

ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาวกชพร รัตนสมพร

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2556

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR) are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

PREDICTING FACTORS OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN PERSONS WITH
SCHIZOPHRENIA

Miss Kotchaporn Ratanasomporn



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and

Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2013

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

โดย

นางสาวกชพร รัตนสมพร

สาขาวิชา

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

อาจารย์ ดร.รัชนีกร เกิดโชค

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรีพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ

(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(อาจารย์ ดร.รัชนีกร เกิดโชค)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

กขพร รัตนสมพร : ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. (PREDICTING FACTORS OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA) อ.ที่ปรึกษา
วิทยานิพนธ์หลัก: รศ. ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: อ. ดร.
รัชนิกร เกิดโชค, 122 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และเพื่อศึกษาอำนาจ
ของปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติด พฤติกรรม
การดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทาง
สังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือ
ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และรักษาแบบ
ผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่กลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 168 คน ที่ได้
จากการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน
7 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดพฤติกรรมการใช้
ยาตามเกณฑ์ แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการทำ
หน้าที่ของครอบครัว และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เครื่องมือทุกชุดได้รับการ
ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟา
ของครอนบาคของเครื่องมือทุกชุด ยกเว้นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มีค่าเท่ากับ .93, .84, .78, .91
,.85, และ .90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์
ถดถอยพหุคูณเพิ่มเติมแปรเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษา สรุปได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการทางจิตรุนแรงระดับเล็กน้อย มีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบ
ประเมินอาการทางจิต (BPRS) เท่ากับ 52.96

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
.05 มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์
ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้ร้อยละ 22.2 ($R^2 =$
.222)

โดยมีสมการทำนายสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน คือ

Zอาการทางจิต = .211Zสถานภาพสมรส+.215Zพฤติกรรมการดูแลตนเอง +.295Z การ
แสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

+ .161Zการสนับสนุนทางสังคม

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ลายมือชื่อนิสิต

ปีการศึกษา 2556

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

5377815636 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: SCHIZOPHRENIC PATIENTS / PSYCHIATRIC SYMPTOMS

KOTCHAPORN RATANASOMPORN: PREDICTING FACTORS OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA. ADVISOR: ASSOC. PROF. ORAPHUN LUEBOONTHAVATCHAI, Ph.D., CO-ADVISOR: RATCHANEKORN KERTCHOK, Ph.D., 122 pp.

The purposes of this descriptive research were 1) to study of psychiatric symptoms in persons with schizophrenia. 2) to determine predictors of psychiatric symptoms in persons with schizophrenia. The factors predicting variables were marital status, self-care behavior, drug compliance behaviors, stress coping, social support, family function and substance use. Research subjects which were 168 of schizophrenic patients receiving mental health treatments in outpatient department form hospitals in Department of Mental Health. Research instruments were divided into 7 parts; history into the patient, self-care behavior, drug compliance behaviors, stress coping, social support, chulalongkorn family Inventory and family expressed emotion. All instruments were tested for validity by 5 experts. The reliability with Chronbach's alpha were .93, .84, .78, .91, .85, และ .90 respectively. Data were analyzed using mean, SD, and stepwise multiple regression.

Major findings were as follow :

1. The total mean score of psychiatric symptoms for persons with schizophrenia were mild level. ($\bar{X} = 52.96$)

2. Factors predicting of psychiatric symptoms in persons with schizophrenia include 4 variables with significantly at .05 levels were marital status, self-care behavior, family expressed emotion and social support. These predictors were accounted for 22.2 percent ($R^2 = .222$).

The Predictive Standardized Score function was:

$$\begin{aligned} Z_{\text{psychiatric symptoms}} = & .211Z_{\text{marital status}} + .215Z_{\text{self-care behavior}} \\ & + .295Z_{\text{family expressed emotion}} \\ & + .161Z_{\text{social support}} \end{aligned}$$

Field of Study: Mental Health and
Psychiatric Nursing

Academic Year: 2013

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาจาก รศ.ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และ อาจารย์ดร.รัชนิกร เกิดโชค ที่เป็นผู้คอยแนะนำในการทำวิทยานิพนธ์ และให้กำลังใจ รวมทั้งชี้แนะแนวทางในการแก้ไขปัญหา อุปสรรคต่าง ๆ ให้ผู้วิจัยตั้งใจทำงานวิจัยอย่างเต็มความสามารถ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง ในความใส่ใจดูแลของอาจารย์ตลอดมา ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร. ชูศักดิ์ ชัมลิขิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่เมตตาให้คำแนะนำ และชี้แนะแนวทางที่ถูกต้องในการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือวิจัยให้มีความเหมาะสมกับงานวิจัยมากที่สุด และให้กำลังใจ พร้อมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อต้องการข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ที่การให้ต้อนรับเป็นอย่างดีและอบอุ่นตลอดการเก็บข้อมูล และผู้ป่วยโรคจิตเภททุกท่านที่ให้ความร่วมมือกับผู้วิจัยถึงแม้ตนเองอาจจะมี ความทุกข์ ความเครียด ท้อแท้ และมีความสุขที่ได้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา มารดา ที่ให้การสนับสนุนให้ศึกษาเล่าเรียน และขอขอบคุณ คุณทัตชญา สมประดิษฐ์ และคุณสุชาดา เวชกรุณา ที่ให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และให้กำลังใจ สนับสนุนทุกด้าน จนจบการศึกษา และเพื่อนร่วมงานทุกคน ที่คอยส่งเสริม และให้กำลังใจตลอดมา รวมทั้งเพื่อนผู้วิจัยทุกท่าน ที่คอยเป็นกำลังใจ ช่วยเหลือ ปลอดภัย จนผู้วิจัยมีความมุ่งมั่น ไม่ท้อแท้ ต่อสู้กับอุปสรรคจนสำเร็จไปได้ด้วยดี

ท้ายที่สุดนี้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฌ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์.....	6
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย	6
สมมุติฐานการวิจัย.....	8
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	11
บทที่ 2 เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	12
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	13
2. อาการทางจิตและการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท.....	15
3. ปัจจัยสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท.....	27
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	47
5. กรอบแนวคิดการวิจัย	49
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	50
ประชากร	50
กลุ่มตัวอย่าง.....	50
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	52
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	58
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	59
การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	61

บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ	71
สรุปผลการวิจัย	72
อภิปรายผลการวิจัย	73
ข้อเสนอแนะทั่วไป.....	77
รายการอ้างอิง	78
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	85
ภาคผนวก ข เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	87
ภาคผนวก ค ใบยินยอมของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ข้อมูลสำหรับ ประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน .	96
ภาคผนวก ง การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม	107
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	122

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภาค(ปีงบประมาณ 2555).....	52
ตารางที่ 2	ค่าความตรงตามเนื้อหา และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	59
ตารางที่ 3	ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด	63
ตารางที่ 4	ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) จำแนกตามรายข้อ	65
ตารางที่ 5	ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปร พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท	67
ตารางที่ 6	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท	68
ตารางที่ 7	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change)ในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน	69
ตารางที่ 8	ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท	70

บทที่ 1 บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999: online) มีความชุกประมาณร้อยละ 1.0 ของประชากรทั่วโลก (Sadock and Sadock, 2000) คิดเป็น 24 ล้านคน (WHO, 2011 : online) สำหรับประเทศไทยจากรายงานจำนวนผู้ป่วยนอกจิตเวช จำแนกตามกลุ่มโรคและเพศ ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปีงบประมาณ 2555 และปี 2556 ผู้ป่วยโรคจิตเภท F20 - F29 มีจำนวน 388,690 คิดเป็นร้อยละ 36.12 และ 388,369 คน คิดเป็นร้อยละ 35.01 ตามลำดับ โดยกระจายอยู่ทั่วทุกภาคของประเทศ ซึ่งโรคจิตเภทมีจำนวนมากเป็นอันดับที่ 1 ของทุกกลุ่มโรค (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556, กรมสุขภาพจิต) และพบว่าสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท ของการกลับเข้ามารักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยแบ่งเป็น การเข้ากลับรักษาซ้ำภายใน 28 วัน และกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 90 วัน ของปีงบประมาณ 2554, 2555, 2556 พบว่า ปี 2554 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารักษาซ้ำในสถาบันฯ จำนวน 140 รายคิดเป็นร้อยละ 6.83 และ 329 รายคิดเป็นร้อยละ 15.79 ตามลำดับ ปี 2555 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารักษาซ้ำในสถาบันฯ จำนวน 158 รายคิดเป็นร้อยละ 7.50 และ 311 รายคิดเป็นร้อยละ 14.80 ตามลำดับ ปี 2556 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารักษาซ้ำในสถาบันฯ จำนวน 127 รายคิดเป็นร้อยละ 6.20 และ 313 รายคิดเป็นร้อยละ 15.33 ตามลำดับ (รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2556 สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2556) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นมีจำนวนมากและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล และช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเดิมกำหนดไว้ว่าผู้ป่วยจิตเวชไม่ควรกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (กรมสุขภาพจิต, 2551) และปรับเพิ่มเป็น 90 วัน ในปี 2552 (กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยกรมสุขภาพจิตตั้งเป้าหมายไว้ว่า ผู้ป่วยไม่ควรกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และต้องมีผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาซ้ำไม่เกินร้อยละ 3 หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 90 วัน (กรมสุขภาพจิต, 2552) เนื่องจากต้องการให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนให้นานขึ้น และครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย โดยในโรงพยาบาลให้การรักษาผู้ป่วยจิตเวชในระยะที่อาการเฉียบพลันที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเอง หรืออันตรายต่อผู้อื่น เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้น พ้นจากระยะอาการเฉียบพลันแล้วก็จะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น ทำให้ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเวชสั้นลง (พิเชษฐ อุตมรัตน์, 2542) โดยจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2554 - 2556 ในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ปี 2554, 2555, 2556 จำนวนวันนอนเฉลี่ย 44.33 วัน, 42.97 วัน และ 43.34 วัน ตามลำดับ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวนวันนอนเฉลี่ย 42.41 วัน, 41.53 วัน และ 40.50 วัน ตามลำดับ โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวนวันนอนเฉลี่ย 56.39 วัน, 42.88 วัน และ 51.84 วัน ตามลำดับ

โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวนวันนอนเฉลี่ย 31.09 วัน, 29.33 วัน และ 28.88 วันตามลำดับ (รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2556, กรมสุขภาพจิต) ซึ่งจะเห็นว่าจำนวนวันนอนเฉลี่ยที่ผู้ป่วยรักษาอยู่ในโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มลดลง ส่งผลให้บางครั้งอาการทางจิตของผู้ป่วยยังไม่ดีพอ และผู้ป่วยอาจยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันได้ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป เนื่องจากความเสื่อมทางด้านการทำงาน การทำงาน การใช้ความคิดและขาดการยอมรับจากครอบครัวและสังคม (นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม และการรับรู้ ซึ่งสามารถแบ่งอาการออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่กลุ่มอาการทางบวก และกลุ่มอาการทางลบ โดยพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ โดยในช่วงที่อาการกำเริบจะพบกลุ่มอาการทางบวก เช่น อาการก้าวร้าว หลงผิด ประสาทหลอน ฯ ส่วนกลุ่มอาการทางลบ เช่น เฉื่อยชา แยกตัวเอง พูดน้อย เป็นต้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนนิษฐ์, 2548) โดยผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการดำเนินโรคที่เรื้อรังและกำเริบซ้ำได้บ่อย (กรมสุขภาพจิต, 2549) หากอาการทางจิตกำเริบบ่อยครั้งจะทำความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) ตลอดจนส่งผลกระทบต่อ การดูแลตนเอง ด้านการเรียน การทำงาน และการดำเนินชีวิตในสังคม (WHO, 2001)

การป่วยซ้ำ (Relapse) ของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่ามีความหมายของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไว้ค่อนข้างหลากหลาย ได้แก่ การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างความเปราะบาง และปัจจัยปกป้องของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเกิดจากการมีความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้องตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ (Nuechterlein et al., 1992) นอกจากนี้ (Sundel and Sundel, 1999) กล่าวว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท คือการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้ หรือการกลับมามีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีกครั้ง (Lader, 1995) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ มีอาการทางบวกหรืออาการทางลบ ขาดการรักษา ต้องปรับยาทางจิตเวช ต้องเพิ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล โดยเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล (Rajkumar and Thara, 2007) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือลักษณะฉุกเฉินของอาการทางจิตเวชหรือการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตแบบฉับพลัน ลักษณะอาการทางจิต เช่น มีหูแว่ว มีความคิดหลงผิด การผิดปกติในระบบความคิด พฤติกรรมแบบ catatonia อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior) ซึ่งก่อนจะมีอาการทางจิตเหล่านี้ ซึ่งจะมีอาการนำหรืออาการเตือนอยู่ก่อนประมาณ 4 สัปดาห์หรือมากกว่า ในงานวิจัยนี้ อาการทางจิตหมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษา จนอาการดีขึ้นแล้วกลับมีอาการแย่ลงอีก ซึ่งการป่วยซ้ำมักจะมีอาการเตือนก่อนเสมอ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติในด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสามารถดูแลตนเอง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า The vulnerability-stress-model ของ Nuechterlein et al. (1992) สามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ โดย model นี้ อธิบายว่าการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภท เกิดจากมีความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้องตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำได้

ซึ่งการป่วยซ้ำในผู้ป่วยเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ย้อนกลับไปมาระหว่าง 4 ปัจจัย ประกอบไปด้วย ปัจจัยดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal vulnerability factors) เป็นปัจจัยความเปราะบางเฉพาะบุคคล ที่ทำให้คน ๆ นั้นมีโอกาสเกิดอาการของทางจิต ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท โดปามีน ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง (reduced available information-processing resources) ปฏิกริยาตอบสนองของประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) และอุปนิสัยที่เป็นแบบจิตเภท (Schizotypal personality traits) สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะความสัมพันธ์ทั้งด้านสังคม และจิตใจระหว่างบุคคล การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ชุมชน และสังคมด้วย (Orem, 1991)

2. ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล (Personal Protectors) ได้แก่ สมรรถนะและทักษะในการเผชิญกับความเครียด การได้รับยารักษาโรคจิตเภท จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความเปราะบางต่อความเครียดที่เกิดขึ้นได้ง่าย มีความอดทนต่อความเครียดได้ต่ำ (Nuechterlien et al., 1992) จากการศึกษา พบว่าการส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Drug compliance) เป็นสิ่งสำคัญ เนื่องจากยาจะช่วยปรับสารสื่อประสาทในสมองให้อยู่ในระดับสมดุล ส่งผลให้อาการทางจิตของผู้ป่วยสงบลง ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติ หรือใกล้เคียงปกติ และลดการกลับเป็นซ้ำได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิชย์, 2547) จากการศึกษาของ Ziedonis, Yanos and Silverstein, (2007) พบว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทรับประทานยาตามเกณฑ์ จะสามารถช่วยลดความถี่ในการป่วยซ้ำ และลดจำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson et al. (1983) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำใน 18 เดือน หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าร้อยละ 53 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้หยุดรับประทานยาทางจิตเวชเองและไม่มาพบแพทย์ตามนัด และการศึกษาเกี่ยวกับการเผชิญความเครียดกับการป่วยซ้ำพบว่า เมื่อผู้ป่วยมีเหตุการณ์ตึงเครียดเกิดขึ้น หรือมากระทบโดยไม่คาดคิดมาก่อน เช่น สูญเสียคนในครอบครัวที่ผู้ป่วยรัก ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเครียดเกิดขึ้น โดยไม่สามารถจัดการกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่มากระตุ้นเหล่านั้นได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากผู้ป่วยมีความเสื่อมในการทำหน้าที่ต่างๆ เช่น การทำงาน การเผชิญปัญหา การใช้ความคิด (Rummel et al., 2006) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่าถ้าผู้ป่วยมีทักษะในการจัดการกับปัญหาที่ดี หรือมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีในการช่วยให้ผู้ป่วยเข้มแข็งขึ้นในการเผชิญปัญหา ก็จะทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับปัญหาได้ดีขึ้น และถือว่าเป็นปัจจัยปกป้องที่ดีให้กับผู้ป่วยในการเผชิญกับปัญหาต่อไปในอนาคต (Pratt et al., 2007)

3. ปัจจัยปกป้องแวดล้อม (Environment protectors) ได้แก่ ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีการศึกษาพบว่า ถ้าผู้ป่วยมีทักษะในการหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการเตรียมความพร้อมผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัวและชุมชน (Pitschel et al., 2006) และร่วมกับการที่สังคมหรือชุมชนให้การยอมรับและให้โอกาสผู้ป่วย นั้นหมายความว่าผู้ป่วยมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ มีการเตรียมความพร้อมของชุมชนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออก

จากโรงพยาบาล ส่งเสริมให้ชุมชนได้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และสามารถลดการกลับเป็นซ้ำหรือการป่วยซ้ำได้สูง (Corrigan et al., 2008) การทำหน้าที่ของครอบครัว ถ้าครอบครัวใดมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกันสูงมากหรือต่ำมาก จะสะท้อนถึงการทำหน้าที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท (Samuel T, 2002; Friedman, 2003)

4. ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม (Environmental potentiators & stressors) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิชาภควิทยา และตำหนิติเตียนผู้ป่วย การแสดงออกของอารมณ์ที่สูงเกินไป ตลอดจนเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรำคาญรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันที่สะสมมาเรื่อย ๆ ไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะก็อาจทำให้เกิดความเครียดได้ร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ในระดับสูงต่อผู้ป่วย (High expressed emotion) เช่น มีปฏิสัมพันธ์แบบตำหนิติเตียน ไม่เป็นมิตร หรือปกป้องมากเกินไป มีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์ที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย คิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระ การดำเนินชีวิตประจำวันของคนในครอบครัวถูกรบกวนต้องเสียสละเวลามาดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาป่วยซ้ำ (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2542) นอกจากนี้แล้วผู้ป่วยจิตเภท มักมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วย

อาการทางจิตที่รุนแรงขึ้น ส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้ง ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ โดยมีผลต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) และนอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายอาจเกิดภาวะซึมเศร้าตามมาเนื่องจากการทำบทบาทหน้าที่ไม่ดี และเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง (Pall & Burton, 1994 อ้างใน จารุวรรณ หีบทำไม้, 2549) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติ หรือผู้ดูแล ต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด ขาดการพักผ่อน และมีรายงานว่าผู้ดูแลจะมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อย และอ่อนล้ากับการดูแลผู้ป่วย (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และผลกระทบต่อประเทศ ทำให้สูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2552) และมีแนวโน้มว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาจะสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ประเทศยังขาดรายได้จากการที่ผู้ป่วย และผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน

จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องปัจจัยทำนายอาการทางจิตในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่าจากการศึกษาของ (Ayuso-Gutiérrez and Río Vaga, 1997) พบว่าปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) การที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์ 2) การปัจจัยทางเภสัชวิทยา 3) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด สอดคล้องกับการศึกษาของ (Swofford et al., 1995) ผลการศึกษาพบว่า การใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ดี (ราตรี เจริญวรรณ, 2552) ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) การ

วิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่าตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรสและ การแสดงอารมณ์ของครอบครัว (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และการศึกษาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนการศึกษาที่ทดลองที่ผ่านมาเป็นการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เช่นการศึกษาของสุดาพร สถิตยทุธการ (2552) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทเรื้อรังและเคยรับการรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวชมาก่อน โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลปกติ ในขณะที่กลุ่มควบคุมได้รับ โปรแกรมการจัดการกับอาการและการพยาบาลตามปกติ การศึกษาพบว่า สัดส่วนของการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และปัจจุบันมีการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในด้านต่างๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ป้องกันการป่วยซ้ำเป็นจำนวนมาก และมีการนำรูปแบบกิจกรรมโปรแกรมต่างๆมาใช้ในหอผู้ป่วย เช่น การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด การทำกลุ่มจิตบำบัด การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา ผลข้างเคียง และมีการผู้ป่วยฝึกการจัดการรับประทานเอง และ ฯลฯ แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทอาการทางจิตกำเริบจนทำให้ป่วยซ้ำอยู่ รวมทั้งมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคือการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องค้นหาปัจจัยที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างครอบคลุม ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลให้ลดการป่วยซ้ำต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาปัจจัยทำนายที่คาดว่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นแนวทาง ในการวางแผนและออกแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภท และศึกษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทว่าเป็นอย่างไร และในประเทศไทยมีปัจจัยอะไรบ้างที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากแนวคิดของ Nuechterlein et al. (1992) ซึ่งการอธิบายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และใช้การทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศและต่างประเทศที่เกี่ยวข้องทั้งหมด 28 เรื่อง ซึ่งเป็นตัวแปรที่พบว่ามี การศึกษาความสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 8 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และ การใช้สารเสพติด โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มาการรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ได้แก่ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ และเป็นตัวแทนของโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ให้บริการผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ทั่วประเทศ ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ และรับการส่งต่อของโรงพยาบาลที่อยู่ในระดับปฐมภูมิและ

ทุติยภูมิจากทั่วประเทศ ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดการ
อาการทางจิตและการป่วยซ้ำต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และการใช้สารเสพติด กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยผู้วิจัยใช้แนวคิดของ Nuechterlein et al. (1992) ในการอธิบายอาการทางจิตร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดเลือกตัวแปรที่จะมาทำนายและจัดกลุ่มปัจจัยที่คัดเลือกได้ ดังนี้ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และการเผชิญความเครียด 3) ปัจจัยปกป้องแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการทำหน้าที่ของครอบครัว 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และการใช้สารเสพติด โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

สถานภาพสมรส สถานภาพของผู้ป่วยจิตเภทในด้านสมรส โดยจำแนกเป็น โสด หมายถึง ไม่มีคู่ และ ไม่โสด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคู่ แต่งงาน และ หม้าย หย่าร้าง สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะความสัมพันธ์ทั้งด้านสังคม และจิตใจระหว่างบุคคล การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ชุมชน และสังคมด้วย (Orem, 1991) และจากการศึกษาของ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบางด้านอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย ไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร ดังนั้นสถานภาพสมรส น่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ(Baker, 1995) แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่เริ่มกระทำด้วยตนเอง ตั้งแต่การสังเกตถึงสิ่งที่มารบกวนการดำเนินชีวิต จนกระทั่งมีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่จะเกิดขึ้น เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการที่จะประสบความสำเร็จในการยอมรับอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อป้องกันกรณีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ดังนั้นการป้องกันอาการทางจิตกำเริบของผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญจึงขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสิ่งที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเอง น่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จากการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการป่วยซ้ำ คือการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (Ayuso-Gutiérrez and Río Vaga, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson et al. (1983) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำใน 18 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 53 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้หยุดรับประทานยาทางจิตเวชเองและไม่มาพบแพทย์ตามนัด และการศึกษาของ Bartels et al. (1993) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทโรคที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์จะทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ น่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

การเผชิญความเครียด ชูบินและสปริง (อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) เชื่อว่าการกำเริบของอาการทางจิต (Relapse) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะอ่อนแอด้านจิตใจ และยังรู้สึกไม่เชื่อมั่นในตัวเองส่งผลให้พร่องทางด้านสังคม (Lecomte, 2005) ดังนั้นการเผชิญความเครียด น่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

การสนับสนุนทางสังคม พบว่าหากครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้ (ไพลิน ปรัชญคุปต์, 2548) และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท (สดีไส คุ่มทรัพย์ อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิต และมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคม จึงน่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

การทำหน้าที่ของครอบครัว จากแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบเซอร์คัมเพล็กซ์ (Circumplex Model) ของ Samuel T. (2002) ผลการศึกษาพบว่าครอบครัวไหนมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกันสูงมากหรือต่ำมาก จะสะท้อนถึงการทำหน้าที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทได้เช่นกัน ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัว น่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว Brown et al. (1972) ศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 9 เดือนและได้กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีโอกาสกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 58 ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว น่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

การใช้สารเสพติด จากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (relapse) มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (Gupta et al., 1996) โดยจะพบความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดประมาณ ร้อยละ 47 แบ่งเป็นโรคจิตเภทเกิดร่วมกับโรคเสพติดสารเสพติด (substance abuse dependence) ร้อยละ 33.7 เป็นโรคจิตเภท

เกิดร่วมกับโรคติดสุรา (alcohol disorder) ร้อยละ 27.5 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย การที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะทำให้การพยากรณ์โรคจะไม่ดี และการทำให้ใช้ระยะเวลาในการรักษานานมากขึ้น (Herz & Marder, 2002) สอดคล้องกับการศึกษา Potvin et al., (2008) โดยศึกษาแบบ meta-analysis โดยใช้แบบประเมิน PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดพบว่า ใช้ยาบ้า ยาไอซ์ และ กัญชา ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นการใช้สารเสพติด น่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

จากการศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท สรุปได้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และการเผชิญความเครียด ปัจจัยปกป้องแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการทำหน้าที่ของครอบครัว และปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และ การใช้สารเสพติด น่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยทำนาย ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และ การใช้สารเสพติด สามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

ขอบเขตการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD -10 ซึ่งมารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มีอายุ 20-59 ปี ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยในต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 6 เดือน ส่วนผู้ป่วยนอกคือผู้ป่วยที่กลับมามีอาการทางจิตได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน หรือความคิดผิดปกติ มากกว่า 6 คะแนน (The University of California, 2001 อ้างถึงในเรณุการ์ ทองคำรอด, 2549) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychotic Rating Scales: BPRS)

ตัวแปรที่ศึกษา ครั้งนี้ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และ การใช้สารเสพติด

ตัวแปรตาม คือ อาการทางจิต

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการทางจิต หมายถึง ลักษณะ ความคิด อาการแสดง และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท โดยแบ่งกลุ่มอาการออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ โดยกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน หวาดระแวงกลัวคนทำร้าย และกลุ่มอาการด้านลบ ได้แก่ อาการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้นเฉื่อยชาลง

ในงานวิจัยนี้ใช้แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ซึ่งเป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์ฮอลและกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยพันธุ์นภา กิตติรัตน์ไพบูลย์ (2544)

สถานภาพสมรส หมายถึง สถานภาพของผู้ป่วยจิตเภทในด้านสมรส โดยจำแนกเป็น โสด หมายถึง ไม่มีคู่ และ โสด หมายถึง ผู้ป่วยที่มีคู่ แต่งงาน และ หม้าย หย่าร้าง

พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่ผู้ป่วยที่โรคจิตเภท ตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำเนินชีวิต สุขภาพ และความผาสุกในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 7 ด้าน คือ

1. การรู้จักตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการรู้จักวิเคราะห์ลักษณะของตนเอง เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในอารมณ์ ความรู้สึก พฤติกรรมของตนเอง

2. การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการสื่อสารความต้องการของตนเอง และรับรู้ความรู้สึกและความต้องการของผู้ที่สื่อสารด้วยอย่างถูกต้องตรงกัน

3. การใช้เวลาว่าง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย ในการแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

4. การเตรียมการเผชิญปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการกับเหตุการณ์ที่เป็นปัญหา รวมถึงการจัดการกับอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ

5. ระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการติดต่อบุคคลใกล้ชิด บุคลากรทางการแพทย์ หรือหน่วยงานต่างๆที่สามารถให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในเรื่องต่างๆในชีวิตประจำวัน รวมทั้งได้รับความช่วยเหลือเมื่อมีอาการทางจิต

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การปฏิบัติศาสนกิจของผู้ป่วย ในศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือ

7. การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อปกป้องร่างกายและส่งเสริมสุขภาพ ให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆและปฏิบัติตามแผนการรักษา ในงานวิจัยนี้ ประเมินจากแบบวัดของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองโอเร็ม(Orem, 2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของฮิลและสมิท(Hill and Smith, 1990) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534)

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ มีการแสดงออก 5 ลักษณะ คือการใช้ยาต่อเนื่อง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาถูกเวลา การใช้ยาตามแผนการรักษาไม่ปรับเปลี่ยนหรือลดขนาดยาเอง ในงานวิจัยนี้ ประเมินจากแบบวัดของอุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999)

การเผชิญความเครียด หมายถึง ความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ที่จัดกระทำกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยแสวงหาหรือใช้แหล่งประโยชน์ของตนที่มีอยู่อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง ซึ่งการเผชิญความเครียดมี 2 ด้าน คือการมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ ในงานวิจัยนี้ ประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ของจารุวรรณ จินตามงคล (2541) ซึ่งได้แปลมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981)

การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ที่รับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากครอบครัว บุคคลที่ใกล้ชิด จากบุคคลากรทางด้านสุขภาพ และจากหน่วยงานต่างๆ ประกอบด้วยการสนับสนุน 3 ด้าน ได้แก่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร ในงานวิจัยนี้ ประเมินจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981)

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง ภารกิจที่ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติเพื่อให้สมาชิกทุกคนในครอบครัวได้รับการตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม ประกอบด้วยการทำหน้าที่ 7 ด้านคือ การแก้ปัญหาร่วมกัน การสื่อสารกัน การทำบทบาทของตนเอง การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางด้านอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และด้านการทำหน้าที่ทั่วไปของครอบครัว ในงานวิจัยนี้ ประเมินจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device : FDA) ตามแนวคิดMcMaster (McMaster Model of Family Functioning) ที่พัฒนาโดย Epstein และคณะ (1984)

การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หมายถึง ลักษณะการแสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้าท่าทาง การแสดงอารมณ์ ความรู้สึก ทักษะคติ ที่ครอบครัวแสดงต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ หมายถึง การแสดงของสีหน้า น้ำเสียง ความรู้สึกและท่าทางของบุคคลในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่ วิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่พึงพอใจ ไม่ชอบหรือไม่ยอมรับผู้ป่วยต่อพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท

การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก หมายถึง การแสดงออกในรูปแบบของสีหน้าท่าทาง และความรู้สึกของบุคคลในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่แสดงความอบอุ่นเป็นมิตร แสดงความห่วงใย เข้าอกเข้าใจ และสนใจในตัวผู้ป่วย การแสดงความชื่นชมยินดี ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ในงานวิจัยนี้ ประเมินจากแบบวัดของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่พัฒนาขึ้นจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaweravong (2006) ตามแนวคิดของ Brown et al. (1972)

การใช้สารเสพติด หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภท มีการใช้สารเสพติดอย่างไร้ที่ติ อย่างหนึ่งภายในช่วงเวลา 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาล โดยการรับประทาน ดม สูบ ฉีด หรือโดยวิธีอื่นๆ เข้าสู่ร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท แล้วมีผลต่อร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้ข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อใช้ในการวางแผนทางการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
2. เป็นแนวทางสำหรับบุคลากรด้านสุขภาพจิต ในการกำหนดแผนการปฏิบัติงาน ในการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และการจัดบริการจิตเวชชุมชน โดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงของอาการทางจิต และสามารถเฝ้าระวังอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
3. เป็นแนวทางการศึกษารวบรวมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลกับอาการทางจิตต่อไป



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะนำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายและการดำเนินโรค
 - 1.2 อาการและอาการแสดง
 - 1.3 การวินิจฉัย
 - 1.4 การรักษา
2. อาการทางจิตและการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 ความหมายของอาการทางจิตและการป่วยซ้ำ
 - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
3. ปัจจัยสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 3.1.1 สถานภาพสมรส
 - 3.2 ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล
 - 3.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.2.2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์
 - 3.2.3 การเผชิญความเครียด
 - 3.3 ปัจจัยปกป้องแวดล้อม
 - 3.3.1 การสนับสนุนทางสังคม
 - 3.3.2 การทำหน้าที่ของครอบครัว
 - 3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม
 - 3.4.1 การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว
 - 3.4.2 การใช้สารเสพติด
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดในการวิจัย

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและการดำเนินโรค

โรคจิตเภทใน ICD-10 หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือสติสัมปชัญญะที่อ่อน แต่ความสามารถด้านเชาวน์ปัญญาดี แม้จะมีการสูญเสียการรับรู้บ้างเมื่อป่วยมานาน และต้องมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ตันติผลาชีวะ , 2536)

โรคจิตเภท หมายถึง การเจ็บป่วยของบุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่สติปัญญายังคงปกติ อย่างน้อย 2 อาการและปรากฏอาการชัดเจน อยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุจากสารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 1992)

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมเป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือนและต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน ซึ่งนับได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง การดำเนินโรคโดยทั่วไป (มานโซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ดังนี้

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ การเรียนหรือทำงาน ญาติสังเกตว่าเกียจคร้าน เก็บตัว สนใจตนเองน้อยลง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจปรัชญา ศาสนา ระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี

2) ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยแต่ละคนต่างกัน ส่วนใหญ่อาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญความกดดันทางจิตใจ โดยอาการที่พบบ่อยในระยะนี้ คือ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรมและอารมณ์

3) ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วม ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

1.2 อาการและอาการแสดง

โรคจิตเภท (Schizophrenia) (มานโซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548) โรคจิตเภท ลักษณะอาการทางคลินิก อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มอาการหลัก คือ psychotic dimension, disorganized dimention และ negative dimention บางคนจัดรวม psychotic dimension และ disorganized dimention อยู่ในกลุ่มอาการด้านบวก (positive dimension)

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

2) Disorganized dimention ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

3) Negative dimention อาการเหล่านี้จัดเป็นอาการด้านลบ (negative symptoms)

1.3 การวินิจฉัย

เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 (ICD-10)

อาการต่างๆของโรคจิตเภทสามารถแบ่งเป็นกลุ่มเพื่อสร้างเป็นเกณฑ์สำหรับวินิจฉัยโรคดังนี้

1) Thought echo, thought insertion, thought withdrawal, และ thought broadcasting เป็นกลุ่มอาการที่แดงว่ามีความผิดปกติของความคิด

2) Delusion Of control, influence หรือ passivity เป็นการหลงผิดว่าการเคลื่อนไหวของแขน ขา หรือความคิด หรือการกระทำ หรือการรับรู้ความรู้สึก ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก ส่วน delusional perception เป็นอาการหลงผิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้จริง ๆ

3) มีเสียงหลอนหรือเสียงแว่วที่คอยวิพากษ์วิจารณ์ของผู้ป่วย หรือหูแว่วได้ยินเสียงพูดหลายเสียงกำลังวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย หรือเป็นเสียงหลอนที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

4) มีอาการหลงผิดอย่างอื่นโดยที่อาการหลงผิดนั้นอยู่เรื่อย ๆ และไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และเป็นไปไม่ได้

5) มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อย ๆ โดยจะเป็นชนิดใดก็ได้แต่ส่วนมากแล้วจะเป็นประสาทหลอนทางหูและต้องเป็นร่วมกับอาการหลงผิด

6) กระแสความคิดแตกกระจายหรือผู้ป่วยเติมความคิดไปมากจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อมกันหรือพูดไม่ตรงประเด็น หรือมีลักษณะ neologism

7) มีพฤติกรรมแบบ catatonia เช่น ทำท่าค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ หรือทำท่าแข็งทื่อเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) ทำท่าต่อต้าน (negativism) หรือเป็นใบ้ (mutism) หรือมีพฤติกรรมนิ่งเสมือนหนึ่งไม่มีชีวิต

8) มีอาการลบ เช่น สีหน้าที่ไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม

9) มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพฤติกรรมส่วนบุคคล และเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น เปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สนใจ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น

ตามปกติแล้วจะวินิจฉัยผู้ป่วยว่าเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการตามข้อที่ 1 ถึงข้อที่ 4 ข้อใดข้อหนึ่งอย่างชัดเจนมาก ๆ ถ้าหากอาการไม่ชัดเจนนักก็ให้มีอาการสองข้อหรือมากกว่า แต่ถ้าเป็นอาการตามข้อที่ 5 ถึงข้อที่ 8 ก็ให้มีอาการอย่างน้อยที่สุด 2 ข้อ อาการตามเกณฑ์เหล่านี้ ต้องเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือนหรือมากกว่าถ้าผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ดังกล่าวแต่เป็นน้อยกว่า 1 เดือน

1.4 การรักษา แบ่งเป็น 3 ชนิด (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ดังนี้

- 1) การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา
- 2) การรักษาด้วยไฟฟ้า ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมในผู้ป่วย catatonic หรือ severe depression
- 3) การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วย

2. อาการทางจิตและการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ในเนื้อหาจะกล่าวถึงความหมาย ผลกระทบ แนวคิดเชิงทฤษฎี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการทางจิตและการประเมินอาการทางจิต ดังนี้

2.1 ความหมายของอาการทางจิตและการป่วยซ้ำ

อาการทางจิต หมายถึง ลักษณะ ความคิด การรับรู้ อารมณ์ ความจำ และพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวช โดยแบ่งออกตามความผิดปกติเป็นกลุ่มใหญ่ๆ ได้ดังนี้

- 1) ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (consciousness)
- 2) ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (motor behavior)
- 3) ความผิดปกติของอารมณ์ (emotion)
- 4) ความผิดปกติของความคิด (thought)
- 5) ความผิดปกติของการรับรู้ (perception)
- 6) ความผิดปกติของความจำ (memory)
- 7) ความผิดปกติของเชาว์ปัญญา (intelligence)

ความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (consciousness)

ความผิดปกติของระดับความรู้สึกจะมีผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าใจ สมาธิ การใส่ใจ ความคิด การรับรู้ต่อสถานการณ์ และพฤติกรรมโดยรวม

Disorientation การเสียการรับรู้ในด้านเวลา สถานที่ หรือบุคคล โดยมักเสียการรับรู้ด้านเวลาก่อน ส่วนการรับรู้ด้านบุคคลจะเสียช้าที่สุด

Clouding of consciousness สภาวะที่ระดับสติปัญญาลดลง ทำให้การรับรู้ความเป็นไปรอบตัวลดลงกว่าเดิม ไม่สามารถรับรู้สิ่งต่างๆ ได้ชัดเจน

Distractibility การที่ไม่สามารถคงความใส่ใจอยู่ที่เรื่องใดเรื่องหนึ่งได้นาน ผู้ป่วยเปลี่ยนความสนใจไปตามสิ่งเร้าต่างๆ ภายนอก ไม่ว่าจะสำคัญหรือไม่ก็ตาม

Delirium (ภาวะเพ้อ) เป็นกลุ่มอาการ (syndrome) ที่บ่งถึงสภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในอาการสับสน งุนงง กระสับกระส่าย มักมี disorientation ร่วมด้วยอาจพบอาการประสาทหลอน หวาดกลัวร่วมด้วยได้

ความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (motor behavior)

Psychomotor agitation ความคิดและการเคลื่อนไหวเพิ่มมาจากความกดดันภายในจิตใจ ทำให้อยู่เฉยไม่ได้ อาจมีพฤติกรรมในทางลบ เช่น วุ่นวาย ทำลายข้าวของ

Psychomotor retardation ความคิด การเคลื่อนไหว และการพูดจาช้าลงมาก ไม่ค่อยมีน้ำเสียง ผู้ป่วยมักจะอยู่เฉยๆ

Stereotype การกระทำหรือการพูดซ้ำๆ เหมือนเดิมอยู่ตลอด โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น โยกตัวไปมา เอามือถูศีรษะตลอดเวลา

Catatonia พฤติกรรมเคลื่อนไหวผิดปกติ โดยไม่มีสาเหตุทางกาย เช่น Catatonic excitement วุ่นวาย เคลื่อนไหวมากโดยไร้จุดมุ่งหมาย

Catatonic stupor พฤติกรรมเคลื่อนไหวลดลงมาก มักอยู่นิ่ง ไม่พูด ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม

Catonic posturing อยู่ในท่าแปลกๆนาน ไม่เปลี่ยนท่า

Compulsion การกระทำหรือพฤติกรรมซ้ำๆผู้ป่วยต้องการที่จะทำพฤติกรรมเดิมอยู่เรื่อยๆ โดยไม่อาจหักห้ามใจได้

Mannerism การเคลื่อนไหวที่มีลักษณะแปลกเฉพาะตัว กระทำโดยมีจุดมุ่งหมาย เช่น เอียงคอ ผงกศีรษะถี่ก่อนยกไม้ไหวทุกครั้ง

ความผิดปกติของอารมณ์ (emotions)

โดยทั่วไปจะแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ อารมณ์ที่แสดงออก (affect) และอารมณ์ภายใน (mood)

Affect หมายถึง อารมณ์ ความรู้สึกที่แสดงออกมา เป็นสิ่งที่บุคคลภายนอกรับรู้ สังเกตเห็นจากสีหน้า ท่าทาง ในการตรวจสภาพจิตจะดูในแง่ของ

1) Range และ intensity ขอบเขตและความมากน้อยของอารมณ์ที่แสดงออก กรณีที่ผิดปกติมักเกี่ยวข้องกับการแสดงออกที่ลดลง เช่น Restricted affect การแสดงออกทางอารมณ์ลดลง สังเกตเห็นได้ชัด, Blunted affect การแสดงออกลดลงมากกว่า restricted affect และ Flat affect ไม่มีการแสดงออกของอารมณ์เลย หน้าตาเฉยเมย น้ำเสียงราบเรียบ

2) Stability ความคงอยู่ของแต่ละอารมณ์

Labile affect อารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมาง่าย มีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์น้อย เช่น กำลังเสียใจอยู่แต่พอได้ยินเรื่องตลกก็หัวเราะขึ้นมาทันที

3) Appropriateness ความเหมาะสมของอารมณ์ที่แสดงออก

Appropriate affect การแสดงของอารมณ์สอดคล้องกับเนื้อหาที่พูดหรือความคิดในขณะนั้น

Inappropriate affect การแสดงของอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเนื้อหาที่พูด หรือความคิดในขณะนั้นอย่างเห็นได้ชัด เช่น ผู้ป่วยอ้อมยิ้มขณะเล่าถึงเหตุการณ์ตอนที่แม่เสียชีวิต

Mood หมายถึง อารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจบุคคลนั้น เป็นภาวะที่คงอยู่นาน มักส่งผลต่อบุคลิกหรือพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลนั้น

Dysphoric mood ความรู้สึกทุกข์ทรมาน ไม่สบายใจ เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวล

Euthymic mood อารมณ์ที่อยู่ในขอบเขตปกติ ไม่ซึมเศร้า หรือครึกครื้นผิดปกติ

Elevated mood มีความสุข รื่นเริงขึ้นกว่าปกติ แต่ไม่จำเป็นต้องผิดปกติเสมอไป

Euphoric mood มีความสุข รู้สึกสบายมากเกินความเป็นจริง เป็นภาวะที่แสดงถึงความผิดปกติทางอารมณ์

Irritable mood อารมณ์ขุ่นเคือง หงุดหงิด ฉุนเฉียวง่าย

อาการอื่นๆในแง่ของอารมณ์

Anxiety ความรู้สึกวิตกกังวล หวั่นเกรงว่าจะเกิดเรื่องร้ายกับตนเองหรือคนใกล้ชิด มักเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์หรือสิ่งที่ทำให้ไม่สบายใจ

Free-floating anxiety เป็นความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นมาโดยไม่มีสาเหตุไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องใดเป็นพิเศษ

Panic attack ความวิตกกังวลหรือตื่นตระหนกที่เกิดขึ้นอย่างรุนแรงในทันทีทันใด รวมไปถึงอาการต่างๆในร่างกาย เช่นใจสั่น หายใจขัด

Apathy เป็นภาวะที่หมดความรู้สึกความสนใจต่อสิ่งต่างๆ การแสดงออกทางอารมณ์อาจลดลง มักจะเฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น และผู้ป่วยไม่ตระหนักถึงความผิดปกตินี้ของตน

Anhedonia ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะมีความสุขความพึงพอใจในกิจกรรมต่างๆเหมือนอย่างเคย ผู้ป่วยรับรู้ต่อการเปลี่ยนแปลงของตนเอง

Ambivalent มีความรู้สึกสองอย่างที่ตรงข้ามกันต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่งในขณะเดียวกัน

ความผิดปกติของความคิด (thought)

1) ความผิดปกติของกระแสและรูปแบบความคิด (stream and form of thought)

Poverty of speech ปริมาณของคำพูดมีน้อย ผู้ป่วยจะตอบแค่ที่ถามคำตอบสั้นๆ ไม่ได้รายละเอียดนอกเหนือไปกว่านั้น ผู้ถามต้องถามอยู่เรื่อยๆ

Poverty of content of speech แม้ผู้ป่วยจะพูดเองและตอบเป็นเรื่องราวที่ยาวพอสมควร แต่พบเนื้อหาใจความมีสาระสำคัญหรือตรงกับที่ถามน้อย ภาษาที่ใช้มักจะคลุมเครือ พูดซ้ำไปมา หรือเน้นบางจุดอยู่บ่อยๆ

Perseveration ผู้ป่วยพูดซ้ำคำ หรือเรื่องเดิมอยู่เรื่อยๆ

Loosening of association เป็นการขาดความต่อเนื่องของความคิด ผู้ป่วยพูดเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปเป็นอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกันเลยหรืออาจเกี่ยวข้องเพียงเล็กน้อย โดยที่ผู้พูดไม่ได้ตระหนักว่าเป็นคนละเรื่องกัน

Incoherence ภายในความคิดแต่ละตอนจะขาดความเชื่อมโยงกัน การเรียงลำดับคำสับสน ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลยว่าผู้ป่วยต้องการสื่ออะไร

Flight of idea ผู้ป่วยมีความคิดหลายๆอย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วแสดงออกมาโดยการพูดมากพูดเร็ว พูดเรื่องหนึ่งยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนไปอีกเรื่องหนึ่ง แต่เรื่องราวมีส่วนต่อเนื่องกันสามารถเข้าใจได้

Tangentiality ตอบคำถามเฉียดๆ เกี่ยวข้องกับคำถามเพียงเล็กน้อยหรือไม่เกี่ยวข้องกันเลย ปัจจุบันเราใช้คำนี้ หมายถึงเฉพาะในกรณีของการตอบคำถาม

Circumstantiality พูดอ้อมค้อมไม่ตรงจุด โดยเพิ่มรายละเอียดหรือสิ่งที่ไม่ตรงประเด็นลงไป แต่ในตอนท้ายยังกลับมาที่จุดหมายได้

Illogicality ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นจากข้อมูลที่มีโดยที่มึความเห็นนั้น ไม่เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันและกัน ฟังดูแปลก ไม่ไปด้วยกัน

Clanging เป็นการพูดที่มุ่งเน้นถึงการมีสัมผัสสอดคล้องกันมากกว่าการมีความหมายต่อเนื้อกัน ทำให้บางครั้งมีคำเกินมาหรือขาดหายไป

Neologisms เป็นคำใหม่ que ผู้ป่วยสร้างขึ้นมาจากเองหรือเป็นคำที่ใช้กันอยู่แล้ว แต่ผู้ป่วยนำมาใช้ในความหมายใหม่ที่ฟังแปลก ไม่เกี่ยวข้องกับความหมายเดิม

Pressured speech ผู้ป่วยพูดเร็วจนผู้อื่นไม่มีโอกาสขัดจังหวะ บางครั้งถึงแม้จะขัดจังหวะผู้ป่วยก็ยังพูดต่อ มักพูดเสียงดังเต็มไปด้วยอารมณ์ บางประโยคพูดยังไม่ทันจบก็เปลี่ยนเรื่องไปเนื่องจากอยากจะทำเรื่องอื่นที่คิดขึ้นมาได้

2) ความผิดปกติในเนื้อหาความคิด (content of thought)

Preoccupation การมีความคิดจดจ่อกันอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่งตลอดเวลา โดยมีอารมณ์ร่วมด้วยค่อนข้างมากในสิ่งที่คิด เช่น คิดวกวนอยู่แต่เรื่องฆ่าตัวตาย

Overvalued idea เป็นความคิดหรือความเชื่อที่ปราศจากเหตุผลและคงอยู่นาน ผู้ป่วยเชื่อหนักแน่นกว่าความเชื่อธรรมดาทั่วไป แต่ไม่ถึงกับฝังแน่นแบบหลงผิด ตัวอย่างเช่น อาการ idea of reference ที่พบในโรคจิตเภท ความเชื่อว่าตนเองป่วยในโรค hypochondriasis หรือความคิดว่าตนเองอ้วนในโรค anorexia nervosa เป็นต้น

Delusion ความคิดหรือความเชื่อที่ผิดๆ ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง เป็นความเชื่อที่ฝังแน่นไม่สามารถปล้ำงหรือเปลี่ยนความเชื่อ้นั้นมายืนยันความเชื่อดังกล่าวมิได้เป็นความเชื่อที่ยึดถือร่วมกันในวัฒนธรรมนั้นๆ

Systematized delusion ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดอยู่เรื่องหนึ่งที่เป็นแกนหลัก รวมเอาอาการหลงผิดต่างๆรวมไปกับข้อเท็จจริง และหลักฐานต่างๆที่ผู้ป่วยรับรู้มาผูกเชื่อมโยงเป็นแนวทางเดียวกัน เป็นเหตุเป็นผลซึ่งกันละกัน

Fragmented delusion อาการหลงผิดของผู้ป่วยแต่ละเรื่องที่มีไม่เกี่ยวข้องกัน หรือไม่เกี่ยวข้องกันกับเหตุการณ์ที่ทำให้เกิด

Bizarre delusion อาการหลงผิดที่มีเนื้อหาแปลก พิลึกพิลั่น ใครฟังก็ทราบว่าเป็นไปไม่ได้

Mood-congruent delusion เนื้อหาของการหลงผิดสอดคล้องกันกับ depressed mood หรือ manic mood

Delusion of reference อาการหลงผิดว่าพฤติกรรมกระทำของบุคคลอื่นมุ่งหมายเพื่อสื่อถึงตน

ความผิดปกติของการรับรู้ (perception)

Illusion มีสิ่งเร้ากระตุ้นต่อประสาทสัมผัสแต่ผู้ป่วยรับรู้หรือแปลผิด เช่น เห็นสายน้ำเกลือเป็นงู

Hallucination (ประสาทหลอน) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอกเป็นไปตามอวัยวะรับรู้ของเรา

Auditory hallucination หูแว่ว อาจเป็นเสียงพูด (verbal hallucination) เสียคนเดินไปมา หรือเสียงต่างๆที่ไม่มีความหมายเฉพาะ

Visual hallucination เห็นภาพหลอน อาจเห็นเป็นเงาร่างๆหรือเห็นชัดเจนเหมือนปกติ

Somatic hallucination ประสาทหลอนของอวัยวะอื่นๆในร่างกาย มักเป็นอวัยวะภายใน

ความผิดปกติของความจำ (memory)

Amnesia ไม่สามารถระลึกถึงเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ อาจบางส่วนหรือทั้งหมด

Paramnesia มีความจำที่บิดเบือนไป ตัวอย่างเช่น

Confabulation ผู้ป่วยเติมเรื่องที่แต่งเองลงในส่วนที่หลงลืมไปโดยไม่รู้ตัว

Deja vu เห็นสถานที่ สิ่งที่ไม่เคยพบ แต่เกิดความรู้สึกว่าตนเองเคยเห็นมาก่อน

Jamais vu เกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคยกับสิ่งที่ตนเองประสบ ทั้งๆที่เคยพบมาก่อน

ความผิดปกติของเชาวน์ปัญญา (intelligence)

Mental retardation ภาวะปัญญาอ่อน แบ่งออกเป็นหลายระดับ

Dementia ภาวะสมองเสื่อม มีความจำและเชาวน์ปัญญาเสื่อมลง เนื่องจากสาเหตุทางกาย โดยที่สติสัมปชัญญะยังปกติ

Pseudodementia ผู้ป่วยมีลักษณะอาการเหมือนกับ dementia แต่ไม่มีสาเหตุทางร่างกาย เช่น เป็นโรคซึมเศร้า

ความหมายของการป่วยซ้ำ

Rajkumar and Thara (2007) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือลักษณะฉุกเฉินของอาการทางจิตเวชหรือการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตแบบฉับพลัน ลักษณะอาการทางจิต เช่น มีหูแว่ว, มีความคิดหลงผิด, การผิดปกติในระบบความคิด, พฤติกรรมแบบ catatonia, อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior) ซึ่งก่อนจะมีอาการทางจิตเหล่านี้ ซึ่งจะมีอาการนำหรืออาการเตือนอยู่ก่อนประมาณ 4 สัปดาห์หรือมากกว่า ซึ่งอาการเตือนนั้นผู้ป่วยอาจจะไม่มีอาการทางจิตเลย หรือมีอาการบางอย่างเกิดขึ้น แต่ไม่ใช่อาการทางจิตเช่น ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ บุคลิกภาพเปลี่ยนแปลง ความคิดริเริ่มลดลง อารมณ์เฉยเมย เป็นต้น

Lader (1995) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ มีอาการทางบวกหรืออาการทางลบ ขาดการรักษาต้องปรับยาทางจิตเวช ต้องเพิ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล โดยเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล

Birchwood and Spencer (2001) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือ ปรากฏของอาการทางจิตกำเริบซ้ำหรืออาการรุนแรงกว่าเดิม หลังจากที่ได้รับรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วจนมีอาการแยกลงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก และการป่วยซ้ำไม่สามารถบอกระยะเวลาของอาการกำเริบและระยะเวลาในการป่วยซ้ำได้

Lamberti (2001) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือ การที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน

ดังนั้นการป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วกลับมีอาการแยกลงอีก ซึ่งการป่วยซ้ำมักจะมีอาการเตือนก่อนเสมอ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงและความผิดปกติในด้านการรับรู้ ความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสามารถดูแลตนเอง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ธรรมชาติของการป่วยซ้ำ (Ayuso-Gutiérrez and Río Vaga, 1997)

ในปัจจุบันสำหรับการป่วยซ้ำ ยังไม่มีหลักเกณฑ์(criteria) ที่วัดการป่วยซ้ำที่เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไป แต่โดยทั่วไป การป่วยซ้ำจะใช้ในการกล่าวถึงการที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางบวกมากกว่าอาการทางลบ แต่อย่างไรก็ตาม ความหมายของการป่วยซ้ำก็ไม่ได้มีคำจำกัดความอย่างชัดเจน ในความเป็นจริง คำว่า ป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์และอธิบายกับปัจจัยต่างๆ เช่น อธิบายในความหมายระดับความรุนแรงของโรค, การเสื่อมของการทำหน้าที่ของแต่ละบุคคล, อธิบายรูปแบบพฤติกรรมใหม่ๆของผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของ (Johnstone, 1992) การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ ระยะแรก อาการเตือน (type I) ซึ่งอาจจะยังไม่มีอาการทางจิตเด่นชัดอะไรเลย และระยะที่อาการทางจิตกำเริบ(type II) ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิต

แสดง เช่น มีอาการทางบวก ซึ่งทั้ง สองระยะ ไม่สามารถที่จะแยกออกได้อย่างชัดเจน เนื่องจากการวัดการป่วยซ้ำมีการวัดที่แตกต่างต่างกัน ดังนั้นผู้วิจัยบางท่านจึงแนะนำให้วัดการป่วยซ้ำจากการที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ รุนแรงขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Ayuso-Gutiérrez and Río Vaga, 1997)

จากการทบทวนวรรณกรรม การที่ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำมีสาเหตุหลักที่สำคัญ คือ การไม่รับประทานยารักษาโรคจิตเวชอย่างต่อเนื่องหรือหยุดยาเอง และการที่ผู้ป่วยไม่มาตามนัด

Johnson et al. (1983) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำใน 18 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 53 ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้หยุดรับประทานยาทางจิตเวชเองและไม่มาพบแพทย์ตามนัด

Curson et al. (1985) ศึกษาพบว่า การปรับตัวทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับจำนวนครั้งของการป่วยซ้ำ หลังจากผู้ป่วยรักษาอย่างต่อเนื่องมากกว่า 7 ปี

Lieberman (1997) การศึกษาพบว่าผู้ป่วยตอบสนองต่อการรักษาไม่ดีแม้จะได้รับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มป่วย

การวัดอาการทางจิต

ประเมินอาการทางจิต โดยใช้เครื่องมือ

1) แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางด้านบวกและด้านลบ เป็นแบบประเมินที่ประเมินโดยผู้ให้การบำบัดประเมิน ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ เป็นข้อคำถามในการประเมินอาการทางด้านบวก (Positive Syndrome) จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามในการประเมินอาการทางด้านลบ (Positive Syndrome) จำนวน 7 ข้อ และข้อคำถามในการประเมิน General psychopathology จำนวน 16 ข้อ การให้คะแนนมี 7 ระดับ ตั้งแต่ 1-7 คะแนน คะแนน 1 = ไม่มีอาการ คะแนน 7 = อาการรุนแรงมาก ถ้าผู้ป่วยมีคะแนน PANSS ≥ 5 ร่วมกับ มีคะแนน GAS ≤ 30 แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการนำของการกลับเป็นซ้ำ (Herz et al., 2000)

2) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์ออลและกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยพันธุรักษา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งมีทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน โดยแบ่งเป็นด้านอาการทั่วไป (General Psychopathology) จำนวน 10 ข้อ ด้านอาการทางลบ (Negative) จำนวน 2 ข้อ และด้านอาการทางบวก (Positive) จำนวน 6 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวมกัน คะแนนของ BPRS อยู่ระหว่าง 18-126 คะแนน ระดับคะแนนที่สูง หมายความว่า อาการทางจิตรุนแรง

3) แบบประเมิน Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS)

เป็นแบบประเมิน อาการทางจิตด้านบวก ใช้วัดผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 6 ระดับ (0-5) ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ประสาทหลอน (Hallucination), หลงผิด (delusions), พฤติกรรมแปลกประหลาด (bizarre behavior), และด้านความคิดผิดปกติ (formal thought disorder) คะแนนอยู่ในช่วงระหว่าง 0 ถึง 150 คะแนน

4) แบบประเมิน Scale for Assessment of Negative Symtoms (SANS)
(Nancy C. Andreasen, 1984)

เป็นแบบประเมินอาการทางลบใช้วัดในผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการทางจิตด้านลบ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 25 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 6 ระดับ (0-5) ประกอบด้วย 5 ด้าน คือ ด้าน Affective flattening or blunting จำนวน 8 ข้อ, ด้าน Alogia จำนวน 5 ข้อ ด้าน Avolition-Apathy จำนวน 4 ข้อ ด้าน Anhedonia-Asociality จำนวน 5 ข้อ ด้าน Attention จำนวน 3 ข้อ

งานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยจะประเมินอาการทางจิต และใช้แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจาก แบบประเมินนี้ครอบคลุม อาการทางจิตด้านบวก และอาการทางจิตด้านลบ

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ความหมายของการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (เพียร์ดี เปี่ยมมงคล, 2553)

การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (Psychiatric-mental health nursing) คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่ง ที่ใช้ความรู้ทางการพยาบาล ด้านชีวภาพ ด้านจิตสังคม ร่วมกับความรู้ทางทฤษฎี บุคลิกภาพ และพฤติกรรมของมนุษย์ โดยใช้ตัวพยาบาล (use of self) เข้าไปสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันปัญหาสุขภาพจิต บำบัดฟื้นฟูสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถเผชิญปัญหาหรือภาวะวิกฤติทางอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวได้ดี มีความเข้าใจตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และสามารถพึ่งพาตนเองได้

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับพื้นฐาน (basic level) มีดังนี้

1) ให้คำปรึกษา (counseling) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาถึงปัญหาต่างๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้น ปรับปรุงทักษะการตัดสินใจ และการแก้ปัญหาตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการที่จะพัฒนาตนเอง

2) การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลดีในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย โปรแกรมการจัดกิจกรรม ตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้อื่น

3) ส่งเสริมผู้ป่วยให้ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง (promotion of self care activities of daily living) ทำหน้าที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการขับถ่ายว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่างๆเหล่านี้มาน้อยเพียงใด ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละคนให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยพึ่งพาคนอื่นมากเกินไป ตลอดจนฝึกทักษะจำเป็นในการดำรงชีวิต

4) ดูแลผู้ป่วยทางจิตชีวภาพ (psychobiological intervention) ทำหน้าที่บริหารยาด้วยการประเมินผลของยา และผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบในการรับประทานยาของตนเอง การที่จะให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการ

รับประทานยาของตนเองนั้น พยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับว่ายาจะช่วยอะไรผู้ป่วยได้บ้าง ให้ออกาสซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยา

5) สอนเกี่ยวกับสุขภาพ (health teaching) ทำหน้าที่สอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุของโรคจิต และวิธีจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น เช่น อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ เช่น ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น วิธีการแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา สอนวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้านเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ในการสอนนั้นควรสอนทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ทั้ง 2 ฝ่ายจะได้ปรับตัวในการอยู่ร่วมกันได้ นอกจากนี้ควรสอนทักษะในการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม ตลอดจนสอนทักษะการจัดการกับความโกรธ

6) การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (case management) ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี เป็นการให้ความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกันวางแผนให้การพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผน ติดตามประเมิน และประเมินผลการพยาบาลที่ให้ไป และช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

7) ส่งเสริมสุขภาพ และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (health promotion and health maintenance) ทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพจิตหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตโดยการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน การประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกาย และจิตใจ ให้การวินิจฉัยเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การสอนเกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันอาการแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น และให้การดูแลประชากรที่เสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ บุคคลที่ติดสารเสพติด บุคคลที่ถูกทารุณกรรม พยาบาลต้องให้ความรู้ตลอดจนจัดโปรแกรมการสอน

บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับสูง (Advance level) มีดังนี้

พยาบาลต้องสามารถทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับพื้นฐานได้ และมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

- 1) จิตบำบัด (psychotherapy) ทำหน้าที่ในการทำจิตบำบัดเป็นรายบุคคล รายกลุ่ม ให้คำปรึกษาคู่สมรส หรือครอบครัวบำบัด (family therapy)
- 2) ให้การรักษาและเขียนใบสั่งยาตามที่กฎหมายกำหนดไว้ (prescriptive authority for drug)
- 3) ให้คำแนะนำในคลินิกและเป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจิตในระดับพื้นฐาน (clinical supervision and clinical consultation)
- 4) เป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีปัญหาสุขภาพจิต (consultation-liaison) พยาบาลทำได้ทางตรงโดยการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยฝ่ายกายหรือผู้ป่วยพิการ และทางอ้อมเป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้กับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีปัญหาสุขภาพจิต

การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 1) การประเมินผู้ป่วย (assessment) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม ควรประเมินผู้ป่วยเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ดังนี้

ด้านร่างกายและการดูแลสุขอนามัยของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะในระยะที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยอาจจะมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับอาการหลงผิดและประสาทหลอน ทำให้ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวันของตนเอง

การรับรู้ต่อความเป็นจริง (perceptions) ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการประสาทหลอน (hallucinations) พบได้มากที่สุด โดยเฉพาะอาการประสาทหลอนทางหู พยาบาลควรถามผู้ป่วยถึงอาการประสาทหลอน หรือผู้ป่วยบางคนอาจจะไม่อยากพูดคุยเกี่ยวกับอาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้น พยาบาลควรใช้การสังเกตอาการประสาทหลอนจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกมา เช่น เอามือป้องหูเหมือนกำลังฟังใครพูด และผู้ป่วยพูดคุยโต้ตอบหรือพูดเพิ่มพำคนเดียว

กระแสของความคิดและเนื้อหาของความคิด (form of thought and content)

อารมณ์ (mood and affect) สังเกตได้จากน้ำเสียง ความเร็วของการพูด การแสดงออกและการเคลื่อนไหวของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีหน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask like) อารมณ์ราบเรียบ (flat affect) หรือการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ (inappropriate)

2) ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

3) ปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย (therapeutic nurse client relationship) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไว้วางใจในตัวพยาบาล ผู้ป่วยจิตเภทบ่อยครั้งจะต่อต้านการเข้าไปสร้างสัมพันธภาพ เนื่องจากผู้ป่วยเคยถูกปฏิเสธหรือผู้ป่วยมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นมาก่อน หรือผู้ป่วยอยู่ในภาวะความหวาดระแวง หรือมีอาการประสาทหลอน พยาบาลควรเข้าไปพบผู้ป่วยด้วยท่าทางสงบและเป็นมิตร สำหรับผู้ป่วยที่กำลังมีอาการทางจิตรุนแรง ควรเข้าไปพบผู้ป่วยใช้เวลาสั้นๆ แต่สม่ำเสมอ การมีปฏิสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ

การกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง การให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำควรให้การพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวพร้อม ๆ กัน เพื่อให้มีความเข้าใจตรงกัน สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ (เพชรี คันธสายบัว , 2544) ดังนี้

1) ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา

2) การวางแผนการสอนก่อนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญและการจัดการกับปัญหา ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้ป่วย

3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชนเกี่ยวกับการสังเกตอาการของตนเอง โดยให้คำแนะนำที่เน้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ

4) จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันการป่วยซ้ำควรทำไปพร้อม ๆ กับการรักษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อนที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ดังนั้นการนำพฤติกรรมการเรียนรู้มาอธิบายการป่วยซ้ำโดยเริ่มจากการรับรู้ภาวะเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ ถ้าผู้ป่วยสามารถหาทางหลีกเลี่ยงความรุนแรงได้ ทำให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น สามารถลดการกลับป่วยซ้ำได้แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองลดลง เริ่มกลับไปมีอาการหรือความประพฤติดั้งเดิมอีก มีโอกาสกลับป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น

อาการเตือนของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก หลังจากที่มีพฤติกรรมนั้น ๆ หยุดไประยะเวลาหนึ่งซึ่งไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใดแต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้าไม่สามารถ บอกระยะเวลา จำนวนอาการกำเริบและความเร็วที่จะเกิดการป่วยซ้ำได้ (Falloon , 1984 ; Lader, 1995 อ้างถึงใน Birchwood and Spencer, 2001) เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้ (Sundel and Sundel,1999) การกลับป่วยซ้ำจะเกิดขึ้นเมื่อมีสิ่งกระตุ้นใหม่ ๆ ที่ไม่สามารถทำนายได้เกิดขึ้นหรือสิ่งกระตุ้นเดิมที่มีอยู่แต่มีความรุนแรงขึ้นหรือบางสิ่งที่ไม่ชัดเจน (UNC,2007) ก่อนที่จะมีการกลับป่วยซ้ำพบการเปลี่ยนแปลงในด้านความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรมที่แสดงถึงอาการเจ็บป่วยที่เพิ่มมากขึ้นมีสุขภาพจิตเสื่อมลง การระบอบอาการเตือนในแต่ละคนมีความแตกต่างกัน ความรุนแรงของการกลับป่วยซ้ำ คือ การต้องกลับเข้าไปรับการรักษาในโรงพยาบาล เปลี่ยนการรักษาและต้องมีการติดตามต่อเนื่องไปในอนาคต (Royal Brisbane Hospital,2003) การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทสามารถรับรู้ได้จากการเปลี่ยนแปลงของความคิดและพฤติกรรมซึ่งพบได้บ่อยและชัดเจนในระยะก่อนเริ่มมีอาการ (Baker, 1995; Kennedy, 2000; Meijel, 2003) จากการศึกษาจะเห็นว่าอาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการเปลี่ยนแปลงการรู้คิดและพฤติกรรมตั้งแต่ช่วงระยะก่อนเริ่มมีอาการซึ่งมีอาการเตือนล่วงหน้า ทำให้เกิดการกลับคืนของอาการทางจิตที่ไม่พึงประสงค์จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

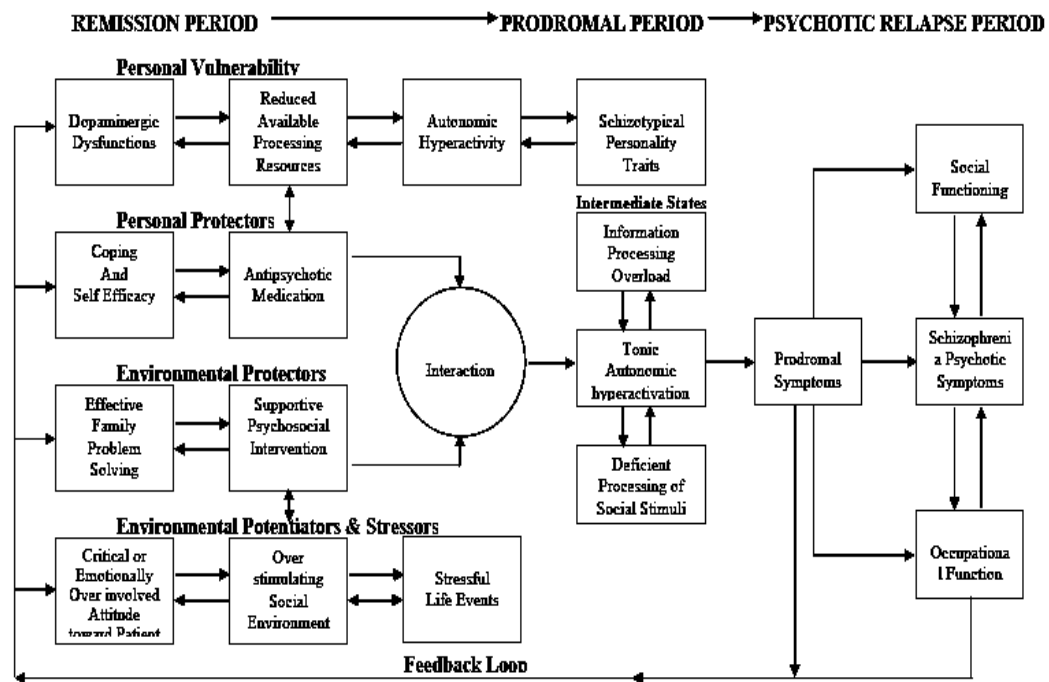
แนวคิดการป่วยซ้ำ

การศึกษา The vulnerability-stress-model ของ Nuechterlein et al. (1992) พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เกิดจากมีความเปราะบางของผู้ป่วยสูงกว่าปัจจัยปกป้องตนเอง ส่งผลให้ผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำ โดยแนวคิดของ Nuechterlein et al.(1992) อธิบายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ว่าการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ย้อนกลับไปมาระหว่าง 4 ปัจจัย ประกอบไปด้วย

1) ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal vulnerability factors) เป็นปัจจัยความเปราะบางเฉพาะบุคคลที่ทำให้คน ๆ นั้นมีโอกาสเกิดอาการของโรคทางจิตเภท ได้แก่ ความผิดปกติของสารสื่อประสาท โดปามีน โดยในผู้ป่วยจิตเภทจะมีสารโดปามีนมากกว่าคนทั่วไป ทำให้ความสามารถของกระบวนการคิดที่ลดลง (reduced available information-processing resources) ต่อจากนั้นทำให้บุคคลนั้น ปฏิกริยาตอบสนองของประสาทอัตโนมัติมากกว่าปกติ (Autonomic hyperactivity) และทำให้

บุคคลนั้นมีอุปนิสัยที่เป็นแบบจิตเภท (Schizotypal personality traits) โดยปฏิกริยาดังกล่าวจะย้อนกลับไปได้ 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ สมรรถนะและทักษะในการเผชิญกับความเครียดและการรับรู้สมรรถนะของตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และการที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยา 3) ปัจจัยปกป้องแวดล้อม (Environment protectors) ได้แก่ ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย การบำบัดทางจิตสังคมที่ผู้ป่วยได้รับ และรูปแบบการสนับสนุนทางสังคม (Social support) 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม (Environmental potentiators & stressors) ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ไม่ยอมรับ และมีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วย วิพากษ์วิจารณ์และตำหนิตีเดียผู้ป่วย การแสดงออกของอารมณ์ที่สูงเกินไป ตลอดจนเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความรำคาญรบกวนการดำเนินชีวิตประจำวันที่สะสมมาเรื่อย ๆ ไปจนถึงเหตุการณ์ที่จำเพาะก็อาจทำให้เกิดความเครียดได้

นอกจากนี้มีการนำแนวคิด Vulnerability-stress model มาใช้โดย สุดาพร สถิตยอุทธการ (2552) ซึ่งเป็นการวิจัยแบบทดลองศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้การพัฒนาศักยภาพในตัวเองของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) ที่สามารถจัดการกระทำได้ ทำให้เข้าใจกระบวนการป่วยซ้ำของจิตเภท และการศึกษาในต่างประเทศที่ใช้แนวคิดนี้มาใช้ ได้แก่ การศึกษาของ (Lieberman, 1989) ที่ศึกษาการปัจจัยเสี่ยงในการป่วยซ้ำ ระหว่าง การเผชิญปัญหา หน้าที่ทางสังคม และคุณภาพชีวิต เพื่อพัฒนาแนวทางการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท, การศึกษาของ (Hersen, 1976) ศึกษาเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องการเผชิญปัญหา ความสามารถในการจัดการเพื่อให้ความเครียดลดลง ผลการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้ช่วยผู้ป่วยจิตเภทให้มีอาการทางจิตสงบ ไม่กลับมาป่วยซ้ำดังแสดงในภาพที่ 1 แสดงปฏิสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ใน The Vulnerability-stress-model. ของ (Nuechterlein et al., 1992) อธิบายความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ปัจจัยปกป้องแวดล้อม และปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม



แผนภาพแสดงปฏิสัมพันธ์ ใน Vulnerability-stress model
ของ Nuechterlein et al.(1992)

ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ ส่งผลกระทบหลายด้าน ทั้ง ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ โดยมีผลต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น และถ้ามีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) ทำเกิดอาการทางจิต หลงแว่ว (hallucination) ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ (conceptual disorganization) ถ้าใช้นานๆ อาจเกิดความรู้สึกก้าวร้าว (aggressive) ได้ด้วย (สุชาติดา หุณฑสาร, 2545) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติหรือผู้ดูแล ต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด ขาดการพักผ่อน และมีรายงานว่าผู้ดูแลจะมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เหน็ดเหนื่อยและอ่อนล้ากับการดูแลผู้ป่วย (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) และผลกระทบต่อประเทศ ทำให้สูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี (กรมสุขภาพจิต, 2552) และมีแนวโน้มว่าค่าใช้จ่ายในการรักษาจะสูงขึ้นทุกปี นอกจากนี้ประเทศยังขาดรายได้จากการที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ได้ทำงาน จะเห็นว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยส่งผลอย่างมากทั้งในด้านตัวผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นการป้องกันและการลดการกลับเป็นซ้ำ จึงเป็นสิ่งที่ควรให้ความสำคัญ

3. ปัจจัยสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปร โดยใช้แนวคิดการป่วยซ้ำของ Nuechterlein et al. (1992) และ คัดเลือกปัจจัยสัมพันธ์จากการทบทวนวรรณกรรมทั้งในประเทศ และต่างประเทศ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท สามารถจำแนกปัจจัยออกเป็น 4 กลุ่ม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล (Personal vulnerability factors)

3.1.1 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะความสัมพันธ์ทั้งด้านสังคม และจิตใจระหว่างบุคคล การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ชุมชน และสังคมด้วย (Orem, 1991) ดังการศึกษาของสุวิมล พนาวัฒนา กุล (2534) พบว่า ผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสคู่มิพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพกายดีกว่า ผู้สูงอายุที่สถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก และจากการศึกษาของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบางด้านอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส เป็นโสด ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย ไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร

ดังนั้นสถานภาพสมรส จึงน่าจะทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้ สำหรับการวิจัยครั้งนี้

3.1.2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

แนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem) เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อการกระทำหน้าที่ กระบวนการพัฒนาหรือสนับสนุนให้บุคคลมีความผาสุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นการกระทำที่การลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของ โครงสร้างการทำหน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem, 2001) การดูแลตนเองจำเป็น เป็นคุณสมบัติและเหตุผลของการดูแลตนเองประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองโดยทั่ว ๆ ไปที่เกิดขึ้นในทุกช่วงชีวิต ปรับให้เหมาะสมตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่น ๆ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการของชีวิต ด้วยการคงไว้ซึ่งบูรณาภาพของ โครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลและความผาสุกโดยทั่วไป

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ กับเงื่อนไข และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแต่ละช่วงวัยของชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่มีผลต่อการพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health-deviation self-care requisites) มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมและข้อบกพร่องที่สำคัญ ร่วมกับมีผลกระทบจากการ เบี่ยงเบนจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลจนต้องได้รับการรักษา

ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) เป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองที่เกี่ยวกับชนิดและความสำคัญของการกระทำที่จำเป็น

จากแนวคิดของ ฮิลล์และสมิท การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เป็นผลของการกระทำโดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิต การบูรณา การของการทำหน้าที่และความผาสุก นอกจากนี้การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความ รับผิดชอบในตนเอง ความมีอิสระ การดูแลจิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณการรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Hill and Smith, 1999)

ในผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของตนเอง มีความสำคัญ ต่อการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น ปัจจุบันแนวคิดในการดูแลรักษาผู้ป่วยเปลี่ยนจุดเน้นมาที่ ตัวบุคคล ในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง เป็นการดูแลสุขภาพจิตที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต (Nurturing Psychological health) ซึ่งนับว่าเป็น ทักษะที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านจิตใจ เทคนิคและการปฏิบัติที่เป็นการแนะนำแนวทาง สำหรับการดูแลสุขภาพจิต ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ (Hill and Smith, 1990)

- 1.การพัฒนาการรู้จักตนเอง(Developing inner awareness)
2. การทำค่านิยมให้กระจ่างชัด(Value clarification)
- 3.การแสดงความรู้สึก(Expression of feeling)
- 4.การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ(Communicating effectively)
- 5.การฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม(Assertiveness training)
6. การยืนยัน(Affirmations)
7. การบริหารเวลา (Time management)

สุขภาพจิตประกอบไปด้วยองค์ประกอบจำนวนมาก และองค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อสุขภาพจิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การรู้จักและความรู้เกี่ยวกับตนเอง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พึงพอใจ การเอาชนะสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่การจัดการกับความเครียดและการตระหนักในความคิดและแบบแผนของการกระทำ (Hill and Smith, 1990)

ดังนั้น พฤติกรรมที่การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อให้เกิดประโยชน์ และความผาสุกในการดำเนินชีวิต

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองกับอาการทางจิต

จากแนวคิดของ การดูแลตนเองเพื่อค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทของ Baker (1995) พบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ นำไปสู่การพัฒนาการของกระบวนการ ที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ระยะคือ

1) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมาน เมื่อเริ่มมีเหตุการณ์ผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ต่อมาผู้ป่วยค้นพบว่าการรักษาทางจิตเภทสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยได้

2) การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึง อาการและการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวกับการป่วยซ้ำ กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย มีบางสิ่งบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยตระหนักถึงความรุนแรงของอาการทางจิตที่มากขึ้น สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการได้ และค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ

3) การลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยทางจิตเป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความกลัวการป่วยซ้ำ การค้นหาการควบคุม และการเฝ้าระวังอาการเตือนที่จะเกิดขึ้น (Baker, 1995) ดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านร่างกาย จึงน่าจะทำนายการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบวัดของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองโอเร็ม (Orem,2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของฮิลและสมิท(Hill and Smith,1990)ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534)มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ

3.2.2 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ความหมายพฤติกรรมการใช้ยา

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาหมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

สรุปว่า พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้อง รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ มีการแสดงออก 5 ลักษณะ คือการใช้ยาต่อเนื่อง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาถูกเวลา การใช้ยาตามแผนการรักษาไม่ปรับเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ทำการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทเกิดจาก

1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ โดยเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรกที่สามารถทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ซึ่งสัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย จะเกิดการเรียนรู้ จดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon and Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาซาล, 2543)

2) การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว หากมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เช่น ดุด่า หรือมีการควบคุมผู้ป่วยมากเกินไป มีผลทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ขาดแรงกระตุ้นในการรับการรักษา สอดคล้องกับเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่ศึกษาปัจจัยจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งปัจจัยหนึ่งที่พบจากการศึกษาคือ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

3) อาการทางลบ ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ และพร่องในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz (cited in Oehl et al., 2000) พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ดี

4) การใช้แอลกอฮอล์ มีผลต่อการควบคุมตนเองเกิดพฤติกรรมเปลี่ยนแปลง ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทถ้าใช้แอลกอฮอล์จะมีผลในการเสริมฤทธิ์ของยารักษาทางจิตได้

5) การรับรู้ความรุนแรงของโรค มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Adams & Scott (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้องส่วนใหญ่มุ่งรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นเดียวกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการรับรู้ความรุนแรงโรคมามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

6) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่เกิดจากความเข้าใจในการคุกคามของโรค เป็นแรงกระตุ้นบุคคลค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงต่ออาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995)

7) ฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ผู้ป่วยบางรายอาจทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงจากยาไม่ได้ ส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ หทัยรัตน์ หาคำ (2552) ศึกษาการส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้การบำบัดเพื่อสร้างความร่วมมือในการรักษา ผลพบว่า ปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยหยุดยาคือ คิดว่าตนไม่ป่วย เบื่อหน่ายการกินยา

จากการทบทวนวรรณกรรม การศึกษาหลายๆการศึกษา พบว่าการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทก็ยังมีข้อจำกัดอยู่ จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำได้ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 30-40 จะเกิดการป่วยซ้ำขึ้นได้ ภายใน 1 ปี หลังจากผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สาเหตุหลักในข้อจำกัดของการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท คือ 1) ผู้ป่วยจิตเภทรายนั้นไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา 2) ปัญหาความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภท ประมาณการว่า มีผู้ป่วยจิตเภทประมาณร้อยละ 20 - 55 ที่ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ซึ่งทำให้เป็นสาเหตุหลักในการทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบและนำไปสู่การป่วยซ้ำตามมา 3) ข้อจำกัดของยาทางจิตเวช เนื่องจากผลกระทบจากยาจิตเวช โดยเฉพาะผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ส่งผลทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดต่ำลง Corrigan et al. (2003 cited in Ziedonis, 2007)

การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆ พบว่าการประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สารุพร พุฒขาว, 2541) ดังนี้

1) การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด ข้อดีคือ ได้ข้อมูลที่ละเอียดกว่า ส่วนข้อจำกัด คือ ผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงกับความเป็นจริง แต่สามารถแก้ไขได้โดยการปรับปรุงข้อคำถามให้มีความชัดเจน

2) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วย โดยญาติหรือบุคลากรที่มสุขภาพจะสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยว่าสามารถปฏิบัติตามข้อกำหนดหรือแผนการรักษาได้ถูกต้องหรือไม่

3) การนับจำนวนเม็ดยา ประเมินจากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้ผู้ป่วย และจำนวนเม็ดยาที่เหลือเมื่อผู้ป่วยกลับมารับยาหรือเมื่อรับประทานยาไประยะหนึ่ง หากจำนวนที่เหลือมากกว่าที่ควรจะเป็นแสดงว่า ผู้ป่วยไม่ได้ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ข้อดีคือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป ข้อจำกัดคือ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความเป็นจริงหากผู้ป่วยทิ้งยา หรือเอายาให้ผู้อื่นรับประทานด้วย

4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่ การตรวจระดับยาในเลือด ในปัสสาวะ และสิ่งคัดหลั่งอื่นๆของร่างกาย ข้อจำกัด คือ การดูดซึมและการขับออกของยาในแต่ละคนแตกต่างกัน ความเข้มข้นของยาที่ตรวจพบไม่สามารถบอกได้ว่ารับประทานยาเท่าไรครบตามแผนการรักษาหรือไม่ และต้องใช้เครื่องมือที่ยุ่งยาก ต้องนำผลมาวิเคราะห์ภายหลัง วิธีนี้ไม่นิยมใช้

5) พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอเป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา

6) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการปฏิบัติของตนเอง (Self Report) ซึ่งวิธีนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนไม่ตรงกับความจริง

เพชรี คันธสายบัว (2544) สร้างแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างกับบุคลากรด้านสุขภาพจิตได้แก่ พยาบาลเฉพาะทางจิตเวช 2 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน และจิตแพทย์ 2 ท่าน มีคำถามหลักในการสัมภาษณ์ 2 ข้อ คือความครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทมีด้านไหนอย่างไร และพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำเป็นอย่างไร ครอบคลุมพฤติกรรมหลักอย่างไร มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .75 อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของเพชรี คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (5-point rating scale) ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือการปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อและความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา 9 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .63 และมีค่าความเที่ยง .83

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) เนื่องจากมีข้อคำถามครอบคลุมกับการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและวิจัยที่ต้องการวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้ยากับอาการทางจิต

จากการศึกษาพบว่า สาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการป่วยซ้ำ คือการไม่ร่วมมือในการรับประทานยา (Ayuso-Gutiérrez and Río Vega, 1997) สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson et al. (1983) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำใน 18 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 53ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้หยุดรับประทานยาทางจิตเวชเองและไม่มาพบแพทย์ตามนัด และการศึกษาของ Bartels et al. (1993) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทโรคที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์จะทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จึงน่าจะทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2.3 การเผชิญความเครียด (Stress coping)

ความหมายของการเผชิญความเครียด

Lazarus & Folkman (1984) กล่าวว่า การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามของบุคคล ที่จะจัดการกระทำกับตัวกระตุ้นที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย ซึ่ง บุคคลประเมินว่าทำให้เกิดการสูญเสีย ทำลาย หรือ คุกคาม เพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

