

ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว ต่ออาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง

The Effect of Self-management with Family Participation Program on Psychotic Symptoms of Patients with Chronic Schizophrenia

สุดาพร สถิตยุดธการ* จินตนา ยูนิพันธุ์** วิภาวี เผ่ากันทรการ***

Sudaporn Stithyudhakarn,* Jintana Yunibhand,** Wipawee Phaokuntarakorn***

*, ** Faculty of Nursing, Chulalongkorn University, Bangkok

*, ** คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพมหานคร

*** สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร

*** Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Bangkok

* Corresponding Author: Sudaporn.St@chula.ac.th

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่ออาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกพร้อมกับผู้ดูแล จำนวน 70 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายกลุ่มละ 35 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว จำนวน 7 ครั้ง และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติที่เป็นกิจวัตรที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพจัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวในแผนกผู้ป่วยนอก เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว แบบสอบถามซึ่งประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ และแบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมฯ ด้วยสถิติการทดสอบทีแบบไม่อิสระ และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตระหว่างก่อนและหลังได้รับโปรแกรมฯ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติการทดสอบทีแบบอิสระ

ผลการศึกษา พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ ในกลุ่มทดลองลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 4.87$, $df = 32$, $p < .001$) และค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.98$, $df = 51.68$, $p < .001$) จากผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวสามารถช่วยลดอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ

Received: November 21, 2020; Revised: January 21, 2021; Accepted: January 25, 2021



คำสำคัญ: การจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว อาการทางจิต ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง

Abstract

This quasi-experimental research aimed to examine the effect of self-management with family participation program on psychotic symptoms of patients with chronic schizophrenia. Seventy patients with schizophrenia who were treated at the outpatient department with their caregivers were equally and randomly divided into either the experimental and usual care groups. The experimental group received 7 sessions of self-management with family participation program while the control group of 35 people received usual nursing care, which is an activity that nurses and health team personnel provides services for schizophrenic patients and their families in outpatient departments. Research tools consisted of two parts: (1) the self-management with family participation program, questionnaires consisted of general characteristics, Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) and (2) the symptom management assessment tool (SMST). The data were analyzed using descriptive statistics by comparing mean of psychotic symptom between pre and post program in experimental group by using pair samples t-test, and between the experimental and usual care by using independent samples t-test. The results showed that mean score of psychotic symptoms of experimental group after receiving intervention was significantly statistically lower than before the program ($t = 4.87$, $df = 32$, $p < .001$) and mean score of psychotic symptoms of experimental group after receiving intervention was significantly statistically lower than those receiving usual care ($t = -5.98$, $df = 51.68$, $p < .001$). The findings of this study indicated that self-management with family participation program could decrease psychotic symptoms in patients with schizophrenia. Therefore, this program can be implemented within nursing practice in order to decrease psychotic symptoms.

Keywords: self-management with family participation, psychotic symptom, chronic schizophrenia patients

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรงและทำให้เกิดความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองซึ่งส่งผลกระทบต่อบุคคลในสังคมทุกระดับ

ตั้งแต่ระดับครอบครัวจนถึงระดับประชากรของประเทศ¹ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีอาการรุนแรงและต่อเนื่องซึ่งเกี่ยวข้องกับความบกพร่องในการทำงานประจำวัน ผู้ป่วยเหล่านี้อยู่ในระยะหลงเหลือของการเจ็บป่วยซึ่งมีอาการทางจิตคล้ายกับการ

เจ็บป่วยในระยะอาการนำ (Prodromal symptoms) ซึ่งอาการจะค่อยๆ ดำเนินไปและผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับความช่วยเหลือก่อนที่อาการจะรุนแรง ยิ่งไปกว่านั้นผู้ป่วยเหล่านี้มีความเสี่ยงสูงที่จะมีอาการกำเริบเนื่องจากความเจ็บป่วยจำกัดความสามารถในการรับมือและป้องกันไม่ให้เรียนรู้ที่จะดูแลตนเอง² อาการของโรคจิตเภทที่พบ ได้แก่ อาการทางบวก (เช่น ประสาทหลอน ความคิดหลงผิด) อาการทางลบ (เช่น Anhedonia, Asociality) และอาการทางอารมณ์ (ซึมเศร้าหลัก) อาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ¹

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา³ มีความบกพร่องในการคิด ตัดสินใจ⁴ การใช้สารเสพติด⁵ การขาดความเข้าใจในทักษะการเผชิญความเครียด⁶ ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการได้รับสนับสนุนจากครอบครัว⁷ รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย ได้แก่ อายุ การมีงานทำ ความเชื่อ ความรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วย การรักษา และการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁸ และจากผลการวิเคราะห์อภิमानแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยมีผลลัพธ์ในการลดอาการทางจิตที่ดีกว่าและป้องกันการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้มากกว่าการศึกษาในผู้ป่วยเพียงลำพัง⁹ เนื่องจากผู้ป่วยที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลส่วนใหญ่มียาอาการทางจิตทุกเลาอยู่แต่ผู้ป่วยยังคงมีอาการผิดปกติหลายด้านหลงเหลืออยู่และมีปัญหาด้านพฤติกรรม ได้แก่ ความบกพร่องด้านการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง ไม่เข้าใจคำแนะนำของผู้ที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย ไม่สามารถที่จะเริ่มพูดคุยกับบุคคลอื่น กลัวคนแปลกหน้า แยกตัวเองออกจาก

สังคม ขาดความอดทน ไม่มีสมาธิพอที่จะทำงานหรือประกอบอาชีพได้ เป็นต้น ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยบกพร่อง ดังนั้นครอบครัวจึงมีบทบาทสำคัญในการทำงานร่วมกับผู้ป่วยเพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการตนเองในการรับประทานยา การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีทัศนคติที่ดีในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ส่งผลลัพธ์ที่สำคัญ คือ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตลดลง¹⁰

การจัดการตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเรื้อรังได้การจัดการตนเองเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการกับอาการ ความร่วมมือในการรับประทานยาที่รักษา และความผิดปกติของตนเองที่เป็นผลมาจากความเจ็บป่วยซึ่งการจัดการจำเป็นต้องทำร่วมกับชุมชน ครอบครัว และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ ปัจจุบันผู้ป่วยโรคจิตเภทได้รับการสอนให้ดูแลตัวเองโดยใช้หลักการการจัดการตนเอง (Self-management) จากผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษาโรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ เพราะการจัดการตนเองทำให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทางที่ดีขึ้น และสามารถควบคุมอาการของโรคได้² ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพอใจในคุณภาพชีวิตของตน การที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย ทำให้จำกัดการเรียนรู้ที่สำคัญในการสื่อสารและทักษะทางสังคม และอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ก็ทำให้ความสามารถในการแก้ไขปัญหาต่างๆ บกพร่องไป¹⁰ ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่ได้รับการฝึกทักษะการจัดการกับอาการและการใช้ยา จะช่วยส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม สามารถลดอาการทางจิต

และลดอัตราการกลับเป็นซ้ำซึ่งส่งผลให้การทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีขึ้น¹¹ การวิเคราะห์ห่อหุ้มของการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการศึกษาการจัดการตนเองในผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถลดการกำเริบของโรคและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำได้¹² แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า การจัดการตนเองไม่เพียงแต่ต้องอาศัยความสามารถของแต่ละบุคคลเท่านั้น แต่ยังต้องร่วมมือกับครอบครัวเพื่อควบคุมสภาวะสุขภาพของตนเองด้วยการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า โปรแกรมการศึกษาซึ่งสมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลมีผลลัพธ์ที่ดีกว่าในด้านความร่วมมือในการรับประทานยาและทัศนคติต่อการใช้ยา¹⁰ การลดอาการทางจิตและป้องกันการกำเริบของโรคมักกว่าโปรแกรมการศึกษาที่มีเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทเท่านั้น⁹ โดยแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys^{13,14} ร่วมกับแนวคิดการกลับเป็นซ้ำ (The Vulnerability/Stress Model) ของ Nuechterlein, Dawson & Green¹⁵ เป็นแนวคิดที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตั้งใจที่จะดูแลสุขภาพตนเอง ร่วมกับครอบครัวจะช่วยผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตระหนักถึงความสำคัญของการปรับเปลี่ยนสุขภาพ ด้านการรับรู้ ด้านการปฏิบัติพฤติกรรม ด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสรีรวิทยา เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองและจัดการกับอาการได้ด้วยตนเองอย่างเหมาะสม เป็นการป้องกันการป่วยซ้ำและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตลอดไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว

2. เพื่อเปรียบเทียบอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวกับกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว มีคะแนนอาการทางจิตหลังทดลองต่ำกว่าก่อนทดลอง

2. ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรังที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว มีคะแนนอาการทางจิตต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษานี้ผู้วิจัยประยุกต์แนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys^{13,14} โดยมีความเชื่อพื้นฐานว่า บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการค้นหาการช่วยเหลือและสามารถแก้ไขปัญหาด้วยการจัดการของตนเอง ซึ่งผลลัพธ์ก็คือ บุคคลเหล่านี้จะเรียนรู้พฤติกรรมใหม่และสามารถควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ด้วยตนเอง การจัดการกับอาการมีแนวคิดในการจัดการทั้งสาเหตุของอาการและอาการที่เกิดขึ้นไปพร้อมกัน บทบาทของผู้ดูแลในครอบครัวมีความสำคัญในการทำงานร่วมกันเพื่อให้การสนับสนุนช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการตนเอง บุคลากรสุขภาพมีบทบาทกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงไปสู่พฤติกรรมใหม่ด้วยตนเอง ด้วยการจูงใจให้เริ่มเข้าสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งจะสร้างให้เกิดการควบคุมจิตใจด้วยตนเอง ส่งผลให้ความผิดปกติทางจิตลดลง แนวคิดการ

จัดการตนเองใช้ 3 กระบวนการ โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับและมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น มีแนวทางที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการของตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางจิต ประกอบด้วย 1) การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันค้นหาประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการทางจิต เป็นการนำประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการทางจิตและผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแล 2) การประเมินผลตนเอง (Self-evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและการบันทึกเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยผู้ดูแลสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ผู้ดูแลมีการทำงานร่วมกันกับผู้ป่วยในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วยสนับสนุนการให้รางวัลเมื่อสามารถปฏิบัติตามพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดี การเสริมแรงจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ และทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น และแนวคิดการกลับเป็นซ้ำ (The Vulnerability/Stress Model) ของ Nuechterlein, Dawson & Green¹⁵ แนวคิดนี้ได้อธิบายกระบวนการกำเริบของอาการทางจิตและปัจจัยทำนายการกำเริบของอาการทางจิตโรคจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ปัจจัยเกี่ยวข้อง ดังนี้ 1) ปัจจัยความเปราะบางส่วนบุคคล รวมถึงระดับโดพามีนที่ผิดปกติและ

ความบกพร่องในกระบวนการรับรู้ 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ ความร่วมมือในการใช้ยา รักษาโรคจิต ทักษะในการเผชิญปัญหา และความเชื่อในการรับรู้ความสามารถของตนเอง 3) ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาและสนับสนุนทางจิตสังคม 4) สิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม รวมถึงเหตุการณ์ในชีวิตที่ตึงเครียด สังคมที่มีสภาพแวดล้อมที่กระตุ้นอย่างมาก และครอบครัวที่มีบรรยากาศทางอารมณ์ที่แสดงออกอย่างมาก¹⁶ สำหรับการวิจัยนี้ทำการจัดการกระทำกับปัจจัยป่วยซ้ำที่เป็นตัวปกป้องส่วนบุคคล ปัจจัยปกป้องจากสิ่งแวดล้อม และสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม เป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาศักยภาพในตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถจัดการกระทำได้ ซึ่งประกอบไปด้วย การให้ความรู้ในการรับประทายทางจิตเวชอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง การพัฒนาทักษะการจัดการกับความเครียด อาการเตือน และการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวที่มากเกินไป โปรแกรมฯ นี้ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ดังแผนภาพที่ 1

โปรแกรมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง โดยดำเนินการในผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกัน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การประเมินความต้องการและการวางแผน

ครั้งที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การร่วมกันค้นหาประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการทางจิต และผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้น และร่วมกันระบุปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการกับอาการทางจิต

ขั้นตอนที่ 2 การเตรียมความพร้อมเพื่อการจัดการตนเอง

ครั้งที่ 2 สนับสนุนให้ความรู้และฝึกทักษะการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาต้านอาการทางจิต มีทัศนคติต่อการใช้ยาต้านอาการทางจิตอย่างเหมาะสมและตั้งเป้าหมายและวางแผนการใช้ยาต้านอาการทางจิตด้วยตนเอง

ครั้งที่ 3 สนับสนุนให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและการจัดการกับอาการเตือน และร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการกับความเครียดและอาการเตือนทางจิตด้วยตนเอง

ครั้งที่ 4 สนับสนุนให้ความรู้และฝึกทักษะการเสริมสร้างการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม และร่วมกันตั้งเป้าหมายและการเสริมสร้างการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม

อาการทางจิต

ขั้นตอนที่ 3 การปฏิบัติการจัดการตนเอง

ครั้งที่ 5 และครั้งที่ 6 การติดตามประเมินผลการปฏิบัติและให้แรงเสริมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 นำความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้ ในการปฏิบัติการจัดการตนเองเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยารักษาอาการทางจิต การเฝ้าระวังอาการเตือน ความเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองได้ตามขั้นตอนการจัดการด้วยตนเองในการตรวจสอบตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ผู้นำกลุ่มใช้โทรศัพท์ในการติดตาม

ขั้นตอนที่ 4 การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ

ครั้งที่ 7 การสิ้นสุดและการประเมินผลโปรแกรม เป็นการประเมินกระบวนการและผลลัพธ์ของโปรแกรมการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น โดยเปรียบเทียบพฤติกรรมของตนเองกับเป้าหมายที่ร่วมกันกำหนดกับผู้ดูแลและผู้นำกลุ่ม โดยพบกับผู้วิจัยโดยตรง

แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental design) ศึกษาสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังทดลอง (The pretest-posttest control group design)

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังและผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิง โดยได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-V เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังและผู้ดูแลทั้งเพศชายและหญิง โดยได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์ DSM-V เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด (Inclusion criteria) ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะดังนี้ ผู้ป่วยอายุระหว่าง 20 - 59 ปี มีระยะเวลาการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ตั้งแต่ 2 - 5 ปี มีประวัติเคยเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วย

อาการทางจิตกำเริบ อย่างน้อย 1 ครั้ง ได้รับยา รักษาอาการทางจิตครบตามแผนการรักษาในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา มีอาการทางจิตสงบ โดยคะแนน แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) น้อยกว่า 36 ไม่มีใครร่วมจากกลุ่มโรคทางจิตเวชที่เกิดจาก พยาธิสภาพทางกาย/โรคซึมเศร้า/ภาวะติดสาร เสพติด สื่อสารภาษาไทยเข้าใจ พูดคุยโต้ตอบและ อ่านออกเขียนได้ สามารถติดต่อได้ทางโทรศัพท์ ไม่มีความผิดปกติทางระบบประสาทและประสาท สัมผัสรับรู้ ไม่มีความบกพร่องทางสติปัญญา มี สมาชิกครอบครัวหรือญาติที่สามารถเข้าร่วมและ ยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย ส่วนในกลุ่มผู้ดูแล มีลักษณะดังนี้ เพศหญิงหรือชาย อายุ 20 - 59 ปี ได้แก่ บิดา มารดา สามิ ภรรยา พี่ น้อง หรือบุตร เพียงคนเดียวคนหนึ่ง ซึ่งอาศัยอยู่บ้านเดียวกับผู้ป่วย จิตเภท เป็นผู้ที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยต่อเนื่อง มากกว่า 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทนหรือ ค่าจ้างใดๆ และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย

สำหรับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีคุณสมบัติตาม เกณฑ์ที่กำหนด (Exclusion criteria) ในการเข้า ร่วมการวิจัยในครั้งนี้ คือ กลุ่มผู้ป่วย มีลักษณะ ดังนี้ มีอาการทางจิตที่รุนแรงจนไม่สามารถเข้า ร่วมในการศึกษาได้และไม่สามารถเข้าร่วมได้ทุก กิจกรรม ในกลุ่มผู้ดูแล ได้แก่ ไม่สามารถเข้าร่วม ได้ทุกกิจกรรม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดย กำหนดค่าความเชื่อมั่นทางสถิติที่ .05 กำหนด อำนาจทดสอบที่ 0.80 และกำหนดขนาดอิทธิพล ที่มีขนาดกลาง (Effect size) 0.50 โดยเปิดตาราง Estimate sample size requirement as a function of effect¹⁷ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 27 คน ต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการถอนตัว (Drop-out) ของ กลุ่มตัวอย่างระหว่างการทดลอง ผู้วิจัยจึงกำหนด ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอีกร้อยละ 30¹⁸ โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 35 คน มีกลุ่มตัวอย่าง

เข้าร่วมการศึกษาคั้งนี้ จำนวน 70 คน ดังนั้น ผู้วิจัยทำการสุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 35 คน พร้อมทำการ จับคู่ (Matched pair) กลุ่มตัวอย่างให้มีลักษณะ ใกล้เคียงกันในเรื่องอายุ และระดับอาการทางจิต ก่อนเข้าร่วมการวิจัย เพื่อป้องกันตัวแปรแทรกซ้อน แต่พบว่าในกลุ่มทดลองมีการขาดหายไปของกลุ่ม ตัวอย่าง จำนวน 2 คน เนื่องจากผู้ป่วยและญาติมี ปัญหาการเดินทางจึงไม่สะดวกมาเข้ากลุ่ม และใน กลุ่มควบคุม มีการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 3 คน เนื่องจากไม่มาตามนัดหมายและ ติดต่อผู้ป่วยและญาติไม่ได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ และ อาชีพ ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ และความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการทางจิต ฉบับย่อ (The Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS) เป็นแบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่ใช้บันทึกความรุนแรง ของพยาธิสภาพทางจิต พัฒนาขึ้นโดย Overall & Gorham¹⁹ แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์²⁰ มีทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน อาการแสดงออกทางอารมณ์ จำนวน 10 ข้อ อาการแสดงด้านลบ จำนวน 2 ข้อ และอาการ แสดงด้านบวก จำนวน 6 ข้อ วัดระดับความรุนแรง ด้วยมาตรประมาณค่า 7 ระดับ คือ 7 = มากที่สุด, 6 = มาก, 5 = ค่อนข้างมาก, 4 = ปานกลาง, 3 = น้อย, 2 = น้อยมาก, 1 = ไม่มี โดยมีการแปลผล ดังนี้ คะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมี

อาการทางจิตเล็กน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วย

2.1 โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว โดยผู้วิจัยพัฒนามาจากแนวคิดการจัดการตนเองของ Kanfer & Gaelick-Buys^{13,14} และแนวคิดการกลับเป็นซ้ำ (The Vulnerability/Stress Model) ของ Nuechterlein, Dawson & Green¹⁵ โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยการนำทั้งผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลเข้าร่วมกิจกรรมทุกขั้นตอน เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับและมีพฤติกรรมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น มีแนวทางที่จะปฏิบัติกับผู้ป่วยอย่างเหมาะสม รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลสามารถจัดการกับอาการของตนเองและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อลดอาการทางจิต แนวคิดการจัดการตนเองใช้ 3 กระบวนการ ประกอบด้วย 1) การสังเกตตนเอง (Self-monitoring) ผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันค้นหาประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการทางจิต เป็นการนำประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการทางจิตและผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลภายในกลุ่ม สนับสนุนให้ครอบครัวกล้าแสดงออก นำประสบการณ์ที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่ประสบผลดีมาแลกเปลี่ยนในกลุ่ม ให้โอกาสซักถามจนเกิดความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย และผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันระบุปัญหาและร่วมกันตั้งเป้าหมายในการจัดการกับปัญหาที่ยังมีอยู่ 2) การประเมินผลตนเอง (Self-evaluation) เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสังเกตและการบันทึกเปรียบเทียบกับเกณฑ์หรือเป้าหมายที่ตั้งไว้โดยผู้ดูแลสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้

เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การรักษา การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาต้านอาการทางจิต ความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและการจัดการกับอาการเตือน ความรู้และฝึกทักษะการเสริมสร้างการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม เป็นการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความเข้าใจและนำความรู้ต่างๆ มาปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม และผู้ป่วยและผู้ดูแลร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการกับปัญหาต่างๆ ร่วมกันสรุปแนวทางการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อนำไปใช้ในการดูแล และนำความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้ไปฝึกปฏิบัติที่บ้านโดยผู้ดูแลทำงานร่วมกันกับผู้ป่วยในการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติตามแผนที่ได้วางไว้เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ 3) การเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ผู้ป่วยและผู้ดูแลช่วยสนับสนุนการให้รางวัลเมื่อสามารถปฏิบัติพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้ดี การเสริมแรงจะช่วยให้บุคคลดำรงไว้ซึ่งพฤติกรรมใหม่ และทำให้การปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ มีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้นร่วมในการเสริมแรง โดยการได้รับคำชม การได้ของรางวัล ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมใหม่อย่างต่อเนื่อง

2.2 การดูแลตามปกติ หมายถึง กิจกรรมที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพ จัดให้มีขึ้นเพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการอาการข้างเคียงของยา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท และวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3. เครื่องมือที่ใช้กำกับการทดลอง

แบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (The Symptom Management

Assessment Tool: SMST) ซึ่งพัฒนาโดย Murphy & Moller²¹ และ Kennedy, Schepp & O'Connor²² แปลเป็นภาษาไทย โดย วุฒิ ช่างมิ่ง, ยาใจ สิทธิมงคล, อติรัตน์ วัฒนไพลิน และ เอียรชัย งามทิพย์วัฒนา²³ ได้นำมาปรับใช้ในผู้ป่วยจิตเภท มี 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ด้านความถี่ของการใช้วิธีการจัดการกับอาการ ส่วนที่ 2 ด้านการรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการใช้วิธีการจัดการกับอาการ เป็นคำถามเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นด้วยตนเอง จำนวน 38 ข้อ จำแนกเป็น 6 ด้าน คือ 1) การเบี่ยงเบน (Distraction) 14 ข้อ 2) การตอบโต้กลับ (Fighting back) 7 ข้อ 3) การค้นหาความช่วยเหลือ (Help-seeking) 4 ข้อ 4) การพยายามทำให้รู้สึกดีขึ้น (Attempts to feel better) 6 ข้อ 5) การแยกตัวเอง (Isolation) 4 ข้อ 6) การหลีกเลี่ยง (Escape behavior) 3 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ คือ 0 = ไม่เลย, 1 = น้อย, 2 = ปานกลาง, 3 = มาก, และ 4 = มากที่สุด การแปลผล คะแนนที่สูงแสดงว่าการจัดการกับอาการได้มากขึ้นและรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการใช้วิธีการจัดการกับอาการได้มากขึ้น คะแนนที่ต่ำแสดงว่าการจัดการกับอาการได้น้อยลง และรับรู้ถึงผลลัพธ์ของการใช้วิธีการจัดการกับอาการได้น้อยลง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือที่นำมาตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ 1) โปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะและข้อคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับแก้ไข และนำมาทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 ราย เพื่อประเมินความเข้าใจเนื้อหา และประเมินความเป็นไปได้ของการจัดกิจกรรมตามโปรแกรม ผลการประเมิน พบว่าผู้วิจัยควรรวมเนื้อหาที่เกี่ยวข้องบางส่วนเข้า

