

ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*
**PREDICTING FACTORS OF PSYCHIATRIC SYMPTOMS
 IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA**

กชพร รัตนสมพร, พยบ. (Kotchaporn Ratanasomporn, B.N.S.)**

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, Ph.D.,RN (Oraphun Lueboonthavatchai, Ph.D.)***

รัชনীกร เกิดโชค, Ph.D. (Ratchaneekorn Kertchok, Ph.D.)****

Abstract

Objective: The purposes of this descriptive research were to 1) study psychiatric symptoms of persons with schizophrenia, 2) determine predicting power of the following factors which were marital status, self-care behavior, drug compliance behavior, stress coping, social support, family function and substance use on psychiatric symptoms of persons with schizophrenia.

Methods: Research subjects were 168 schizophrenic patients treated in the hospital under the mental health department. Research instruments divided into 8 parts: general information, self-care behavior, drug compliance behaviors, stress coping, social support, Chulalongkorn family inventory, family expressed emotion, and brief psychiatric rating scale. All instruments were tested for validity by 5 experts. The reliability with Chronbach's alpha were .93, .84, .78, .91, .85, .90 and .74 respectively. Data

were analyzed using mean, SD, and stepwise multiple regression.

Results: 1) The total mean score of psychiatric symptoms of persons with schizophrenia were at mild level ($\bar{X} = 52.96$). 2) Factors significantly predicting psychiatric symptoms of persons with schizophrenia were marital status, self-care behavior, family expressed emotion and social support. These predictors jointly accounted for 22.2 percent of psychiatric symptoms of persons with schizophrenia ($R^2 = .222$).

Keywords: Schizophrenia, Persons with schizophrenia, Psychiatric symptoms

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษา

*วิทยาลัยพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

***Corresponding author, รองศาสตราจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. E-mail: ora_lueboon@hotmail.co.th

**** อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท 2) เพื่อศึกษาอำนาจของปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สถานภาพสมรส การใช้สารเสพติด พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

วิธีการศึกษา: กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน และรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่กลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน จำนวน 168 คน ที่ได้จากการคัดเลือกตามเกณฑ์คุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้รวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบประเมิน 8 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด แบบวัดการสนับสนุนทางสังคม แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และแบบประเมินอาการทางจิต เครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน และมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของเครื่องมือทุกชุด ยกเว้นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป มีค่าเท่ากับ .93, .84, .78, .91, .85, .90 และ .74 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณเพิ่มตัวแปรเป็นขั้นตอน

ผลการศึกษา: 1) ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอาการทางจิตรุนแรงระดับเล็กน้อย โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยของแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) เท่ากับ 52.962) ปัจจัยที่สามารถทำนายอาการทางจิตของ

ผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม สามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้ร้อยละ 22.2 ($R^2 = .222$)

คำสำคัญ: จิตเภท ผู้ป่วยจิตเภท อาการทางจิต

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง ที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด มีความชุกประมาณร้อยละ 1-1.5 ของประชากรทั่วโลก (Sadock & Sadock, 2000) 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 (กรมสุขภาพจิต, 2556) และพบว่าสถิติผู้ป่วยโรคจิตเภท ของการกลับเข้ามารักษาซ้ำในสถานบำบัดจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยแบ่งเป็นการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายใน 90 วัน ของปีงบประมาณ 2554, 2555, 2556 พบว่าปี 2554 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารักษาซ้ำในสถานบำบัดฯ จำนวน 329 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.79 ปี 2555 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารักษาซ้ำในสถานบำบัดฯ จำนวน 311 ราย คิดเป็นร้อยละ 14.80 และ ปี 2556 มีผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารักษาซ้ำในสถานบำบัดฯ จำนวน

313 ราย คิดเป็นร้อยละ 15.33 (กรมสุขภาพจิต, 2556; สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา, 2556) ข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตที่กำเริบและรุนแรงมีจำนวนมาก

