

การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม\*  
**DISCRIMINANT ANALYSIS OF RELAPSE AND NON-RELAPSE  
 IN THAI MUSLIM SCHIZOPHRENIC PATIENTS**

นาถนภา วงษ์ศีล, พยม. (Nardnapa wongsin, MSN)\*\*

จินตนา ยูนิพันธุ์, Ph.D. (Jintana Yunibhand, Ph.D., R.N.)\*\*\*

สุนิสา สุขตระกูล, Ph.D. (Sunisa Suktakul, Ph.D., R.N.)\*\*\*\*

**Abstract**

The purpose of this descriptive research was to analyze and rank the following variables, i.e., age, education, adequacy of income, marital status, self-care behaviors, Muslim practices, medical adherence behaviors, family health routines, social support, and family expressed emotion, which were able to discriminate relapse and non-relapse among Thai Muslim schizophrenic patients. 220 Subjects were Thai Muslim schizophrenic patients. They were equally divided into two groups, 110 relapse and 110 non-relapse. Research instruments were: demographic interview guide and 6 scales designed to measure self-care behaviors, Muslim practices, medication adherence behaviors, family health routine, social support, and family expressed emotion. All instruments were reviewed for

content validity by eight experts. Their reliability were .98, .98, .96, .92, .96 and .96, respectively. Data were analyzed by Logistic regression.

Major result was that one variable which was medication adherence behaviors could significantly discriminated relapse and non-relapse among Thai Muslim schizophrenic patients, at the .001 level (Exp (B) = 2.042). The logistic response formula was: Log (odd ratio) = -38.046 + .714 (drug). This formula correctly predicted overall success rate of 97.3, where by correctly predicted 96.4 percent of the group of relapse and correctly predicted 98.2 percent of non- relapse Thai Muslim schizophrenic patients

**Key word :** relapse, non-relapse, schizophrenic patients

\* วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสืบชะตาจิต สภากรพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์

\*\*\* Corresponding author, รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

e-mail : yuni\_jintana@hotmail.com

\*\*\*\* อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยายเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรและลำดับความสำคัญของตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่สามารถจำแนกกลุ่มป่วยและไม่ป่วยของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม จำนวน 220 คน แบ่งเท่ากันเป็นกลุ่มป่วยและไม่ป่วย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา แบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8 ท่านมีค่าความเที่ยงดังนี้ .98, .98, .96, .92, .95 และ .96 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ตัวแปรที่สามารถจำแนกการป่วยและไม่ป่วยของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีจำนวน 1 ตัวแปรคือ พฤติกรรมการใช้ยา (Exp (B)=2.042) และสมการถดถอยโลจิสติกดังนี้  $\text{Log (odd ratio)} = -38.046 + .714$  (drug) ซึ่งสมการมีประสิทธิภาพในการทำนาย

โดยภาพรวมได้อย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 97.3 โดยสามารถทำนายกลุ่มป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องร้อยละ 96.4 และสามารถทำนายกลุ่มไม่ป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องร้อยละ 98.2

**คำสำคัญ :** ป่วยซ้ำ ไม่ป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภท

### ความสำคัญของปัญหา

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในไทยพบได้สูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2548) เนื่องจากไม่ได้มีการจำแนกศาสนาของผู้ป่วย ดังนั้นการหาจำนวนการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม จึงใช้การทบทวนสถิติผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าที่เข้ารับบริการในปี พ.ศ.2554 ของโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยาและโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ พบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าจำนวน 160,073 คน คิดเป็นการป่วยซ้ำ ร้อยละ 36.23 และเมื่อแยกตามศาสนาของผู้ป่วยจะพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมจำนวน 2,979 คน ซึ่งมากเป็นอันดับ 2 รองจากพุทธ (กรมสุขภาพจิต, 2554; รพ.สวนสราญรมย์, 2554) สาเหตุการป่วยซ้ำที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2550) ผู้ป่วยมีความพร่องในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) มีทัศนคติไม่ดีต่อการเจ็บป่วยและมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (ราตรี เครือวรรณ, 2552) การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547; เพชร กันธสายบัว, 2544; สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2547; Adelufosi, Adebawale, Abayomi,

