดตามประเมินผล เป็นระยะเพื่อให้เกิดเครือข่าย ในการ  
ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาถึงผลของการใช้โปรแกรมการสนับสนุน  
กลุ่มครอบครัวต่อความเครียด และภาระการดูแลของผู้ดูแล  
ผู้ป่วยจิตเภทหรือในด้านอื่นๆ ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

### กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ  
ร้อยเอ็ดที่สนับสนุนทุนวิจัย และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ  
ประจำตำบลหนองนาสร้าง ที่เอื้ออำนวยความสะดวกในการเก็บ  
ข้อมูลวิจัยในครั้งนี้

### References

1. Rössler W, Joachim Salize H, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. European Neuropsychopharmacology. 2005;15(4): 399-409.
2. Mc Grath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and mortality. Epidemiol Reviews. 2008; 30(1):67-76.
3. Phanthunane P, Vos T, Whiteford H, Bertram M, Udomratn P. Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. Popular Health Metrics. 2010; 8(24):1-8
4. Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. Comprehensive textbook of Psychiatry. Baltimore: Williams & Wilkins; 1995
5. Department of Mental Health, Ministry of Public Health statistics report of psychiatric hospital in Thailand. 2008. (in thai).
6. The Effects of A Peer Support Group Program on Psychosocial Rehabilitation Abilities In Caregivers Of Schizophrenic Patients. Journal of The Royal Thai Army Nurses.2018, 19 (Supplement): 214-223. (in thai).
7. Knapp, Martin, McCrone, R. P, Leeuwemkamp, Oscar. Associations between negativesymptoms, service patterns, and costs inpatients with schizophrenia in the five European countries. Clinical Neuropsychiatry. 2008; 5(4):195-205.
8. Carpenter WT Jr, Heinrichs DW and Alphas LD. Treatment of negative symptoms. Schizophrenia Bull. 1985, 11:440-452.

9. Carpenter WT Jr, Strauss JS and Bartko JJ. Flexible system for the diagnosis of schizophrenia: Report from WHO International Pilot Study of Schizophrenia. Science. 1973, 182: 1275-77
10. Phosri A., Utid P, The effect of multiple family support groups program on negative symptoms of schizophrenic patients in community. Thai Red Cross Nursing Journal. 2008, 1(1): 68-85. (in thai).
11. Bantengsuk. H. Factore predigting quality of life of Schizophrenic patients, out- patient Department of Phasrimanabodhi Psychiatric Hospital. A Thesis Submitted in Patial Fulfillment of the Requirements for the Degree of master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing Faculty of Chulalongkorn University; 2002.(in thai)
12. Nilchaichokwit T. Positive and negative syndrome scale. Department of Mental Health, Ministry of Public Health. (in thai)
13. Meehanpong P., Chatdokmaiprai K. Assessing Quality of Research Instrument in Nursing Research. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2018, 19(1): 9-15. (in thai)
14. Jirawatkul, S. 2003. Qualitative Research in Nursing Profession, Khon Kaen. (in Thai)
15. Meesri K., Dangdomyouth P. Selected Factors Related to Capabilities Among Caregivers of Schizophrenic Patients in Community. The Journal of Psychiatric nursing and mental health, 2012; 26(1): 35-49. (in thai).
16. Kertchok R., Facilitating living eith persons with Schizophrenia: Relationships between Psychiatric nurses and family member. The Journal of Psychiatric Nursing and Mental Health 2010, 24(1):14-23. (in thai)
17. Damrak P., Wangthong A., Wangthong U. community participation in caring of complex chronic schizophrenia patients in nongjik, pattani province. Journal of the Association of Researchs. 2514, 19(2): 92-103. (in thai).
18. Leethongkharm S., Uthis P. The effect of Negative Symtoms Self-Management Program on functioning of Schizophrenic Patients with Negative Symtoms . The Journal of Psychiatric nursing and mental health, 2018; 19 (supplement): 459-463. (in thai).
19. Gontong K., Jirapae. V., Uthis. P. THE effect of cognitive behavioral therapy program on negative symptoms of Schizophrenic patients in community.The Journal of Psychiatric nursing and mental health, 2016; 30(3): 52-65. (in thai).
20. Krithong N., Upsen R.The Effect Of Educative And Supportive Program On Self-Care Behaviors Of Schizophrenic Patients With Negative Symptoms In Community. Journal of The Royal Thai Army Nurses. 2017, 18 (Supplement): 357-364. (in thai)