ด้วยกันเนื่องจากในบางช่วงมีเนื้อหาที่ต้องปฏิบัติตามมากเกินไปและในบางช่วงต้องใช้เวลาในการฝึกฝนทักษะมากขึ้น 2) แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) การตรวจสอบความเที่ยงระหว่างผู้ประเมิน (Inter-Rater Reliability: IRR) ในการศึกษาค้นครั้งนี้ได้ค่า IRR เท่ากับ 0.89 โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะใช้เครื่องมือนี้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ความน่าเชื่อถือระหว่างผู้ประเมินระหว่างผู้ช่วยวิจัยและนักวิจัยเท่ากับ 0.80 ส่วนแบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง ผู้วิจัยได้นำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและความถูกต้องของภาษา และนำมาคำนวณหาค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ 0.94 และผู้วิจัยนำไปหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยนำทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.79

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยจึงเริ่มดำเนินการวิจัย โดยแบ่งการดำเนินการออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ ระยะดำเนินการทดลอง และระยะประเมินผลการทดลอง โดยดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน ดังนี้

1. ระยะเตรียมการ ผู้วิจัยประสานงานกับหัวหน้าแผนกผู้ป่วยนอกเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย โดยเปิดรับสมัครกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกมาพบกับผู้วิจัย จากนั้นผู้วิจัยจึงชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการเข้าร่วมการวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่ม

ตัวอย่าง โดยเปิดโอกาสให้ทำการซักถามข้อมูลต่างๆ จนเข้าใจ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลจิตเวชที่จบการศึกษาระดับปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ที่ปฏิบัติงานในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี จำนวน 1 คน โดยทำหน้าที่เก็บรวบรวมข้อมูลอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) ในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง ทั้งนี้ ผู้ช่วยวิจัยจะได้รับการเตรียมความพร้อมในเรื่องของวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัย วิธีการใช้แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) การแปลค่าคะแนน และให้ผู้ช่วยวิจัยได้ทดลองประเมินการป่วยซ้ำด้วยแบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) ในผู้ป่วยจิตเภท เปรียบเทียบความถูกต้องในการประเมินกับผู้วิจัย เพื่อความเข้าใจที่ถูกต้องตรงกัน

2. ระยะดำเนินการทดลอง

กลุ่มทดลอง ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไปนี้

ระยะก่อนทดลอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) และแบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (SMST) โดยพยาบาลจิตเวช (ผู้ช่วยวิจัย)

ระยะทดลอง กลุ่มตัวอย่างในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว โดยเข้าร่วมกิจกรรมพร้อมกับผู้ดูแลจำนวน 7 ครั้งๆ ละ 1 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีรายละเอียดในแต่ละสัปดาห์ ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ มีเนื้อหาเกี่ยวกับการค้นหาประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับอาการทางจิต และ

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการจัดการกับการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เกิดขึ้น และร่วมกันระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการจัดการกับอาการทางจิต สัปดาห์ที่ 2 เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะการพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาต้านอาการทางจิต เน้นให้ทัศนคติต่อการใช้ยาต้านอาการทางจิตอย่างเหมาะสม รวมทั้งตั้งเป้าหมายและวางแผนการใช้ยาต้านอาการทางจิตด้วยตนเองได้อย่างเหมาะสม สัปดาห์ที่ 3 เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะการจัดการกับความเครียดและการจัดการกับอาการเตือน รวมทั้งร่วมกันตั้งเป้าหมายและวางแผนการจัดการกับความเครียดและอาการเตือนทางจิตด้วยตนเอง สัปดาห์ที่ 4 เป็นกิจกรรมที่มุ่งให้ความรู้และฝึกทักษะการเสริมสร้างการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม รวมทั้งร่วมกันตั้งเป้าหมายและการเสริมสร้างการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม สัปดาห์ที่ 5 และสัปดาห์ที่ 6 เป็นการติดตามประเมินผลการปฏิบัติและให้แรงเสริมครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ผู้นำกลุ่มใช้โทรศัพท์ในการติดตามการนำความรู้และทักษะที่ได้เรียนรู้ไปปฏิบัติการจัดการตนเองเกี่ยวกับความร่วมมือในการรับประทานยา การจัดการกับอาการข้างเคียงของยา รักษา การเฝ้าระวังอาการเตือน ความเครียด และการแสดงออกทางอารมณ์ของตนเองได้ตามขั้นตอนการจัดการด้วยตนเองในการตรวจสอบตนเอง การประเมินผลตนเอง โดยดำเนินการปฏิบัติตามแผนวางที่ได้ และประเมินว่าบรรลุตามเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้หรือไม่ ถ้าไม่บรรลุผู้นำกลุ่มและผู้ดูแลจะช่วยให้คำแนะนำและร่วมกันหาแนวทางช่วยเหลือต่อไป และเมื่อสามารถปฏิบัติได้ตามแผนฯ ให้การเสริมแรงตนเองโดยการแสดงความชื่นชมยินดี ซึ่งมีผู้ดูแลเป็นผู้สนับสนุนการปฏิบัติและให้แรงเสริมในทั้งสองสัปดาห์ และสัปดาห์ที่ 7 การสิ้นสุดและการประเมินผลโปรแกรม

ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองได้ซักถามปัญหา กล่าวขอบคุณ และยุติสัมพันธภาพ

กลุ่มควบคุม ผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไป

ระยะก่อนทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง แต่ผู้วิจัยทำการนัดหมายวันและเวลาแตกต่างกันกับกลุ่มทดลอง โดยนัดหมายดำเนินการกลุ่มควบคุมเสร็จแล้วก่อนดำเนินการนัดหมายกลุ่มทดลอง

ระยะทดลอง ในกลุ่มควบคุมผู้วิจัยปฏิบัติตามขั้นตอนต่อไป สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยพบกลุ่มควบคุมและผู้ดูแล ตามวัน เวลา และสถานที่ที่นัดหมายที่ห้องประชุมชั้น 5 ตึกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยนัดหมายดำเนินการกลุ่มควบคุมเสร็จแล้วก่อนดำเนินการนัดหมายกลุ่มทดลอง ผู้วิจัยดำเนินการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว พร้อมทั้งแจ้งวัตถุประสงค์ จากนั้นเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) และแบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (SMST) จากนั้นผู้วิจัยเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมพูดคุย ซักถามปัญหา และนัดหมายการดำเนินการครั้งต่อไป

ในสัปดาห์ที่ 1 - 6 กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลที่พยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาจัดให้เพื่อให้บริการกับผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในแผนกผู้ป่วยนอก ได้แก่ การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการใช้ยา การจัดการอาการข้างเคียงของยา การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท รวมถึงวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3. ระยะประเมินผลการทดลอง ในกลุ่มทดลองเมื่อสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว ผู้เข้าร่วมโปรแกรม (ผู้ป่วย) จะมาพบกับผู้วิจัยที่แผนก

ผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาอีกครั้ง เพื่อประเมินและติดตามผลการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) และแบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (SMST) และในกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยทำการนัดหมายดำเนินการกับกลุ่มควบคุมและผู้ดูแลเสร็จแล้วก่อน และดำเนินการนัดหมายกลุ่มทดลอง ที่ห้องประชุมชั้น 5 ตึกผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เก็บข้อมูลอีกครั้งด้วยแบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) และแบบประเมินการจัดการกับอาการด้วยตนเอง (SMST) จากนั้นผู้วิจัยได้ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ผลกระทบ รวมถึงการป่วยซ้ำในกรณีที่ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตได้ การจัดการกับอาการทางจิต ความร่วมมือในการใช้ยา ด้านอาการทางจิต การจัดการกับความเครียดและการจัดการกับอาการเตือน และการเสริมสร้างการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม แจกคู่มือการจัดการด้วยตนเองร่วมกับครอบครัว ผู้วิจัยสรุปผลการดำเนินกิจกรรม รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มควบคุมได้ซักถามปัญหา กล่าวขอบคุณและยุติสัมพันธภาพ เพื่อให้กลุ่มควบคุมได้รับข้อมูลเช่นเดียวกับกลุ่มทดลอง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เอกสารรับรองโครงการที่ 023/2563 วันที่อนุมัติ 19 มีนาคม 2563 ถึง 19 มีนาคม 2564 โดยวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยเรื่องผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่อการป่วยซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตเภทเรื้อรัง กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย รวมทั้งสิทธิในการเข้าร่วมหรือถอนตัวออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่ได้รับผลกระทบใดต่อสิทธิ

ต่างๆ ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นชื่อในเอกสารขอความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยสำหรับข้อมูลการวิจัยที่ได้รับถือเป็นความลับและผู้วิจัยได้นำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความเป็นเนื้อเดียวกัน (Homogeneity) ของคุณลักษณะทางด้านประชากรทั้งสองกลุ่มสำหรับตัวแปร อายุ ด้วยสถิติ Independent t-test สำหรับตัวแปร เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการทางจิต กลุ่มทดลองในระยะก่อนทดลองและหลังทดลองเสร็จสิ้นด้วยสถิติ Paired sample t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติ Independent sample t-test การศึกษาครั้งนี้กำหนดระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากรของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้มีเพศชายและเพศหญิงที่เข้าร่วมการศึกษาก็ใกล้เคียงกัน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย คือ เพศชาย ร้อยละ 65.71 ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 57.14 ในกลุ่มควบคุม เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของเพศของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศในกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ($\chi^2_{(1)} = 0.54, p = .461$) ปัจจัยด้านอายุของกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 - 35 ปี (ร้อยละ 28.57) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 26 - 30 ปี (ร้อยละ 20.01) ในขณะที่กลุ่มควบคุมนั้นส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 31 - 35 ปี และ 36 - 40 ปี โดยทั้งสองช่วงอายุมีสัดส่วนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 22.86 ทั้งนี้เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า กลุ่มอายุในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ($\chi^2_{(5)} = 4.79, p = .443$) เมื่อพิจารณาสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดถึงร้อยละ 91.43 ในขณะที่กลุ่มควบคุมมีสถานภาพโสดเพียงร้อยละ 60 รองลงมา คือ สถานภาพคู่ (ร้อยละ 31.43) เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของสถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า สถานภาพสมรสในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2_{(2)} = 9.51, p = .009$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงอาชีพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่ว่างงานสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 68.57 และร้อยละ 40 ตามลำดับ) และในกลุ่มควบคุมมีอาชีพรับราชการ พนักงานองค์การ หรือรับจ้างสูงกว่ากลุ่มทดลอง (ร้อยละ 34.29 และ ร้อยละ 14.29 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของอาชีพของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อาชีพในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2_{(1)} = 6.11, p = .047$) (ตารางที่ 1)



ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะด้านประชากรของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะ ด้านประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		$\chi^2(df)$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.54(1)	.461
ชาย	23	65.71	20	57.14		
หญิง	12	34.29	15	42.86		
อายุ (ปี)					4.79(5)	.443
20 - 25	6	17.14	6	17.14		
26 - 30	7	20.01	2	5.71		
31 - 35	10	28.57	8	22.86		
36 - 40	6	17.14	8	22.86		
41 - 45	3	8.57	6	17.14		
46 - 60	3	8.57	5	14.29		
สถานภาพสมรส					9.51(2)**	.009
โสด	32	91.43	21	60.00		
คู่	2	5.71	11	31.43		
หม้าย/หย่า/แยก	1	2.86	3	8.57		
อาชีพ					6.11(2)*	.047
รับราชการ/พนักงาน	5	14.29	12	34.29		
องค์กร/รับจ้าง						
ธุรกิจส่วนตัว	6	17.14	9	25.71		
ว่างงาน/นักศึกษา	24	68.57	14	40.00		

* $p < .05$, ** $p < .01$

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะด้านประชากรของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ร้อยละ 65.71 และ ร้อยละ 74.29 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของเพศผู้ดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า เพศของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ($\chi^2_{(1)} = 0.61$, $p = .434$) ปัจจัยด้านอายุของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง ผลการวิเคราะห์ พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 60 ปี (ร้อยละ 42.86) รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 51 - 60 ปี (ร้อยละ 37.14) ในขณะที่กลุ่มควบคุมนั้นส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 51 - 60 ปี (ร้อยละ 34.29) รองลงมา คือ กลุ่มอายุน้อยกว่า 40 ปี (ร้อยละ 25.71) ทั้งนี้เมื่อทำการทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า กลุ่มอายุผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นแตกต่างกัน ($\chi^2_{(3)} = 8.09$, $p = .044$) ทั้งนี้เมื่อพิจารณาถึงอาชีพของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ในกลุ่มทดลองส่วนใหญ่จะมีธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 37.14) ในกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่จะมีธุรกิจส่วนตัว (ร้อยละ 45.71) เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของอาชีพของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า อาชีพของผู้ดูแลในกลุ่ม

ทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นไม่แตกต่างกัน ($\chi^2_{(2)} = 0.54, p = .762$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลกับผู้ป่วย พบว่า ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คือ มารดา (ร้อยละ 45.71 ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง) รองลงมานั้นมีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง กล่าวคือ ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองนั้นจะเป็นบิดาสูงกว่ากลุ่มควบคุม (ร้อยละ 25.71 และ 8.57 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาถึงความแตกต่างของความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยสถิติไคสแควร์ พบว่า ความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมนั้นแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($\chi^2_{(3)} = 8.50, p = .037$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ คุณลักษณะด้านประชากรของผู้ดูแลของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คุณลักษณะ ด้านประชากร	กลุ่มทดลอง (n = 35)		กลุ่มควบคุม (n = 35)		$\chi^2(df)$	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ					0.61(1)	.434
ชาย	12	34.29	9	25.71		
หญิง	23	65.71	26	74.29		
อายุ (ปี)					8.09(3)*	.044
น้อยกว่า 40	4	11.43	9	25.71		
41 - 50	3	8.57	8	22.86		
51 - 60	13	37.14	12	34.29		
มากกว่า 60	15	42.86	6	17.14		
อาชีพ					0.54(2)	.762
รับราชการ/พนักงานองค์กร/ รับจ้าง	12	34.29	10	28.57		
ธุรกิจส่วนตัว	13	37.14	16	45.71		
ว่างงาน/นักศึกษา	10	28.57	9	25.71		
ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย					8.50(3)*	.037
บิดา	9	25.71	3	8.57		
มารดา	16	45.71	15	45.71		
สามี/ภรรยา	1	2.86	8	22.85		
ญาติ/อื่นๆ	9	25.71	8	22.86		

* $p < .05$

ผลการเปรียบเทียบของอาการแสดงด้านบวก อาการแสดงด้านลบ และอาการแสดงออกทางอารมณ์ในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านบวกก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.55 (SD = 2.51) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านบวกลดลงเท่ากับ 13.52 (SD = 3.40) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 3.16, df = 32, p = .003$) ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านลบก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.85 (SD = 1.30) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการแสดง



ด้านลบลดลงเท่ากับ 5.52 (SD = 0.83) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.35$, $df = 32$, $p = .025$) และอาการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการแสดงออกทางอารมณ์ก่อนทดลองเท่ากับ 8.39 (SD = 2.65) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ลดลงเท่ากับ 6.94 (SD = 1.77) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 5.56$, $df = 32$, $p < .001$)