การเผชิญความเครียด สามารถแบ่งตามจุดมุ่งหมายในการเผชิญเป็น 2 ลักษณะคือ

1. การจัดการกับอารมณ์ (Emotional – focused coping)
2. การมุ่งแก้ไขปัญหา (Problem – focused coping)

สรุปว่า การเผชิญความเครียด หมายถึง พฤติกรรม อารมณ์ และความพยายามที่บุคคลจะจัดการกระทำกับสิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เพื่อควบคุมสถานการณ์

ที่ทำให้เกิดความเครียด โดยแสวงหาหรือใช้แหล่งประโยชน์ของคนที่มืออยู่อย่างเต็มศักยภาพของตนเอง

รูปแบบพฤติกรรม coping ปัญหา Lazarus and Folkman (1984, pp. 150-153) ได้แบ่งพฤติกรรม coping ปัญหาออกเป็น 2 แบบ คือ

1. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหา (problem-focused coping) คล้ายกับกลวิธีที่ใช้สำหรับแก้ปัญหา เป็นวิธีที่ใกล้เคียงกับการแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ ได้แก่ การหาข้อมูลเพิ่มเติม การวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้น การเผชิญหน้ากับปัญหาอย่างท้าทาย การยอมรับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง รวมทั้งการนำเอาประสบการณ์ที่เคยใช้ได้ผลในอดีตมาร่วมแก้ไขปัญหาลงแล้วประเมินคุณค่า และผลตอบแทนที่จะได้รับ เพื่อที่จะเลือกวิธีการแก้ปัญหาที่ดีที่สุดมาใช้

2. พฤติกรรมการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ที่อารมณ์ (emotion-focused coping) เป็นวิธีการที่บุคคลพยายามที่จะจัดการกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียด โดยใช้การควบคุมอารมณ์และความรู้สึกที่เกิดขึ้น ไม่มีการแก้ไขปัญหามาเหตุของความเครียดโดยตรง Lazarus and Folkman เรียกวิธีนี้ว่า "การบรรเทา" เป็นการลดความกดดันที่เกิดขึ้นภายในจิตใจจนทำให้บุคคลสบายใจขึ้น วิธีการเผชิญปัญหาในลักษณะนี้ได้แก่

2.1 การเปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ใหม่ (cognitive reappraisal) การค้นหาข้อดีจากสถานการณ์นั้นใหม่ หรืออาจใช้กลไกทางจิต (defensive reappraisal) เช่น การปฏิเสธความจริง ซึ่งบิดเบือนความจริงและหลอกตัวเอง

2.2 การไม่ได้เปลี่ยนแปลงความหมายของสถานการณ์ เช่น เลือกลงใจความสนใจการหลีกเลี่ยงไม่คิดถึง

2.3 กลยุทธ์ทางพฤติกรรม เช่น การออกกำลังกาย การสะกดจิต การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์การระบายอารมณ์โกรธการแสวงหาการสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น ในการเผชิญปัญหานั้น บุคคลอาจใช้พฤติกรรม coping ปัญหามากกว่าหนึ่งวิธีในเวลาเดียวกัน หรือเมื่อเผชิญปัญหาเรื่องเดียวกันในเวลาหรือสถานการณ์ที่ต่างกันก็อาจมีการ ใช้พฤติกรรม coping ปัญหาแตกต่างกัน นอกจากนี้ความแตกต่างของการประเมินสถานการณ์ ก็มีผลต่อพฤติกรรม coping ปัญหาเช่นกัน นั่นคือ สถานการณ์ใดที่บุคคลประเมินว่าตนเองไม่สามารถจะเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ บุคคลจะใช้พฤติกรรม coping ปัญหาแบบจัดการกับอารมณ์มากขึ้น ส่วนสถานการณ์ที่บุคคลประเมินว่าสามารถแก้ไขได้ โดยอาจต้องมีการค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อนำมาแก้ปัญหานั้นบุคคลก็จะใช้พฤติกรรม coping ปัญหาแบบมุ่งแก้ที่ปัญหามากขึ้น

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเผชิญปัญหา (adaptational outcomes) Lazarus and Folkman (1984, pp. 181-221) จำแนกผลของการเผชิญปัญหา ซึ่งเป็นผลที่ได้จากการใช้พฤติกรรม coping ปัญหา อาจจะเป็นผลระยะสั้น หรือระยะยาว ไว้ 3 ด้าน คือ 1) ผลทางด้านสังคม (social functioning) เป็นผลของการปรับตัวต่อสถานการณ์ที่เป็นปัญหาหรือก่อให้เกิดความเครียด ซึ่งเกิดจากการตอบสนองตามบทบาทของตน เช่น บทบาทของพ่อแม่ สามี ภรรยา หรือนายจ้าง และการที่บุคคลมีสัมพันธภาพที่น่าพึงพอใจกับบุคคลอื่น 2) ผลทางด้านจิตใจ (moral) เกี่ยวข้องกับเรื่องของบุคคลว่ารู้สึกอย่างไรกับตนเอง และรู้สึกอย่างไรกับสภาพชีวิตของตน 3) ผลทางสุขภาพร่างกาย

(somatic health) มีผลสามารถตอบสนองความต้องการของสุขภาพร่างกายหรือทำให้สุขภาพของบุคคลนั้นทรุดโทรมลง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมและการเผชิญปัญหา Lazarus and Folkman (1984, pp. 157-164) กล่าวว่า การที่บุคคลจะประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหาให้ได้ผลดีนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือสิ่งเอื้ออำนวยต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคลโดยได้จำแนกปัจจัยต่างๆ ได้แก่ 1) ภาวะสุขภาพและพลังงาน (health and energy) ในบุคคลที่ร่างกายอ่อนแอ อ่อนเพลีย เจ็บป่วย ซึ่งบุคคลที่มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์จะมีความสามารถในการแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากกว่า 2) ความเชื่อในทางบวก (positive beliefs) ความเชื่อในทางบวกมีอิทธิพลต่อการรับรู้ และการประเมินค่าสถานการณ์ 3) ทักษะในการแก้ปัญหา (problem-solving skill) คนที่มีทักษะดีมีความคิดอย่างมีเหตุผล สามารถวิเคราะห์สถานการณ์และแสวงหาข้อมูลเพื่อจัดการกับปัญหาได้ตามความเป็นจริงและสามารถเลือกวิธีที่เหมาะสม 4) ทักษะทางสังคม (social skill) เป็นความสามารถของบุคคลในการสื่อสาร สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อขอความร่วมมือและขอความช่วยเหลือเป็นการเพิ่มศักยภาพในการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลจัดการกับปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่ขาดทักษะด้านนี้ 5) แหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) บุคคลที่ได้รับความช่วยเหลือประคับประคองทั้งด้านอารมณ์และข้อมูลต่าง ๆ จากบุคคลใกล้ชิด ครอบครัว เพื่อนและสังคมอย่างแท้จริง จะทำให้บุคคลเผชิญปัญหาได้ดี 6) ปัจจัยทางวัตถุ (material resource) หมายถึง การมีทรัพย์สินเงินทองเป็นทุนสำรอง หรือมีคนช่วยเหลือเรื่องการเงิน สิ่งของ อุปกรณ์ ย่อมช่วยให้บุคคลมีทางเลือกในการเผชิญปัญหาได้หลายวิธีมากขึ้น

การประเมินการเผชิญความเครียด

การประเมินการเผชิญความเครียด คือ การประเมินว่าบุคคลสามารถจัดการและรับมือกับสถานการณ์กดดันต่างๆที่ทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้มากน้อยเพียงใด โดยประเมินจากสิ่งที่บุคคลคิดหรือกระทำในช่วงระยะที่บุคคลเกิดความเครียดต่อการกลับไปใช้ยาเสพติด Litman (1979) อังใน เธิร์ชชัย งามทิพย์วัฒนา (2549) เสนอว่าพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่ช่วยป้องกันการเสพติดซ้ำ คือ การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติด และแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคมเมื่อเผชิญกับความรู้สึกลอยล้าการใช้สารเสพติด ในส่วนของกระบวนการคิดการเผชิญความเครียด คือ การคิดถึงผลด้านลบของการกลับไปใช้สารเสพติด และคิดถึงผลด้านบวกจากการเลิกใช้ บุคคลที่ได้รับการฝึกทักษะในการเผชิญความเครียด และสามารถนำทักษะมาใช้ในการแก้ปัญหาและจัดการกับความเครียดของตนเอง ย่อมทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถแห่งตนมากขึ้น และมีความสามารถในการเผชิญความเครียดได้มากยิ่งขึ้น

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ของจารุวรรณ จินตามงคล (2541) ได้แปลมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) ซึ่งประกอบด้วยข้อคำถาม 40 ข้อ

ความสัมพันธ์ของการเผชิญความเครียดกับอาการทางจิต

การเผชิญความเครียดของผู้ป่วยโรคจิตเภท สัมพันธ์กับ ปัจจัยอ่อนแอในการเผชิญความเครียด (vulnerability-stress model) ชูบินและสปริง (อังใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

เชื่อว่าอาการกำเริบของอาการทางจิต (Relapse) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีลักษณะอ่อนแอด้านจิตใจ และยังรู้สึกไม่เชื่อมั่นในตัวเองส่งผลให้พร่องทางด้านสังคม (Lecomte, 2005)

ความสามารถในการเผชิญความเครียดที่จะจัดการกับสถานการณ์ต่างๆได้ ถ้าความสามารถนั้นต่ำก็จะไม่สามารถแก้ความเครียดนั้นได้ ซึ่งความสามารถในการเผชิญความเครียดนี้อาจเรียกได้ว่าเป็นปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล จึงถูกนำมาใช้ในการอธิบายบริบทเฉพาะในเรื่องของทักษะการเผชิญความเครียด และปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วยความสามารถในการเผชิญความเครียดของครอบครัวและรูปแบบความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้านจิตสังคม จะสัมพันธ์กับปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล และส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททำให้มีอาการทางจิตกำเริบและนำไปสู่การประเมินสิ่งที่เข้ามาในชีวิตไม่ได้ มีผลต่อกระบวนการเผชิญความเครียดที่ไม่มีประสิทธิภาพทั้งหมดเป็นปัจจัยสำคัญ ที่อธิบายความเสี่ยงหรือความอ่อนแอของผู้ป่วย (vulnerability factor) ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ที่มีความแตกต่างจากคนทั่วไปอย่างชัดเจน และทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงในการเผชิญความเครียดล้มเหลวมากกว่าคนทั่วไป ดังนั้นพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จึงน่าจะทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้

3.3 ปัจจัยปกป้องแวดล้อม

3.3.1 การสนับสนุนทางสังคม

ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

Cohen & Wills (1985) การสนับสนุนทางสังคมมีพื้นฐานมาจากการศึกษาทางสังคมและจิตวิทยา ซึ่งพบว่า การสนับสนุนทางสังคม คือปัจจัยทางจิตสังคม ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัย ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดความรู้สึกต่อกัน เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและภาวะสุขภาพของมนุษย์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ

Pender (1996) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ กับภาวะสุขภาพ ความผาสุก การยอมรับ ความรัก ความพอใจ ความรู้สึกเป็นเจ้าของ คุณค่าและความต้องการส่วนตัว

แบรนท์ และไวเนอร์ท (Brandt & Weinert, 1985) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเป็นความสัมพันธ์ที่เกิดจากการทำหน้าที่ของบุคคลในครอบครัวและสังคม โดยมีการสนับสนุนกันในด้านต่างๆ เช่น ความรักความผูกพันที่ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัยและอบอุ่น และเป็นการช่วยเหลือรูปแบบต่างๆ รวมทั้งการได้รับคำแนะนำ การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ความมีคุณค่าของตนเอง รวมถึงการเอื้อประโยชน์แก่ผู้อื่น

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการช่วยเหลือ ความสนใจ ความรักจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนและบุคลากรทางทีมสุขภาพ ในด้านต่างๆที่ทำให้บุคคลมีความสุข ลดความเครียดและวิตกกังวล และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ตวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร แรงงาน การได้รับความกำลังใจจากบุคคลในกลุ่มสังคมต่างๆ

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่รับรู้ต่อการได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ การแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกัน จากครอบครัว บุคคลที่ใกล้ชิด

จากหน่วยงานต่างๆ จากการที่บุคคลทางด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมให้บุคคลในมี มีความสุข ลด ความเครียด และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม 4 ชนิด ดังนี้

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การให้ความรัก เอาใจใส่ เห็นอกเห็นใจ และ ยอมรับนับถือ
2. การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวทาง ปฏิบัติหรือทางเลือกเพื่อแก้ปัญหาของตน
3. การสนับสนุนด้านสื่อ คือ การช่วยเหลือเรื่องเงิน สิ่งของ เวลา แรงงาน
4. การสนับสนุนด้านการประเมินตัดสิน คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับไปประเมินตนเอง ให้เกิดความมั่นใจ

หน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม

Pender (1996) กล่าวว่า หน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้

- 1) หน้าที่การสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ โดยให้ใน สิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และให้การประคับประคองจิตใจ
- 2) หน้าที่ให้คำแนะนำ เพื่อให้บุคคลบรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
- 3) หน้าที่ให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยจะประเมินสิ่งที่บุคคลทำไป เพื่อทำให้เกิดการ พัฒนาปรับปรุงตัวเอง

ระดับของการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ระดับ (Gottlieb อ้างใน จริยา วัตร คมพยัคฆ์, 2531)

1. ระดับกว้าง (macro level) เป็นการพิจารณาถึงการเข้ามามีส่วนร่วมในสังคม อาจวัดได้จากความสัมพันธ์กับสถาบันในสังคม การเข้าร่วมกลุ่มต่างๆ และการดำเนินชีวิตในสังคม
2. ระดับกลุ่มเครือข่าย (mezzo level) เป็นการมองที่โครงสร้างและหน้าที่ของ เครือข่ายทางสังคมด้วยการวัดอย่างเฉพาะกับกลุ่มบุคคลที่มีสัมพันธ์ภาพกันอย่างสม่ำเสมอ เช่น กลุ่ม เพื่อน ชนิดของการสนับสนุนระดับนี้ คือ การให้คำแนะนำ การช่วยเหลือด้านวัตถุ ความเป็นมิตร และการสนับสนุนทางด้านอารมณ์
3. ระดับใกล้ชิด (micro level) เป็นการพิจารณาความสัมพันธ์ของบุคคลที่มีความ ใกล้ชิดสนิทสนมกันมากที่สุด แหล่งการสนับสนุนในระดับนี้ได้แก่ คู่สมรส บุตร สมาชิกใน ครอบครัว

การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Cronenwett (1985) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วยการสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบ พฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุสิ่งของ เงินหรือแรงงาน

ศิริรภา นันทพงศ์ (2542) ประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนทาง สังคม 11 แหล่งได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านหรือเพื่อน

ร่วมงาน บุคลากรด้านสาขาวิชาชีพ พระหรือนักบวช หน่วยบริการที่จัดในชุมชน ให้ความช่วยเหลือกันและกัน และกลุ่มอื่นๆ เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .97

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981 cited in Tilden, 1985) เป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ เป็น 3 ด้านคือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและ การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งครอบคลุมการสนับสนุนทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านคือการสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสารและ การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร

ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับอาการทางจิต

จากการศึกษาของไพลิน ปรัชญคุปต์ (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว พบว่า หากครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้ สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย (2547) ศึกษาปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิต และมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ดังนั้นการสนับสนุนทางสังคมจึงน่าจะทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้

3.3.2 การทำหน้าที่ของครอบครัว

ความหมายการทำหน้าที่ของครอบครัว

ตามพจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พุทธศักราช 2525 ได้ให้คำนิยามครอบครัวว่า หมายถึง ผู้ร่วมครัวเรือน คือสามี ภรรยา และบุตร เป็นต้น

สมชาย จักรพันธ์ (2537) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า บุคคลสองคนหรือมากกว่านั้นมาอยู่รวมกัน และมีความเกี่ยวพันทางสายเลือด (blood) การแต่งงาน (marriage) หรือการอุปถัมภ์ (adoption) ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคม หน่วยแรกที่ทุกคนต้องเป็นสมาชิกตั้งแต่เกิดไปจนตาย สถาบันนี้นอกจากทำหน้าที่ในโครงการสังคมแล้วยังทำหน้าที่ในการสืบทอดทางประเพณีวัฒนธรรม

อุมาพร ตรังคสมบัติ (2544) ได้ให้ความหมายของครอบครัวไว้ว่า เป็นหน่วยพื้นฐานของชีวิต เป็นสถาบันที่จำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาบุคคลให้ก้าวไปสู่ความเป็นมนุษย์ที่สมบูรณ์ โดยผ่านประสบการณ์แห่งการอยู่ร่วมกัน แบ่งปันกัน ช่วยเหลือเกื้อกูลกัน ทั้งระหว่างบุคคลภายในครอบครัวและระหว่างบุคคลกับสังคมภายนอก

สรุปได้ว่าครอบครัวเป็นหน่วยหนึ่งของสังคม ที่เล็กที่สุดซึ่งประกอบไปด้วยบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป มาอยู่รวมกันเป็นครอบครัวเดียวกันมีความสัมพันธ์กันทางกฎหมาย ทางสายเลือดมีการปฏิสัมพันธ์กันในฐานะสามีภรรยา มีความรักความผูกพันซึ่งกันและกัน และที่สำคัญสมาชิกในครอบครัวจะรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัว

การทำหน้าที่ของครอบครัวมีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตของสมาชิกในครอบครัว เพื่อให้สมาชิกอยู่ร่วมกันด้วยความสุข มีความรักใคร่ ห่วงใย ผูกพัน และเอื้ออาทรต่อกัน มีผู้ให้ความหมายของการปฏิบัติหน้าที่ครอบครัวไว้พอสรุปได้ดังนี้

สุพัตรา สุภาพ (2536) ได้รวบรวมหน้าที่ของครอบครัวไว้ดังนี้

1. สร้างสมาชิกใหม่ (reproduction) เพื่อให้สังคมสามารถดำรงอยู่ได้ ซึ่งหน้าที่ที่จำเป็นมาก เพราะว่าสังคมจะต้องมีสมาชิกใหม่แทนสมาชิกเดิมที่หายไป
2. บำบัดความต้องการทางเพศ (sexual gratification) จะเป็นในลักษณะของการสมรสเป็นการลดปัญหาทางเพศ และเป็นวิธีหนึ่งที่สังคมเข้าควบคุมให้ความสัมพันธ์อยู่ในขอบเขต
3. เลี้ยงดูผู้เยาว์ให้เติบโตขึ้นในสังคม (maintenance of immature children or raising the young) ซึ่งหน้าที่นี้สำคัญมากต่อระบบการพัฒนาทางร่างกายและจิตใจของเด็กโดยครอบครัวจะเป็นสถานที่ซึ่งเลี้ยงดูเด็กให้เป็นคนที่เจริญเติบโตโดยสมบูรณ์
4. ให้การขัดเกลาทางสังคม (socialization) ครอบครัวจะเป็นแหล่งอบรมเบื้องต้นที่มีอิทธิพลต่อเด็กมากที่สุด เป็นหน่วยที่เตรียมเด็กให้ออกไปเผชิญกับสิ่งแวดล้อมให้รู้จักกฎเกณฑ์ ค่านิยม แบบของความประพฤติที่ดีงาม ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมในสังคมได้
5. กำหนดสถานภาพ (social placement) ของบุคคลซึ่งเราได้ชื่อสกุลจากครอบครัวทำให้รู้ว่าเป็นใคร อยู่ กลุ่มไหน
6. ให้ความรักความอบอุ่น (affection) ครอบครัวเป็นแหล่งที่สมาชิกได้รับความรัก ความอบอุ่นอย่างบริสุทธิ์ใจ ให้ความคุ้มครอง ความมั่นคงทางจิตใจแก่สมาชิก ทำให้สมาชิกมีพลังใจ ฝ่าฟันอุปสรรคต่างๆ ให้ลุล่วงไปได้ มีกำลังใจการดำเนินชีวิตในสังคมได้เหมาะสมกัน

การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว

1. การประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว ทำได้โดยการสัมภาษณ์ครอบครัวและสังเกตวิธีที่ครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กัน ปัจจุบันมีการพัฒนาเครื่องมือหลายอย่างเพื่อช่วยให้การประเมินเป็นไปอย่างมีมาตรฐาน เครื่องมือแบ่งได้เป็น 2 แบบ คือ

2. เครื่องมือประเมินแบบ Structured interview เป็นแบบสัมภาษณ์ครอบครัวในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วยคำถามที่มีรูปแบบแน่นอน เช่น McMaster Structured Interview of Family Functioning (McSIFF) โดยผู้ประเมินจะสัมภาษณ์สมาชิกของครอบครัว สังเกตปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในขณะที่สัมภาษณ์และอาจมีการมอบหมายให้ครอบครัวทำงานบางอย่างร่วมกันเพื่อสังเกตปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกที่มีต่อกันได้ชัดเจนขึ้น

แบบสอบถามหรือแบบวัด เป็นเครื่องมือที่ให้ครอบครัวประเมินตนเอง ได้แก่ แบบวัด Family Adaptability and Cohesive Evaluation Scales (FAD) เป็นแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามแนวคิดแมคมาสเตอร์ที่สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้างภาพรวมครอบครัว และแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยแบ่งออกเป็นครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ดีและครอบครัวที่ทำหน้าที่ได้ไม่ดี ประกอบด้วย ข้อคำถามเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยตรง จำนวน 60 ข้อโดยให้สมาชิกของครอบครัวตอบแบบสอบถามเอง เครื่องมือนี้ถูกนำมาใช้อย่างแพร่หลายในต่างประเทศ สำหรับประเทศไทย อุมภาพร ตรังคสมบัติ (2544) พบว่ามีหลายข้อถาม

ที่ไม่เหมาะสมกับสภาพชีวิตของคนไทยจึงได้สร้างแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวตามกรอบแนวคิดของแมคมาสเตอร์เช่นเดียวกันใช้ชื่อว่า จุฬาลงกรณ์แฟมิลีอินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory [CFI]) มีข้อคำถามจำนวน 36 ข้อ แบบประเมินดังกล่าวช่วยให้เข้าใจความรู้สึกนึกคิดของสมาชิกที่มีต่อครอบครัวดียิ่งขึ้น (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ในการทำหน้าที่ครอบครัวด้านการแก้ปัญหา ด้านของการสื่อสาร บทบาทที่ได้รับในการดูแล มีการแสดงออกถึงการตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ ตลอดจนการควบคุมพฤติกรรมและการทำหน้าที่ทั่วไปในการทำหน้าที่ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ซึ่งดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device : FDA) ตามแนวคิดMcMaster (McMaster Model of Family Functioning) ที่พัฒนาโดย Epstein และคณะ (1984)

ความสัมพันธ์ของการทำหน้าที่ของครอบครัวกับอาการทางจิต

จากแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวแบบเซอร์คัมเพล็กซ์ (Circumplex Model) ของ (Samuel T, 2002) แนวคิดนี้จะประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวใน 3 ด้าน คือ 1) ความผูกพันทางด้านอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน 2) ความสามารถของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บทบาท และสัมพันธภาพเพื่อการตอบสนองต่อสถานการณ์และความเครียดที่เกิดขึ้น และ 3) การสื่อสารภายในครอบครัว การทำหน้าที่ของครอบครัวแบบเซอร์คัมเพล็กซ์ชี้ให้เห็นว่าถ้าครอบครัวไหนมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกัน และการปรับเปลี่ยนโครงสร้าง บทบาทเพื่อตอบสนองต่อสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นได้ดีจะมีการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในภาวะที่สมบูรณ์ และในขณะเดียวกันครอบครัวไหนมีความผูกพันทางด้านอารมณ์ซึ่งกันและกันสูงมากหรือต่ำมาก จะสะท้อนถึงการทำหน้าที่ได้ไม่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะทำให้เกิดภาวะเสี่ยงในการกลับป่วยซ้ำของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทได้เช่นกัน ดังนั้นการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงน่าจะทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้

3.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม

3.4.1 การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

ความหมายการแสดงอารมณ์ในครอบครัว

Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง อารมณ์และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความชื่นชม และการแสดงความอบอุ่น ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งปรับเปลี่ยนจนเป็นมาตรฐานในการศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก ดังนี้

1. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ประกอบด้วย

1.1 การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) หมายถึง การใช้คำพูด หรือการใช้น้ำเสียงที่แสดงออกถึงความไม่พึงพอใจหรือขุ่นเคือง หรือไม่เห็นชอบ ต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.2 การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement) หมายถึง การแสดงความเป็นห่วง กังวล ความเสียสละ การเอาใจใส่ โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไป

1.3 การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) หมายถึง การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในเรื่องอื่น ๆ ไม่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ญาติจะวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยโดยทั่ว ๆ ไปอย่างไม่รู้ตัว (Generalization of Criticism) เช่น “เขาเป็นคนที่ไม่มีประโยชน์ ไม่มีน้ำใจ สกปรก ไม่มีระเบียบ” (Brown et al., 1972) นอกจากนี้ยังหมายถึง การที่ญาติไม่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง

2. การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ประกอบด้วย

2.1 การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) หมายถึง การแสดงออกถึงความห่วงใย ความเข้าใจ และความสนใจ ในตัวผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงและกริยาท่าทางที่เป็นธรรมชาติ

2.2 การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) หมายถึง การแสดงออกถึงความพอใจ เห็นชอบ การยกย่องชมเชย และการแสดงความขอบคุณ ต่อคำพูดหรือพฤติกรรมของผู้ป่วย

การศึกษาของ Left and Vaughn (1981) พบว่า ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบจะมีการแสดงออกทางใน 2 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Over Involvement) รวมถึงการแสดงความเป็นมิตร โดยขยายความต่อว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูงหรือลบใน 2 รูปแบบดังกล่าว จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบของผู้ดูแล ได้แก่

1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความพยายามที่จะเข้าไปก้าวก่ายในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยจะถามบ่อยครั้ง และซ้ำ ๆ เพื่อต้องการรู้เรื่องของผู้ป่วยในทุกเรื่อง หรือพยายามบอกเชิงตำหนิ และตรวจตราผู้ป่วยทำในสิ่งที่ตนต้องการ

2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อผู้ป่วยจิตเภท (Highly emotional response to patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้ และมีการแสดงอารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ ที่อาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยเสียใจ เช่น การแสดงความโกรธ ความเครียด ขาดความอดทนและตำหนิ เป็นต้น

3. การมีทัศนคติด้านลบต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) หมายถึง การที่ผู้ดูแลมีความสงสัย มีความคิดเคลือบแคลง ต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึง ตำหนิผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะต่างๆ เช่น สงสัยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจริงหรือไม่ เป็นต้น

4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีการคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการอดทนกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการสูญเสียความสามารถทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับ

การมีความคาดหวัง อย่างเกินความเป็นจริงว่า ผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับบุคคลทั่วไป

Bulzlaff and Hooley (1998) ให้ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์ ว่าเป็นสภาพแวดล้อมด้านครอบครัว ที่ผู้ดูแลแสดงต่อผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะแสดงอารมณ์ในด้าน การวิพากษ์วิจารณ์ หรือการแสดงความเป็นมิตร หรือการแสดงความรู้สึกผ่านทางอารมณ์ที่มากกว่าเกินไป

Humbeeck et al. (2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ เป็นสิ่งที่แสดงถึงคุณภาพบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสำคัญ ต่อผู้ป่วยหรือผู้ที่ดูแลใกล้ชิดผู้ป่วย

Kim and Miklowitz (2004) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ มีความเกี่ยวข้องกับ การแสดงความเป็นมิตร การวิพากษ์วิจารณ์ และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป เกิดจากทัศนคติของผู้ดูแลในครอบครัวจิตเภทที่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย

เพชรี คันธสายบัว (2544) ให้ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว เป็นการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่ประกอบด้วยการแสดงออกทางด้านลบของครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยการตำหนิผู้ป่วย ไม่ยอมรับผู้ป่วย การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย และการที่ญาติมีความเป็นห่วงผู้ป่วยมาก

Humbeeck et al.(2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์เป็นสิ่งที่แสดงบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ให้ความหมาย การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง การแสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึกของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้น การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว หมายถึง ท่าทาง การแสดงอารมณ์ความรู้สึก ทัศนคติ ที่ผู้ใกล้ชิดมีต่อผู้ป่วย

การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

จากการทบทวนรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบวิธีการ ประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