& Mosanya, 2012; Jose, Ayuso, & Julia, 1997) สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจกันและกัน ผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำส่วนใหญ่โศกหรือไม่มีคู่ (อรรถพร ทองคำ, 2546) ผู้ป่วยมีอายุน้อย (Coodin et al., 2004; Fleishchacher, Meise, Gunther, & Kurz, 1994) เครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย (ไพลิน ปรัชญคุปต์, 2548) ความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว (พิศสมร เดชดวง, 2545) ไม่มีเงิน ไม่มีอาชีพ (มาลี แจ่มพงษ์, 2542; สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2547; Compton et al., 2006) สำหรับผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมมีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (Adewuya, 2009) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การป่วยซ้ำของโรคจิตเภทขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเครียด โดยแปรผกผันกับความเสี่ยงในการป่วยซ้ำ หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูง แม้ระดับของความเครียดไม่รุนแรงก็กระตุ้นให้เกิดป่วยซ้ำ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่ำ หรือไม่มีความเสี่ยง การมีความเครียดที่รุนแรงก็อาจไม่ทำให้เกิดป่วยซ้ำขึ้น โดยความเสี่ยงนั้นเกี่ยวข้องกับปัจจัย 4 ปัจจัยคือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจ พฤติกรรมการใช้ยา 3) ปัจจัยปกป้องแวดล้อม ได้แก่ กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม 4) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว โดยแต่ละปัจจัยสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Nuechterlein et al., 1992) การป่วยซ้ำ

ของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษาผ่านมาไม่ได้มีการจำแนกถึงศาสนาของผู้ป่วย ซึ่งถือได้ว่าศาสนาเป็นเสมือนวิถีชีวิตของมนุษย์ โดยจากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่า ผู้ป่วยมุสลิมจะมีวิถีชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป การจัดการกับการป่วยซ้ำที่ผ่านมาก็คือการจัดการที่สาเหตุ โดยยังไม่ได้คำนึงถึงการนับถือศาสนา ทั้งที่เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงศึกษาตัวแปรที่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ผลจากการศึกษานำไปสู่แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรและลำดับความสำคัญของตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจ ตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ที่สามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

### กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ศึกษาปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำโดยใช้การทบทวนวรรณกรรมร่วมกับแนวคิดที่อธิบายการป่วยซ้ำของนุชเทอร์เลียน และคณะ (Nuechterlein, M.E., et al., 1992) ซึ่งกล่าวถึงการป่วยซ้ำว่าเป็น

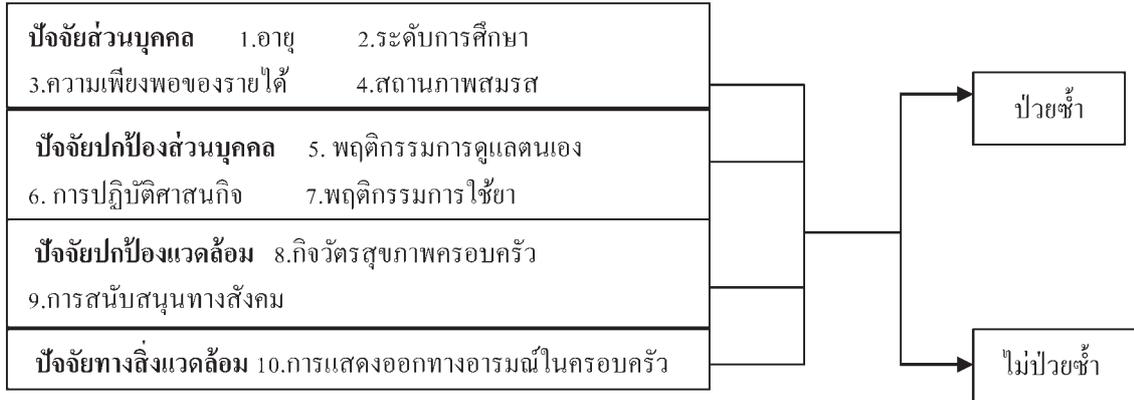
ผลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ย้อนกลับไปมาระหว่าง  
4 ปัจจัย ได้แก่

1) ปัจจัยส่วนบุคคล

2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล

3) ปัจจัยปกป้องแวดล้อม

4) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม



**สมมติฐานการวิจัย**

อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของ  
รายได้ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแล  
ตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติใน  
อิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา กิจวัตรสุขภาพ  
ครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการ  
แสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว สามารถ  
อธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มป่วยซ้ำและ  
ไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

**วิธีดำเนินการวิจัย**

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย  
(Descriptive Research) เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรและ  
หาลำดับความสำคัญของตัวแปรจำแนกความ  
แตกต่างระหว่างกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของ  
ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม และหาความสำคัญของ  
ตัวแปรจำแนกของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่ม