ผลการเปรียบเทียบอาการทางจิตโดยรวมระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมก่อนทดลองเท่ากับ 29.79 (SD = 3.16) หลังทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการทางจิตลดลงเท่ากับ 25.97 (SD = 4.38) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 4.87$, $df = 32$, $p < .001$) จากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวสามารถสรุปได้ว่า โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวสามารถช่วยลดอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งลดทั้งอาการแสดงด้านบวก อาการแสดงด้านลบ และอาการแสดงออกทางอารมณ์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 อาการแสดงด้านบวก อาการแสดงด้านลบ อาการแสดงออกทางอารมณ์ และอาการทางจิตโดยรวมในกลุ่มทดลอง ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง ($n = 33$)

อาการทางจิต	M	SD	t	df	p-value
อาการแสดงด้านบวก			3.16**	32	.003
ก่อนทดลอง	15.55	2.51			
หลังทดลอง	13.52	3.40			
อาการแสดงด้านลบ			2.35*	32	.025
ก่อนทดลอง	5.85	1.30			
หลังทดลอง	5.52	0.83			
อาการแสดงออกทางอารมณ์			5.56**	32	< .001
ก่อนทดลอง	8.39	2.65			
หลังทดลอง	6.94	1.77			
อาการทางจิตโดยรวม			4.87**	32	< .001
ก่อนทดลอง	29.79	3.16			
หลังทดลอง	25.97	4.38			

* $p < .05$, ** $p < .01$

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนอาการแสดงด้านบวก อาการแสดงด้านลบ และอาการแสดงออกทางอารมณ์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 29.51, SD = 3.35 และ 28.66, SD = 4.22 ตามลำดับ) และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมด้วยสถิติทดสอบที พบว่า ค่าเฉลี่ยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.94$, $df = 68.00$, $p = .350$) หรือสรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และสามารถพิจารณาตามอาการย่อยได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านบวก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านบวกใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 15.54, SD = 2.51 และ 15.40, SD = 2.94 ตามลำดับ) โดยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 0.22$, $df = 68.00$, $p = .828$) หรือสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านบวกก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านลบระหว่างกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกับกลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 5.80, SD = 1.28 และค่าเฉลี่ย 6.37, SD = 1.33 ตามลำดับ) โดยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -1.83$, $df = 68.00$, $p = .071$) หรือสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านลบก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยอาการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการแสดงออกทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 8.17, SD = 2.73 และ 6.89, SD = 1.91 ตามลำดับ) โดยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = 2.29$, $df = 60.81$, $p = .026$) หรือสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยอาการแสดงออกทางอารมณ์ก่อนทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน

ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมหลังทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการทางจิตโดยรวมต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 25.97, SD = 4.38 และ 34.69, SD = 7.03 ตามลำดับ) โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -5.98$, $df = 51.68$, $p < .001$) หรือสรุปได้ว่า โปรแกรมฯ ช่วยลดอาการทางจิตได้ดีกว่าการดูแลตามปกติได้อย่างดีและสามารถพิจารณาตามอาการย่อยได้ดังนี้

ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านบวก พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านบวกต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 13.52, SD = 3.40 และ 19.09, SD = 5.36 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -4.99$, $df = 52.22$, $p < .001$) หรือสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านบวกหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านลบ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านลบต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 5.52, SD = 0.83 และ 6.78, SD = 1.66 ตามลำดับ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.87$, $df = 45.38$, $p < .001$) หรือสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยอาการแสดงด้านลบหลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน และค่าเฉลี่ยอาการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยอาการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุม (ค่าเฉลี่ย 6.94, SD = 1.77 และ 8.81, SD = 2.19 ตามลำดับ) โดยมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($t = -3.80$, $df = 63.00$, $p < .001$) หรือสรุปได้ว่า ค่าเฉลี่ยอาการแสดงออกทางอารมณ์หลังทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 อาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง

อาการทางจิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ระยะก่อนทดลอง	(n = 35)		(n = 35)				
อาการแสดงด้านบวก	15.54	2.51	15.40	2.94	0.22	68.00	.828
อาการแสดงด้านลบ	5.80	1.28	6.37	1.33	-1.83	68.00	.071
อาการแสดงออกทางอารมณ์	8.17	2.73	6.89	1.91	2.29*	60.81 ^a	.026
อาการทางจิตโดยรวม	29.51	3.35	28.66	4.22	0.94	68.00	.350



ตารางที่ 4 อาการทางจิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ระยะก่อนทดลองและระยะหลังทดลอง (ต่อ)

อาการทางจิต	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		t	df	p-value
	M	SD	M	SD			
ระยะหลังทดลอง	(n = 33)		(n = 32)				
อาการแสดงด้านบวก	13.52	3.40	19.09	5.36	-4.99**	52.22 ^a	< .001
อาการแสดงด้านลบ	5.52	0.83	6.78	1.66	-3.87**	45.38 ^a	< .001
อาการแสดงออกทางอารมณ์	6.94	1.77	8.81	2.19	-3.80**	63.00	< .001
อาการทางจิตโดยรวม	25.97	4.38	34.69	7.03	-5.98**	51.68 ^a	< .001

* $p < .05$, ** $p < .01$, a การปรับค่าองศาอิสระเนื่องจากความแปรปรวนไม่เท่ากันระหว่างกลุ่ม

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวสามารถลดอาการทางจิตทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ อาการแสดงด้านบวก อาการแสดงด้านลบ และอาการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยเฉพาะจากข้อมูลพบว่า ก่อนการทดลองผู้ป่วยในกลุ่มทดลองมีอาการแสดงออกทางอารมณ์สูงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างกันในช่วงก่อนทดลอง แต่ก็สามารถทำให้อาการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำกว่ากลุ่มควบคุมในช่วงหลังทดลองได้ การจัดการตนเองเป็นความสามารถของแต่ละบุคคลในการจัดการกับอาการข้างเคียงของยาต้านอาการทางจิตและลดอาการทางจิตร่วมกับครอบครัว ชุมชน และผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ² โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัว ช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีพฤติกรรม การดูแลตนเองและผู้ป่วยดีขึ้นและส่งผลต่อการลดอาการทางจิต สอดคล้องกับ Sari, Suttharangsee & Chanchong¹⁰ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวจะมีความร่วมมือในการรับประชนยาและมีทัศนคติต่อการรักษาด้วยยาสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

ผลการศึกษาครั้งนี้สนับสนุนว่า ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนและช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประชนยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ในระหว่างการดำเนินโปรแกรมฯ ผู้ดูแลได้สนับสนุนผู้ป่วยจิตเภทในการจัดการตนเองและร่วมกันกับผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายและลงมือปฏิบัติตามแผนที่กำหนดไว้ รวมทั้งการเสริมแรงด้วยการให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติได้บรรลุตามเป้าหมายและปฏิบัติได้ตามแผนที่วางไว้ ผลลัพธ์เหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบว่า ผู้ดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อการเข้ายาและการรับประชนยาต้านอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง²⁴

การจัดการตนเองเป็นวิธีการหนึ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการเรื้อรังได้ โดยผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้หลักการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและทักษะการจัดการตนเอง รวมทั้งผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนจากผู้ดูแล การปฏิบัติการจัดการตนเองตามกระบวนการ 3 ขั้นตอน ได้แก่ การสังเกตตนเอง การประเมินผลตนเอง และการเสริมแรงตนเอง

การสังเกตตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ถามและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการสังเกตอาการทางจิตของผู้ป่วย ปัญหาและอุปสรรคใน

การรับประทานยารักษาอาการทางจิต การประเมินความเครียด การสังเกตอาการเตือนของอาการทางจิต การแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแล และร่วมกันระบุปัญหาและตั้งเป้าหมายในการจัดการกับอาการทางจิต ซึ่งผลที่ได้ในขั้นตอนนี้ ได้แก่ ปัญหาอาการทางจิตที่พบส่วนใหญ่ในผู้ป่วย คือ อาการแสดงด้านบวก ได้แก่ อารมณ์หงุดหงิดง่าย มีความวิตกกังวลเพิ่มขึ้น มีความคิดฟุ้งซ่านพักผ่อนน้อย ระวังคนรอบตัว ปัญหาและอุปสรรคในการรับประทานยารักษาอาการทางจิต คือ อาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ได้แก่ ง่วงซึม ปากแห้งคอแห้ง น้ำหนักขึ้น อาการความเครียดที่สังเกตได้ คือ ปวดศีรษะ นอนไม่หลับหรือว่งเหงานอนตลอดเวลา คิดมาก โกรธง่าย อาการเตือนของอาการทางจิตที่พบ ได้แก่ หงุดหงิด ก้าวร้าว กลัวหรือวิตกกังวล ขาดสมาธิ ส่วนการแสดงออกทางอารมณ์ในผู้ดูแลที่พบ ได้แก่ พูดตำหนิ ก้าวภายในชีวิตและความเป็นอยู่ของผู้ป่วย และการแสดงความโกรธ ซึ่งผลลัพธ์เหล่านี้สามารถอธิบายได้จากแนวคิดการกลับเป็นซ้ำ (The Vulnerability/Stress Model) ของ Nuechterlein, Dawson & Green¹⁵ และข้อเท็จจริงที่ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการกำเริบของอาการทางจิต อันเนื่องมาจากความผิดปกติของระบบประสาทที่ทำให้พวกเขามีความไวต่อความเครียดภายในจิตใจระหว่างบุคคลและสิ่งแวดล้อม¹⁵

การประเมินผลตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลใช้การประเมินพฤติกรรมและความคิดของตนเองจากการได้รับความรู้และคำแนะนำจากพยาบาลที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแล ผู้เข้าร่วมในกลุ่มการจัดการตนเองตามอาการได้เรียนรู้โรคจิตเภทและการจัดการกับอาการ และการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยมีกิจกรรมหลายอย่าง เช่น การอภิปรายกลุ่ม การทำงานที่ได้รับ

มอบหมาย ฝึกทักษะ และศึกษาคู่มือการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน ประกอบด้วย การพัฒนาความร่วมมือในการใช้ยาต้านอาการทางจิต การจัดการกับความเครียด และการจัดการกับอาการเตือน และการเสริมสร้างการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจในการควบคุมอาการและพฤติกรรมได้ดีขึ้น ส่งผลต่ออาการทางจิตลดลง ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับ Anzai และคณะ²⁵ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การมีส่วนร่วมในกลุ่มฝึกอบรมมีการพัฒนาความรู้มากกว่ากลุ่มควบคุม นอกจากนี้ผู้เข้าร่วมในกลุ่มทดลองมีโอกาสพูดคุยและแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางจิตกับผู้วิจัยและสมาชิกกลุ่มอื่นๆ การมีปฏิสัมพันธ์ภายในกลุ่มโดยการแบ่งปันประสบการณ์และความคิดเห็นสามารถลดอาการทางจิตได้²⁶

การเสริมแรงตนเอง ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ร่วมกันให้กำลังใจและชื่นชมเมื่อผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้น การสนับสนุนทางสังคมจะช่วยให้บุคคลมีเทคนิคการแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นและการลดความเครียด การอภิปรายระหว่างผู้ป่วย และระหว่างผู้ป่วยและผู้วิจัย การได้รับการสนับสนุนเพื่อสร้างความสัมพันธ์ช่วยให้ผู้ป่วยมีความกล้าที่จะเปิดใจเกี่ยวกับอาการของตนเองภายในกลุ่ม ส่งเสริมความภาคภูมิใจในตนเองเนื่องจากมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่น²⁶ นอกจากนี้ให้เพิ่มแรงจูงใจในการจัดการกับความเจ็บป่วยและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการใช้กลยุทธ์ในการจัดการด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

โปรแกรมนี้ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการตนเองในการควบคุมและลดอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังที่ได้รับการฝึกทักษะเกี่ยวกับการจัดการกับอาการทางจิตในช่วง 6 สัปดาห์

นอกจากการปรับปรุงความรู้แล้ว ทักษะการแก้ปัญหา การตั้งเป้าหมาย ทักษะการจัดการความเครียดและการจัดการกับอาการเตือน และทักษะการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ซึ่งได้รับการปรับปรุงโดยการอภิปราย การมอบหมายกิจกรรม และการฝึกปฏิบัติในกลุ่มและที่บ้าน หลังจากเข้าร่วมกลุ่มในแต่ละสัปดาห์ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติการจัดการตนเองที่บ้าน เมื่อมาเข้าร่วมกลุ่มการจัดการตนเองตามอาการในสัปดาห์ถัดไปพวกเขาจะแบ่งปันประสบการณ์เกี่ยวกับแนวทางปฏิบัติในการจัดการตนเองกับสมาชิกคนอื่นๆ หรือถามคำถามที่พวกเขามีในกลุ่ม นอกจากนี้ผู้วิจัยยังใช้เทคนิคการช่วยเหลือร่วมกับการสอน คำแนะนำ สนับสนุนให้คำปรึกษา และจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม เทคนิคเหล่านี้จะสร้างความไว้วางใจและความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาล วิธีการทั้งหมดนี้กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและทำให้พวกเขามีแรงจูงใจภายในในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่สำคัญหลายประการสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เช่น การจัดการกับอาการด้วยตนเอง ความร่วมมือในการรับประทานยา และการมีความเป็นอยู่ที่ดีหรือคุณภาพชีวิตที่ดี²⁷ ดังนั้นโปรแกรมฯ นี้ เป็นการส่งเสริมการจัดการตนเองแบบครอบครัวมีส่วนร่วมจะช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันและกัน มีความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมั่นคง รับรู้และคาดหวังว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท เกิดการยอมรับพฤติกรรมดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลดีขึ้น การเสริมสร้างความสามารถของผู้ป่วยในการแก้ไขตามปัญหาและความต้องการของแต่ละบุคคล มีการประเมินปัญหาความต้องการความสามารถในการจัดการกับอาการ และการ

กำหนดเป้าหมายการจัดการตนเองร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล และพยาบาลจึงมีความสำคัญในการเพิ่มความสามารถในการจัดการกับอาการของผู้ป่วย ซึ่งการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยเป็นผลมาจากการเรียนรู้และฝึกทักษะการจัดการกับอาการในสถานการณ์จริงกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน โดยผู้วิจัยช่วยผู้ป่วยและผู้ดูแลในการติดตามพฤติกรรมของผู้ป่วยในการประเมินอาการ การจัดการกับอาการทางจิต และเสริมแรงให้กับผู้ป่วยตลอดระยะเวลาที่ดูแล ซึ่งผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดูแลตนเองเพื่อลดอาการทางจิต โดยได้นำความรู้ที่ได้เรียนรู้ในแต่ละสัปดาห์มาวางแผนการปฏิบัติ และให้กำลังใจชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถทำได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยลดลง โดยกระบวนการดังกล่าวสอดคล้องตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelick-Buys^{13,14} ซึ่งกล่าวว่า ผู้ป่วยต้องการการสนับสนุนจากสภาพแวดล้อมเพื่อให้บรรลุภารกิจในการจัดการตนเอง ดังนั้นความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคลในการจัดการตนเองยังมีไม่เพียงพอ หากแต่ยังต้องการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุมสภาวะสุขภาพด้วย¹⁰ อีกทั้งบทบาทของครอบครัว คือ การอำนวยความสะดวก เตือนความจำ และกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตามการจัดการตนเองเพื่อร่วมช่วยเหลือในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจและยังช่วยให้ผู้ป่วยรับมือกับความเครียดทางอารมณ์เนื่องจากมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง² ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Sitthimongkol, Klainin-Yobas, Suthiumnuoykul & Likittertlum²⁸ ศึกษาโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองในผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวพบว่า ช่วยให้ผู้ผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการความเครียดในการรับมือกับความเครียดในชีวิตประจำวันและปรับปรุงการทำงาน รวมทั้งทัศนคติของครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มารับ

การรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ทักษะการจัดการความเครียด เช่น การคิดเชิงบวกและการแก้ปัญหาสูงกว่าผู้ที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

การติดตามทางโทรศัพท์เป็นประโยชน์ในการให้การดูแลอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติที่บ้าน ก่อให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาล ผู้ป่วย และผู้ดูแล สร้างแรงเสริมทางบวกและเพิ่มแรงจูงใจการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งเป็นช่องทางให้ผู้วิจัย ผู้ป่วย และผู้ดูแลได้ซักถามปัญหาอุปสรรคในการปฏิบัติตัวที่บ้าน ตลอดจนหาแนวทางในการแก้ปัญหาร่วมกัน ดังนั้นการติดตามเป็นสิ่งสำคัญในการตรวจสอบพฤติกรรมและอาการของผู้ป่วยซึ่งส่งผลต่อประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับครอบครัว²⁹

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่า โปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวสามารถลดอาการ

ทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นพยาบาลสามารถใช้เป็นแนวทางในดูแลเพื่อลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก อย่างไรก็ตามงานวิจัยนี้มีข้อจำกัด เนื่องจากกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันในประเด็นสถานภาพสมรส อาชีพของผู้ป่วย อายุ และความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยของผู้ดูแล จึงอาจจะส่งผลต่อความตรงภายในของการวิจัย รวมทั้งการศึกษานี้มีระยะเวลาที่สั้น ดังนั้นในการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการติดตามผลของการจัดการกับอาการในระยะยาวและสามารถทำการศึกษาต่อยอดโดยนำโปรแกรมการจัดการกับอาการร่วมกับครอบครัวไปเปรียบเทียบกับโปรแกรมอื่นๆ เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิผลในการลดอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่สนับสนุนทุนวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Wang X, Petrini M, Morisky ED. Comparison of the quality of life, perceived stigma and medication adherence of Chinese with schizophrenia: a follow-up study. Arch Psychiatr Nurs 2016;30(1):41-6.
2. Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harison-Stewart B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. British of Psychiatry 2019;214(5):260-86.
3. American Pharmacists Association. Improving medication adherence in patients with severe mental illness. Pharmacy Today 2013;19(6):69-80.
4. Liu-Seifert H, Osuntokun OO, Feldman PD. Factor associated with adherence to treatment with olanzapine and other atypical antipsychotic medications in patients with schizophrenia. Compr Psychiatry 2012;53(1):107-15.

5. Taylor M, Chaudhry I, Cross M, McDonald E, Miller P, Pilowsky L, et al. Towards consensus in the long-term management of relapse prevention in schizophrenia. *Human Psychopharmacology* 2005;20(3):175-81.
6. Tan SCH, Yeoh AL, Choo IBK, Huang APH, Ong SH, Ismail H, et al. Burden and coping strategies experienced by caregivers of persons with schizophrenia in the community. *J Clin Nurs* 2012;21(17-18):2410-8.
7. Liu-Seifert H, Osuntokun OO, Feldman PD. Factor associated with adherence to treatment with olanzapine and other atypical antipsychotic medications in patients with schizophrenia. *Compr Psychiatry* 2012;53(1):107-15.
8. Dassa D, Boyer L, Benoit M, Bourcet S, Raymondet P, Bottai T. Factors associated with medication-adherence in patients suffering from schizophrenia: a cross-sectional study in a universal coverage health-care system. *Aust N Z J Psychiatry* 2010;44(10):921-8.
9. Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Res* 2007;96(1-3):232-45.
10. Sari SP, Suttharangsee W, Chanchong W. The effect of self-management with family participation on medication adherence among patients with schizophrenia in Indonesia: a pilot study. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2014;34(Suppl):12-24.
11. Honkonen T, Saarinen S, Salokangas R. Deinstitutionalization and schizophrenia in Finland II: discharged patients and their psychosocial functioning. *Schizophr Bull* 1999;25(3):543-51.
12. Zou H, Li Z, Nolan MT, Arthur D, Wang H, Hu L. Self-management education interventions for persons with schizophrenia: a meta-analysis. *Int J Ment Health Nurs* 2013;22(3):256-71.
13. Kanfer FH. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editor. *Helping people change: a textbook of methods*. 2nd ed. New York: The Pergamon Press; 1980.
14. Kanfer FH, Gaelick-Buys L. Self-management methods. In: Kanfer FH, Goldstein AP, editor. *Helping people change: a textbook of methods*. 2nd ed. New York: The Pergamon Press; 1991.
15. Nuechterlein KH, Dawson ME, Green MF. Information-processing abnormalities as neuropsychological vulnerability indicators for schizophrenia. *Acta Psychiatry Scandinava* 1994;384(89):71-9.
16. McGlashan TH, Hoffman RE. Schizophrenia as a disorder of developmentally reduced synaptic connectivity. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57(7):637-48.
17. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: principles and methods*. 7th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2004.



18. Kopelowicz A, Zarate R, Gonzalex SV, Mintz J, Liberman RP. Disease management in Latinos with schizophrenia: a family-assisted, skills training approach. *Schizophrenia Bulletin* 2003;29(2):211-27.
19. Overall JE, Gorham DR. The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports* 1962;10(3):799-812.
20. Kittiratanapiboon P. The project for training, interview guidelines and grading BPRS in the format of T-PANSS. In: supporting documents: lecture on the evaluation of psychiatric patients, Suan Prung Hospital. Chiang Mai: Suan Prung Hospital; 2001.
21. Murphy MF, Moller MD. Relapse management in neurobiological disorders: The Moller Murphy Symptom Management Assessment Tool. *Arch Psychiatr Nurs* 1993;7(4):226-35.
22. Kennedy MG, Schepp KG, O'Connor FW. Symptom self-management and relapse in schizophrenia. *Arch Psychiatr Nurs* 2000;14(6):266-75.
23. Changming V, Sitthimongkol Y, Wattanapailin A, Ngamthipwattana T. Relationships among symptom recognition, social support and symptom self-management of schizophrenic patients. *The Thai Journal of Nursing Council* 2003;18(3):86-99.
24. Adewuya AO, Owoeye OA, Erinfolami AR, Coker AO, Ogun OC, Okewole AO, et al. Prevalence correlates of poor medication adherence among psychiatric outpatients in South Western Nigeria. *Gen Hosp Psychiatry* 2009;31(2):167-74.
25. Anzai N, Yoneda S, Kumagai N, Nakamura Y, Ikebuchi E, Liberman RP. Rehabilitation rounds: training persons with schizophrenia in illness self-management: a randomized controlled trial in Japan. *Psychiatry Service* 2002;53(5):545-7.
26. Buccheri R, Trygstad L, Dowling A, Hopkins G, White K, Griffin JJ, et al. Persistent auditory hallucinations in schizophrenia. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 2004;42(1):18-27.
27. Barkhof E, Meijer, CJ, Sonnevile LMJ, Linszen DH, Haan L. Interventions to improve adherence to antipsychotic medication in patients with schizophrenia: a review of the past decade. *Eur Psychiatry* 2012;27(1):9-18.
28. Sitthimongkol Y, Klainin-Yobas P, Suthiumnuoykul W, Likitlertlum S. Development of a symptom self-management program for outpatients with schizophrenia and their families in Thailand. *Asian Journal of Nursing* 2007;10;(2):113-20.
29. Chan SW, Yip B, Tso S, Cheng B, Tam W. Evaluation of a psychoeducation program for Chinese clients with schizophrenia and their family caregivers. *Patient Educ Couns* 2009;75(1):67-76.