Camberwell Family Interview (CFI) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interview) ที่ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถูกสร้างโดย Brown and Birley (1972) ซึ่งเป็นการวัดโดยสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (Key Relatives) มาสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง 45 นาที ในขณะที่สัมภาษณ์ จะต้องสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแล หลังสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะต้องทำการถอดเทปและให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด 5 หมวด ได้แก่ Critical Comments, Hostility, Emotion Over-involvement, Warmth, Positive Remarks และแปรผลเป็น 2 กลุ่ม คือการแสดงออกทางอารมณ์สูง (High expressed emotion) และกลุ่มที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low expressed emotion)

The Level of expressed Emotion (LEE) เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดย Cold and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) โดยประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ตามรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท มีความครอบคลุม การแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และมีความคาดหวังสูงร่วมกับความอดทนต่ำต่อผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามมีลักษณะ ในการเลือกตอบ 1 คำตอบ จากข้อคำถามที่ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะ ๆ ละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ

ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Brown and Birley (1972) มีความครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดง ความไม่เป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ และต้องใช้การสังเกตขณะสัมภาษณ์ร่วมด้วย

เพชร คันธสายบัว (2544) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวของ เชษฐี พงษ์อนุตรี (2536) ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพจิตที่มีประสบการณ์ ร่วมการศึกษาเอกสาร งานวิจัยและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง แล้วนำประเด็นให้ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป โดยนำมาใช้ประเมินผู้ดูแลในครอบครัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ภรดีไชย ไชยสิน (2545) นำเรื่องมาพัฒนาจากแบบสัมภาษณ์ของสมาชิกในครอบครัวของ ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) โดยมีความครอบคลุมทั้ง 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป และใช้เปอร์เซ็นต์ไทล์เป็นจุดตัดของค่าคะแนน การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วย ออกเป็น 2 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับต่ำ

Sunpaveerawong (2006) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 10 ราย มีการบันทึกเทปและถอดคำพูดผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 7 ด้าน ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร การแสดงความเป็นมิตร การควบคุมทางอารมณ์ และความเห็นห่างของอารมณ์

ชนิษฐา สุขทอง (2554) ได้นำเครื่องมือของ Dr. Shahe S. Kazarian นำมาแปลเป็นภาษาไทย ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดย Cold and Kazarian (1988) พัฒนาขึ้นตามแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) โดยมีการปรับข้อคำถามในฉบับแปลเป็นไทย โดยผู้เชี่ยวชาญ เพื่อให้สอดคล้องกับ

ต้นฉบับ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตามความเป็นจริงครอบคลุมการ แสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะ ดังนี้ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การ ตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมี ความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท

ชินานานู จิตตารมย์ (2545) ที่สร้างและดัดแปลงจากแนวคิดของ Gordom(2000) ค่าความเที่ยง .88 วัดพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว โดยแยกรายด้วย 4 ด้านคือ ด้านการฟัง การ สื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตน การสื่อสารร่วมกันแก้ปัญหา และด้านพื้นฐานการเข้าใจบุคคล

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออก ทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaweravong (2006) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งครอบคลุม องค์ประกอบการแสดงอารมณ์ 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) การแสดงความ ผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้าน บวก ได้แก่ การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร (Warmth) เครื่องมือเป็นแบบการประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 34 ข้อ

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) เนื่องจากมีข้อคำถามครอบคลุมกับองค์ประกอบการแสดงอารมณ์ทั้งด้าน บวกและด้านลบ เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัด

ความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวกับอาการทางจิต

พิริยาภรณ์ เชื้อหอม (2548) ศึกษาพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 55.14 มีพฤติกรรมการ สื่อสารในครอบครัวโดยรวมระดับไม่ดี Brown et al. (1972) ศึกษาเกี่ยวกับ การแสดงออกทาง อารมณ์ (Expressed Emotion) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการ กำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 9 เดือนและได้ กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีโอกาสกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 58

3.4.2 การใช้สารเสพติด

หมายถึง การใช้สารใดสารหนึ่งเกินจำเป็น(Excessive use drug) อาจใช้เป็นครั้ง แรก หรือต่อเนื่องก็ได้ อย่างน้อยที่สุดไม่ต่ำกว่า 1 เดือนโดยทำให้เกิดผลที่ใช้ ผลทางการแพทย์หรือ การรักษาซึ่งเป็นที่ยอมรับกัน

ประเภทของสารเสพติด

การแบ่งประเภทของสารเสพติด ได้มีการจัดแบ่งออกเป็นประเภทต่างๆ ตามกฎหมาย องค์การอนามัยโลก และการออกฤทธิ์ดังนี้

1. การแบ่งสารเสพติดตามกฎหมาย กฎหมายมาตรา 7 พระราชบัญญัติยาเสพติด ให้โทษ พ.ศ. 2522 แบ่งสารเสพติดให้โทษออกเป็น 5 ประเภท ดังต่อไปนี้

ประเภทที่ 1 สารเสพติดให้โทษชนิดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน

ประเภทที่ 2 สารเสพติดให้โทษทั่วไป เช่น มอร์ฟีน โคเคอีน และฝิ่น

ประเภทที่ 3 สารเสพติดให้โทษที่มีสารเสพติดให้โทษประเภท 2 เป็นส่วนผสมอยู่ด้วยตามที่ได้ขึ้นทะเบียนไว้ในตำรับยาไว้มาตรา 43 เช่น แก๊สไอผสมโคเคอิน

ประเภทที่ 4 สารเสพติดที่ใช้ในการผลิตสารเสพติดให้โทษประเภทที่ 1 หรือประเภทที่ 2 อะเซททิลแอนไฮไดรด์ อะเซททิลคลอไรด์

ประเภทที่ 5 สารเสพติดให้โทษที่มีได้อยู่ในประเภทที่ 1-4 เช่น กัญชากระท่อม

2. การแบ่งสารเสพติดตามองค์การอนามัยโลก องค์การอนามัยโรคได้แบ่งสารเสพติดเป็น 9 ประเภทดังนี้

2.1 ฝิ่น (Opiate or Morphine) ได้แก่ ฝิ่น ผลิตผลจากฝิ่น มอร์ฟีน อนุพันธ์ของมอร์ฟีน และสารสังเคราะห์ที่มีผลคล้ายมอร์ฟีน คือ เฮโรอิน เพซิดีน เมทาโดน เป็นต้น

2.2 บาร์บิทูเรท (Barbiturate type) ได้แก่ ยาระงับประสาท ยานอนหลับ รวมทั้งยาที่มีฤทธิ์ทำนองเดียวกัน ได้แก่ พาราตีไฮด์ โบรไมด์ คลอโรลไฮเดรต เมโทรบามेट เป็นต้น

2.3 แอลกอฮอล์ (Alcohol type) ได้แก่ อีทานอล (ethanol) หรือเอทิลแอลกอฮอล์ เช่น เหล้า เบียร์ ไวน์ บรั่นดี วิสกี้ รวมทั้งกระแฉะ น้ำตาลเมา

2.4 แอมเฟตามีน (Amphetamine type) ได้แก่ ยากระตุ้น ยาแก้หวัด ยาขยัน ยาม้า

2.5 โคเคน (Co-cain) หรือสารที่เตรียมจากโคเคน

2.6 กัญชา (Cannabis or Marijuana)

2.7 แคท (Khat type) ใบกระท่อม (Kartom) กระตุ้นจิตประสาทให้ทำงานเพิ่มขึ้น

2.8 ประเภทกล่อมประสาท (Hallucinogen type) ทำให้เกิดอาการประสาทหลอน เช่น ลีเซอร์จิก เอซิค ไดเอทิลามาไมด์ (Lysergic acid Diethylamide) หรือเรียกย่อๆว่า LSD และลำโพง

2.9 ประเภทอื่นๆ ประเภทอื่นๆที่ไม่สามารถจัดเข้ากลุ่มได้ เช่น เบนซิน กาว ทินเนอร์

3. การแบ่งสารเสพติดตามการออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท

แบ่งออกเป็น 4 ประเภทดังนี้

3.1 กดประสาท (Depressants) สารประเภทนี้มีฤทธิ์กดศูนย์ควบคุมการหายใจในสมองและประสาทที่ควบคุมการทำงานของอวัยวะบางอย่างของร่างกาย ได้แก่ ฝิ่น มอร์ฟีน เฮโรอิน และ เซคโคนาล (เหล้าแห้ง)

3.2 กระตุ้นประสาท (Stimulant) ได้แก่ พวกแอมเฟตามีน (ยาบ้า ยาขยัน) มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทสมองส่วนกลาง ทำให้อารมณ์เปลี่ยนแปลง และมีฤทธิ์กระตุ้นการเต้นของหัวใจด้วย

3.3 หลอนประสาท (Hallucinogen) ทำให้การรับรู้เสียไป เกิดอาการหลอนหรือแปลภาพผิด ได้แก่ ลำโพง แอลเอสดี

3.4 ออกฤทธิ์หลายอย่าง คือ ออกฤทธิ์ทั้งกด กระตุ้นและหลอนประสาท ได้แก่ กัญชา กระท่อม ใช้น้อยๆจะกระตุ้นประสาท ใช้นามากขึ้นจะกดประสาท ถ้าใช้นามากขึ้นไปอีกจะเกิดประสาทหลอน ทางกรมแพทย์จะใช้การออกฤทธิ์ต่อจิตประสาทเป็นหลักในการรักษาพยาบาล

สาเหตุที่ทำให้เกิดปัญหาการติดสารเสพติด

การติดสารเสพติดของบุคคล พบว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆหลายประการ ทั้งภายในตัวบุคคลและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ปัจจัยดังนี้

1. ด้านร่างกาย (Physical) ปัญหาทางด้านร่างกายที่ส่งผลให้บุคคลมีการติดสารเสพติด สามารถแยกแยะได้ดังนี้

1.1 ลักษณะทางกรรมพันธุ์ เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งเสริมให้คนติดสารเสพติดได้ การติดง่ายหรือยากขึ้นอยู่กับปฏิกิริยาต่อชนิดและขนาดของสารเสพติดชนิดต่างๆ ของบุคคลที่มีความแตกต่างกัน รวมทั้งปฏิกิริยาการแพ้ การเผาผลาญในร่างกายที่ต่างกันด้วย ดังนั้นบุคคลที่ได้รับสารเสพติดแต่ละบุคคลจึงมีโอกาสติดสารเสพติดได้เหมือนกัน

1.2 ผลจากการกระทำของแพทย์ ปัจจัยนี้จะพบในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยยาที่มีฤทธิ์สามารถทำให้เกิดการติดยาได้ โดยแผนการรักษาให้ยาต่อเนื่องยาวนาน เช่น ยาระงับปวด เช่น มอร์ฟีน ยานอนหลับ และ Valium มีโอกาสทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดยาที่ใช้รักษาได้

1.3 ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วยของบุคคลอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้บุคคลต้องใช้สารเสพติดเพื่อเป็นการรักษาหรือลดอาการให้กับตนเอง โดยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น ซื้อมารับประทานเอง รับประทานยาเกินคำสั่งแพทย์ สามารถทำให้ผู้ใช้เกิดการติดยาได้

2. ด้านจิตใจ(Phycho-affective) ปัญหาการติดสารเสพติดนี้จัดว่าเป็นสาเหตุมาจากภายในบุคคล เป็นการใช้สารเสพติดเพื่อการแก้ปัญหาบางอย่างของจิตใจและอารมณ์ สามารถแยกได้ดังนี้

2.1 ใช้เพื่อลดความเครียดในการทำงาน หรือเพื่อการดำรงชีวิตในชีวิตประจำวัน การดำเนินชีวิตของบุคคลที่แตกต่างกัน ทำให้เกิดความเครียดจากสภาวะแวดล้อมที่ต่างกัน เช่น กลุ่มกรรมกรผู้ใช้แรงงาน การคบกับกลุ่มเพื่อนที่มีพฤติกรรมใช้สารเสพติด เป็นต้น จัดเป็นปัจจัยที่เอื้ออำนวยให้บุคคลมีโอกาสติดสารเสพติดได้

2.2 การขาดความรู้สึกผูกพันในครอบครัว เป็นผลมาจากสภาพครอบครัวที่ไม่มีความสุข ขาดการสื่อสารที่เหมาะสม ขาดการแสดงออกของอารมณ์ ความรัก ความเข้าใจต่อกัน ทำให้เกิดการใช้สารเสพติด และติดสารเสพติด ได้ในที่สุด

2.3 บุคลิกภาพส่วนบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานของบุคคลที่เป็นผลมาจากการเลี้ยงดู ให้มีพัฒนาการทางบุคลิกภาพที่บกพร่อง เช่น เป็นบุคคลปรับตัวยาก บุคลิกภาพพึ่งพาสูง มีความเก็บกด เป็นบุคลิกที่มีความคับแค้นใจ เป็นต้น ทำให้บุคคลอาจมีการตัดสินใจเลือกใช้วิธีการในการดำรงชีวิตที่ไม่เหมาะสมได้ เช่น การใช้สารเสพติด

3. ด้านสังคม(Social) สภาพสังคมจัดเป็นปัจจัยที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่ง มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของบุคคลในสังคม สังคมที่จัดเป็นแหล่งส่งเสริมให้บุคคลมีการใช้และติดสารเสพติดเช่น

3.1 กลุ่มเพื่อน จัดว่าเป็นกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อการใช้สารเสพติดของบุคคล เช่นกลุ่มวัยรุ่น นอกจากพัฒนาการตามวัยที่มีความอยากรู้อยากลองแล้ว ความต้องการการยอมรับในกลุ่มเพื่อนเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจใช้สารเสพติดได้ ถ้ากลุ่มเพื่อนมีการใช้อยู่ก่อนแล้ว

3.2 ครอบครัว สภาพครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น เช่น ครอบครัวแตกแยก การหย่าร้าง การตายจากของบิดามารดา การทะเลาะวิวาทภายในครอบครัว เช่น พื้นฐานด้านพัฒนาการทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่นำไปสู่การใช้สารเสพติดได้ เป็นการแสดงถึงความผิดปกติของการทำหน้าที่ของครอบครัว

3.3 สังคมที่มีสารเสพติด สภาพชุมชนที่บุคคลอาศัยอยู่ถ้ามีการปนเปื้อนสารเสพติดในชุมชนเช่น เป็นแหล่งมั่วสุมเสพยาเสพติด แหล่งผลิตสารเสพติด หรือเป็นแหล่งจำหน่ายสารเสพติด ทำให้บุคคลที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมนั้นได้รับการจูงใจ และมีแนวโน้มใช้สารเสพติดได้มากกว่าบุคคลที่ไม่ได้อยู่ในชุมชนที่มีความเสี่ยง

การวินิจฉัยที่เกี่ยวกับสารเสพติด

ภาวะทางจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติดสามารถแบ่งกว้างๆ ได้เป็น 2 ภาวะคือ

1. ภาวะที่เกี่ยวข้องกับแบบแผนการใช้สารเสพติดและผลที่เกิดตามมาจากการใช้สารเสพติดนั้น เช่น Dependence, Abuse (ICD 10 ใช้คำว่า Harmful use)

2. ภาวะที่เกิดจากฤทธิ์ทางเภสัชวิทยาของสารเสพติด เช่น Intoxication, Withdrawal และอาการทางจิตที่เกิดจากสารเสพติด

ความสัมพันธ์ของการใช้สารเสพติดกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าสาเหตุหลัก ที่เป็นตัวกระตุ้นทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท คือ การที่ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์ และใช้สารเสพติดชนิดอื่นๆ (Ayuso-Gutiérrez and Río Vaga, 1997) สอดคล้องกับการศึกษา Potvin et al., (2008) ที่ศึกษาแบบ meta-analysis ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดพบว่า ใช้ยาบ้า ยาไอซ์ และกัญชา ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำได้ โดยวัดจากแบบประเมิน PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) และการศึกษาของ สุชาติา หุณทสาร (2545) ที่ศึกษาปัจจัยจิต - สังคมของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา เมื่อรับใหม่ผู้ป่วยโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้า พบว่าผู้ป่วยมีอาการ positive symptom อยู่ในระดับรุนแรง มี auditory hallucination ร้อยละ 95.2 conceptual disorganization ร้อยละ 88.6 และ suspiciousness ร้อยละ 59.0 และเป็นสาเหตุนำไปสู่การป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวัฒน์ มหันตนิรันดร์กุล (2546) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เสพยาเมทแอมเฟตามีนซ้ำและเสพในปริมาณที่มากขึ้น เป็นปัจจัยเสี่ยงในการป่วยซ้ำของโรคผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการใช้สารเสพติดจึงน่าจะทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์ (2533) วัตถุประสงค์ของการศึกษาของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างจากแนวคิดของ Brown and Birley (1972) มีความครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากขึ้นไป แบบสัมภาษณ์มีทั้งหมด 10 ข้อคำถาม ให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิร์ตสเกล (Likert scale) 5 ระดับ และต้องใช้การสังเกตขณะสัมภาษณ์ร่วมด้วย

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาเกี่ยวกับตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ได้จากการสุ่มแบบกลุ่ม โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ จำนวน 110 คน และผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจำนวน 110 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบวัดที่สร้างขึ้นเองผลการวิจัยพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัว คือพฤติกรรมการใช้ยา การดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา ด้านการแสดงอารมณ์ สถานภาพสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ

ภรดี ไชยสิน (2545) ศึกษาเรื่องการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่มีอาการทางจิตสงบของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น จำนวน 250 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของญาติผู้ป่วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย และแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ญาติผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำคิดเป็น ร้อยละ 68.8 สถานภาพทางการเงินของญาติ ภาวะด้านการมีและไม่มีงานทำของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และอายุของญาติมีความสัมพันธ์ทางลบกับการแสดงออกทางอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

จุฬาลักษณ์ ชำของ (2547) วัตถุประสงค์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกภาคสนาม ผลพบว่า ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1)ด้านร่างกาย คือการใช้ยาตามแผนการรักษาและการงดสารกระตุ้นประสาท 2)ด้านจิตใจ คือการทำงาน/กิจกรรมที่ภูมิใจ ผ่อนคลาย ปรับความคิดและจิตใจ 3)ด้านสังคม คือการปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม 4)ด้านจิตวิญญาณ คือการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ฝึกจิตให้สงบ

สารุพร พุฒขาว (2541) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 72 มารับการรักษาเมื่อมีอาการ ร้อยละ 51.7 ในผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ร้อยละ 84.7 นอกจากนี้ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา มาสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ศึกษาถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 260 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้นเอง ผลการวิจัยพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาในผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การรับรู้การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว อาการทางลบ การใช้แอลกอฮอล์ การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และฤทธิ์ข้างเคียงของยา

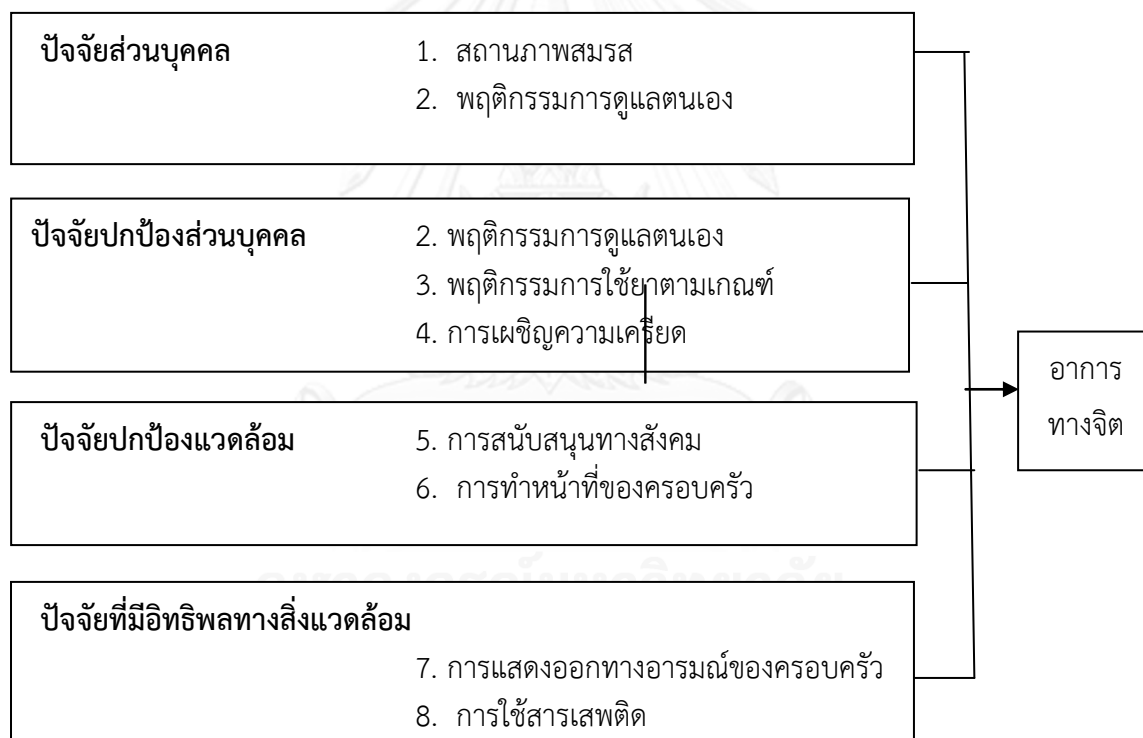
คิง และดิกซอน (king and Dixon, 1999) ศึกษาเรื่องการแสดงอารมณ์และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 17-36 ปี จำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือนและยังคงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่กับญาติใกล้ชิด จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์มี 2 แบบ คือ conservation criteria และ standard relapse criteria เป็นการศึกษาถึงการทำนายการป่วยซ้ำด้วยการแสดงอารมณ์ของครอบครัว โดยใช้เกณฑ์การทำนายที่ประกอบด้วย conservation criteria คือผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำภายในเวลา 1 เดือนและ 6 เดือน รวมทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ได้รับยาเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50 ผลการศึกษาพบว่าในเวลา 6 และ 12 เดือนการแสดงอารมณ์ไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ ในเวลา 9 เดือน ไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

จIRON และเอ็ม โกเมซ เบเนโต (Giron & M.Gomez Beneyto , 1998) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงอารมณ์ในครอบครัวกับการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเอเลนเนท (Psychiatric Hospital of Alienate) ระหว่างเดือนธันวาคม 2528 ถึงเดือนธันวาคม 2529 มีอายุระหว่าง 15 - 30 ปี อาศัยอยู่กับญาติอย่างน้อย 15 วันภายในเวลา 3 เดือนก่อนมารับการรักษาและรับไว้รักษาในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 1 สัปดาห์ จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนามาจากแบบวัดความรู้สึกร่วมใจของญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Questionnaire of Empathy) เป็นการศึกษาเพื่อวัดความรู้สึกร่วมใจของญาติผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างการขาดการมีอารมณ์ร่วมกับการป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการกลับเป็นซ้ำ การขาดความร่วมมือในการรักษา อาการบ่งชี้ทางลบ การว่างงานและการปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีทัศนคติไม่ดี มีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าครอบครัวที่มีทัศนคติที่ดีถึง 2.6 เท่า คือมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 67 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่าง

เหมาะสม มีอัตราการป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 26.3 และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการเผชิญหน้า (Face to face contact status) ระหว่างผู้ป่วยและญาติ และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ และยังพบว่าผู้ป่วยซ้ำร้อยละ 79.1 วางงาน ร้อยละ 76.7 มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 34.9 มีการปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย ร้อยละ 12.5 มีอาการบ่งชี้ทางลบและร้อยละ 76.7 ญาติมีการวิพากษ์วิจารณ์สูง และจากศึกษาครั้งนี้ยังอธิบายได้ว่า ระยะเวลาของการป่วยระดับการศึกษา การปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย การรับการรักษาไม่สม่ำเสมอ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทักษะคิดไม่ถึงของญาติ และการวิพากษ์วิจารณ์ที่มากเกินไป สามารถทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดี

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการศึกษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาอำนาจในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต มีวิธีการดำเนินการวิจัยดังนี้

ประชากร

ที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD - 10) ซึ่งมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตที่กลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน 1 ครั้งขึ้นไป

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่อายุระหว่าง 20 – 59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10)
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมและอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของอาการทางจิต
4. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณโดยสูตร Thorndike (1978 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้
$$N = 10k + 50$$
 (เมื่อ N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา)

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา 9 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 140 คน แต่เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยได้เก็บเพิ่มร้อยละ 20 รวมเป็น 168 คน ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 168 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. แบ่งประเทศไทย ออกเป็น 4 ภาค ได้แก่ ภาคใต้ 1 โรงพยาบาล ภาคกลาง 4 โรงพยาบาล ภาคเหนือ 1 โรงพยาบาล และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 6 โรงพยาบาล รวมทั้งหมด 12 โรงพยาบาล
2. คัดเลือกโรงพยาบาลซึ่งเป็นตัวแทนของแต่ละภาค โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียง 500 เตียงเป็นต้นไป หากภาคใดมีมากกว่า 2 โรงพยาบาลคัดมา 1 โรงพยาบาลเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่ม และคัดเลือกโรงพยาบาล 500 เตียงขึ้นไป เนื่องจากเป็นหน่วยประชากรที่มีขนาดใหญ่ มีความหลากหลายของประชากร ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์
3. หาขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาล โดยแบ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่า ๆ กัน ดังนั้นแต่ละโรงพยาบาลจะมีขนาดกลุ่มตัวอย่างดังนี้ $168/4 = 42$ คน
4. จากนั้นผู้วิจัย เลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ของทั้ง 4 โรงพยาบาล โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกของกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้
5. สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ยืนยันบัตรตรวจตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เป็นการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจ คือ หมายเลขคู่ และ หมายเลขคี่ มาทำฉลาก แล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น เช่น หากจับฉลากได้เป็นหมายเลขคี่ ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภท ตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้เฉพาะหมายเลขบัตรตรวจที่เป็นเลขคี่เท่านั้น
6. ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2556 ถึง 1 พฤศจิกายน 2556 จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 168 ชุด

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตในแต่ละภาค(ปีงบประมาณ 2555)

โรงพยาบาล	จังหวัด	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง
ภาคใต้			
1. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	สุราษฎร์ธานี	500	42
ภาคกลาง			
2. สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา	กรุงเทพมหานคร	500	42
ภาคเหนือ			
3. โรงพยาบาลสวนปรุง	เชียงใหม่	700	42
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ			
4. โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์	อุบลราชธานี	500	42
รวม		2,200	168

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดของ เพซรี คันธสายบัว (2544) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองโอเรม(Orem,2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของฮิลและสมิท(Hill and Smith,1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534)มาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ .92

เครื่องมือเป็นข้อคำถามแบบประเมินค่า 5 ระดับประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อดังนี้

การพัฒนาการรู้จักตนเอง	จำนวน	4	ข้อ
การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ	จำนวน	5	ข้อ
การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ	จำนวน	5	ข้อ
การเตรียมการเผชิญปัญหา	จำนวน	5	ข้อ
การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม	จำนวน	5	ข้อ
การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา	จำนวน	5	ข้อ
การดูแลตนเองด้านร่างกาย	จำนวน	8	ข้อ

โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ทำประจำ	ทำกิจกรรมเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ทำกิจกรรมบ่อย ๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน	4	2
บางครั้ง	ทำกิจกรรมเป็นบางครั้งเว้นระยะไป	3	3
นานๆ ครั้ง	เดือนจึงจะทำอีกครั้ง	2	4
ไม่เคยทำ	ทำกิจกรรมนั้นแล้วเว้นระยะไปนานจึงทำอีกครั้งหรือไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรายด้านและรวมทุกด้านมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542: 79)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
166.5 – 185.00	คะแนน ปฏิบัติในระดับดีมาก
129.5 – 166.49	คะแนน ปฏิบัติในระดับดี
92.50 - 129.49	คะแนน ปฏิบัติในระดับปานกลาง
55.50 – 92.49	คะแนน ปฏิบัติในระดับต่ำ
37.00 – 55.59	คะแนน ปฏิบัติในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยนำมาจากแบบวัดของอุมามพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของเพชรี คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ(5-point rating scale) ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือการปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อและความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา 9 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา .63 และมีค่าความเที่ยง .83 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	4	2
บางครั้ง	ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง	3	3
นานๆครั้ง	นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง	2	4
ไม่เคยทำ	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน 5 ระดับ โดยนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด แปลความหมาย ดังนี้ (ประคอง วรรณสุต, 2542)