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม  
กลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำและมารับบริการใน  
โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการ  
จิตเวชผู้ใหญ่ในเขตภาคกลางและภาคใต้ที่มี  
ขนาด 500 เตียงขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม  
ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ใน  
โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์  
สมเด็จพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์  
โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำแนก 10-20  
เท่าของจำนวนตัวแปร (Polit, 1999) และป้องกัน  
ข้อมูลสูญหายร้อยละ 5 คิดเป็นกลุ่มตัวอย่าง  
จำนวน 220 คนแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม  
ป่วยซ้ำและกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มละ 110 คน โดย  
สำรวจสัดส่วนของประชากรนบถือศาสนาอิสลาม  
ในแต่ละภาค และคัดเลือกจากโรงพยาบาลจิตเวช  
สังกัดกรมสุขภาพจิตขนาดใหญ่มากกว่า 500

เตียงจากภาคใต้และภาคกลาง คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแบบเจาะจงโดยคิดตามสัดส่วนจำนวนประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีเกณฑ์คัดเข้าคือ 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วย ICD 10 สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ 2) สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยได้ 3) สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย และมีเกณฑ์คัดออก คือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังทางกายที่ต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง

**เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย** เป็นแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จำนวน 137 ข้อ ประกอบด้วย 7 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป** โดยแบ่งเป็นแบบเติมคำตอบจำนวน 1 ข้อและแบบเลือกตอบจำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยอายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส

**ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเอง** ปรับปรุงจากแบบวัดการดูแลตนเองของจินตนา ชุนฉาย (2548) ที่พัฒนามาจาก เพชร คันธสายบัว (2544) สร้างตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรม (Orem, 2001) การดูแลตนเองของฮิลล์และสมิท (Hill & Smith, 1990) ร่วมกับแบบวัดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) จำนวน 26 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีค่าความเที่ยง .98

**ส่วนที่ 3 แบบทดสอบการปฏิบัติศาสนิก** ตามหลักปฏิบัติในอิสลาม ปรับปรุงจากแบบวัด

ของตุวันอารง ยีบาภา (2549) จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีค่าความเที่ยง .98

**ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา** ปรับปรุงจากแบบวัดของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างตามแนวคิดของฟาร์เรจเซอร์ (Farragher, 1999) ร่วมกับแนวคิดของเพชรี คันธสายบัว (2544) จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีค่าความเที่ยง .96

**ส่วนที่ 5 แบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว** ปรับปรุงจากแบบวัดของจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (2549) โดยใช้แนวคิดด้านโครงสร้างของรูปแบบสุขภาพครอบครัวของเดนฮาม (Denham, 2003) จำนวน 44 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีค่าความเที่ยง .92

**ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม** ปรับปรุงจากแบบวัดของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของสเซียเฟอร์ (Schaefer, et al., 1981) จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีค่าความเที่ยง .96

**ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว** ปรับปรุงจากแบบวัดของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2552) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของสุภาวีรวงศ์ (Sunpawerawong, 2006) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของบราวน์และคณะ (Brown et al., 1972) จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีค่าความเที่ยง .96

### การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยจาก คณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ ของโรงพยาบาลศรีรัชัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยอธิบายแก่กลุ่มตัวอย่างถึง วัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ และการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษา คำตอบหรือข้อมูล ทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ ผลการศึกษาจะ นำเสนอในภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างสามารถ ถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา ถ้าต้องการและหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถาม ผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเตรียมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นพยาบาล วิชาชีพในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ 2 ท่าน เพื่อเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 135 คน และผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองในโรงพยาบาล ศรีรัชัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 56 และ 29 คนตามลำดับ โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย ตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นแนะนำตัวเอง บอก วัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์ สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ที่ยินดีร่วมมือในการทำวิจัยด้วยแบบสัมภาษณ์ จำนวน 137 ข้อ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 40 นาที

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการ คำนวณค่าทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญ ทางสถิติที่ .05 โดยวิเคราะห์จำนวนและร้อยละ ของปัจจัยส่วนบุคคล วิเคราะห์ค่าเฉลี่ยและส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรจำแนกตามกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล วิเคราะห์ ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำโดยการ วิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) ด้วยวิธี Stepwise และวิธี enter