การป่วยซ้ำเป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้วกลับมีอาการแย่งอีก ซึ่งการป่วยซ้ำมักจะมีอาการเตือนก่อนเสมอ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงและความคิดปกติกในด้านารรับรู้ ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยไม่มีความสามารถดูแลตนเอง จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ซึ่งอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นส่งผลกระทบต่อหลายด้านทั้งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ผลกระทบต่อครอบครัว และผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ โดยผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองมีหลายด้าน เช่น พบว่าเมื่อผู้ป่วยเกิดการกลับเป็นซ้ำความสามารถในการดูแลตนเองจะลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะมีมากยิ่งขึ้น และถ้ามีอาการป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่ผู้ป่วยจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) ผลกระทบต่อครอบครัว พบว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ญาติ หรือผู้ดูแล ต้องทำงานบ้านเองทั้งหมด ขาดการพักผ่อน และมีรายงานว่าผู้ดูแลจะมีอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ เห็นคิดเห็นน้อยและอ่อนล้ากับการดูแลผู้ป่วย (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) จะเห็นได้ว่าอาการทางจิตที่รุนแรงขึ้นของผู้ป่วยนอกจากจะส่งผลอย่างมากทั้งในด้านตัวผู้ป่วยและครอบครัว

แล้ว สิ่งเหล่านี้ก็ยังคงผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติด้วย ดังนั้นการป้องกันและการลดอาการทางจิตจึงเป็นสิ่งที่จะต้องทำอย่างยิ่ง

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยทำนายอาการทางจิตในต่างประเทศที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยหลักที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทได้แก่ปัจจัยด้านเภสัชวิทยา โดยเฉพาะการที่ผู้ป่วยไม่รับประทานยาตามเกณฑ์ ปัจจัยทางด้านจิตสังคม และปัจจัยด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด (Ayuso-Gutierrez & del Riovega, 1997) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Swofford et al. (1996) ที่ผลการศึกษาพบว่าการใช้สารเสพติดเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำนายการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ส่วนผลการศึกษาในประเทศไทย พบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของโรคจิตเภท ได้แก่ ความรู้ ที่สนคติ และปัญหาสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแล (ราตรีเครือวรรณ, 2552) นอกจากนี้ ปรวิตร ไชยน้อย (2546) ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว (เพชร คันธสายบัว, 2544) และการศึกษาตัวแปรทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทได้แก่สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และฤทธิ์ข้างเคียงจากยา (อุมาพร

กาญจนรักษ์, 2545) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าปัจจุบันการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทยังพบค่อนข้างน้อย ส่วนการศึกษาที่ทดลองที่ผ่านมา มีการศึกษาเกี่ยวกับอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การศึกษาของ สุดาพร สถิตยยุทธการ (2552) เรื่อง ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง ผลการศึกษาพบว่าสัดส่วนของการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตของกลุ่มทดลองน้อยกว่าในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและปัจจุบันมีการให้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในด้านต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมที่ป้องกันการป่วยซ้ำเป็นจำนวนมาก และมีการนำรูปแบบกิจกรรมโปรแกรมต่าง ๆ มาใช้ในหอผู้ป่วย เช่น การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด การทำกลุ่มจิตบำบัด การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยา ผลข้างเคียง และมีการสอนทักษะการจัดยารับประทานเองให้กับผู้ป่วย แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบจนทำให้ป่วยซ้ำอยู่เรื่อย ๆ รวมทั้งมีแนวโน้มของปัญหาเพิ่มสูงมากขึ้น ดังนั้นการที่จะลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องทราบปัจจัยที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างครอบคลุม ทั้งนี้เพื่อนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะเป็นผลให้อัตราการป่วยซ้ำลดลงต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย

สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และการใช้สารเสพติด กับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

สมมุติฐานการวิจัย

ปัจจัยทำนาย ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การเผชิญความเครียดการสนับสนุนทางสังคม การทำหน้าที่ของครอบครัว การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และการใช้สารเสพติด สามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้นำแนวคิด The vulnerability – stress - model ของนอชเทอร์เลน และคณะ (Nuechterlein et al., 1992) ในการอธิบายอาการทางจิตร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมเพื่อคัดเลือกตัวแปรทำนายและจัดกลุ่มปัจจัยคัดสรรได้ ดังนี้ คือ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ และการเผชิญความเครียด 3) ปัจจัยปกป้องแวดล้อม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคม และการทำหน้าที่ของครอบครัว 4) ปัจจัยที่มีอิทธิพลทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และการใช้สารเสพติด แสดงในกรอบแนวคิดการวิจัย ดังแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาถึงอำนาจในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิต อายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยคัดเลือกจากโรงพยาบาลที่มีจำนวนเตียงมากกว่า 500 เตียงขึ้นไป ดังนั้นโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตร Thorndike (1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้ $N = 10k + 50$ (เมื่อ $N =$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $k =$ จำนวนตัวแปรทั้งหมด

ที่ศึกษา) การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา 9 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 140 คน แต่เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยได้เก็บเพิ่มร้อยละ 20 รวมเป็น 168 คน ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้เท่ากับ 168 คน ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2556 ถึง 1 พฤศจิกายน 2556 จนครบตามจำนวนทั้งสิ้น 168 ชุด

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตที่กลับเป็นซ้ำภายใน 6 เดือน โดยคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง มีดังต่อไปนี้

1. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี

2. ผู้ป่วยที่เคยมีพฤติกรรมและอาการที่แสดงถึงความรุนแรงของอาการทางจิต

3. สามารถพูดและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สัมผัสใจและยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นยินยอมในการให้ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยเรื่องนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง และโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ภายหลังจากได้รับการอนุมัติ ผู้วิจัยเข้าพบและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์และประโยชน์ในการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ และการตอบรับและปฏิเสธ การเข้าร่วมการวิจัย ไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อการรับบริการการรักษาพยาบาล ข้อมูลทุกอย่างจะเป็นความลับ และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ในภาพรวมซึ่งจะมีคุณค่าต่อการพัฒนาการให้บริการด้านสุขภาพจิตเท่านั้น หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับการวิจัย ผู้วิจัยจึงให้ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย หากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยหรือข้อคำถามสามารถสอบถามโดยตรงจากผู้วิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับเพศอายุ สถานภาพสมรส การศึกษา จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาการเจ็บป่วย และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ของเพชรีคันธสายบัว (2544) ที่สร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 2001)

ค่าความตรงเชิงเนื้อหา = .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = .93

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ใช้แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ ของอุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของเพชรีคันธสายบัว (2544) ค่าความตรงเชิงเนื้อหา = .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = .84

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการเผชิญความเครียด ใช้แบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียด ของผู้ป่วยจิตเภท โดย จารุวรรณ จินตมงคล (2541) ได้แปลมาจากแบบวัดพฤติกรรมการเผชิญความเครียดของ Jalowice (1981) ค่าความตรงเชิงเนื้อหา = .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = .78

ส่วนที่ 5 การสนับสนุนทางสังคม ใช้แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ หงษ์บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ค่าความตรงเชิงเนื้อหา = .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = .91

ส่วนที่ 6 แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัว ใช้แบบวัดการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัว Chulalongkorn Family Inventory ของอุมพร ตรังคสมบัติ (2542) ค่าความตรงเชิงเนื้อหา = .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = .85

ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ในครอบครัว ใช้แบบวัดของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ (Sunpaveerawong, 2006)

ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของบราวน์เบอร์เลย์และวิง (Brown, Birley, & Wing (1972) ค่าความตรงเชิงเนื้อหา = .89 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือ = .90

ส่วนที่ 8 แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์อลล์และกอร์แฮม (Overall & Gorham, 1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยพันธุธนา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) เพื่อให้ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยแต่ละคน 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 = .74 (เทอดศักดิ์ เดชคง, อินทิรา ปัทมินทร, อุษา พิงษ์ธรรม, ธัญลักษณ์ แก้วเมื่อง และอภิสิทธิ์ ฤทธิพิทย์, 2547)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โรงพยาบาลสวนปรุง โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ผู้วิจัยเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และการตอบแบบสอบถามในการวิจัยและสามารถที่จะยกเลิกการเข้าร่วมวิจัยได้ตลอดเวลา โดยเมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และเข้ารับการรักษา

แบบผู้ป่วยใน ในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติกลุ่มตัวอย่าง โดยดูจากเวชระเบียนประวัติผู้ป่วย และดำเนินการเลือกตัวอย่างจากผู้ป่วยที่ยืนยันบัตรตรวจตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ จากนั้นอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล จำนวน 168 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลส่วนบุคคลวิเคราะห์โดยการแจกแจงค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ วิเคราะห์ค่าอำนาจการทำนายของตัวแปร โดยใช้สถิติบรรยาย สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบเป็นขั้นตอน (stepwise multiple regression analysis)

ผลการวิจัย

1. ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอาการทางจิตรุนแรงระดับเล็กน้อย (ตารางที่ 1)
2. ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งสามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้ร้อยละ 22.2 ($R^2 = .222$) (ตารางที่ 2 -3)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของแบบประเมินอาการทางจิต จำแนกตามรายชื่อ

แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychiatric Rating Scale)	Mean	SD
1. ได้ยินเสียงหรือมีคนพูดด้วย โดยไม่เห็นตัว หรือได้กลิ่นอะไร บางอย่างโดยคนอื่นไม่รู้รู้สึก	4.23	2.33
2. มีท่าทีลึกลับลึกลน มีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว อยู่ไม่เป็นสุข	3.81	2.38
3. ในหนึ่งสัปดาห์รู้สึกหงุดหงิดหรืออารมณ์เสียบ่อย ๆ เคยมีปัญหาชกต่อย หรือทะเลาะกับคนอื่น มีปัญหาสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น คนในครอบครัว	3.64	2.33
4. รู้สึกเหมือนมีคนคอยจับผิด คิดร้าย รู้สึกกังวลเกี่ยวกับการคิดร้ายของใครบางคน	3.50	2.21
5. พูดไม่เป็นเรื่องราว ขาดการเชื่อมโยง พูดอ้อมค้อม พูดไม่ต่อเนื่อง	3.38	2.02
6. รู้สึกมีความสามารถพิเศษ	3.04	1.98
7. รู้สึกตึงเครียด ขณะพูดอาจมีการกระตุก เสียงสั่น	2.59	3.42
8. รู้สึกตำหนิตนเอง ในสิ่งที่ทำไม่ดี หรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีต	2.52	3.39
9. หนึ่งสัปดาห์ที่ผ่านมา รู้สึกกังวล กลัว/มีความคิดรบกวนจิตใจ /มีอาการใจสั่นเหงื่อออก	2.27	1.23
10. แยกตัวไม่ค่อยมีปฏิกิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น ไม่แสดงอารมณ์ หน้าเฉยเมย	2.26	1.11
11. ทำทางและการเคลื่อนไหวไม่เป็นธรรมชาติ	2.03	1.02
12. การพูด การเคลื่อนไหวเชิงซ้ำ	1.98	0.93
13. วันที่ สถานที่ เวลา บุคคล	1.98	0.93
14. รู้สึกว่าไม่มีความสุข รู้สึกเศร้าบ่อย สามารถเบนความสนใจไปเรื่องที่ทำให้มีความรู้สึกได้	1.97	1.01
15. รู้สึกตนเองป่วยเป็นโรคทางกาย	1.97	0.86
16. มีท่าทีต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่น	1.86	0.86
17. ความคิดแปลก เช่น มีความเชื่อเรื่องพลังจิต วิญญาณ	1.86	0.88
18. สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึกอารมณ์	1.85	0.84

ตารางที่ 2 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		

ตารางที่ 3 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	

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลจากการวิจัยสามารถอภิปรายได้ดังนี้
 1) อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง มีความรุนแรงทางจิตในระดับเล็กน้อย ในการศึกษาครั้งนี้ จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นผู้รับบริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ซึ่งมีนโยบายพัฒนาระบบบริการให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาพยาบาลและการบริการที่เหมาะสม และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

เป็นผู้ป่วยนอก และมีญาติพามาพบแพทย์ พบว่าบุคคลในครอบครัว ได้แก่ พ่อ แม่ และภรรยาเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมากกว่าบุคคลอื่นๆ ผู้ป่วยที่มีการเกื้อหนุนทางสังคม ย่อมมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัว เกษม ตันติผลาชีวะ (2536) จึงทำให้พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทมีความรุนแรงทางจิตเล็กน้อย และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นอาการทางบวก

สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 9.6 แสดงว่าสถานภาพสมรสจะมีผลทำให้อาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์รัช นนทรสุวรรณ (2545) ที่พบว่าผู้ที่เป็โรครจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองบางด้านอยู่ในระดับต่ำ เนื่องจากผู้ที่เป็นโรครจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นโสดขาดคนคอยให้ความช่วยเหลือ ปลอดภัยให้กำลังใจไม่สนใจต่อสุขภาพร่างกายเท่าที่ควร และการศึกษาของอรณพ ทองคำ (2546) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด หรือไม่มีคู่ สถานภาพสมรสเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรครจิตเภท ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะความสัมพันธ์ทั้งด้านสังคม และจิตใจระหว่างบุคคล การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ชุมชน และสังคมด้วย (Orem, 1991)

พฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 14 แสดงว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ดีจะมีผลให้อาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เริ่มกระทำด้วยตนเองตั้งแต่การสังเกตถึงสิ่งที่มีรบกวนการดำเนินชีวิตจนกระทั่งมีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่จะเกิดขึ้น เป็นการศึกษาดึงประสพการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการที่จะประสบความสำเร็จในการยอมรับอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อเป็นการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (วัฒนารณณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2548; Baker, 1995)

การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 20.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ (Tamminga & Schulz, 1997 cited in Oehl et al., 2000) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูงจะเกี่ยวข้องกับการไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ซึ่งคาดว่าจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตอันส่งผลให้มีการป่วยซ้ำสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่มีอำนาจจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Brown et al. (1972) ซึ่ง พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลภายใน 9 เดือน และได้กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีโอกาสกำเริบซ้ำถึง ร้อยละ 58 นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบมีอิทธิพลต่อการป่วยซ้ำ (Baker, 1995)

การสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรต้นที่มีอิทธิพลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ร้อยละ 22.2 สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพลิน ปรัชญกุลปต์(2548) พบว่าหากครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้ และสัมพันธ์ภายในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรครจิตเภท สดใส คุ่มทรัพย์อนันต์และสุรีย์บุญเฉย(2547) สอดคล้องกับการศึกษาของรอสและคณะ (Ross et al., 2005) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการสนับสนุนทางสังคม

ระดับสูงจะมีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท และมีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

การใช้สารเสพติด ผลการวิจัยพบว่าตัวแปรการใช้สารเสพติดไม่มีความสามารถในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ อาจเนื่องมาจากมีกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีจำนวนน้อยกว่ามาก ผลวิจัยครั้งนี้พบว่าการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 30.4 และผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติดมีจำนวน 117 คน คิดเป็นร้อยละ 69.6 ส่งผลให้ผลของอาการทางจิตมีความรุนแรงระดับเล็กน้อย แต่อย่างไรก็ตามจากผลวิจัยพบว่า การใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการทางจิต ($r = .218, p < .05$) ซึ่งอธิบายได้ว่าถ้าผู้ป่วยจิตเภทได้ใช้สารเสพติดร่วมด้วยก็น่าจะมีแนวโน้มที่จะมีอาการทางจิตเพิ่มมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติดร่วม

อย่างไรก็ดีในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ พฤติกรรมการเผชิญความเครียด และการทำหน้าที่ของครอบครัวไม่มีความสามารถในการทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ซึ่งน่าจะมีการศึกษาต่อไปโดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ด้านการปฏิบัติกรรพยาบาล

จากผลการวิจัยพบว่า สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมกรรดูแลตนเอง สามารถทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังนั้น

บทบาทของพยาบาลจิตเวชจะต้องมีการประเมินค้นหาวิถีในการที่จะจัดการทำกับปัจจัยดังกล่าวให้ลดลงหรือหมดไปจากผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีอาการทางจิตลดลง และลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการวิจัย

1. การศึกษาครั้งนี้ตัวแปรคัดสรร สามารถร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้ประมาณร้อยละ 22.20 แสดงให้เห็นว่ายังมีตัวแปรอื่นๆอีกที่สามารถทำนายอาการทางจิตได้ จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับปัจจัยอื่นๆ ที่คาดว่าสามารถทำนายอาการทางจิตได้ เพื่อการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

2. พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับพยาบาลและผู้ดูแล ส่งเสริมพฤติกรรมกรรดูแลตนเอง อาการเตือนทางจิต ทั้งด้านความรู้และวิธีการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการป้องกันการป่วยซ้ำ

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2556). *รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิตปีงบประมาณ 2556*. กรุงเทพมหานคร: บางกอกบล็อก.
- เกษม ตันติผลาชีวะ. (2536). *ตำราจิตเวชศาสตร์ เล่ม 1*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- จารุวรรณ จินดามงคล. (2541). *ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความสามารถในการเผชิญความเครียด*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. (2545). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชนมภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. (2549). *ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชัญญาคมขำ. (2554). *ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นการฝึกทักษะต่อการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. (2540). *ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายของผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาพยาบาลศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เทอดศักดิ์เดชคง, อินทิราปัทมินทร, อุษา พิงษ์ธรรม, ชัญลักษณ์ แก้วเมือง และอภิสิทธิ์ ฤทธิพิชัย. (2547). *คู่มือแนวทางปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือและบำบัดผู้ประสบปัญหาแอลกอฮอล์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. (2546). *พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร. (2538). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. หน่วยวารสารวิชาการ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ไพลิน ปรัชญคุปต์. (2548). *การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยาใจ สิทธิมงคล. (2538). *ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานการวิจัย*. *วารสารพยาบาลศาสตร์*, 13 (1), 19-26.
- ราตรี เครือวรรณ. (2552). *การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนีกร อุปเสน. (2541). *การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา

- วิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาล ศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วัฒนาภรณ์ พิบูลย์อัครกษณ์. (2548). *ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพต่อพฤติกรรม ป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สดีใส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย. (2547). *รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา*. นนทบุรี: โรงพยาบาล ศรีธัญญา.
- สุดาพร สถิตยอุทการ. (2552). *ผลของโปรแกรม การจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับ เป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรค จิตเภทเรื้อรัง*. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุณฐิ บัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- หงษ์ บรรเทิงสุข. (2545). *ปัจจัยทำนายคุณภาพ ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรรณพ ทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของ ครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรค จิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการ พยาบาลจิตเวช, คณะพยาบาลศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). *ปัจจัยทำนาย พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาโท สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช, คณะพยาบาล ศาสตร์, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2542). *จิตบำบัดและการ ให้คำปรึกษารอบครัว*. กรุงเทพฯ: ชั้นต่ำ การพิมพ์.
- 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.
- 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.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Irish Medication Journal*, 92(6), 1-3.
- José L. Ayuso-Gutierrez, J.L., & del Rioveg, J.M. (1997). Factors influencing relapse in the Long-term course of schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 28(2), 199-206.
- Linszen, D.H., Dingemans, P.M., Lenior, M.E. (1994). Cannabis abuse and the course of recent onset schizophrenia disorder. *Archives of General Psychiatry*. 51, 273-

- 279.
- Nuechterleing, K. H., Dawson, M. E., Gitlin, M., Ventory, J., Goldstein, M. J., Synder, K. S., et al. (1992). Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress. *Archives of Schizophrenia Bulletin*, 18(3), 387-425.
- Oehl, M., Hummer, M., & Fleischhacker, W. W. (2000). *Compliance with antipsychotic treatment*. Acta Psychiatrica: Scandinavica.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing concepts of practice*. 4th ed. St. Louis: Mosby.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: concepts of practice* (6th edition). London, Mosby.
- Ross, M. G., Ashok, K. M., Rahul, M., Raj, H., Jatinder, T., & Sandra, N. (2005). Social support and Three-year symptom and admission outcomes for first episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 80(2), 227-234.
- Sadock, J. B., & Sadock, A.V. (2000). *Kaplan & Sadock'S Comprehensive textbook of psychiatry VII*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sunpaveerawong, 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.
- Swofford, C.D., Kasckow, J.W., Scheller-Gilkey, G., & Inderbitzin, L.B. (1996). Substance use: a powerful predictor of relapse in schizophrenia. *Schizophrenia Research* 20,145-151.