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
81.00 – 90.00 คะแนน	ปฏิบัติในระดับดีมาก
63.00 – 80.00 คะแนน	ปฏิบัติในระดับดี
45.00 – 62.00 คะแนน	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
27.00 – 44.00 คะแนน	ปฏิบัติในระดับต่ำ
18.00 – 26.00 คะแนน	ปฏิบัติในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยจิตเภท โดย จารุวรรณ จินตามงคล (2541) ได้แปลมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) โดยเครื่องมือดังกล่าว ได้นำไปทดสอบถามกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ค่าความเที่ยงโดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (cronbach) เท่ากับ 0.88 เครื่องมือมีลักษณะการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) แบ่งเป็น 4 ระดับ การให้คะแนนเป็นคะแนนรายข้อแบบ Likert's scale โดยมีช่วงคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 3 แบ่งได้ดังนี้

ไม่เคยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียด	0	คะแนน
ใช้วิธีนั้นนานๆครั้ง	1	คะแนน
ใช้วิธีนั้นเป็นบางครั้ง	2	คะแนน
ใช้วิธีนั้นบ่อยๆ	3	คะแนน

แบบวัดความสามารถในการเผชิญความเครียดในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยคำถาม 40 ข้อ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ การมุ่งแก้ปัญหา และการจัดการกับอารมณ์ต่อมาได้นำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท การแปลผลคะแนน โดยหาค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท ค่าเฉลี่ยคะแนนจะแสดงถึงความสามารถในการเผชิญความเครียดของผู้ป่วย โดยกำหนดเกณฑ์การแบ่งค่าเฉลี่ยคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ความสามารถในการเผชิญความเครียดไม่ดี	ระดับ	คะแนน	0 – 39	คะแนน
ความสามารถในการเผชิญความเครียดพอใช้	ระดับ	คะแนน	40 – 79	คะแนน
ความสามารถในการเผชิญความเครียดดี	ระดับ	คะแนน	80 – 120	คะแนน

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ซึ่งผู้วิจัยนำมาจากแบบสัมภาษณ์ของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) เป็นแบบ Likert scale 5 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ คือ 1)การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ 5 ข้อ 2)การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร 5 ข้อ 3)การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร 5 ข้อ โดยแบ่งเป็นข้อความทางบวกและข้อความทางลบ และมีค่าความเที่ยง .88 กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5	1
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4	2
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้ อยู่ระหว่าง 15 ถึง 75 คะแนน แปลผลค่าคะแนนดังนี้ คะแนนสูง หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี คะแนนต่ำ หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

ส่วนที่ 6 แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) เนื่องจากเป็นแบบประเมินที่สามารถประเมินการรับรู้การทำหน้าที่ของครอบครัวที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา สามารถอธิบายคุณสมบัติเชิงโครงสร้าง ภาพรวมของครอบครัวและแบบแผนของการติดต่อสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว โดยดัดแปลงจากแบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว (Family Assessment Device : FDA) ตามแนวคิดMcMaster (McMaster Model of Family Functioning) ที่พัฒนาโดย Epstein และคณะ (1984) เป็นแบบสำรวจการทำหน้าที่ของครอบครัวนี้ มีข้อคำถามทั้งหมด 36 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามที่มีความหมายทางบวก จำนวน 24 ข้อ และข้อความที่มีความหมายทางลบจำนวน 12 ข้อ ข้อความในแบบสอบถามทั้งหมดครอบคลุมการทำหน้าที่ของครอบครัว 7 ด้าน โดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540)

1	ด้านการแก้ปัญหา	จำนวน	6	ข้อ	ได้แก่	ข้อ	1,2,3,8,25,26
2	ด้านการสื่อสาร	จำนวน	5	ข้อ	ได้แก่	ข้อ	9,16,23,28,31
3	ด้านบทบาท	จำนวน	3	ข้อ	ได้แก่	ข้อ	10,17,29
4	ด้านการตอบสนองทางอารมณ์	จำนวน	5	ข้อ	ได้แก่	ข้อ	4,11,18,34,35
5	ด้านความผูกพันทางอารมณ์	จำนวน	5	ข้อ	ได้แก่	ข้อ	5,12,21,24,33
6	ด้านควบคุมพฤติกรรม	จำนวน	4	ข้อ	ได้แก่	ข้อ	6,13,27,30
7	ด้านการทำหน้าที่ทั่วไป	จำนวน	8	ข้อ	ได้แก่	ข้อ	7,14,15,19,20,22,32,3

เครื่องมือประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn family inventory (CFI) นี้ เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดการทำหน้าที่ของครอบครัวในกลุ่มต่าง ลักษณะของข้อคำถาม 36 ข้อ จะเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า โดยมีคำตอบให้เลือก 4 ระดับ คือ ตรงมากที่สุด ตรงปานกลาง ตรงเล็กน้อย และไม่ตรงเลย เกณฑ์ในการให้คะแนนในแต่ละข้อคำถามมีดังนี้

ความคิดเห็น	คะแนน
ตรงมากที่สุด	4
ตรงปานกลาง	3
ตรงเล็กน้อย	2
ไม่ตรงเลย	1

การแปลผล จะรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละข้อทั้งข้อความทางบวกและข้อความทางลบ จากนั้น นำผลรวมของคะแนนที่ได้มาจำแนกเป็นรายด้าน คิดค่าเฉลี่ยแต่ละด้านตามจำนวนข้อคำถาม ผู้ศึกษา ใช้เกณฑ์เพื่อแปลความหมายของการทำหน้าที่ของครอบครัวของ อูมาพร ตรังคสมบัติ (อรณพ ทองคำ, 2546) ดังนี้

36 - 53 คะแนน	หมายถึง	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ครอบครัวยังไม่ค่อยดี
54 - 89 คะแนน	หมายถึง	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ครอบครัวในด้านนั้น ดีเล็กน้อย
90 - 125 คะแนน	หมายถึง	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ครอบครัวในด้านนั้น ดีพอสมควร
126 - 144 คะแนน	หมายถึง	ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ว่าการทำหน้าที่ครอบครัวในด้านนั้น ดีมาก

ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัย นำมาจากแบบวัดของชนมากรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaweravong (2006) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งครอบคลุม องค์ประกอบการแสดงอารมณ์ 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ 20 ข้อ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotion Overinvolvement) และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก 14 ข้อ ได้แก่ การแสดงความชื่นชม (Positive Remarks) และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 4 ระดับ แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ มี 2 ด้าน คือการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก มีค่าความเที่ยง .89 และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมีค่าความเที่ยง .76

โดยกำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ระดับความคิดเห็น	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมากที่สุด	1	4
เห็นด้วย	เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมาก	2	3
ไม่เห็นด้วย	ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ	3	2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย	4	1

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวมวิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยพิจารณา ค่าเฉลี่ยมีความหมายดังนี้

33 - 49	คะแนน	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก
50 - 82	คะแนน	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม
83 - 115	คะแนน	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม
116 - 132	คะแนน	หมายถึง	มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 8 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์ฮอลและกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยพันธุภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งมีทั้งหมด 18 ข้อ ประกอบด้วย 3 ด้าน โดยแบ่งเป็นด้านอาการทั่วไป (General Psychopathology) จำนวน 10 ข้อ ด้านอาการทางลบ (Negative) จำนวน 2 ข้อ และด้านอาการทางบวก (Positive) จำนวน 6 ข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ โดยมีความตรงเชิงเนื้อหา = .82 และค่าความเที่ยง = .84

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน ลักษณะการใช้คำพูด และความคิดระหว่างการสัมภาษณ์

ความหมาย	คะแนน
ไม่มีอาการ	18
มีอาการขั้นต่ำสุด	36
มีอาการเล็กน้อย	54
มีอาการปานกลาง	72
มีอาการค่อนข้างรุนแรง	90
มีอาการรุนแรง	108
มีอาการรุนแรงมาก	126

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวมกัน คะแนนของ BPRS อยู่ระหว่าง 18-126 คะแนน ระดับคะแนนที่สูง หมายความว่า อาการทางจิตรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างขึ้นไปปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหาที่ใช้ให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง แล้วจึงนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ซึ่งประกอบด้วย

จิตแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 1 ท่าน

อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 1 ท่าน

พยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน ได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุม เหมาะสมของภาษาที่ใช้ และขอข้อเสนอแนะในการปรับปรุง โดยทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิ แสดงระดับความความคิดเห็นเป็นระดับ 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 4 ดังนี้

- | | |
|---------|--|
| 1 คะแนน | หมายถึงคำถามในข้อนั้น ๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม |
| 2 คะแนน | หมายถึงคำถามในข้อนั้น ๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย |
| 3 คะแนน | หมายถึงคำถามในข้อนั้น ๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม |
| 4 คะแนน | หมายถึงคำถามในข้อนั้น ๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก |

และให้ผู้ทรงคุณวุฒิเขียนข้อเสนอแนะลงในช่องว่างที่เว้นไว้ในแต่ละข้อ ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ 2 ประเด็นดังนี้

1. การเพิ่มเติมข้อคำถามที่เป็นเป็นตัวเลือก
 - 1.1 ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ควรปรับปรุงข้อคำถาม ที่ 3, 4, 6
 - 1.2 ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ควรปรับปรุง ข้อคำถามข้อที่ 17
 - 1.3 ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมเผชิญความเครียด ควรปรับปรุง ข้อคำถามข้อที่ 22,23,25
2. ความชัดเจน อ่านเข้าใจง่าย ลดความซ้ำซ้อนของภาษาที่ใช้ ปรับข้อคำถามบางข้อให้กระชับ และรวมคำถามบางข้อ เพื่อให้เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ป่วยจิตเภท

การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) ซึ่งถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน โดยค่าที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป ซึ่งผู้วิจัยคำนวณดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI) โดยใช้สูตรดังนี้ (Hambleton et al., 1975 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรากร, 2544) ดังนี้

$$CVI = \frac{\text{จำนวนข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิทุกคนให้ความคิดเห็นในระดับ 3 และ 4}}{\text{จำนวนข้อคำถามทั้งหมด}}$$

หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยได้ปรับข้อคำถามตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา เครื่องมือทุกชนิดความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยมีค่าเท่ากับ .89

2.การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยนำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. นำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่แก้ไขเรียบร้อยแล้วไปทดลองกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 30 คน
2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วลงคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้
3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ในส่วนของ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และอาการทางจิต

ตารางที่ 2 ค่าความตรงตามเนื้อหา และค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	ค่าความตรง เชิงเนื้อหา	ค่าความเที่ยง
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.89	.93
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	.89	.84
พฤติกรรมการเผชิญความเครียด	.89	.78
การสนับสนุนทางสังคม	.89	.91
การทำหน้าที่ของครอบครัว	.89	.85
การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว	.89	.90
แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)	.89	.74

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ไปยังผู้อำนวยการ ทั้ง 4 โรงพยาบาล ได้แก่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

2. เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลแล้ว ทำหนังสือจากบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับย่อ ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน ของทั้ง 4 โรงพยาบาล

3. ภายหลังได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคน ของทั้ง 4 โรงพยาบาล ผู้วิจัยพบหัวหน้าส่วนงานที่รับผิดชอบการทำวิจัยของทั้ง 4 โรงพยาบาล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง การยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย และการให้ความร่วมมือในการวิจัย

4. ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

4.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากเวชระเบียน ประวัติผู้ป่วย และดำเนินการสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ยืนยันบัตรตรวจตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) เป็นการนำเอาหมายเลขบัตรตรวจ คือ หมายเลขคู่ และหมายเลขคี่ มาทำฉลาก แล้วจับฉลากขึ้นมา 1 ใบ เพื่อให้ได้หมายเลขตั้งต้น เช่น หากจับฉลากได้เป็นหมายเลขคู่ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจะเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้เฉพาะหมายเลขบัตรตรวจที่เป็นเลขคู่เท่านั้น

4.2 หลังจากนั้นผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงให้ทราบว่ามิสสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ นอกจากนี้เมื่อระหว่างการเข้าร่วมการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการวิจัยแล้วไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยต่อ กลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมวิจัย

4.3 เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 45 นาที ทั้งหมด 7 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 186 ข้อ หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยอนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุด การตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ให้ตอบแบบสอบถามต่อ หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

4.4 หลังเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์จำนวน 168 ฉบับ หลังจากนั้นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อสรุปผลการวิจัย

4.5 ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2556 ถึง 1 พฤศจิกายน 2556

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ และการตอบรับและปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลกระทบใดๆต่อการรับบริการการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่าง จะเป็นความลับ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวมซึ่งจะมีคุณค่าต่อการพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพจิตเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงลายมือในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือข้อคำถามสามารถสอบถามโดยตรงจากผู้วิจัยได้

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ซึ่งมีขั้นตอนดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนครั้งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด นำมาวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ และร้อยละ
2. ตัวแปรต้น พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว แสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และอาการทางจิต ทาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วนำมาเปรียบเทียบกับเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
3. วิเคราะห์ค่า อำนาจการทำนายของตัวแปร สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ด้วยสถิติ (Stepwise Multiple Regression Analysis) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำผู้ป่วยจิตเภท จากกลุ่มตัวอย่าง 168 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต 4 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ซึ่งเป็นโรงพยาบาลจิตเวชที่สังกัดกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว จำนวนทั้งหมด 186 ข้อ ผู้วิจัยได้นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด

ตอนที่ 2 อาการทางจิต จำแนกตามรายข้อ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายอาการทางจิต

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 3 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนครั้งในการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=168)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	72	42.9
หญิง	96	57.1
อายุ		
20-29 ปี	29	17.3
30-39 ปี	74	44.0
40-49 ปี	44	26.2
50-59 ปี	21	12.5
สถานภาพสมรส		
คู่	29	17.3
โสด	118	70.2
หม้าย หย่า ร้าง	21	12.5
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	2	1.2
ประถมศึกษา	38	22.6
มัธยมศึกษาตอนต้น	45	26.8
มัธยมศึกษาตอนปลาย	47	28.0
ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง	12	7.1
ปริญญาตรี	24	14.3
สูงกว่าปริญญาตรี	0	0
การเข้ารับการรักษาในรพ.		
0-5 ปี	138	82.1
6-10 ปี	21	12.5
11-15 ปี	2	1.2
16-20 ปี	7	4.2

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (n=168)	ร้อยละ
ระยะเวลาการเจ็บป่วย		
0-5 ปี	84	50
6-10 ปี	50	29.8
11-15 ปี	14	8.3
16-20 ปี	20	11.9
การใช้สารเสพติด		
ใช้สารเสพติด	51	30.4
ไม่ใช้สารเสพติด	117	69.6

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน เป็นเพศหญิง 96 คน (ร้อยละ 57.1) เป็นเพศชายจำนวน 72 คน (ร้อยละ 42.9) โดยมีสถานภาพสมรส คู่(อยู่ด้วยกัน) จำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 17.3 โสด 118 คน คิดเป็นร้อยละ 70.2 หม้าย อย่านำร้าง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 12.5 กลุ่มผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติด จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด จำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 69.9

ตอนที่ 2 อาการทางจิต จำแนกตามรายชื่อ

ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ของแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) จำแนกตามรายชื่อ

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale	\bar{X}	SD	ระดับอาการ
1. ได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วย โดยไม่เห็นตัว หรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึกร	4.23	2.33	ปานกลาง
2. มีท่าทีลึกลับลึกลอน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข	3.81	2.38	ปานกลาง
3. ในหนึ่งสัปดาห์รู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหาชกต่อย หรือทะเลาะกับคนอื่น มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น คนในครอบครัว	3.64	2.33	ปานกลาง
4. รู้สึกเหมือนมีคนคอยจับผิด คิดร้าย รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบางคน	3.50	2.21	ปานกลาง
5. พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม พูดไม่ต่อเนื่อง	3.38	2.02	ปานกลาง
6. รู้สึกมีความสามารถพิเศษ	3.04	1.98	ปานกลาง
7. รู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น	2.59	3.42	เล็กน้อย
8. รู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีต	2.52	3.39	เล็กน้อย
9. 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกกังวล กลัว/มีความคิดรบกวนจิตใจ /มีอาการใจสั่น เหงื่อออก	2.27	1.23	เล็กน้อย
10. แยกตัว ไม่ค่อยมีปฏิกิริยา โต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย	2.26	1.11	เล็กน้อย
11. ทำทางและการเคลื่อนไหว ไม่เป็นธรรมชาติ	2.03	1.02	เล็กน้อย
12. การพูด การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ	1.98	0.93	ไม่มีอาการ
13. วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล	1.98	0.93	ไม่มีอาการ
14. รู้สึกว่าไม่มีความสุข รู้สึกเศร้าบ่อย สามารถเบนความสนใจไปเรื่องที่ทำให้มีความสุขได้	1.97	1.01	ไม่มีอาการ
15. รู้สึกตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย	1.97	0.86	ไม่มีอาการ
16. มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น	1.86	0.86	ไม่มีอาการ
17. ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิตวิญญาน	1.86	0.88	ไม่มีอาการ
18. สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึกอารมณ์	1.85	0.84	ไม่มีอาการ
คะแนนรวม	52.96	10.26	เล็กน้อย

ตารางที่ 4 พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง เมื่อพิจารณาตามรายข้อ ส่วนใหญ่มีอาการ/ความรุนแรงทางจิตระดับเล็กน้อยเป็นบางครั้ง โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วย โดยไม่เห็นตัว หรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึกรู้หาย มีค่าเฉลี่ยสูงสุด มีระดับรุนแรงปานกลาง ($\bar{X} = 4.23$) รองลงมา คือ มีท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกริยาโต้ตอบเร็วอยู่ไม่เป็นสุข มีระดับอาการรุนแรงเล็กน้อย ($\bar{X} = 3.81$) และ ในหนึ่งสัปดาห์รู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหาชกต่อย หรือทะเลาะกับคนอื่น มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น คนในครอบครัว มีระดับอาการรุนแรงเล็กน้อย ($\bar{X} = 3.64$) ตามลำดับ สำหรับความรุนแรงทางจิตรายข้อของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนต่ำสุด 3 ข้อ คือ มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวังไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น และข้อความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ มีระดับอาการรุนแรงขั้นต่ำสุด ($\bar{X} = 1.86$ และ 1.86) , สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึกอารมณ์ ($\bar{X} = 1.85$) ตามลำดับ อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมมีความรุนแรงทางจิตระดับเล็กน้อย ($\bar{X} = 52.96$)

ตอนที่ 3 คะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ค่าพิสัย คะแนนเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของตัวแปร พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	คะแนนเต็ม	Min	Max	\bar{X}	SD	ระดับ
พฤติกรรมดูแลตนเอง	185	88	168	132.65	18.78	ดี
พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์	90	40	90	71.29	11.71	ดี
พฤติกรรมเผชิญความเครียด	120	14	110	60.54	18.38	พอใช้
การสนับสนุนทางสังคม	75	15	74	51.18	13.25	ปานกลาง
การทำหน้าที่ของครอบครัว	144	69	131	104.69	13.89	ดีพอควร
การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว	132	33	98	67.58	13.92	เหมาะสม
อาการทางจิต	126	31	76	52.96	10.26	เล็กน้อย

ตารางที่ 5 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท มีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 132.65 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์อยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ย 71.29 พฤติกรรมเผชิญความเครียดอยู่ในระดับพอใช้ ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 60.54 การสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 51.18 การทำหน้าที่ของครอบครัวอยู่ในระดับดีพอสมควร ค่าคะแนนเฉลี่ย 104.69 การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวอยู่ในระดับเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย 67.58 อาการทางจิตอยู่ในระดับรุนแรงปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.96

ตอนที่ 4 ความสัมพันธ์และปัจจัยทำนายอาการทางจิต

ตารางที่ 6 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างสถานภาพสมรส การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.สถานภาพสมรส	1.00								
2.การใช้สารเสพติด	.158*	1.00							
3.การดูแลตนเอง	.058	.083	1.00						
4.ใช้จ่ายตามเกณฑ์	-.020	-.084	.417*	1.00					
5.เผชิญความเครียด	.096	.092	.117	-.052	1.00				
6.สนับสนุนทางสังคม	.035	.085	.400*	.323*	-.020	1.00			
7.ทำหน้าที่ครอบครัว	-.028	.190*	.406*	.348*	-.198*	.522*	1.00		
8.แสดงออกอารมณ์	.272*	.098	-.216*	-.284*	.245*	-.259*	-.483*	1.00	
9.อาการทางจิต	.310*	.218*	.228*	.096	.136	.178*	.050	.265*	1.00

* $p < .05$

ตารางที่ 6 จากตารางพบว่าตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท คือ สถานภาพสมรส($r=.310$, $p<.05$) และ ตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท คือ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว($r=.265$, $p<.05$) พฤติกรรมการดูแลตนเอง($r=.228$, $p<.05$) การใช้สารเสพติด($r=.218$, $p<.05$) การสนับสนุนทางสังคม($r=.178$, $p<.05$) และเมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กันสูงสุด คือสถานภาพสมรส($r=.310$, $p<.05$) และพบว่าตัวแปรทำนายที่ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต คือ พฤติกรรมการใช้จ่ายตามเกณฑ์, การเผชิญความเครียด และการทำหน้าที่ของครอบครัว

ตารางที่ 7 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณ (R) ระหว่างตัวแปรที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสู่สมการถดถอย ค่าอำนาจการทำนาย (R^2) และการทดสอบความมีนัยสำคัญของค่าอำนาจการทำนายที่เพิ่มขึ้น (R^2 change) ในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เมื่อใช้วิธีการถดถอยแบบเป็นขั้นตอน

ลำดับขั้นตัวทำนาย	R	R^2	R^2 change	F	p-value
สถานภาพสมรส	.310	.096	.096	17.642	.000
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.375	.140	.044	8.509	.004
การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว	.448	.201	.060	12.373	.001
การสนับสนุนทางสังคม	.471	.222	.021	4.364	.038
R=.471	$R^2= .222$	F= 4.364	Constant= 51.733		

ขั้นที่ 1 ผลการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนพบว่าสถานภาพสมรส อธิบายความแปรปรวนของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยมีค่าอำนาจการทำนาย (R^2) เท่ากับ .096 แสดงว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถทำนายอาการทางจิตได้ ร้อยละ 9.6

ขั้นที่ 2 เมื่อเพิ่มตัวทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 14.0 ($R^2=.140$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ สถานภาพสมรส และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ร่วมกันทำนายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 14.0 โดยที่เมื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเองเข้าไปจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 4.4 (R^2 change= .044)

ขั้นที่ 3 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 20.1 ($R^2=.201$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ร่วมกันทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 20.1 โดยที่เมื่อเพิ่มการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวเข้าไปจะสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.0 (R^2 change= .060)

ขั้นที่ 4 เมื่อเพิ่มตัวทำนายการสนับสนุนทางสังคมเข้าไป ค่าอำนาจการทำนายเพิ่มขึ้นเป็นได้ร้อยละ 22.2 ($R^2 =.222$) สามารถเพิ่มอำนาจการทำนายได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นั่นคือ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ร้อยละ 22.2 โดยที่เมื่อเพิ่มตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมเข้าไป จะสามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้เพิ่มขึ้นร้อยละ 2.1 (R^2 change=.021)

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของตัวทำนายในรูปคะแนนดิบ (b) และค่าคะแนนมาตรฐาน (Beta) ทดสอบความมีนัยสำคัญของ b ในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวทำนาย	b	S.E.b	Beta	t	p-value
สถานภาพสมรส	6.413	2.202	.211	2.913	.004
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	.118	.042	.215	2.821	.005
การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว	.218	.056	.295	3.907	.000
การสนับสนุนทางสังคม	.129	.062	.161	2.089	.038
R=.471	R ² = .222	F= 4.364	Constant = 51.733	Durbin-Watson = 1.958	

ตารางที่ 8 พบว่า ค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน พบว่าตัวแปรทำนายที่มีค่าสูงสุดคือ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว (Beta=.295) รองลงมาคือพฤติกรรมการดูแลตนเอง(Beta= .215) สถานภาพสมรส (Beta= .211) และการสนับสนุนทางสังคม(Beta=.161) ตามลำดับ แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นตัวแปรอันดับแรกที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท รองลงมาคือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง สถานภาพสมรส และการสนับสนุนทางสังคม ตามลำดับ

สามารถเขียนสมการในรูปคะแนนดิบ ได้ดังนี้

$$\text{อาการทางจิต} = 51.733 + 6.413 \text{สถานภาพสมรส} + .118 \text{พฤติกรรมการดูแลตนเอง} + .218 \text{การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว} + 1.29 \text{การสนับสนุนทางสังคม}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z \text{ อาการทางจิต} = .211Z \text{สถานภาพสมรส} + .215Z \text{พฤติกรรมการดูแลตนเอง} + .295Z \text{การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว} + .161Z \text{การสนับสนุนทางสังคม}$$

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท และอำนาจทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท จากปัจจัยด้าน สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

ประชากร

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD -10 ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตที่กลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน 1 ครั้งขึ้นไป

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่อายุระหว่าง 20 – 59 ปีทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทตามคู่มือการวินิจฉัยโรคทางจิตเวช(ICD-10)
3. ผู้ป่วยจิตเภทที่เคยมีพฤติกรรมและอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของอาการทางจิต
4. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สมัครใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

ส่วนที่ 6 แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว

ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยทุกชุดได้รับการตรวจสอบคุณภาพ ด้วยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน แล้วจึงนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ ส่วนของ แบบวัด

พฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และแบบประเมินอาการทางจิต โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's alpha) ได้ค่าความความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .93 , .84, .78, .91, .85, .90 และ .74 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยวิธีการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 คน ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2556 ถึง 1 พฤศจิกายน 2556

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยทำนายโดยใช้วิธีการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยใช้เทคนิค Stepwise Regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 เพื่อหาปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

สรุปผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีอาการทางจิตรุนแรงระดับเล็กน้อย ค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.96
2. ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิต ได้ร้อยละ 22.2 ($R^2 = .222$)

เขียนในรูปสมการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้ดังนี้

$$\text{อาการทางจิต} = 51.733 + 6.413 \text{ สถานภาพสมรส} + .118 \text{ พฤติกรรมการดูแลตนเอง} + .218 \text{ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว} + .129 \text{ การสนับสนุนทางสังคม}$$

สมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐาน

$$Z_{\text{อาการทางจิต}} = .211Z_{\text{สถานภาพสมรส}} + .215Z_{\text{พฤติกรรมดูแลตนเอง}} + .295Z_{\text{การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว}} + .161Z_{\text{การสนับสนุนทางสังคม}}$$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยทำนายอาการทางจิตผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยขอเสนอการอภิปรายเรียงลำดับดังนี้

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับอาการทางจิต
3. ความสามารถของตัวแปรแต่ละตัวในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

1. อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง มีความรุนแรงทางจิตในระดับเล็กน้อยค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 52.96 ในการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีนโยบายพัฒนาระบบบริการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาพยาบาลและการบริการที่เหมาะสม (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2554) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยนอก และมีญาติพามาพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญวดี เพชรรัตน์ และเยาวนารถ สุวลักษณ์ (2546) ที่พบว่าบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ และภรรยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีการเกือหนุนทางสังคม ย่อมมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัว (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) จึงทำให้พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมีความรุนแรงทางจิตเล็กน้อย และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก โดยผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เช่น ได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วย โดยไม่เห็นตัว หรือได้กลิ่นอะไรบางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้สึกรู้สีก มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X} = 4.23$) รองลงมา คือ มีท่าทีลึกลับลึกลอน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็วอยู่ไม่เป็นสุข ($\bar{X} = 3.81$) ในหนึ่งสัปดาห์ผู้ป่วยรู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อยๆ เคยมีปัญหาชกต่อย หรือทะเลาะกับคนอื่น มีปัญหาสัมพันธภาพกับคนอื่น ($\bar{X} = 3.64$) ผู้ป่วยรู้สึกเหมือนมีคนคอยจับผิดคิดร้าย รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบางคน ($\bar{X} = 3.50$) และพูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม พูดไม่ต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.38$) ตามลำดับ ผลการศึกษาดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา โดยปัญหาพฤติกรรมทางจิตที่พบบ่อยของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การพูด ยิ้ม หัวเราะคนเดียว หวาดระแวง ซึมเศร้า ไม่นอน เอะอะอาละวาด บางครั้งแสดงอาการก้าวร้าวรุนแรง ทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่น หรือทำลายของและทรัพย์สิน (วาสนา ปานดอก, 2545; มัลลิกา สิงหสุริยะ, 2547)

2. ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนายกับอาการทางจิต

สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรทำนายที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ($r = .310$, $p < .05$) และสถานภาพไม่โสด ($r = -.168$, $p < .05$) มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการทางจิต กล่าวได้ว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพ สมรสคู่ จะช่วยลดอาการทางจิตได้ ซึ่งอภิปรายได้ว่า จากการศึกษาวิจัยพบว่า สถานภาพสมรสคู่มีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำกว่า 3.128 เท่า ตัวแปรสถานภาพสมรสสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ (นาถนภา วงศ์, 2555) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรณพ ทองคำ (2546) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือโสด หรือไม่มีคู่ อาจเนื่องมาจากสถานภาพสมรสเป็นปัจจัยที่แสดงว่า ผู้ป่วยที่มีการเกือหนุนทางสังคม ย่อมมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มี

ครอบครัว (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบางด้านอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย ไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร

การใช้สารเสพติด($r=.218$, $p<.05$) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการทางจิต กล่าวได้ว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดจะทำให้อาการทางจิตมากขึ้น จากการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ใช้สารเสพติด มีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (relapse) มากกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ (Gupta et al., 1996) โดยจะพบความชุกชั่วชีวิตของผู้ป่วย จิตเภทที่ใช้สารเสพติดประมาณร้อยละ 47 แบ่งเป็นโรคจิตเภทร่วมกับโรคเสพติดสารเสพติด (substance abuse dependence) ร้อยละ 33.7 เป็นโรคจิตเภทเกิดร่วมกับโรคติดสุรา (alcohol disorder) ร้อยละ 27.5 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วย การที่ผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดร่วมด้วย จะทำให้การพยากรณ์โรคจะไม่ดี และการทำให้ใช้ระยะเวลาในการรักษานานมากขึ้น (Herz & Marder, 2002) สอดคล้องกับการศึกษา Potvin et al., (2008) โดยศึกษาแบบ meta-analysis โดยใช้แบบประเมิน PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดพบว่า ไซยาบ้า ยาไอซ์ และกัญชา ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำได้

ซึ่งดูตามระดับความสัมพันธ์กับตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเกณฑ์ พบว่า ตัวแปรสถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ ในครอบครัว ทั้ง 4 ตัวแปรนี้มีความสัมพันธ์กับตัวแปรเกณฑ์ในระดับสูงกว่าตัวแปรอื่น

3. ความสามารถของตัวแปรแต่ละตัวในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

สถานภาพสมรส สามารถทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท ($Beta = .211$) สามารถอธิบายได้ว่า สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 9.6 แสดงว่าสถานภาพสมรสจะมีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบางด้านอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นโสด ขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัย ไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อรรถนพ ทองคำ (2546) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส คือโสด หรือไม่มีคู่ สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้งนี้เนื่องจากลักษณะความสัมพันธ์ทั้งด้านสังคม และจิตใจระหว่างบุคคล การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ชุมชน และสังคมด้วย (Orem, 1991) ด้วยเหตุนี้ตัวแปรสถานภาพโสด จึงสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท ($Beta = .215$) สามารถอธิบายได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 14.0 แสดงว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ไม่ดี จะมีผลให้อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ (Baker, 1995) แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่เริ่มกระทำด้วยตนเอง ตั้งแต่การสังเกตถึงสิ่งที่มารบกวนการ

ดำเนินชีวิต จนกระทั่งมีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่จะเกิดขึ้น เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการที่จะประสบความสำเร็จในการยอมรับอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อป้องกันการมี อาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก(วัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2548) ด้วยเหตุนี้ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเอง จึงสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว สามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Beta = .295) สามารถอธิบายได้ว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 20.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Hogarty et al. (1986); Tamminga & Schulz(1997 cited in Oehl et al.,2001) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งคาดว่าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการป่วยซ้ำสูง ซึ่งสนับสนุนกับการศึกษาของ เพซรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ และสอดคล้องกับ Brown et al. (1972) ซึ่ง ศึกษาเกี่ยวกับ การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 9 เดือนและได้กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีโอกาสกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 58 และจากการศึกษา การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำ (Baker, 1993; Gomez Beneyto, 1998) ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว จึงสามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

การสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภท (Beta = .161)สามารถอธิบายได้ว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 22.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพลิน ปรัชญคุปต์ (2548) พบว่า หากครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้ และสัมพันธ์ภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท (สดีไส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย,2547) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ross et al. (2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคมระดับสูงจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท และมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม จึงสามารถทำนายอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้

ตัวแปรที่ ไม่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 มีทั้งหมด 4 ตัวแปร คือ การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และการทำหน้าที่ของครอบครัว ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานการวิจัย โดยสามารถอภิปรายผลตามลำดับ ดังนี้

การใช้สารเสพติด ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการใช้สารเสพติด ไม่มีความสามารถในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีจำนวนน้อยกว่ามาก ผลวิจัยครั้งนี้พบว่าการใช้สารเสพติดผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด มีจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 69.6 ส่งผลให้ผลของอาการทางจิตมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามจากผล

วิจัยพบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการทางจิต ($r=.218$, $p<.05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะส่งผลทำให้มีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดร่วม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Potvin et al., (2008) โดยศึกษาแบบ meta-analysis โดยใช้แบบประเมิน PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดพบว่า ใช้น้ำยา ยาไอซ์ และกัญชา ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำได้ ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการใช้สารเสพติดจึงไม่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ไม่มีความสามารถในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ และ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต($r=.096$) สามารถอภิปรายได้ว่า อาจเนื่องจากปัจจุบันการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นที่นิยมใช้กันโดยทั่วไป และถือว่าเป็นวิธีการรักษาที่ดีที่สุด (ไพรัตน์ พลภุชชาติคุณากร, 2534) เนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วย (Genderson, 1977 อังโน ยาใจ สิทธิมงคล และคณะ, 2540) และปัจจุบันผู้ป่วยได้รับการให้โปรแกรมการให้ความรู้เรื่องยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยามากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มมากขึ้น ด้วยเหตุนี้ตัวแปรพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ จึงไม่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ไม่มีความสามารถในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ และ ไม่มีความสัมพันธ์กับอาการทางจิต($r=.136$) สามารถอภิปรายได้ว่า จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ในระดับพอใช้ ($\bar{X} = 18.38$) เนื่องมาจากการเก็บข้อมูล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่อาศัยอยู่ต่างจังหวัดซึ่งอาศัยอยู่ในชุมชนที่เรียบง่าย ไม่มีการแข่งขันมากและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากไม่ใช้สารเสพติด ซึ่งวิธีการประเมินการเผชิญความเครียดแบบหนึ่ง คือ การประเมินว่าบุคคลสามารถจัดการและรับมือกับสถานการณ์กดดันต่างๆที่ทำให้กลับไปใช้ยาเสพติดซ้ำได้มากน้อยเพียงใด โดยประเมินจากสิ่งที่บุคคลคิดหรือกระทำในช่วงระยะที่บุคคลเกิดความเครียดต่อการกลับไปใช้ยาเสพติด Litman (1979) อังโน เจริญชัย งามทิพย์วัฒนา (2549) ด้วยเหตุนี้ตัวแปรพฤติกรรมการเผชิญความเครียด จึงไม่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

การทำหน้าที่ของครอบครัว ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัว ไม่มีความสามารถในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ โดยผลวิจัยครั้งนี้พบว่าการทำหน้าที่ของครอบครัวมีค่าเฉลี่ย 104.69 อยู่ในระดับดีพอควร สามารถอภิปรายได้ว่า เมื่อผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนผู้ป่วยจิตเภทจะพยายามปรับตัว และสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข ในด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่นการทำงาน การพักผ่อน การติดต่อสื่อสาร และการปรับตัวในสังคม(ชัญญา คมขำ, 2554) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ อรรถพร ทองคำ(2546) ที่พบว่า ภาพรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่เป็นจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ อยู่ในระดับดีพอสมควร แต่อย่างไรก็ตามมีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเช่น การศึกษาของ Linszen et al.(1997) ที่พบว่าครอบครัวที่แสดงออกทางอารมณ์สูงมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับเป็นซ้ำเป็น 5 เท่าของครอบครัวที่แสดงอารมณ์ต่ำ ซึ่งจากการเก็บข้อมูล พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีบุคคลในครอบครัวพามาพบแพทย์ แสดงให้เห็นว่าครอบครัวเอาใจใส่ผู้ป่วยดี ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการทำหน้าที่ของครอบครัวจึงไม่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะทั่วไป

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเอง สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลจิตเวชจะต้องมีการประเมินค้นหาวิถีในการที่จะจัดการกับปัจจัยดังกล่าวให้ลดลง หรือหมดไปจากผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีอาการทางจิตลดลง และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรคัดสรร สามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้ประมาณร้อยละ 22.20 แสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่น ๆ อีกที่สามารถทำนายอาการทางจิตได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่น ๆ ที่คาดว่าจะสามารถทำนายอาการทางจิตได้ เพื่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป
2. พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลและผู้ดูแล ส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเอง อาการเตือนทางจิต ทั้งด้านความรู้และวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันการป่วยซ้ำ

รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2552). แผนพัฒนางานสุขภาพจิตตามแผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 11 พ.ศ. 2550-2554 ด้านสาธารณสุข. นนทบุรี: สยามอินสริทมาเก็ตติ้ง
- กรมสุขภาพจิต. (2553). รายงานกรมสุขภาพจิตประจำปีกรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2553. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- ชนิษฐา สุขทอง. (2554). ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อภาวะการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เครือวรรณ, ราตรี. (2552). การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จารุวรรณ หีบท่าไม้. (2549). การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลให้จิตศึกษาแก่ญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จินตามงคล, จารุวรรณ. (2541). ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญความเครียด. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จินตนา ยูนิพันธ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2552). การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช พิมพ์ครั้งที่10 กรุงเทพฯ: ยุทธินทร์การพิมพ์.
- ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญชฎา คมขำ. (2554). ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดวงดา อุทุมพฤษทรัพย์. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ดิษยวณิชย์, มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง. (2547). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. (2546). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียดการสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง.

- วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตันติผลาชีวะ., เกษม. (2536). ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1 พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- ทานตะวัน แยมบุญเรือง. (2540). ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศึกษาศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาถนภา วงษ์ศิลป์. (2555). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยช้ำและไม่ป่วยช้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปริวัตร ไชยน้อย. (2546). พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พิชัย แสงชาญชัย พงศธร เนตราคม และนวพร หิรัญวิวัฒน์กุล. (2549). ตำราจิตเวชศาสตร์ การติดสารเสพติด. กรุงเทพฯ: สำนักงานงบประมาณความช่วยเหลือด้านการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด.
- พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และสรยุทธ วาสินานนท์. (2552). ตำราโรคจิตเภท. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยช้ำและไม่ป่วยช้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยช้ำและไม่ป่วยช้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. กรุงเทพมหานคร: บริษัทธรรมสาร จำกัด.
- ภรดี ไชยสิน. (2545). การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มัลลิกา สิงห์สุริยะ. (2547). การจัดการพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของคุณแล: กรณีศึกษา. ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวินิชย์. (2547). ตำราจิตเวชศาสตร์. เชียงใหม่: แสงศิลป์.
- มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนนิชย์. (2544). จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัท ปิยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- รัชนิกร อุปเสน. (2541). การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้ พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี เครือวรรณ. (2552). การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปีงบประมาณ 2556. กรุงเทพมหานคร: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- เรณุกาญจน์ ทองคำรอด. (2549). ผลของการจัดกระทำแบบหลายปัจจัยต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นาถนภา วงษ์ศีล. (2555). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัชณี หัตถพนม และคณะ. (2529). ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. รายงานการวิจัย ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กองสุขภาพจิต กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วิฒนาภรณ์ พิบูลอักษรณ์. (2548). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วาสนา ปานดอก. (2545). กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. (2546). พยาบาลกับผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น: คลังนานาวิทยา.
- สาธิตพร พุฒขาว. (2541). ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุชาดา หุณทसार. (2545). ปัจจัยทางจิต สังคมของโรคจิตที่เกิดร่วมกับการใช้ยาบ้าของผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. .
- หงษ์ บรรเท็งสุข. (2545). ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณพ ทองคำ. (2546). การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2542). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. กรุงเทพฯ: สำนักตำราพิมพ์.
- Aguglia, E., Pascolo-Fabrizi, E., Bertossi, F., Bassi, M. . (2007). Psychoeducational intervention and prevention of relapse among schizophrenic disorders in the Italian community psychiatric network. *Clinic Practice and Epidemiology in Mental Health*, 3(7), 1-12.
- Baker, C. (1995). The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 9 (5), 261-268.
- Bartels, S.J., Teague, G.B., Drake, R.E., Clark, R.E., Bush, P.W., Noordsy, D.L. (1993). Substance abuse in schizophrenia: service utilization and costs. *J. Nerv. Ment Dis.*, 181, 227-232.
- Bethesda, D. . (1999). Schizophrenia. <http://www.nimh.nih.gov/publicat/Schizophr.cfm> Nation Institute of Mental Health.
- Brown, G. w., Birley, J. L. & Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of Schizophrenia Disorder. *A Replication British Journal of Psychiatry*, 121, 241-258.
- Corrigan, P. W., Mueser, K. M., Bond, G.R., Drake, R. B., Solomon, P. . (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*. New York: An empirical Approach.
- Dixon, L., Haas, G., Weiden, P., Sweeney, J. and Frances, A. (1990). Acute effects of Drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients self-reports. *Schizophr. Bull*, 16, 69-79.
- Fiorentine, R., Anglin, M. d., Gil-Rivas, V199., & Taylor, E. (1997). Drug treatment: Explaining the gender paradox. *Substance Use and Misuse*, 32, 653-678.
- Herz, M., Lamberti, J., Mintz, J., Scott, R., Odell, S., McCartan, L., & Nix, G. (2000). A Program for Relapse Prevention in Schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 57, 277-283.
- Herz, M.I. and Marder S.R. (2002). *Schizophrenia Comprehensive Treatment and Management*. Philadelphia: Maple-Vail.
- King, S and Dixon M.J. (1999). Expressed Emotion and Relapse in Young Schizophrenia Outpatients *Schizophrenia Bulletin* 25(2), 377-386.
- Lader, M. (1995). What is relapse in schizophrenia. *International Clinical Psychopharmacology*, 9 (5), 5-9.
- Lamberti, J.S. (2001). Seven Keys to Relapse Prevention in schizophrenia. *Journal of Psychiatric Practice*, 7(4), 253-259.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Linszen, D.H., Dingemans, P.M., Lenior, M.E. (1994). Cannabis abuse and the course Of recent-onset schizophrenia disorder. *Arch. Gen. Psychiatry*, 51, 273-279.
- McKay, J.R. Alterman, A. I. Mulvaney, F. D. Koppenhaver, J. M. (1999). Predicting proximal factors in cocaine relapse and near miss episodes: clinical and theoretical implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 56, 67-78.
- Meijel, B. V., Gaag, M. V. D., Kahn, R. S. Grypdonck, M. H. F. (2003). Relapse Prevention in Patients With Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing*, 3(6), 117-125.
- Nancy C. Andreasen. (1984). *Scale for the assessment of negative symptom*. Iowa: Department of psychiatry College of Medicine.
- Norman, R. M. G., Malla, A. K., Manchanda, R., Harricharan. R. (2005). Social support and three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 80, 227-234.
- Nuechterleing Dawson, Gitlin, et al. . (1992). Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress. *Archives of Schizophrenia Bulletin* 18(3), 387-425.
- Orem, D.E. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4th ed. St.Louis: Mosby.
- Pitschel-Walz, G., Baumal, J., Bender, W., Engel, R., Wagne, M., Kissling, W. (2006). in *Psychoeducation and Compliance the Treatment of Schizophrenia: Results of the Munich Psychosis Information Project Study*. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 67, 433-452.
- Polit, D.F. . (1999). *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*. Singapore:: Simon & Schuster.
- Potvin, S., Joyal, C. C. Pelletier, J. & Stip, E. (2008). Contradictory cognitive capacities among substance-abusing patients with schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 100, 242-251.
- Pratt, C. W., Gill, K. J., Barrett, N. M., Toberts, M. M. (2007). *Psychiatric Rehabilitation*. New Jersey: Elsevier Academic Press.
- Regier, D.A., Farmer, M.E. and Rea, D.S. . (1990). Co-morbidity of mental disorders with Alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) study. *JAMA*, 264, 2511-2518.
- Rummel-Kluge, C, Pitsche.- Walz, G., Baul, J., Kissling, W. . (2006). Psychoeducation in Schizophrenia Results of a Survey of All Psychiatric Institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32(4), 765-775.
- Sadock, J. B., & Sadock, A.V. . (2000). *Kaplan & Sadock's Comprehensive textbook of psychiatry VII*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

- Samuel T. Gladding. (2002). Family Therapy History and practice. Ohio: Person Education. Inc.
- Schneider, K. M., Kviz, F. J., Isola, M. L., & Filstead, W. J. . (1995). Evaluating multiple outcomes and gender differences in alcoholism treatment. *Addictive Behaviors*, 20, 1-21.
- Swofford, C.D., Kasckow, J.W., Scheller-Gilkey, G., Inderbitzin, L.B. . (1996). Substanceuse: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 20, 145-151.
- Wagner, E. F., Myers, M. G., McInINCH, J.L. (1999). Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24(6), 769-779.
- Walitzer, K. S. & Dearing, R. L. (2006). Gender differences in alcohol and substance use relapse. *Clinical Psychology Review*, 26, 128-148.
- World Health Organization. (2001). *Mental health: new understanding, new hop*. Geneva.
- Ziedonis. D., Yanos, P.T., and Silverstein, S.M. . (2007). *Therapist's Guide to Evidence-Based Relapse prevention*. New Jersey: Elsevier.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



ภาคผนวก ก

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	สถานที่ปฏิบัติงาน
1. อาจารย์แพทย์ วิญญู ชะนะกุล	นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา
2. อ.ดร.สุนิศา สุขตระกูล	อาจารย์พยาบาลประจำคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. นางเพชรี คันธสายบัว	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
4. นางสาวชลพร กองคำ	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา
5. นางอำพัน หิรัญยุพา	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลสามชุก



ภาคผนวก ข
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

รหัสผู้เข้าร่วมวิจัย

ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และแล้วขีด ✓ ใน เพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. เพศ

<input type="checkbox"/> ชาย	<input type="checkbox"/> หญิง
------------------------------	-------------------------------
2. อายุ ปี
3. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> คู่	<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย หย่า ว่าง
------------------------------	------------------------------	--
4. การศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียน	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา
<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา	<input type="checkbox"/> ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
5. เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลครั้งที่
6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....
7. การใช้สารเสพติด

<input type="checkbox"/> ใช้สารเสพติด	<input type="checkbox"/> ไม่ใช้สารเสพติด
---------------------------------------	--

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกิจกรรมที่ท่านทำมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือ

ปฏิบัติเป็นประจำ	หมายถึง	กิจกรรมที่ท่านทำเป็นประจำทุกวัน
ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ท่านทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน
ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ทำอีกครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ท่านทำเป็นบางครั้ง เว้นระยะไป ประมาณ 1 เดือน จึงทำอีกครั้ง
ปฏิบัติเป็นนานๆครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นเว้นระยะไปนานจึงทำอีกครั้ง
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยทำเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำ
พัฒนาการรู้จักตนเอง					
1. ท่านมีความตั้งใจที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น					
2. เมื่อท่านทำงานไม่สำเร็จท่านจะหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่ดี					
3. ท่านค้นหาข้อบกพร่องของตนเองเพื่อแก้ไขให้ดีขึ้น					
4.					
5.					
36. เมื่อรู้สึกเครียดท่านหายใจเข้าออกลึกๆ ช้าๆ เพื่อผ่อนคลาย					
37. ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาลทุกครั้งเมื่อมีปัญหาด้านร่างกาย					

ส่วนที่ 3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด ✓ ในช่องที่ท่านได้กระทำกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

ปฏิบัติเป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน

ปฏิบัติเป็นบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง

ปฏิบัติเป็นนานๆครั้ง หมายถึง นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง

ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บางคร้ ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำ
1. ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านเคยลืมนับประทานยา					
3.					
4.					
17. เมื่อยาหมดท่านซื้อยารักษาอาการทางจิตเอง โดยไม่ได้มาพบแพทย์ (ไม่รวมการส่งซื้อยาทางไปรษณีย์)					
18. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา					

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความแต่ละข้อต่อไปนี้ ท่านเคยเผชิญความเครียดอย่างไรต่อเหตุการณ์หรือสิ่ง ที่ก่อให้เกิดความเครียด(ท่านได้ประเมินในแบบสอบถามว่าทำให้เกิดความเครียด) แล้วใส่ ✓ ในช่อง ที่ตรงกับความเป็นจริงของตัวท่านที่สุดในแต่ละข้อมีเพียงคำตอบเดียว กรุณาตอบทุกข้อ การ เลือกตอบถือเกณฑ์ดังนี้

- ไม่เคย หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกันจริงของท่านเลย หรือท่านไม่เคยใช้วิธีนั้นในการ จัดการกับความเครียด
- นานๆ ครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านบ้างเล็กน้อยหรือท่านใช้วิธีนั้น นานครั้ง
- เป็นบางครั้ง หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเพียงครั้งหนึ่งหรือท่านเคยใช้ วิธีเป็นบางครั้ง
- บ่อยๆ หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริงของท่านเป็นส่วนมากหรือท่านเคยใช้วิธี นั้นบ่อยๆ

การเผชิญความเครียด	ไม่เคย	นานๆ ครั้ง	เป็น บางครั้ง	บ่อยๆ
	0	1	2	3
1. กังวลใจ				
2. ร้องไห้				
3. ระบายความเครียดด้วยการออกแรงหรือการออกกำลังกาย				
4.				
5.				
39. ปลอบใจตัวเองว่า “อย่ากังวลไปเลยทุกสิ่งทุกอย่างคงจะคลี่คลายไปในทางที่ดีขึ้น”				
40. ยอมรับในสิ่งที่ตีรองจากสิ่งที่ต้องการจริงๆ				

ส่วนที่ 5. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึก โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

- 5 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด
 4 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก
 3 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านปานกลาง
 2 หมายถึง ข้อความนั้นตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย
 1 หมายถึง ข้อความนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริง หรือความรู้สึกของท่านเลย

ข้อความ	1	2	3	4	5
1. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านไม่สบายใจ					
2. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าคุณมีความสำคัญต่อเขา					
3. ท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว					
4.					
5.					
14. มีผู้อำนวยการความสะดวกแก่ท่านในเรื่องพาหนะในการเดินทางมาพบแพทย์เมื่อท่านมีความต้องการ					
15. มีผู้ช่วยเหลือท่านในการทำกิจวัตรประจำวันเมื่อท่านมีความต้องการ					

ส่วนที่ 6 แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว

คำชี้แจง ข้อความต่อไปนี้ ตรงกับครอบครัวของคุณมากน้อยเพียงใด

กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องที่ตรงกับความจริงมากที่สุด อย่าใช้เวลาคิดนานให้ตอบอย่างรวดเร็วโดยเลือกความคิดแรกที่เกิดขึ้นทันทีที่อ่านข้อความจบ

ข้อความ	ไม่ตรง เลย	ตรง เล็กน้อย	ตรง ปาน กลาง	ตรง มาก ที่สุด
ด้านการแก้ปัญหา				
1. สมาชิกในครอบครัวช่วยกันแก้ปัญหาส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในบ้านได้				
2. มีการพูดคุยกันเสมอว่า วิธีการแก้ปัญหาที่ทำไปนั้นได้ผลหรือไม่				
3.				
4.				
35. ในยามวิกฤตคนในครอบครัวสามารถพึ่งพาอาศัยกันได้				
36. ในครอบครัวของคุณมีความรู้สึกที่ไม่ดีเกิดขึ้นมากมาย				

ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงอารมณ์ของครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด ✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยในกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมากที่สุด
 เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุมาก
 ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ครอบครัวของท่านไม่ชอบพฤติกรรมหลายอย่างของท่าน				
2. ครอบครัวของท่านรู้สึกอายกับพฤติกรรมของท่าน				
3. ครอบครัวของท่านรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรมของท่าน				
4.				
5.				
32. ทุกวันนี้ท่านก็ทำให้ครอบครัวของท่านพอใจ				
33. เมื่อได้รับคำแนะนำท่านจะพยายามทำตาม				

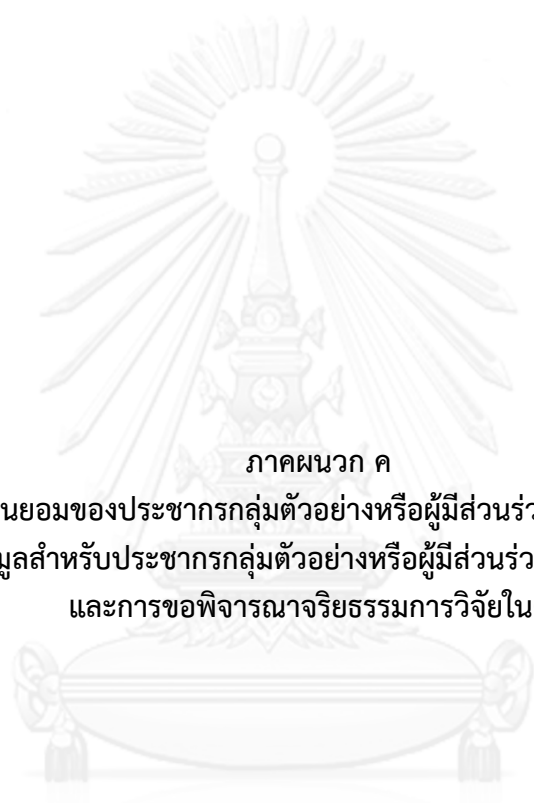
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย

ส่วนที่ 8 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

พื้นฐานที่ใช้ในการให้คะแนน ลักษณะการใช้คำพูด และความคิดระหว่างการสัมภาษณ์

ความหมาย	คะแนน
ไม่มีอาการ	1
มีอาการขั้นต่ำสุด	2
มีอาการเล็กน้อย	3
มีอาการปานกลาง	4
มีอาการค่อนข้างรุนแรง	5
มีอาการรุนแรง	6
มีอาการรุนแรงมาก	7

แบบประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale	คะแนน
1.Somatic concern(G) รู้สึกตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย	
2.Anxiety(G) 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกกังวล กลัว/มีความคิดรบกวน จิตใจ /มีอาการใจสั่น เหงื่อออก	
3.	
4.	
17. Excitement(P) มีท่าทีลุกลี้ลุกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข	
18.Disorientation(G) วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล	



ภาคผนวก ค

ใบอนุญาตของประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ข้อมูลสำหรับประชากรกลุ่มตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
และการขอพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

แบบแสดงความยินยอมผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

เลขที่ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยและเข้าใจข้อมูลที่อยู่ในเอกสารข้อมูล
ยินยอมให้ทำการศึกษาวิจัยดังกล่าวข้างต้นเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยวิธีการวิจัยสิ่งที่อาจจะ
เกิดขึ้นจากการวิจัยขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลประโยชน์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่าง
ละเอียด

ข้าพเจ้ายืนยันว่าข้าพเจ้ามีโอกาสถามคำถามและปรึกษารายละเอียดของการวิจัยก่อนการเข้า
ร่วมโครงการ

ข้าพเจ้ายืนยันว่าการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยของข้าพเจ้าเป็นไปโดยความสมัครใจโดย
ปราศจากการบังคับหรือชักจูงและเข้าใจว่าข้าพเจ้ามีอิสระที่จะถอนตัวเมื่อใดก็ได้โดยไม่กระทบต่อการ
ปฏิบัติงานของข้าพเจ้า

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าผู้ที่ชี้แจงให้หลักประกันได้ว่าข้อมูลทั้งหมดเกี่ยวกับการวิจัยจะไม่มีการ
เปิดเผยให้เกิดผลเสียหายการนำเสนอข้อมูลจะเสนอในลักษณะภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างผู้ที่เป็
นทีม
วิจัยเท่านั้นที่จะสามารถเข้าถึงการบันทึกข้อมูลหรือศึกษาข้อมูลของข้าพเจ้าได้เต็มทีข้อมูลที่ได้จะใช้
ประโยชน์เฉพาะการวิจัยเท่านั้นชื่อที่อยู่ของข้าพเจ้าจะไม่ปรากฏในเอกสารสาธารณะใดๆ

ข้าพเจ้าจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้แต่ท่านได้รับของที่ระลึก (สมุด
บันทึก) ที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้

ข้าพเจ้าจะได้รับเอกสารชี้แจงและหนังสือยินยอมที่มีข้อความเดียวกับที่ผู้วิจัย เก็บไว้เป็น
ส่วนตัวข้าพเจ้า

1 ชุด

ข้าพเจ้ายินยอมให้ข้อมูลแก่คณะผู้วิจัยเพื่อประโยชน์ในการศึกษาครั้งนี้สุดท้ายนี้ข้าพเจ้ายินดี
เข้าร่วมการวิจัยนี้ภายใต้เงื่อนไขที่ระบุไว้แล้วในข้างต้นโดยการลงนามข้างล่างนี้

ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย(ตัว บรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
ผู้วิจัย(ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี
พยาน(ตัวบรรจง)	ลายมือชื่อ	วันที่/เดือน/ปี

เอกสารชี้แจงข้อมูลแก่ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย
(Patient/ Participant Inform Sheet)

ชื่อโครงการวิจัยชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
ชื่อผู้วิจัย นางสาวกชพร รัตนสมพร ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ
สถานที่ติดต่อผู้วิจัย(ที่ทำงาน) สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา
(ที่บ้าน) 83/141 ซอยประชาอุทิศ 79 แขวงทุ่งครุ เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 10140
โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-4422500 ต่อ 59422 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-8718612
โทรศัพท์มือถือ 091- 515-4295 E-mail : kwang2627@hotmail.com

วันที่ชี้แจง.....