### ผลการวิจัย

1. กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทย มุสลิมส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 27-36 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 37-46 ปีคิดเป็นร้อยละ 32.7 ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 35.5 ความเพียงพอของรายได้พบว่า ส่วนใหญ่ ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.4 ส่วนที่เพียงพอ ไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาหย่า คิดเป็นร้อยละ 31.8 และพบว่า กลุ่มไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 37-46 ปีมากที่สุดคิดเป็น ร้อยละ 41.8 รองมาเป็นช่วงอายุ 47-56 ปีคิดเป็น ร้อยละ 26.4 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับ มัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 51.8 รองลงมา ประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่ ความเพียงพอของรายได้พบว่า เพียงพอไม่เหลือ

เก็บ คิดเป็นร้อยละ 58.2 ส่วนรองมาเป็นเพียงพอเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่และอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อยละ 44.6 รองลงมาเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 42.7

2. ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เมื่อวิเคราะห์สถิติโลจิสติก ด้วยวิธี Stepwise ได้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มี 1 ตัวแปรคือ พฤติกรรมการใช้ยา (OR = 2.042)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
ขั้นที่ 1 พฤติกรรมการใช้ยา	.714	.137	27.354	1	2.042	.000
ขั้นที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง	4.037	155.56	.001	1	56.667	.979
พฤติกรรมการใช้ยา	6.748	248.53	.001	1	852.622	.978

ขั้นที่ 1 Chi-square (Omnibus Tests of Model Coefficients) Model = 271.842, df = 1, p = .000  
Chi-square (Hosmer and Lemeshow Test) = 1.413, df = 8, p = .994, -2 Log likelihood = 33.143,  
Cox & Snell R2 = .709, Nagelkerke R2 = .946, Constant = -38.046

3. สมการถดถอยโลจิสติกแสดงความแตกต่างของกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมด้วยวิธี Forward Stepwise คือ  $\text{Log (odd ratio)} = -38.046 + .714 (\text{drug})$  ซึ่งสมการสามารถแสดงความแตกต่างของกลุ่มป่วย

ซ้ำและกลุ่มไม่ป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 97.3 หากจำแนกแบบแยกกลุ่ม ตัวแปรสามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำได้ถูกต้องร้อยละ 96.4 และจำแนกกลุ่มไม่ป่วยซ้ำได้ถูกต้องร้อยละ 98.2

ตารางที่ 2 ร้อยละความถูกต้องของการทำนายด้วยสถิติโลจิสติก ด้วยวิธี Stepwise

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	106	4	96.4
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	2	108	98.2
<b>รวม</b>	<b>108</b>	<b>112</b>	<b>97.3</b>

4. ตัวแปรอิสระที่ไม่สามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม อาจเป็นเพราะว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงกับพฤติกรรมการใช้ยาทำให้อิทธิพลของตัวแปรเหล่านั้นมีอิทธิพลโดยตรง แต่เป็นการส่งผ่านพฤติกรรมการใช้ยา เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวิจัยทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยสถิติโลจิสติก ด้วยวิธี enter พบตัวแปรที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำและการไม่ป่วยซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีจำนวน 8 ตัวแปร เมื่อเรียงลำดับความถูกต้องของการทำนายระหว่าง 2 กลุ่มที่มีค่า Exp (B) มากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม กิจวัตรสุขภาพครอบครัว อายุ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวและความเพียงพอของรายได้

#### อภิปรายผลการวิจัย

1. ตัวแปรพฤติกรรมการใช้ยา สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ( $B = .714$ ) โดยสามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ คงที่ จะทำให้มีโอกาสของการไม่ป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมเพิ่มขึ้น 2.042 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเดิม ( $OR=2.042$ ) (ตารางที่ 1) ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของเพชร คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของจุฬาลักษณ์ ชำชอง (2547) ซึ่งพบว่า ประสิทธิภาพดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วยการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และจากผลการศึกษาของสคใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย (2547) พบว่าปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญาคือการมีพฤติกรรมกินยาที่ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ ผลการวิจัยของโจส อายูโซ และจูเลีย (Jose, Ayuso, & Julia, 1997) ยังพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการป่วยซ้ำคือ ขาดการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง โดยมุสลิมมีความเชื่อว่า การหายหรือไม่หายในการรักษาความเจ็บป่วยขึ้นกับพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ศรีสุดา วนาลีสิน, 2549) มุสลิมเชื่อว่า อัลลอฮ์ประทานให้คนเจ็บป่วยหรือหายโดยผ่านการรักษาด้วยยา (มนชัย โชะเสง, 2554)

2. ตัวแปรอิสระที่ไม่สามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม แต่สามารถทำนายการป่วยซ้ำและการไม่ป่วยซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีดังนี้

ตัวแปรสถานภาพสมรส ผลจากการวิเคราะห์พบว่า สถานภาพสมรสคู่ มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า  $Exp (B) = 3.128$  แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคู่มีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 3.128 เท่า และสถานภาพสมรสสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้อง ร้อยละ 64.5 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรสถานภาพสมรส สามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา

ของอรณพ ทองคำ (2546) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือ โสดหรือไม่มีคู่

**ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเอง** ผลจากการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า  $Exp(B) = 2.256$  แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 2.256 เท่า และพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 98.2 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรพฤติกรรมการดูแลตนเองสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ อาจเป็นได้ว่า การดูแลตนเองถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะทำให้มีโอกาสน้อยมากที่จะกลับมาป่วยซ้ำ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

**ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม** ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า  $Exp(B) = 1.415$  แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.415 เท่า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 86.8 แสดงว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของไพลิน ปรัชญคุปต์ (2548) ที่กล่าวว่า หากครอบครัวและชุมชน

ให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้

**ตัวแปรการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม** ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า  $Exp(B) = 1.322$  แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติศาสนกิจในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.322 เท่า และการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลามสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 86.8 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลามสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ อธิบายได้ว่า ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (Adewuya, 2009)

**ตัวแปรกิจวัตรสุขภาพครอบครัว** ผลจากการวิเคราะห์พบว่า กิจวัตรสุขภาพครอบครัว มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า  $Exp(B) = 1.226$  แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.226 เท่า และกิจวัตรสุขภาพครอบครัวสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 86.8 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรกิจวัตรสุขภาพครอบครัวสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรณพ ทองคำ (2546) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำมาจากสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจกันและกัน

**ตัวแปรอายุ** ผลจากการวิเคราะห์พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก

ค่า  $Exp(B) = 1.095$  แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.095 เท่า และอายุสามารถทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 63.2 จะเห็นได้ว่าตัวแปรอายุสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Fleishchacher, et al., 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคูดิน (Coodin et al., 2004) พบว่าผู้ป่วยที่อายุน้อยจะคิดค้นมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก

**ตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์**  
**ในครอบครัว** ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงลบ ค่า  $Exp(B) = .762$  แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวในระดับสูงมีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า .762 เท่า และการแสดงออกทางอารมณ์สามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 86.8 แสดงว่า ตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์สามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ อภิปรายได้ว่า สภาพครอบครัวที่มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2550)

**ตัวแปรความเพียงพอของรายได้** ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ความเพียงพอของรายได้อิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงลบ ค่า  $Exp(B) = .389$  แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทมีรายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า .389 เท่า และความเพียงพอของรายได้สามารถทำนายโดยรวม

ได้อย่างถูกต้องร้อยละ 70 จะเห็นได้ว่าตัวแปรความเพียงพอของรายได้สามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศสมร เดชดวง (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับความเพียงพอของรายได้ และมีงานวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มาตรวจตามนัดอาจทำให้ขาดยามีสาเหตุมาจากไม่มีเงิน ค่าใช้จ่ายในการรักษา ในการเดินทาง (มาลี แจ่มพงษ์, 2542; Compton et al., 2006) การไม่มีอาชีพทำให้มีรายได้ไม่เพียงพอ (สคสไอ คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2547)

กล่าวโดยสรุปจากงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้จ่ายเป็นปัจจัยอันดับเดียวที่สามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ดังนั้นพยาบาลควรวางแผนการพยาบาลผ่านโปรแกรมวางแผนก่อนจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย และงานวิจัยครั้งนี้พบตัวแปรที่สามารถทำนายระหว่าง 2 กลุ่มแม้ว่ายังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกกลุ่มได้ ดังนั้นพยาบาลควรให้การพยาบาลแบบองค์รวมคำนึงถึงความหลากหลายของวัฒนธรรม โดยนำตัวแปรที่พยาบาลสามารถจัดกระทำได้ไปจัดกิจกรรมทางการพยาบาลได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ปฏิบัติศาสนกิจ ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมกิจวัตรสุขภาพครอบครัวและการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

**ด้านการปฏิบัติการพยาบาล** ควรให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยา ในขณะที่เดียวกันควรให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมผสมผสานวัฒนธรรมไทยมุสลิม

**ด้านการบริหาร** ควรมีการจัดระบบบริการที่ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเดือนรอมฎอน

**ด้านการวิจัย** ควรมีการศึกษาเชิงการทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการป่วยซ้ำในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมในช่วงถือศีลอด

2. ปัจจัยทั้งหลายในงานวิจัยครั้งนี้ที่ไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ อาจเป็นเพราะว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงกับพฤติกรรมการใช้ยา ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าอิทธิพลของตัวแปรเหล่านั้นมีอิทธิพลโดยตรง แต่เป็นการส่งผ่านพฤติกรรมการใช้ยา จึงเสนอแนะให้ศึกษา Casual model ของผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หรือใช้การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis)

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และทุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขอขอบคุณพยาบาล เจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชระเบียนโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

### เอกสารอ้างอิง

กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2548). *รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี 2545*. นนทบุรี : ผู้แต่ง. กระทรวงสาธารณสุข กรมสุขภาพจิต. (2554). ข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช 8 โรค. เข้าถึงเมื่อ 20 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.dmh.moph.go.th/report/population/pop.asp>.

จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์. (2549). *การพัฒนาแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัวไทย*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. (2534). *ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทยภาคกลาง*. รายงานการวิจัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2547). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2552). ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน. *วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์*

- สมเด็จพระเจ้าพระยา, 3 (2), 42-56.
- ศวันอารง ยีบาภา. (2549). *การพัฒนาเครื่องมือวัดการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักการอิสลามในสาระการเรียนรู้อิสลามศึกษา ช่วงชั้นที่ 2 กลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการวัดผลการศึกษา, คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- พิศสมร เดชดวง. (2545). *การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันทสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพลิน ปรัชญกุลปต์. (2548). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มนชัย ไช้เฮง. (2554). *อิหม่ามประจำมัสยิดคารุลออบาดะห์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. บทสัมภาษณ์*.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2550). *จิตเวชศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร: บริษัท บี ยอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์ จำกัด.
- มาลี แจ่มพงษ์. (2542). *ปัจจัยที่มีผลต่อการผัดนัดพบแพทย์ครั้งแรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยาของผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล*. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ราตรี เกรือวรรณ. (2552). *การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2554). *สรุปรายงานประจำปี*. มปท. ผู้แต่ง.
- ศรีสุภา วนาลีสิน. (2549). *วัฒนธรรมอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท ความหมายสำหรับการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล (นานาชาติ, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์).
- สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีรัชัญญา*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีรัชัญญา.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แขนงผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาล

- สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณพ ทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Adelufosi, A. O., Adebowale, T. O., Abayomi, O., & Mosanya, J. T. (2012). Medication adherence and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry, 34* (12), 72-79
- Adewuya, A. O., Owoeye, O. A., & Erinfolami, A. R. (2009). Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. *General Hospital Psychiatry, 31* (9), 167-174.
- Brown, G. W., Birley, J. L. T., and Wing, J. K. (1972). Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: A replication. *British Journal of Psychiatry, 121*, 241-258.
- Coodin, S., et al. (2004). Patient factors associated with missed appointments in persons with schizophrenia. *Canadian Journal of Psychiatry, 49* (2), 145-148.
- Compton, T. M., et al. (2006). Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. *Psychiatric Services, 57* (4), 531-537.
- Denham, S.A. (2003). *Family health: a framework for nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Publisher.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal, 92* (6), 1-3.
- Fleishchacher, W. W., Meise, U., Gunther, V., & Kurz, M. (1994). Compliance with antipsychotic drug Treatment: Influence of side effect. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 85* (382), 11-15.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). *Self-care nursing: Promotion of health* (2<sup>nd</sup> ed.). New Jersey: Appleton & Lange.
- Jose, L., Ayuso, G., & Julia, M. (1997). Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research, 28*, 199-206.
- Nuechterlein, M. E., 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. (2001). *Nursing concepts of practice* (6<sup>th</sup> ed.). St. Louis: A Harcourt Health Sciences.
- Polit, D. F. (1999). *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*. Singapore: Simon & Schuster.
- Schaefer, C., Colyne, C., & Lazarus, R.S.

(1981). The health related functions of social support. *Journal of behavior medicine*, 4, 381-406.

Sunpawerawong, J. (2006). *Development of the Thai Expressed Emotion Scale for family caregiver of Schizophrenic patients*. Degree of doctor of Philosophy in Nursing. Prince of Songkla University.