ท่านได้รับการเชิญชวนให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้แต่ก่อนที่ท่านจะตกลงใจเข้าร่วมหรือไม่โปรดอ่านข้อความในเอกสารนี้ทั้งหมดเพื่อให้ทราบว่าเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้โครงการวิจัยนี้ทำเพื่ออะไรหากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอะไรบ้างรวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นในระหว่างการศึกษาวิจัย

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจโปรดสอบถามผู้วิจัยที่ทำโครงการนี้เพื่อให้อธิบายจนกว่าท่านจะเข้าใจท่านจะได้รับเอกสารนี้1 ชุดกลับไปอ่านที่บ้านเพื่อทบทวนและช่วยตัดสินใจว่าควรเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้หรือไม่หากท่านอ่านแล้วมีข้อสงสัยต้องการซักถามกรุณาสอบถามได้จากผู้วิจัยซึ่งจะสามารถได้ความกระจ่างแก่ท่านได้และหากท่านได้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะได้รับสำเนาใบยินยอมที่ท่านได้ลงนามไว้จำนวน1 ฉบับการเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้จะต้องเป็น**ความสมัครใจ**ของท่านไม่มีการบังคับหรือชักจูงการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยนี้จะไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของท่านหรือผลประโยชน์ที่พึงจะได้รับของท่านแต่อย่างใด

โปรดอย่าลืมนำชื่อของท่านในเอกสารนี้จนกว่าท่านจะแน่ใจว่ามีความประสงค์จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้คำว่า“ท่าน” ในเอกสารนี้หมายถึงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยในฐานะเป็นอาสาสมัครในโครงการวิจัยนี้

โครงการวิจัยนี้มีที่มาอย่างไรและวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

โรคจิตเภท มักมีลักษณะของการดำเนินโรคจิตเภทเป็นแบบเรื้อรังมีโอกาสเป็นซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2545) ปัจจุบันโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต มีนโยบายในการเร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล และไม่กลับมารักษาซ้ำ ซึ่งเดิมกำหนดไว้ว่าผู้ป่วยไม่ควรกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน และไม่เกินร้อยละ 3 ของผู้ป่วยที่กลับมารักษาซ้ำ (กรมสุขภาพจิต, 2551) และปรับเพิ่มเกณฑ์ เป็น 90 วัน ในปี 2552 (กรมสุขภาพจิต, 2552) โดยให้การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะที่มีอาการเฉียบพลัน ที่อาจก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยเอง หรืออันตรายต่อผู้อื่น รวมทั้งบุคคลในครอบครัว เมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น พ้นระยะอาการเฉียบพลันแล้วก็จะวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ทำให้ระยะเวลาการอยู่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทสั้นลง (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2542) ส่งผลให้บางครั้งอาการของผู้ป่วยยังไม่ดีพอ และผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆใน

ชีวิตประจำวันได้ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป เนื่องจาก ความเสื่อมในด้านการทำงาน การใช้ความคิด และขาดการยอมรับจากสังคม (นงลักษณ์ ทรงลำเจียก, 2548) อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภท มักปฏิเสธความเจ็บป่วยของตนเอง ขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค จึงไม่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ทำให้อาการทางจิตค่อยมีอาการรุนแรงมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ป่วยอาการกลับเป็นซ้ำสูง

การป่วยซ้ำ ส่งผลกระทบหลายด้านทั้ง ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ โดยมีผลต่อผู้ป่วยหลายด้าน เช่น พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำ ความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น และถ้ามีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Sadock&Sadock, 2000)

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำในต่างประเทศที่ผ่าน พบว่าปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) การที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์ 2) ปัจจัยทางเภสัชวิทยา 3) ปัจจัยทางด้านจิตสังคม 4) การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด(Ayuso-Gutiérrez and Río Vaga, 1997)สอดคล้องกับการศึกษาของ Swofford et al., (1995)โดยผลการศึกษาพบว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท และจากการศึกษาของJohnson et al. (1983) ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำใน 18 เดือนหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้ ได้หยุดรับประทานยาทางจิตเวชเองและไม่มาพบแพทย์ตามนัด และการศึกษาของ Bartels et al. (1993) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทโรคที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์จะทำให้เกิดอาการทางจิตที่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

สำหรับผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท ได้แก่ ความรู้ ทักษะคิดและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลไม่ดี (ราตรี เครือวรรณ, 2552) เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ (ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546) และผลการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ พบว่าตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว (เพชร คันธสายบัว, 2544)ตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) และพบว่ายังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำในผู้ป่วย จิตเภท ในปัจจุบันมีการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในด้านต่างๆเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ป้องกันการป่วยซ้ำ และมีการนำรูปแบบกิจกรรมต่างๆมาใช้ในหอผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก เช่น การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด การทำกลุ่มจิตบำบัด การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาและผลข้างเคียง มีการผู้ป่วยฝึกการจัดยารับประทานเอง และ ฯลฯ แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำอยู่ รวมทั้งมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นการแก้ไขปัญหาคือการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องค้นหาปัจจัยที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทอย่างครอบคลุมทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดการป่วยซ้ำต่อไป

โดยมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยดังนี้

1. นำผลการวิจัยไปวางแผนให้การบำบัดทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการป่วยซ้ำ เพื่อลดการ Readmit และตอบสนองพันธกิจขององค์กร

2. นำผลการวิจัยไปวางแผนการบำบัดทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดการป่วยซ้ำ ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เพราะคุณสมบัติที่เหมาะสมดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD -10

2. ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมและอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของอาการทางจิต โดยคะแนนประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ (BPRS) พบอาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน หรือความคิดผิดปกติ มากกว่า 6 คะแนน

3. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่มีอายุอยู่ในช่วง 20-59 ปี

4. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง

5. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

จะมีการทำโครงการวิจัยนี้ที่ใดและมีจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งสิ้นเท่าไร

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการที่หน่วยบริการผู้ป่วยนอกในสังกัดกรมสุขภาพจิตจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยมีผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมด 156 คน ระยะเวลาที่ท่านจะต้องร่วมโครงการวิจัย

เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 45 นาที ทั้งหมด 7 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 186 ข้อ หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ท่านจะต้องปฏิบัติตามขั้นตอนหรือได้รับการปฏิบัติอย่างไรบ้าง

หากท่านได้รับทราบแนวทางการปฏิบัติในขณะที่เข้าร่วมโครงการวิจัยและตกลงที่จะเข้าร่วมการวิจัยรวมถึงได้เซ็นชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วท่านจะได้รับการปฏิบัติดังนี้

1. ผู้วิจัยขออนุญาตแพทย์เจ้าของไข้ ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล หลังจากนั้นขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพ แจงวัตถุประสงค์และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงให้ทราบว่ามิสิทธิตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้ โดยไม่มีผลต่อการให้บริการ หากไม่พอใจกลุ่มตัวอย่างสามารถบอกเลิกได้ และข้อมูลทั้งหมด จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อ ในหนังสือแสดงความยินยอมมาเข้าร่วมวิจัย

2. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละ 45 นาที ทั้งหมด 7 ส่วน จำนวนทั้งสิ้น 186 ข้อ ระหว่างการตอบแบบสอบถาม หากกลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกกระตือรือร้นทางด้านจิตใจ ผู้วิจัยขออนุญาตให้กลุ่มตัวอย่างหยุด การตอบแบบสอบถาม พร้อมทั้งประเมินอาการที่เกิดขึ้นและให้การพยาบาลเบื้องต้น หากกลุ่มตัวอย่างอาการดีขึ้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ให้ตอบแบบสอบถามต่อ

หรือบอกเลิกการตอบแบบสอบถามได้

3. หลังเก็บรวบรวมข้อมูลเรียบร้อยแล้ว นำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบ ความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์

ความเสี่ยงต่ออันตรายที่อาจจะได้รับจากการวิจัยมีอะไรบ้างและวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้วิจัยเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

การวิจัยครั้งนี้ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อผู้ถูกวิจัยเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ไม่ได้กระทำการทดลอง หรือปฏิบัติหัตถการใดๆที่เป็นการรุกรานร่างกายและคุกคามด้านจิตใจแต่อาจต้องใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อระยะเวลาความเป็นส่วนตัวของผู้ถูกวิจัย และถ้าผู้ถูกวิจัยได้รับความเสียหายหรือความรู้สึกลำบากใจหรือรู้สึกกังวลที่จะให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะพิจารณายุติการดำเนินกิจกรรม และให้การช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาเบื้องต้น
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย

1.เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารทางการแพทย์ และพยาบาลระดับปฏิบัติการในการ ออกแบบระบบบริการและกำหนดแผนการปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด โดย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาเพื่อควบคุมอาการป้องกันการป่วยซ้ำและ เพิ่มคุณภาพของการทำงานการพยาบาลสุขภาพจิต

2.เป็นแนวทางในการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
ค่าใช้จ่ายที่ผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยจะต้องรับผิดชอบ(ถ้ามี)

การเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ท่านไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆทั้งสิ้นและจะไม่ได้ได้รับความเสียหายใดๆ เนื่องจากเป็นการให้ข้อมูลโดยตอบแบบสอบถามเท่านั้น
ค่าตอบแทนที่จะได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการวิจัย

ท่านจะไม่ได้รับค่าตอบแทนจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้แต่ท่านได้รับของที่ระลึกที่ผู้วิจัยได้เตรียมไว้ให้เป็นการตอบแทนในการให้ความร่วมมือในโครงการวิจัยครั้งนี้
ข้อมูลส่วนตัวของท่านที่ได้จากโครงการวิจัยครั้งนี้จะถูกนำไปใช้ดังต่อไปนี้

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บเป็นความลับและใช้รหัสแทนชื่อจริงของท่านการนำข้อมูลไป อภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมของผลการวิจัยเท่านั้น

ผู้วิจัยจะกระทำกิจกรรมต่างๆด้วยความระมัดระวังหากมีความเสียหายใดที่เกี่ยวข้องกับการ วิจัยผู้วิจัยจะเก็บรักษาข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับและจะดำเนินการอย่างรัดกุมปลอดภัย โดยเฉพาะการแยกเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์และใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยเพื่อป้องกันการ ตรวจสอบข้อมูลของท่านได้และจะไม่มีทางอ้างถึงท่านโดยใช้ชื่อของท่านในรายงานใดๆที่เกี่ยวกับการ ศึกษาครั้งนี้ทั้งนี้สิทธิประโยชน์อื่นอันเกิดจากผลการศึกษาให้เป็นไปตามระเบียบข้อบังคับของ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ท่านจะถอนตัวออกจากโครงการวิจัยหลังจากได้ลงนามเข้าร่วมโครงการวิจัยแล้วหรือไม่

การเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ขึ้นอยู่กับความตั้งใจของท่านท่านมีสิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธ ในการเข้าร่วมการศึกษาของท่านครั้งนี้โดยจะไม่มีผลเสียผลประโยชน์ใดๆรวมทั้งถ้าท่านมีเหตุผล

ส่วนตัวที่ทำให้ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยต่อไปท่านสามารถถอนตัวจากการศึกษาภายหลังได้โดยมีสิทธิที่จะไม่เปิดเผยเหตุผลหากท่านไม่สะดวกใจและการตัดสินใจของท่านจะไม่มีผลกระทบต่อการทำงานของท่าน

หากท่านมีคำถามที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยจะถามใคร

ท่านสามารถติดต่อผู้วิจัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัย ผู้วิจัย นางสาวกชพร รัตนสมพร นิสิตปริญญาโท คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่อยู่ 83/141 ซอยประชาอุทิศ 79 แขวงทุ่งครุ เขตทุ่งครุ กรุงเทพมหานคร 10140 โทรศัพท์(ที่ทำงาน) 02-4422500 ต่อ 59422 โทรศัพท์มือถือ 091-515-4295

หากท่านรู้สึกว่าจะได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมในระหว่างโครงการวิจัยนี้ท่านอาจแจ้งเรื่องได้ที่

รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย อาจารย์ที่ปรึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โทรศัพท์ 02- 2181152 ในวันและเวลาราชการ

ข้าพเจ้าหวังว่าจะได้รับความร่วมมืออย่างดียิ่งจากท่านและขอขอบคุณมา ณ โอกาสนี้

ลงนาม..... ผู้วิจัย

(นางสาวกชพร รัตนสมพร)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



เอกสารเลขที่ 14/2556

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
โรงพยาบาลสวนปรุง

โครงร่างวิจัย : ปัจจัยทำนายนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

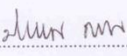
ผู้ดำเนินการวิจัยหลัก : นางสาวกชพร รัตนสมพร

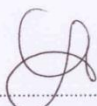
สถานที่ดำเนินการวิจัย : โรงพยาบาลสวนปรุง

เอกสารที่พิจารณา :

1. ปัจจัยทำนายนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลสวนปรุง ได้พิจารณาโครงร่างวิจัยแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องข้างต้นได้ ทั้งนี้โดยยึดตามเอกสาร
โครงร่างวิจัยเป็นหลัก

.....ประธานคณะกรรมการ
(นายปริทรรศ ศิลปกิจ)

.....ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนปรุง
(นายศิริศักดิ์ ธิติติลรัตน์)

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

แบบรายงานผลการพิจารณาด้านจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์

ชื่อโครงการ..... เรื่อง “ปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท”

เจ้าของการวิจัย / ผู้ขออนุมัติศึกษาวิจัย นางสาวกชพร รัตนสมพร

ผลการพิจารณา

- อนุมัติ (โดยไม่มีเงื่อนไข)
- อนุมัติโดยมีเงื่อนไข ให้ปรับปรุงแก้ไข ในประเด็น
- ให้ปรับปรุงแล้วนำเสนอเพื่อพิจารณาใหม่ ยังไม่อนุมัติ
- ไม่อนุมัติ

ลงนาม 

(นายแพทย์ธรรณิทร์ กองสุข)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์

..... 6 / 10 / 56



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : ปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางสาวกชพร รัตนสมพร

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : ๖ เดือน

เอกสารที่อนุมัติ

๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัคร
๓. เอกสารแนะนำการเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณาอนุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

(นายสินเงิน สุขสมปอง)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ ๐๑๙/๒๕๕๖

คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ขอให้การรับรองว่า

ชื่องานวิจัย : ปัจจัยทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัยหลัก : นางสาวกชพร รัตนสมพร

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารที่เกี่ยวข้อง :

๑. โครงร่างงานวิจัย
๒. ใบบินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
๓. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เป็นการวิจัยที่มีลักษณะตรงตามเกณฑ์ของ International Guidelines for Human Research Protection ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines and the International Conference on Harmonization's Good Clinical Practice (ICH-GCP) ทุกประการ

วันที่ยื่นพิจารณา : ๑ สิงหาคม ๒๕๕๖

เลขที่งานวิจัยที่ยื่นพิจารณา : ๒๑/๒๕๕๖

วันที่ได้รับการรับรอง : ๑๐ กันยายน ๒๕๕๖

ลงนาม ประธานคณะกรรมการวิจัย

(นายแพทย์ธิตินันท์ ธานีรัตน์)

ลงนาม ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย

(นายอัครพงษ์ ถนิมพาสณี)

ลงนาม ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

(นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์)



ภาคผนวก ง
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

1. ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Collinearity เพื่อหาความสัมพันธ์ร่วมเชิงพหุเชิงเส้น

Coefficients^a

Model	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
1 (Constant)	51.733	.810		63.856	.000					
single	9.403	2.239	.310	4.200	.000	.310	.310	.310	1.000	1.000
2 (Constant)	36.495	5.284		6.907	.000					
single	9.032	2.193	.298	4.118	.000	.310	.305	.297	.997	1.003
selfcare	.115	.040	.211	2.917	.004	.228	.221	.211	.997	1.003
3 (Constant)	19.263	7.079		2.721	.007					
single	6.753	2.218	.223	3.044	.003	.310	.231	.213	.912	1.097
selfcare	.149	.039	.272	3.775	.000	.228	.283	.264	.939	1.065
HEE	.194	.055	.263	3.518	.001	.265	.265	.246	.872	1.147
4 (Constant)	15.022	7.296		2.059	.041					
single	6.413	2.202	.211	2.913	.004	.310	.222	.201	.907	1.103
selfcare	.118	.042	.215	2.821	.005	.228	.216	.195	.820	1.220
HEE	.218	.056	.295	3.907	.000	.265	.293	.270	.835	1.197
support	.129	.062	.161	2.089	.038	.178	.161	.144	.804	1.243

a. Dependent Variable: BPRS

2..การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับทดสอบ (N=30)

2.1 แบบวัดวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.932	.933	37

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3.707	2.733	4.367	1.633	1.598	.127	37

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
selfcare1	132.9333	521.926	.643	.	.929
selfcare2	133.7333	530.340	.463	.	.930
selfcare3	133.4667	529.361	.457	.	.930
selfcare4	133.2667	520.202	.598	.	.929
selfcare5	133.4667	523.706	.467	.	.930
selfcare6	133.5000	515.500	.550	.	.929
selfcare7	133.6000	533.972	.306	.	.932
selfcare8	133.9333	529.857	.390	.	.931
selfcare9	133.4333	513.564	.632	.	.928
selfcare10	133.3667	515.757	.615	.	.929
selfcare11	133.3000	521.183	.570	.	.929
selfcare12	133.3333	523.678	.591	.	.929
selfcare13	133.9000	540.024	.196	.	.932
selfcare14	133.8667	513.361	.590	.	.929
selfcare15	133.0333	527.689	.408	.	.931
selfcare16	133.4000	514.524	.669	.	.928
selfcare17	133.4333	512.047	.567	.	.929
selfcare18	133.8667	521.913	.433	.	.931
selfcare19	133.4667	510.464	.669	.	.928
selfcare20	133.1333	521.706	.487	.	.930
selfcare21	133.8667	512.671	.602	.	.929
selfcare22	133.8333	519.937	.445	.	.931
selfcare23	134.1000	494.024	.806	.	.926
selfcare24	133.1667	522.144	.563	.	.929
selfcare25	133.4000	525.352	.484	.	.930
selfcare26	133.1667	519.247	.647	.	.929
selfcare27	133.2667	544.823	.068	.	.934
selfcare28	133.6000	519.766	.436	.	.931
selfcare29	133.1333	516.671	.670	.	.928
selfcare30	132.8667	536.947	.326	.	.931
selfcare31	133.1333	530.533	.442	.	.930
selfcare32	134.4333	520.668	.437	.	.931
selfcare33	133.1000	531.748	.405	.	.931
selfcare34	133.6333	515.689	.451	.	.931
selfcare35	132.8000	528.786	.594	.	.929
selfcare36	133.6333	516.930	.510	.	.930
selfcare37	133.4333	514.668	.535	.	.929

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

Reliability**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.840	.857	18

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3.972	3.200	4.600	1.400	1.437	.162	18

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
med1	67.7667	120.116	.615	.908	.823
med2	67.9667	126.447	.478	.816	.831
med3	67.9333	120.616	.513	.810	.828
med4	67.8333	126.006	.427	.866	.833
med5	67.3667	122.033	.620	.796	.823
med6	67.3333	122.851	.598	.954	.825
med7	67.4667	119.844	.592	.900	.824
med8	66.9000	132.162	.524	.863	.833
med9	67.0667	123.926	.596	.918	.825
med10	67.4333	126.185	.447	.793	.832
med11	67.8667	143.775	-.147	.525	.865
med12	68.3000	136.148	.084	.776	.851
med13	67.3333	128.989	.445	.715	.833
med14	67.2333	123.082	.592	.836	.825
med15	67.1333	123.361	.686	.915	.822
med16	67.1333	128.947	.573	.709	.829
med17	67.3000	121.390	.541	.634	.827
med18	68.1333	135.016	.115	.451	.850

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด

Reliability

Case Processing Summary

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.775	.789	40

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1.544	.667	2.367	1.700	3.550	.201	40

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
stress1	60.1667	155.385	.128	.	.776
stress2	60.7667	152.599	.290	.	.768
stress3	60.2667	166.685	-.267	.	.791
stress4	59.4000	151.421	.531	.	.763
stress5	59.7667	144.461	.508	.	.757
stress6	59.6667	143.540	.551	.	.755
stress7	60.6667	146.851	.374	.	.764
stress8	61.1000	156.024	.153	.	.774
stress9	61.0667	159.168	.018	.	.779
stress10	59.5667	155.151	.277	.	.770
stress11	60.5667	155.702	.142	.	.775
stress12	60.8333	164.006	-.163	.	.788
stress13	60.4667	147.775	.474	.	.761
stress14	60.6000	156.248	.164	.	.773
stress15	61.0333	152.171	.295	.	.768
stress16	59.9667	149.620	.428	.	.763
stress17	59.9000	146.162	.598	.	.756
stress18	59.7333	146.271	.600	.	.757
stress19	59.9333	151.651	.344	.	.766
stress20	60.2333	158.323	.041	.	.779
stress21	60.2000	155.407	.159	.	.774
stress22	60.2333	158.530	.030	.	.780
stress23	59.9333	160.271	-.022	.	.780
stress24	60.5667	160.392	-.036	.	.782
stress25	60.1667	153.178	.457	.	.766
stress26	60.6333	155.826	.112	.	.777
stress27	60.5667	144.599	.626	.	.754
stress28	60.5000	152.672	.334	.	.767
stress29	60.7667	151.564	.307	.	.768
stress30	60.3000	156.838	.115	.	.775
stress31	60.5333	156.120	.118	.	.776
stress32	59.9000	152.162	.409	.	.765
stress33	59.8333	158.351	.083	.	.776
stress34	60.1000	152.438	.357	.	.766
stress35	60.0333	150.171	.432	.	.763
stress36	60.0667	156.409	.138	.	.774
stress37	59.8333	145.937	.556	.	.757
stress38	59.7667	157.564	.104	.	.775
stress39	59.8000	155.683	.198	.	.772
stress40	59.4667	148.740	.417	.	.763

2.4 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

Reliability**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.912	.914	15

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	3.613	3.300	3.933	.633	1.192	.045	15

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
support1	50.8667	158.947	.504	.560	.910
support2	50.7667	159.013	.634	.667	.906
support3	50.5333	176.740	-.022	.563	.928
support4	50.4000	152.938	.626	.765	.906
support5	50.3000	148.700	.799	.872	.899
support6	50.5667	149.840	.760	.775	.901
support7	50.4000	155.628	.636	.894	.905
support8	50.2667	154.961	.699	.930	.903
support9	50.4667	158.051	.525	.702	.909
support10	50.5333	154.533	.726	.854	.903
support11	50.7333	155.168	.591	.793	.907
support12	50.7000	152.769	.780	.833	.901
support13	50.4667	154.189	.645	.859	.905
support14	50.9000	151.610	.724	.878	.902
support15	50.9000	155.955	.629	.829	.906

2.5 แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว

Reliability**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.859	.864	36

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2.934	2.300	3.400	1.100	1.478	.077	36

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
family1	102.4667	193.913	.611	.	.850
family2	102.9000	197.059	.409	.	.854
family3	102.8667	206.878	.031	.	.863
family4	102.6000	191.076	.630	.	.849
family5	102.4667	198.602	.382	.	.855
family6	102.7667	191.702	.625	.	.849
family7	102.9333	208.961	-.038	.	.864
family8	102.5667	197.151	.372	.	.855
family9	102.5000	195.086	.273	.	.859
family10	102.6333	195.620	.427	.	.853
family11	102.4000	207.490	.032	.	.861
family12	102.3333	196.575	.491	.	.853
family13	102.3333	196.782	.398	.	.854
family14	102.4667	193.223	.642	.	.849
family15	102.5333	191.016	.635	.	.849
family16	102.5667	195.082	.486	.	.852
family17	103.3000	203.252	.178	.	.859
family18	102.6333	196.585	.446	.	.853
family19	102.6333	194.723	.459	.	.853
family20	102.4667	201.016	.243	.	.858
family21	103.0667	200.409	.229	.	.859
family22	102.8667	203.223	.159	.	.860
family23	103.0333	197.757	.270	.	.858
family24	102.8333	192.971	.536	.	.851
family25	102.9333	208.133	-.004	.	.863
family26	102.5333	206.326	.048	.	.863
family27	103.3333	202.644	.160	.	.860
family28	103.2333	211.151	-.122	.	.865
family29	102.6000	191.766	.659	.	.849
family30	102.5333	195.706	.453	.	.853
family31	102.8667	194.120	.410	.	.854
family32	102.5333	205.637	.119	.	.860
family33	102.2333	197.564	.491	.	.853
family34	102.5333	196.395	.556	.	.852
family35	102.6667	190.092	.730	.	.847
family36	103.0000	187.724	.587	.	.848

2.6 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

Reliability**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	100.0
	Excluded ^a	0	.0
	Total	30	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.905	.924	33

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	1.995	1.533	2.533	1.000	1.652	.073	33

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
HEE1	63.3000	230.631	.437	.	.902
HEE2	63.7000	226.769	.732	.	.899
HEE3	63.7333	228.685	.624	.	.900
HEE4	64.0000	227.172	.628	.	.900
HEE5	63.6667	220.713	.724	.	.897
HEE6	63.9333	223.444	.732	.	.898
HEE7	64.0000	230.276	.426	.	.903
HEE8	64.2333	230.530	.572	.	.901
HEE9	64.1667	229.661	.552	.	.901
HEE10	64.1667	231.178	.466	.	.902
HEE11	63.7333	252.202	-.187	.	.925
HEE12	64.0000	233.241	.414	.	.903
HEE13	63.7667	221.013	.718	.	.897
HEE14	63.9000	227.403	.624	.	.900
HEE15	63.8000	227.890	.618	.	.900
HEE16	63.6000	221.421	.765	.	.897
HEE17	63.5667	223.909	.669	.	.899
HEE18	63.3000	240.424	.092	.	.908
HEE19	63.5667	225.978	.552	.	.900
HEE20	63.7333	227.582	.530	.	.901
HEE21	63.7667	228.254	.446	.	.902
HEE22	64.0000	230.483	.526	.	.901
HEE23	63.8000	229.614	.458	.	.902
HEE24	63.5333	237.085	.211	.	.906
HEE25	63.3000	242.838	.010	.	.910
HEE26	64.0000	226.276	.663	.	.899
HEE27	63.7000	235.252	.266	.	.905
HEE28	64.0000	228.138	.751	.	.899
HEE29	64.2000	229.752	.574	.	.901
HEE30	63.9667	236.654	.325	.	.904
HEE31	64.1000	236.024	.512	.	.902
HEE32	64.3000	235.321	.416	.	.903
HEE33	64.1333	233.292	.499	.	.902

2.7 แบบประเมินอาการทางจิต (BPRS)

Reliability**Case Processing Summary**

		N	%
Cases	Valid	30	96.8
	Excluded ^a	1	3.2
	Total	31	100.0

a. Listwise deletion based on all variables in the procedure.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.740	.729	18

Summary Item Statistics

	Mean	Minimum	Maximum	Range	Maximum / Minimum	Variance	N of Items
Item Means	2.613	1.967	3.167	1.200	1.610	.152	18

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวกชพร รัตนสมพร เกิดเมื่อวันที่ 19 ธันวาคม 2526 ที่อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ เมื่อปีการศึกษา 2548 และเข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรุงเทพมหานคร



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY