

Chulalongkorn University

Chula Digital Collections

Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)

2018

ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา

รัตติยาพร เข็ญใจมะ
คณะพยาบาลศาสตร์

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd>

Recommended Citation

เข็ญใจมะ, รัตติยาพร, "ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา" (2018). *Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD)*. 3127.
<https://digital.car.chula.ac.th/chulaetd/3127>

This Thesis is brought to you for free and open access by Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn University Theses and Dissertations (Chula ETD) by an authorized administrator of Chula Digital Collections. For more information, please contact ChulaDC@car.chula.ac.th.

ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา



น.ส.รัตติยาพร เป็ญเจ๊ะมะ

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2561

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

PREDICTING FACTOR OF REMISSION IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA, SRITHANYA
HOSPITAL



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science in Nursing Science

Field of Study of Nursing Science

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2018

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรี
ธัญญา

โดย

น.ส.รัตติยาพร เป็ญเจ๊ะมะ

สาขาวิชา

พยาบาลศาสตร์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.วราภรณ์ ชัยวัฒน์)

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.อัศรเดช เกตุฉ่ำ)

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ : ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา. (PREDICTING FACTOR OF REMISSION IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA, SRITHANYA HOSPITAL) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ผศ. ดร.รัชนิกร อุปเสน

การวิจัยเชิงบรรยายนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยทำนาย ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 220 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน มีค่าความเชื่อมั่น ดังนี้ .95, .75, .80, .94 และ .80 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการหยั่งรู้สภาพของตนเอง โดยสามารถเขียนสมการถดถอยโลจิสติกได้ ดังนี้ Predicted logit (อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท) = $-13.066 + 0.130 * (\text{การหยั่งรู้สภาพของตนเอง}) + 0.071 * (\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา}) + 0.325 * (\text{การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด})$ สามารถร่วมกันทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 46.8

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา พยาบาลศาสตร์
ปีการศึกษา 2561

ลายมือชื่อนิสิต
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5877310436 : MAJOR NURSING SCIENCE

KEYWORD: PREDICTING FACTORS, REMISSION, SCHIZOPHRENIA

Rattiyaporn Benjehma : PREDICTING FACTOR OF REMISSION IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA, SRITHANYA HOSPITAL. Advisor: Asst. Prof. Rachaneekorn Upasen, Ph.D.

The purpose of this descriptive research was to determine predictors of remission in persons with schizophrenia. The factors predicting variables were gender, duration of untreated psychosis, duration of illness, cognitive insight, medication adherence, highly-expressed emotion in family, and cognitive function. Subjects were persons with schizophrenia treated as in-patients and out-patients in Srithanya Hospital. A total of 220 patients were equally divided into two groups: remission and non-remission. The research instruments were demographic interview, The Beck Cognitive Insight Scale, medication adherence behavior questionnaire, The Level of Expressed Emotion, and Thai Mini-Mental State Examination. All instruments were reviewed for content validity by five experts. Their reliabilities were .95, .75, .80, .94 และ .80, respectively. Data were analysed by logistic regression.

The major result was that factors predicting of remission in schizophrenic patients include three variables could significantly at the .05 levels were namely, cognitive function, medication adherence and cognitive insight. The logistic response formula were: Predited logit (remission in persons with schizophrenia) = $-13.066 + 0.130*(\text{insight}) + 0.071*(\text{medication Adherences}) + 0.325*(\text{cognitive function})$. These predictors were accounted for 46.8 percent.

Field of Study: Nursing Science

Student's Signature

Academic Year: 2018

Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรัก ความช่วยเหลือ น้ำใจ ความห่วงใยและความเสียสละของ บุคคลมากมาย ขอบขอบคุณพระเจ้าของฉัน ที่ให้โอกาสฉันได้เข้ามาศึกษา ได้พบเจอผู้คนมากมาย และได้พัฒนาตนเอง เพื่อให้ฉันสามารถทำประโยชน์ต่อเพื่อนมนุษย์ได้มากขึ้นอย่างที่ตั้งใจ

ขอขอบคุณในความกรุณาและความเมตตาของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ผศ.ดร.รัชนิกร อุปเสน ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ อาจารย์ ดร. อัครเดช เกตุฉ่ำ ผู้ให้ความรู้ คอยให้คำปรึกษา ชี้แนะแนวทาง ให้ข้อคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ รวมทั้งเจ้าหน้าที่และคณาจารย์ทุกท่าน โดยเฉพาะคุณวิวัฒน์ พงศธรทวี และคุณนที เชี่ยวสุวรรณ ในการให้ความช่วยเหลือ ให้คำแนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจนการสอบในแต่ละขั้นตอน ขอขอบคุณเพื่อนร่วมรุ่นทุกคนที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจยามที่ท้อแท้และท้อถอย ขอขอบคุณเจ้าของเครื่องมือทุกชุดที่อนุญาตให้นำเครื่องมือ มาใช้ในการศึกษาค้นคว้านี้ ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านและคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ฯ ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตลอดจนสละเวลาในการตรวจสอบโครงสร้างด้วยความตั้งใจเพื่อให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความ สมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ขอขอบคุณหัวหน้างาน พญ.สมรัก ชูวานิชวงศ์ ที่คอยสนับสนุนทั้งโอกาสและความรู้ ตลอดจนเป็นบุคคล ต้นแบบให้มีความเข้มแข็งมั่นคงใจที่จะทุ่มเท อดทน มุ่งมั่นที่จะสร้างสิ่งดี ๆ เพื่อผู้อยู่กับโรคจิตเวช และนางณัฐกานต์ ใจบุญ ตลอดจนพี่ ๆ เพื่อน ๆ กลุ่มงานสนับสนุนการคืนสู่สภาวะที่คอยให้คำปรึกษา ช่วยเหลือ และเป็นกำลังใจให้เสมอ ขอขอบคุณพี่ ๆ หอผู้ป่วยหญิงหนึ่งทุกท่าน ที่คอยสนับสนุน ช่วยเหลือ สอนงานการพยาบาลจิตเวชและเสียสละเรื่อง เวลาในการทำงานเพื่อให้ฉันได้มีโอกาสในการเข้าศึกษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่ห้องสมุด และบุคลากรโรงพยาบาลศรี ัญญาทุกท่าน ที่มีส่วนช่วยเหลือ คอยถามไถ่ ให้คำปรึกษาและให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ในครั้งนี้

ขอขอบคุณผู้อยู่กับโรคจิตเวชทุกท่านที่เห็นความสำคัญ กรุณาเปิดเผยประสบการณ์อันมีค่าซึ่งเป็นข้อมูลที่สำคัญที่สุดสำหรับการวิจัย ขอให้ท่านมีกำลังใจ กำลังกายที่เข้มแข็ง สำหรับการต่อสู้เพื่อชีวิตที่มีคุณค่า มีความหมายใน แบบที่ท่านต้องการอย่างแท้จริง

ขอขอบคุณครอบครัวเบญจเฐมะ คุณพ่อมะขากี้ คุณแม่บุญพา พี่เบญจมาพร และน้องกิตติยาพร ที่ปลูกฝังให้ มีความรัก ความเชื่อมั่น มีจิตวิญญาณและแนวคิดต่าง ๆ ที่ทำให้รากฐานชีวิตมั่นคงและมีแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มี ความสุข ขอขอบคุณบุตรชาย เด็กชายแวอิลลาส แวบราเฮง ที่อดทน เป็นเด็กดีและเป็นกำลังใจที่สำคัญของแม่

สุดท้ายนี้บุคคลที่ฉันอยากขอบคุณมากที่สุดคือ นายแวอิลฮัม แวบราเฮง สามีน้องที่ต้องอดทนและเสียสละ คอยอยู่เคียงข้าง ช่วยเหลือในทุก ๆ อย่าง เป็นกำลังใจและกำลังใจที่สำคัญที่สุด ตลอดระยะเวลาการศึกษาและทำ วิทยานิพนธ์ของผู้วิจัยที่ผ่านมา

รัตติยาพร เบญจเฐมะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ..... ง	
กิตติกรรมประกาศ..... จ	
สารบัญ..... ฉ	
สารบัญตาราง..... ช	
บทที่ 1 บทนำ..... 1	
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา..... 1	
วัตถุประสงค์การวิจัย 5	
แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย 5	
สมมติฐานการวิจัย 8	
ขอบเขตการวิจัย 8	
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย..... 8	
ประโยชน์ที่ได้รับ..... 10	
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 11	
1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท 12	
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท 18	
3. แนวคิดอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท..... 30	
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง..... 49	
5. กรอบแนวคิดการวิจัย 52	
บทที่ 3 วิธีดำเนินการวิจัย..... 53	
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง 53	

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	57
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	59
การเก็บรวบรวมข้อมูล	59
การวิเคราะห์ข้อมูล	61
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	62
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	69
สรุปผลการวิจัย	71
อภิปรายผลการวิจัย	71
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล	75
ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	75
บรรณานุกรม	76
ภาคผนวก	86
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	87
ภาคผนวก ข หนังสืออนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย	89
ภาคผนวก ค เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	94
ภาคผนวก ง ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และใบยินยอมของก ลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	107
ภาคผนวก จ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	111
ภาคผนวก ฉ ผลการทดลองใช้เครื่องมือวิจัย	115
ประวัติผู้เขียน	126

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การประเมินอาการสงบ (Remission Criteria) ของ RSWG (Andreasen et al., 2005).....	32
ตารางที่ 2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาและอายุ.....	63
ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท	65
ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทตามระดับคะแนน การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	66
ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ	67
ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร วิธี Forward Stepwise (LR) ระหว่างปัจจัยทำนายกับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท.....	68

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่พบได้มากที่สุดในการบรรดาปัญหาสุขภาพจิตที่เข้ามารับบริการในสถานบริการ (WHO, 2013) จากสถิติในประเทศไทยปี 2559 พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เข้ามารับบริการเป็นผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมสุขภาพจิตมากถึง 409,003 คน โดยคิดเป็น 1 ใน 3 ของผู้เข้ามารับบริการทั้งหมด และยังมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ อีกด้วย (กรมสุขภาพจิต, 2559) จากสถิติของโรงพยาบาลศรีธัญญา ปี 2561 ก็พบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีผู้เข้ามารับบริการสูงที่สุดทั้งผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกเช่นเดียวกัน ในแผนกผู้ป่วยนอกมีจำนวนสูงถึง 46,678 ราย คิดเป็น 37% และแผนกผู้ป่วยใน 2,555 ราย คิดเป็น 44.94% ของผู้รับบริการทั้งหมด (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2561)

โรคจิตเภทเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่ส่งผลกระทบทางลบในหลาย ๆ ด้านทั้งต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม (สุจรรยา โลหาชีวะ, 2561) พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยจะทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ทำให้เกิดข้อบกพร่องและข้อจำกัดในการทำหน้าที่ของชีวิต (Lieberman and Murray, 2002) นำไปสู่ความเสื่อมในทักษะต่าง ๆ ทั้งอาชีพการงาน การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นและการรับผิดชอบดูแลตนเอง (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทโดยมากมักไม่หายขาด อาการป่วยจะกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น ยิ่งเป็นเรื้อรังและป่วยซ้ำบ่อยเท่าใด ก็มีโอกาที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากยิ่งขึ้น (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2557; พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่นั้นไม่สามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วยได้ เพราะนอกจากอาการของโรคแล้ว ความเจ็บป่วยยังทำให้ทักษะทางสังคมลดลง (Seo et al., 2007) และทัศนคติด้านลบของสังคมต่อการเจ็บป่วยทางจิตก็ยิ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทขาดความมั่นใจ รู้สึกสูญเสียคุณค่าในตนเอง (Shrivastava et al., 2011) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนไม่น้อยไม่สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างปกติสุข ต้องใช้ชีวิตอยู่อย่างพึ่งพิงและหมดความหวัง (วีระยุทธ บุปผาภา, 2554)

จากความก้าวหน้าของการรักษาโรคจิตเภทที่เพิ่มขึ้นอย่างมากใน 3 ศตวรรษที่ผ่านมา (Andreasen et al., 2005) ทั้งการรักษาอาการทางจิตที่มีประสิทธิภาพ การรักษาด้วยไฟฟ้า และการรักษาทางจิตสังคมที่มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถจัดการกับความเจ็บป่วย มีอาการทางจิตที่สงบ ทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ มีโอกาสในการฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมายได้มากขึ้น (Lieberman and Kopelowicz, 2002) ทำให้จากเดิมที่ถือว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้เกิดความเสื่อมและอาการหลงเหลือแม้จะได้รับการรักษาแล้ว ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนไป จึงมีการจัดตั้ง The Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) ที่เสนอแนวทางการกำหนดเกณฑ์ของอาการสงบ เพื่อให้เกิดมาตรฐานการประเมินในด้านอาการให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน เช่นเดียวกับการกำหนดเกณฑ์สำหรับโรคทางกายและจิตเวช

หลาย ๆ โรค เช่น โรคมะเร็ง โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวลและโรคติดสุราเรื้อรัง เป็นต้น ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในด้านการประเมินผลการรักษาและการศึกษาวิจัย โดยเกณฑ์อาการสงบของโรคจิตเภท ที่เสนอโดย RSWG มีองค์ประกอบหลัก 2 ประการคือ ระดับความรุนแรงของอาการโรคจิตหลัก (core psychotic symptoms) ลดลงถึงระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับเล็กน้อย (mild) และการลดลงของอาการคงอยู่ยาวนานติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน สอดคล้องกับตัวชี้วัดของหน่วยงานในสังกัด กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ที่มีการกำหนดตัวชี้วัดร้อยละของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในหายทุเลา (full remission) (กรมสุขภาพจิต, 2561)

อาการสงบ (remission) หรือในบางการศึกษาจะใช้คำแปลไทยเป็น การหายทุเลา (กรมสุขภาพจิต, 2561) หรือ ระยะโรคสงบ (ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์, 2555) แต่ในการศึกษารั้งนี้ ใช้คำว่า “อาการสงบ” เนื่องจากความหมายตามคำจำกัดความนั้นมุ่งไปที่อาการทางจิตที่สงบลงของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่คาดหวังในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เพราะอาการทางจิตที่สงบอย่างต่อเนื่องเพียงพอนั้น จะทำให้ผู้ป่วยมีความพร้อมสำหรับการบำบัดด้านจิตสังคมและด้านอื่น ๆ อาการสงบยังมีความสัมพันธ์กับระดับของการทำหน้าที่และคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Bobes et al., 2009; San et al., 2007; Wunderink et al., 2006) เพราะอาการทางจิตนั้นเป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่และการเข้าสังคม (Andreasen et al., 2005) อาการสงบยังลดโอกาสเกิดความเสียหายของสมองจากความเรื้อรังของโรคและการเกิดอาการกำเริบซ้ำอีกด้วย (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2557) จึงถือได้ว่าการสงบจะเป็นจุดเริ่มต้นนำไปสู่การฟื้นตัวด้านสังคมและการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้ในที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบ จะมีอาการทางจิตที่อาจทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะต่าง ๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ยิ่งการเจ็บป่วยมีความเรื้อรังและป่วยซ้ำบ่อย ก็ยิ่งมีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวร (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2557) และพบว่าการศึกษาที่ผู้ป่วยอาการไม่สงบนั้นเป็นปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอีกด้วย (Wunderink et al., 2008)

แม้ว่าการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบันมีความก้าวหน้ามากขึ้น แต่ผลการรักษาในผู้ป่วยแต่ละรายก็ยังมีผลแตกต่างกันได้อย่างมาก พบได้ทั้งผู้ป่วยที่อาการสงบ ไปจนกระทั่งสามารถฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์และผู้ป่วยที่มีความเรื้อรังของอาการซึ่งมีภาวะทุพพลภาพที่ไม่สามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ (ธวัชชัย สึงหนานาจ, 2552) โดยพบว่า 1 ใน 3 ของผู้ป่วยจิตเภทไม่มีอาการหลงเหลือหรือมีเพียงเล็กน้อย ในขณะที่ 2 ใน 3 มีอาการและความบกพร่องระดับปานกลางและรุนแรง (Harrison et al., 2001) สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ศึกษาการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 6,642 ราย โดยติดตามศึกษาเป็นระยะเวลา 3 ปี ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 33 อาการสงบได้ ในขณะที่ผู้ป่วยร้อยละ 67 อาการไม่สงบ และการวิเคราะห์ผลการรักษาในต่างประเทศพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่สามารถฟื้นตัวได้อย่างสมบูรณ์นั้นมีเพียงร้อยละ 8-20 เท่านั้น (Jaaskelainen et al., 2013) ส่วนการศึกษาและการประเมินผลการรักษาในประเทศไทยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ (Relapse) (เพชร คันธสายบัว, 2544; จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547; นาถนภา วงษ์ศิลป์, 2555) และการเข้ารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) (ราตรี เครือวรรณ, 2552) พบเพียง 1 การศึกษา คือการศึกษาระยะโรคสงบ (Remission) ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาครั้งแรก โดยพบผู้ป่วยที่มีอาการสงบตลอด 2 ปีร้อยละ 68.75 ไม่มีระยะ

อาการสงบ ร้อยละ 10 และมีระยะอาการสงบเป็นบางช่วง ร้อยละ 21.25 และปัจจัยที่สัมพันธ์คือช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาและการมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง (ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ และคณะ, 2555) แต่การศึกษาดังกล่าวก็ยังมีข้อจำกัดเพราะเป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยที่มารักษาทตามนัดอย่างต่อเนื่อง 2 ปี ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคดี

โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ขนาด 750 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นความเป็นเลิศในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช การให้บริการของโรงพยาบาลนั้นจะมีโปรแกรมที่แตกต่างกันเฉพาะในแต่ละโรค จากสถิติการรับบริการพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการมากที่สุดทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และมีจำนวนมากที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมด โดย การให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเฉพาะของโรงพยาบาลศรีธัญญา ได้แก่ การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยใช้ SLA Program ร่วมกับการให้บริการตามแนวคิดการคืนสู่สภาวะ (Recovery Model) แม้ การให้บริการจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ผลลัพธ์ในการให้บริการก็ยังคงมีความแตกต่างกันได้ อย่างมากในแต่ละราย โดยพบทั้งผู้ป่วยที่สามารถคืนสู่สภาวะได้ และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนต้อง กลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) จากสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ที่กลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ปี 2558 – 2560 มีจำนวนเฉลี่ย ปีละ 25 ราย คิดเป็นอัตรา 0.88 ของผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายทั้งหมด ในขณะที่กลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ ภายใน 90 วัน ใน 3 ปีย้อนหลัง (2559 - 2561) มีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่ 21 68 และ 115 ราย คิดเป็นอัตรา 0.76 2.38 และ 4.29 ของผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายทั้งหมด โดยการประเมินผลลัพธ์ใน การให้บริการผู้ป่วยจิตเภทนั้นใช้การประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) การประเมินสมรรถภาพคนพิการ ทางจิตใจหรือพฤติกรรม (ICF) และติดตามการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) 28 วัน และ 90 วัน ยังไม่พบการติดตามผลลัพธ์การรักษาที่ทำให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงของอาการทาง จิตเวชที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกัน ซึ่งมีความจำเป็นในการพัฒนาและการติดตามผลการรักษา อย่างเป็นรูปธรรม

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ทราบและมีความ เข้าใจว่ามีปัจจัยใดบ้างที่มีอิทธิพลต่ออาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะเป็นแนวทางในการให้การ พยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบได้ ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดของ The Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) (Andreasen et al., 2005) ร่วมกับการทบทวน วรรณกรรม คัดเลือกปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งน่าจะสามารถทำนายอาการ สงบได้ ดังต่อไปนี้

เพศหญิง เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบและการฟื้นตัวจากโรคจิตเภท (Novick et al., 2009; Albert et al., 2011; Cannavo et al., 2016) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะมีอาการ สงบและการฟื้นตัวกลับมาได้มากกว่า (ธวัชชัย ลิขหานาจ, 2552) เพราะเพศหญิงจะมีพฤติกรรมซึ่ง เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า (Muhlenkamp and Broeman, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ (นุชระพี สุทธิกุล, 2540) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงทำให้เพศหญิงมีอาการสงบและฟื้นตัวได้มากกว่าเพศชาย

การหยั่งรู้สภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับของอาการทางจิตและมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการสงบเพราะการหยั่งรู้สภาพของตนเองทำให้เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ เห็นความจำเป็นและร่วมมือในการรักษาเพื่อต่อสู้กับอาการทางจิตได้มากกว่า (Resnick et al., 2005) และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบมีระดับของการหยั่งรู้สภาพของตนเองสูงกว่ากลุ่มที่อาการไม่สงบ และยังสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาที่จะนำไปสู่อาการสงบและการฟื้นตัวได้ (Cannavo et al., 2016)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมอาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง ทำให้ยาต้านอาการทางจิตสามารถไปจัดการกับสาเหตุของอาการทางจิตโดยตรงได้ (Novick et al., 2009) การได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอาการทางจิตและมีความพร้อมที่จะรับการบำบัดด้านจิตสังคม (เชษฐา แก้วพรม, 2555) โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมักไม่ป่วยซ้ำ (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ในขณะที่ความล้มเหลวของความร่วมมือในการรักษาด้วยยานั้น ส่งผลต่อพยาธิสภาพ การป่วยซ้ำ สมรรถภาพ ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงจากอาการทางจิตและคุณภาพชีวิต (Lieberman et al., 2002)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด เป็นปัจจัยทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบและยังสามารถทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ฟื้นตัวด้านสังคมและฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้อีกด้วย (Robinson et al., 2004) เนื่องจากผู้ที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง ทำให้ความสามารถในการค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ตนอาการสงบและความสามารถในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ น้อยกว่า (Rosen and Garety, 2005) และอาจแสดงถึงความบกพร่องของสมองที่มากกว่าได้อีกด้วย (ยุรัชชา ปรีชา และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552)

ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสงบ (ฐานันตร์ ปิยะศิริศิลป์ และคณะ, 2555) เพราะอาการทางจิตที่ดำเนินไปโดยไม่ได้รับการรักษานั้น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นพยาธิสภาพต่อสมอง ทำให้เกิดความบกพร่องของทักษะต่าง ๆ และผู้ที่เริ่มการรักษาได้เร็วแสดงถึงการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและปัจจัยส่งเสริมด้านการเข้าถึงการรักษาที่ดีกว่าทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรทางการแพทย์ได้มากกว่า

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการพยากรณ์โรคจิตเภท เนื่องจากพยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทจะทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2555) ยิ่งเป็นเรื้อรังและป่วยซ้ำบ่อยเท่าใด ก็มีโอกาสมันจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรและเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2557) เพราะอาการทางจิตที่กำลังกำเริบนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง (Wyatt et al., 1991) และความเจ็บป่วยยังทำให้ทักษะทางเชาวน์ปัญญาและทักษะทางสังคมลดลง การมีอาการสงบและการฟื้นตัวจึงยากขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น (Seo et al., 2007)

การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการสงบ เนื่องจากครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมักไม่อดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่ยืดหยุ่น หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความกดดันนำไปสู่การเกิดอาการกำเริบ (Lieberman et al., 2002) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถมีอาการทางจิตที่สงบได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว จึงสรุปได้ว่า อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมีความสำคัญ เพราะจะลดโอกาสเกิดพยาธิสภาพที่ถาวรและอันตรายจากอาการของโรค ลดความบกพร่องด้านการทำหน้าที่ ทำให้เกิดความพร้อมสำหรับการบำบัดด้านจิตสังคม และยังเป็นเกณฑ์กำหนดผลลัพธ์ของการรักษาด้านอาการทางจิตที่เป็นมาตรฐาน ดังนั้นพยาบาลจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลเชิงประจักษ์ที่แสดงถึงปัจจัยที่สามารถทำนายอาการสงบ เพื่อให้การพยาบาลที่ส่งเสริมอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ และพบว่าในประเทศไทยยังไม่มีข้อมูลเชิงประจักษ์เกี่ยวกับปัจจัยที่สามารถทำนายอาการสงบดังกล่าว ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลจิตเวชซึ่งปฏิบัติหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงเห็นความจำเป็นที่จะต้องทำการศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการปฏิบัติงาน จัดระบบบริการและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องทนทุกข์ทรมานจากผลกระทบของความเจ็บป่วย มีอาการสงบ นำไปสู่การฟื้นตัวด้านสังคม ด้านการทำหน้าที่และฟื้นตัวจากโรคจิตเภทได้อย่างสมบูรณ์ สามารถอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยได้อย่างสร้างสรรค์ นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีคุณค่า มีความหมาย และบรรลุเป้าหมายของชีวิตได้ในที่สุด

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด กับอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภท

แนวเหตุผลและสมมติฐานการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สนใจศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดของ The Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) (Andreasen et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งน่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังต่อไปนี้

เพศ เพศเป็นความแตกต่างทางสรีระภาพของบุคคล พฤติกรรมบางอย่างเป็นผลมาจากข้อกำหนดของความแตกต่างทางเพศ ทำให้มีรูปแบบการดำเนินชีวิตต่างกัน เพศชายมีพฤติกรรมทำลายสุขภาพได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า (Sarafino, 1990) ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เช่นการรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยมากกว่า มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า (Muhlenkamp and Broeman, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ (นุระพี สุทธิกุล, 2540) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจึงทำให้เพศหญิงสามารถมีอาการสงบและฟื้นตัวได้มากกว่า โดยพบว่าเพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของโรคจิตเภท (Lincoln et al., 2007; Lambert et al., 2010; Albert et al., 2011; Cannavo et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ที่พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ ($OR = .874, p < .05$) ในขณะที่เพศชายจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีและมีแนวโน้มที่จะมีการฟื้นตัวกลับมาได้น้อยกว่า (ธวัชชัย ลิขิตานาจ, 2552)

ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา จากการศึกษาของ ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ และคณะ (2555) พบว่า ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์กับอาการสงบ

($p < .01$) อาการทางจิตที่ดำเนินไปโดยไม่ได้รับการรักษานั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง และผู้ที่เริ่มรักษาเร็วก็แสดงถึงการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและมีสถานภาพทางสังคมที่ดีกว่า ทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรทางการแพทย์ได้มากกว่า (Lieberman et al., 2002) จากการศึกษาของ Wyatt et al. (1991) พบว่าช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นปัจจัยก่อนการรักษามีอำนาจในการทำนายอาการสงบและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้มากที่สุด และการศึกษาของ Lambert et al. (2010) ก็พบว่าช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ ในขณะที่การศึกษาของ Wunderink et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่อาการไม่สงบนั้นมีช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาที่ยาวนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยระยะเวลาเฉลี่ยของกลุ่มที่อาการสงบคือ 32 วัน ในขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยของกลุ่มที่อาการไม่สงบคือ 321 วัน

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทจะทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555) ยิ่งเป็นเรื้อรังและป่วยซ้ำบ่อยเท่าใด ก็มีโอกาที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรและเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2557) เพราะอาการทางจิตที่กำเริบนั่นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง (Wyatt et al., 1991) และความเจ็บป่วยยังทำให้ทักษะทางเชาว์ปัญญาและทักษะทางสังคมลดลง อาการสงบจึงยากขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น (Seo et al., 2007) สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ที่พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยนั้นเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ ($OR = .993$, $p < .05$) โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบนั้นมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8 ปี ในขณะที่กลุ่มที่อาการไม่สงบมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12 ปี เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Wyatt et al. (1991) และการศึกษาของ Jäger et al. (2009) ที่พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยนั้นเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ ($p < .05$)

การหยั่งรู้สภาพของตนเอง การหยั่งรู้สภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการสงบ เพราะการหยั่งรู้สภาพของตนเองทำให้เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ เห็นความจำเป็นและร่วมมือในการรักษาเพื่อต่อสู้กับอาการทางจิตได้มากกว่า (Resnick et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lincoln et al. (2007) และ Lambert et al. (2010) ที่พบว่า การหยั่งรู้สภาพของตนเอง เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของโรคจิตเภท เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Cannavo et al. (2016) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบนั้น มีระดับของการหยั่งรู้สภาพของตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่อาการสงบ และยังสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2004) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่า การหยั่งรู้สภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์กับระดับของอาการทางจิตและความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ยาต้านอาการทางจิตสามารถไปจัดการกับสาเหตุของอาการทางจิตโดยตรงได้ (Novick et al., 2009) การได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอาการทางจิตและมีความพร้อมที่จะรับการบำบัดด้านจิตสังคม (เชษฐา แก้วพรม, 2555) จากการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์

(2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ติงไม่ป่วยซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดีจะมีการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ที่พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ (OR = 2.513, $p < .0001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lambert et al. (2010) ที่พบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่กลุ่มที่อาการไม่สงบนั้นพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช คือการขาดยาและการขาดการรักษาที่ต่อเนื่อง (Kane, 2007) และความล้มเหลวของความร่วมมือในการรักษาด้วยยายังส่งผลต่อพยาธิสภาพ การป่วยซ้ำ สัมพันธภาพ ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงจากอาการทางจิตและคุณภาพชีวิต (Lieberman et al., 2002)

การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมักไม่อดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่ยืดหยุ่น หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความกดดันนำไปสู่การเกิดอาการกำเริบได้สูง (Lieberman et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Amaresha (2012) ที่พบว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท เช่นเดียวกับการศึกษาของ Bogojevic et al. (2015) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำ และยังเป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อีกด้วย (เพชรี คันธสายบัว, 2544) การศึกษาของ นวณภา วงษ์ศิลป์ (2555) ก็พบว่าตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ การเกิดอาการกำเริบซ้ำทำให้ผู้ป่วยอาการไม่สงบ และการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวยังเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของความสามารถในการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอีกด้วย (Butzlaff and Hooley, 1998)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ผู้ที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่อง ทำให้ความสามารถในการค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ตนอาการสงบและความสามารถในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ น้อยกว่า (Rosen and Garety, 2005) และยิ่งแสดงถึงความบกพร่องของสมองที่มากกว่า (ยุรัชชา ปรีชา และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) จากการศึกษาของ Robinson et al. (2004) พบว่าการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบและยังสามารถทำนายการฟื้นตัวด้านสังคมและการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้อีกด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Holthausen et al. (2007) และการศึกษาของ Lambert et al. (2010) ที่พบว่าความสามารถทางการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kopelowicz et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบและฟื้นตัว มีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่สูงกว่ากลุ่มที่อาการไม่สงบและไม่ฟื้นตัว แต่ทั้งสองกลุ่มก็ยังมีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ต่ำกว่าในบุคคลทั่วไป ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่แย่ลงเรื่อย ๆ นั้น ยังบ่งชี้ถึงการพยากรณ์ที่ไม่ดีอีกด้วย (Stirling et al., 2003)

จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น สรุปได้ว่า ตัวแปรทั้ง 7 ตัว ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรทั้ง 7 ตัว ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research)

ประชากร คือ บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วย ICD-10 ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภททั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี ซึ่งมารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท อายุ 20 - 59 ปี มีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา

ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ตัวแปรตาม คือ อาการสงบ

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการและอาการแสดงหลักทั้งด้านบวกและด้านลบลดลงถึงระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับเล็กน้อย (mild) และคงอยู่เป็นเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน (Andreasen et al., 2005) ประเมินโดยประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale) 7 ข้อ โดยเกณฑ์ของอาการสงบ คือ ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนไม่สูงกว่า 3 คะแนน (มีคะแนน 1 2 หรือ 3 คะแนน) ของทุก ๆ ข้อ ในหัวข้ออาการ 7 อาการ ต่อไปนี้ ได้แก่ คิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity) ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms/posturing) และการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) ตลอดช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาและจะต้องไม่เข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชใน 2 ปีที่ผ่านมา (Kopelowicz et al., 2005)

เพศ (Gender) หมายถึง สถานภาพที่แสดงถึงความเป็นหญิงหรือชายของผู้ป่วยจิตเภท ในงานวิจัยนี้ประเมินจาก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา (Duration of untreated psychosis) หมายถึง ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มมีอาการทางจิตครั้งแรก ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ความคิดสับสน ทำทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ จนกระทั่งได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิต หรือเข้ารับการรักษาในระบบบริการสุขภาพจิตเป็นครั้งแรก ในงานวิจัยนี้ประเมินจาก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย (Duration of illness) หมายถึง ระยะเวลานับเป็นปี ตั้งแต่ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจนถึงวันที่เริ่มเก็บข้อมูล ในงานวิจัยนี้ประเมินจาก แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

การหยั่งรู้สภาพของตนเอง (Cognitive insight) หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินตีความเกี่ยวกับอาการทางจิต และการเจ็บป่วยของตนเองที่เป็นเหตุเป็นผล การรับฟังความคิดเห็นของบุคคลอื่นที่มีต่อความเจ็บป่วยทางจิตของตน และการรับรู้ว่าคุณเองมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นจริง ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบของการหยั่งรู้สภาพของตนเอง คือ ความเชื่อมั่นในตนเอง (self-certainty) และการสะท้อนดูตนเอง (self-reflectiveness) ของผู้ป่วยในการตีความจากประสบการณ์ของตน ในงานวิจัยนี้ การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ประเมินจากแบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (The Beck Cognitive Insight Scale : BCIS) ที่สร้างและพัฒนาโดย Beck (2004) แปลโดย สุภาวดี เกษไชย (2555)

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Medication adherences) หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่บ้าน เกี่ยวกับการใช้ยารักษาอาการทางจิตอย่างต่อเนื่องถูกต้องตามแผนการรักษาและคำแนะนำของทีมสุขภาพจิต โดยการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่หยุดการใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ ใช้ยาตามเวลา การไม่ลดหรือเพิ่มขนาดยาเองโดยไม่ได้รับปรึกษาแพทย์ รวมถึงความสามารถในการประเมินอาการข้างเคียงจากยา การแก้ไขปัญหาเมื่อเกิดอาการข้างเคียงจากฤทธิ์ของยา และการบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมสุขภาพจิตได้ถูกต้อง โดยแบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ในงานวิจัยนี้ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ประเมินจากแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่พัฒนาโดย พรทิพย์ วชิรติลกและคณะ (2549) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) และปรับปรุงโดย รัชณี อุทัยพันธ์ (2555)

การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว (High expressed emotion in family) หมายถึง การที่ผู้ดูแลหลักในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยแสดงออกทั้งทางภาษาพูด หรือภาษาท่าทาง ทั้งนี้เพื่อสื่อถึงอารมณ์ หรือ ทศนคติที่ตนมีต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (Left and Vaughn, 1981) ในงานวิจัยนี้ การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว

ประเมินจาก แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดย Cold and Kazarian (1988) พัฒนาขึ้นจากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) แปลโดย ชนิษฐา สุขทอง (2554)

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด (Cognitive function) หมายถึง สมรรถภาพสมองของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวกับ การรับรู้ การจำ การคิด ความใส่ใจ การสื่อสาร และการระลึกได้ ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการจำแนกข้อมูล แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ และการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม ในงานวิจัยนี้ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ประเมินจากแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination, TMSE) ซึ่งพัฒนาขึ้นโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์ และคณะ, 2536)

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ได้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งสามารถนำมาเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องเพื่อใช้เป็นแนวทางในการศึกษา สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินการศึกษา โดยครอบคลุมเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.2 การดำเนินของโรคในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.3 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.4 แนวคิดเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.1 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 ระบบบริการผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา
3. แนวคิดอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทและการประเมิน
 - 3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภท
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิดการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1 การวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยจิตเภท

การวินิจฉัยโรคจิตเภท จำแนกออกเป็น 2 ระบบ ได้แก่ ระบบ DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) ของสมาคมจิตเวชศาสตร์สหรัฐอเมริกา (American Psychiatric Association) และระบบ ICD (International Classification of Diseases and Related Health Problems) ขององค์การอนามัยโลก โดยในประเทศไทยได้นำมาใช้ทั้ง 2 ระบบ บางสถาบันอาจใช้ DSM-V (ฉบับปรับปรุง 5) แต่ทางสาธารณสุขจะใช้ ICD-10 (ฉบับปรับปรุง 10)

การวินิจฉัยโรคทางจิตเวชตามเกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-V) พิจารณาตามเกณฑ์อาการและอาการของโรคจิตเภทจะเน้นที่ความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน สังคม ระยะเวลาการเกิดอาการ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554) ดังนี้

ลักษณะอาการ (Characteristic Symptom) ผู้ป่วยต้องมีอาการอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไป และมีอาการเด่นชัดมาเป็นเวลา 1 เดือนโดยมีอาการดังนี้

- 1) อาการหลงผิด (Delusion) มีอาการหลงผิด โดยที่ไม่เป็นความจริง เช่น หลงผิดว่าผู้อื่นปองร้าย คิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษหรือมีอำนาจเหนือธรรมชาติ
- 2) อาการประสาทหลอน (Hallucination) มีอาการประสาทหลอน เป็นการรับรู้โดยทางประสาททั้ง 5 โดยไม่มีสิ่งมากระตุ้นจากภายนอก เช่น หูแว่วได้ยินเสียงคนมาเรียก เป็นต้น
- 3) อาการด้านการพูด พูดคนเดียว เนื้อหาไม่สัมพันธ์กับเรื่องราว พูดไม่ต่อเนื่อง สร้างคำขึ้นเองโดยที่คนอื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลก ๆ ทำอะไรที่แตกต่างไปจากคนปกติ
- 4) ปฏิเสธอาการเจ็บป่วย อารมณ์เฉยเมย ร่าเริงไม่พูด การเข้าสังคมและการทำงานเสีย ขาดความรับผิดชอบด้านหน้าที่การงานและสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น แยกตัวอยู่คนเดียว ไม่สนใจสุขอนามัย
- 5) ระยะเวลาที่มีอาการ อาการจะมีอยู่ต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน
- 6) อาการที่ไม่ใช่ภาวะผิดปกติทางอารมณ์
- 7) อาการที่เกิดไม่ใช่เกิดจากการได้รับสารเคมีหรือได้รับยาตัวอื่น
- 8) อาการมีความสัมพันธ์กับประวัติความผิดปกติด้านพัฒนาการในวัยเด็ก เช่น

มีประวัติออทิสติก (Autistic Disorder)

ส่วนการวินิจฉัยโรคตามเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลก (International Classification of diseases and Related Health Problem, 10th revision: ICD-10) (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์, 2555) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องมีอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน ถ้ามีอาการไม่ชัดเจนมากนักต้องมี 2 อาการ หรือมากกว่า ตามอาการที่ระบุได้จากอาการที่ 1 ถึง 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการที่ระบุไว้ จากอาการที่ 5-8 และอาการดังกล่าวจะมีอยู่ตลอดเวลา 6 เดือนขึ้นไป ซึ่งอาการต่าง ๆ ในแต่ละข้อมีดังนี้

- 1) ความผิดปกติของกระบวนการคิด เช่น ความคิดสะท้อนกลับ (Thought echo) ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดถูกสอดแทรก (Thought insertion) เชื่อว่าความคิดที่มีอยู่ไม่ใช่ของตนเอง หรือความคิดกระจาย (Thought broadcasting) คือการที่ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าความคิดของตนส่งออกไปเป็นเสียงทำให้ผู้อื่นล่วงรู้ความคิดของตนเอง

2) หลงผิดว่าถูกควบคุมโดยภายนอก (Delusion of control) มีความคิดว่ามี การกระทำหรือความรู้สึกพิเศษเฉพาะโดยแสดงออกในเรื่องทางกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิด หรือความรู้สึกสัมผัส (Sensations) หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า (Delusional perception)

3) หูแว่วเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์การกระทำของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับตนเอง หรือได้ยินเสียงต่าง ๆ ของร่างกาย

4) ประสาทหลอน อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มักทุกวันหรือมีอยู่นาน หลายสัปดาห์หรือหลายเดือน

5) ความผิดปกติของความคิด (Thought disorder) พูดจาวกวนไม่ตรงประเด็นหรือ ใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดขึ้นเอง

6) พฤติกรรมแบบคงทำเป็นเวลานาน (Catatonic) เช่น วางท่าแปลก ๆ คงท่าตามที่ ถูกจัดต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมแต่อย่างใด

7) อาการทางลบ (Negative symptoms) เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมย ไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิด จากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

8) พฤติกรรมเปลี่ยนแปลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน มีความหมกมุ่นอยู่แต่ในเรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท สามารถวินิจฉัยโรคด้วยอาการและอาการแสดงที่เกิดขึ้นและมีเกณฑ์ การจำแนกที่นิยมใช้ในประเทศไทย 2 เกณฑ์ ได้แก่ ระบบ DSM-V ของสมาคมจิตเวชศาสตร์ สหรัฐอเมริกา และระบบ ICD-10 ขององค์การอนามัยโลก

1.2 การดำเนินของโรคในผู้ป่วยจิตเภท

โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2553) ดังนี้

1.2.1 ระยะก่อนเริ่มอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการ เปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การ เรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัว อยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย เขาอาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือ จิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ อาจออกกระแวงนิด ๆ แต่ ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลา ช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อย ๆ

1.2.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งกลุ่มอาการด้านบวก และด้านลบ โดยส่วนใหญ่มีอาการด้านบวกมากกว่าด้านลบ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมี พฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น เมื่อได้รับการรักษาจนสงบแล้ว ส่วนใหญ่อาการกำเริบจะปรากฏรุนแรง เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลานาน มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมา ร่วมกับมีอาการ หวาดระแวงและปฏิเสธการรักษา เมื่อครบครันรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษาและ ได้รับสาเหตุส่งเสริม เช่น การใช้สารเสพติด แอลกอฮอล์ หรือชื้อยามารับประทานเอง

1.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่างๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่ง ที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2 - 3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็ยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า ลักษณะการเกิดโรค ระยะแรกไม่ค่อยบอกถึงผลลัพธ์ในระยะยาว

สรุปได้ว่า การดำเนินโรค แบ่งเป็น 3 ระยะ 1) ระยะก่อนอาการกำเริบ ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น 2) ระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยจะมีอาการทั้งกลุ่มอาการด้านบวกและด้านลบ โดยส่วนใหญ่มีอาการด้านบวกมากกว่าด้านลบ เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน หลงผิด และมีพฤติกรรมแปลกๆ 3) ระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาการเสื่อมลง และมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย ระยะนี้มักมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ยิ่งเป็นบ่อยครั้งจะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้นด้วย

1.3 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยจิตเภท

การพยากรณ์โรคตามปัจจัย ดังนี้ (พิเชษฐ์ อดมรัตน์ และคณะ, 2552)

ปัจจัยที่ส่งผลให้มีการพยากรณ์โรคดี ได้แก่ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคเด่นชัด ลักษณะอาการเกิดขึ้นเฉียบพลัน มีประวัติการทำงานทางสังคมและทางเพศเมื่อก่อนป่วยดี มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย มีอาการด้านบวก สถานภาพสมรสแต่งงาน มีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคทางอารมณ์ (mood disorders) มีระบบสนับสนุนดี ประวัติการดำเนินโรคพบว่ามีอาการกำเริบน้อย และเป็นไม่นานก่อนการรักษา

ปัจจัยที่ส่งผลให้มีการพยากรณ์โรคไม่ดี ได้แก่ ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเมื่ออายุน้อย ไม่มีปัจจัยกระตุ้นให้เกิดโรคเด่นชัด ลักษณะอาการเกิดโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป มีประวัติการทำงานทางสังคมและทางเพศเมื่อก่อนป่วยไม่ดี มีพฤติกรรมแยกตัวและออทิสติก อารมณ์เรื้อรัง แยกตัว มีอาการด้านลบ สถานภาพสมรสโสด หย่า หรือหม้าย มีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท มีระบบสนับสนุนไม่ดี ประวัติการดำเนินโรคพบว่ามีอาการกำเริบบ่อยครั้ง และเป็นมานานก่อนการรักษา

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท

1.4.1 อาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่สามารถแสดงออกทางจิตออกมาได้หลายรูปแบบที่แตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละราย ตามแนวคิด Kay, Fiszbein and Opler (1987) อาการทางจิตสามารถแบ่งออกเป็น 3 อาการหลักๆ คือ กลุ่มอาการด้านบวก กลุ่มอาการด้านลบ และอาการทางจิตทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้ (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552)

1.4.1.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) เป็นอาการที่เกิดขึ้นเนื่องจากความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ หรือพฤติกรรม อาการส่วนใหญ่จะแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนกว่าอาการด้านลบ โดยอาการสามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่ระยะช่วงอาการนำไปจนถึงช่วงที่มีอาการโรคจิตระยะเฉียบพลันไปจนถึงช่วงที่มีอาการโรคเฉียบพลันและระยะหลงเหลือ อาการกลุ่มอาการด้านบวก ประกอบด้วย อาการหลงผิด ประสาทหลอน และพฤติกรรมแปลกประหลาด ได้แก่

1.4.1.1.1 อาการหลงผิด (Delusion) คือ ความเชื่อที่ไม่เป็นความจริงหรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ป่วย เหมือนอาการหลงผิดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเภท อาการหลงผิดแบ่งออกเป็น 9 ชนิด ได้แก่

- 1) อาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย (Persecutory delusion)
- 2) อาการหลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง (Delusions of reference)
- 3) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (Delusion of being controlled)
- 4) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (Thought insertion)
- 5) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปหรือกระจายออกนอกตัว (Thought withdrawal and thought broadcasting)
- 6) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (Delusions of sin or guilt)
- 7) อาการหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจ ความสามารถ หรือมีความสำคัญ (Grandiose delusions)
- 8) อาการหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (Religious delusions)
- 9) อาการหลงผิดทางกาย (Somatic delusions)

1.4.1.1.2 อาการประสาทหลอน (Hallucination) คือ เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งต้องแยกออกจากการรับรู้ที่ผิดปกติ (abnormal sensory perception) ที่ผู้ป่วยแปลสิ่งเร้าที่เข้ามาผิดหรือที่เรียกว่า illusion ซึ่งรวมไปถึงการที่ผู้ป่วยมีความไวอย่างผิดปกติต่อเสียง แสง กลิ่น การเคลื่อนไหว ได้แก่

- 1) อาการหูแว่ว (Auditory hallucinations)
- 2) อาการเห็นภาพหลอน (Visual hallucinations)
- 3) ประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (Somatic and tactile hallucinations)

4) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (Olfactory hallucination)

1.4.1.1.3 อาการพฤติกรรมแปลกประหลาด (Bizarre behavior) คือ ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมแปลกประหลาดเมื่อเทียบกับคนทั่วไปในสังคม ซึ่งอาจแสดงออกในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

- 1) การแต่งตัวและลักษณะภายนอก (Clothing and appearance) คือ ผู้ป่วยจะแต่งตัวไม่เหมือนคนทั่ว ๆ ไป มองดูแล้วแปลกประหลาด และที่พบบ่อยกว่าคือ ผู้ป่วยไม่ดูแลตัวเอง ดูร่างกายสกปรก สุขอนามัยไม่ดี

- 2) สังคมและพฤติกรรมทางเพศ (Social and sexual behavior) คือ ผู้ป่วยจะมีสังคมและพฤติกรรมทางเพศของผู้ป่วยจะผิดไปจากแบบแผนของสังคม เช่น ผู้ป่วยอาจปัสสาวะในที่สาธารณะ ทำท่าล้อเลียนบุคคลอื่นโดยไม่เหมาะสม หัวเราะอย่างไม่มีเหตุผล เป็นต้น

- 3) การเคลื่อนไหว (Motor behavior) คือ อาการผิดปกติทางการเคลื่อนไหวมีได้หลายแบบ ไม่ว่าจะเป็นแบบ Mannerism ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวที่แปลกเฉพาะตัวและกระทำโดยมีเป้าหมาย (Goal-directed movement) ทำหน้าตาบิดเบี้ยวแสดงความเจ็บปวด (Grimacing) หรือ อาจเคลื่อนไหวซ้ำๆ ต่อเนื่องเป็นเวลานานโดยไม่มีเป้าหมายของการกระทำที่ชัดเจน (Stereotypy) หรืออาจค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ (Catatonic motor behavior) รวมทั้งการท่าท่าแบบที่มีเฉพาะตัว มักเป็นท่าที่แปลกไม่น่าสบาย และต้านแรงที่พยายามทำให้ผู้ป่วยเคลื่อนไหว (Rigid posture)

- 4) การแสดงออกทางอารมณ์อย่างไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) โดยการแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ อาจแสดงอารมณ์ออกมาอย่างทันทีทันใด และไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูดของผู้ป่วยในขณะนั้น

1.4.1.1.4 อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement symptoms) อาการที่จัดอยู่ในกลุ่มนี้ ได้แก่ อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย (Excitement) การไม่ให้ความร่วมมือ (Uncooperativeness) การควบคุมแรงผลักดันเองไม่ได้ (Poor impulse control) การไม่เป็นมิตร (Hostility) และก้าวร้าว (Aggression)

1.4.1.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดไปในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไปควรมี เช่น ด้านความรู้สึกความต้องการในสิ่งต่าง ๆ อาการเหล่านี้ ได้แก่

- 1.4.1.2.1 อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (Flat, Blunt, or Restrict affect) คือ การไม่มีหรือการลดลงของการตอบสนองทางอารมณ์ต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ร่วมกับไม่สบตา เคลื่อนไหวน้อยลง หน้าตาเฉยเมย พูดด้วยน้ำเสียงโทนเดียวกันหมด

- 1.4.1.2.2 การไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ (Poor rapport) หลีกเลียงการสบตา ไม่ตอบคำถาม และสื่อสารกับผู้อื่นน้อยลง

1.4.1.2.3 การคิดซ้ำๆ หรือคิดอะไรเพียงเรื่องเดียว (Stereotyped thinking) คือ ผู้ป่วยมักคิดอะไรซ้ำๆ หรือมีความคิดในลักษณะที่ไม่น่าสนใจ อาจมีความเชื่อที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ในเรื่องที่ไม่เป็นเหตุเป็นผล

1.4.1.2.4 ขาดความกระตือรือร้น (Avolition) และสีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (Apathy) คือ ผู้ป่วยจะแสดงออกมาในรูปแบบของการหมดพลังงาน ไม่มีแรงขับ ไม่มีแรงจูงใจ

โดยสรุป อาการทางจิตของผู้ป่วยของผู้ป่วยโรคจิตเภทสามารถแสดงอาการออกมาได้หลายรูปแบบ โดยอาการหลัก ๆ ได้แก่ อาการด้านบวกและอาการด้านลบ นอกจากนี้ยังมีการด้านการคิด ซึมเศร้าและวิตกกังวล ซึ่งอาการต่าง ๆ เหล่านี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยและบุคคลรอบข้าง

1.4.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตของบุคคล ประกอบด้วย

1.4.2.1 ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การไม่สามารถจัดการกับอาการทางจิต ไม่สามารถสังเกตอาการนำก่อนอาการกำเริบจึงทำให้อาการทางจิตรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยรู้สึกเบื่อหน่ายเกิดความท้อแท้และไม่มีความตั้งใจในการจัดการกับอาการที่เกิดขึ้น นอกจากนี้การขาดทักษะการจัดการอาการทางจิตทั้งอาการทางบวกและอาการทางลบที่เป็นปัญหาซึ่งกระทบต่อการใช้ชีวิตอย่างอิสระในสังคมและความสามารถในการปรับตัวในสังคม การขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษา ขาดความเข้าใจเรื่องการใช้ยา ขาดความรู้เรื่องความเจ็บป่วย ทำให้ไม่ได้รับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

1.4.2.2 ปัจจัยด้านจิตใจ เช่น ความเครียด เป็นปัจจัยกระตุ้นทำให้เกิดอาการทางจิตได้ง่ายขึ้น นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีความขัดแย้งในใจและผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมความต้องการเบื้องต้นได้ ขาดความรู้สึกผิดชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะ และขัดแย้งกับผู้อื่น

1.4.2.3 ด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคจิตเภทถูกตีตราว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเวช ก่อให้เกิดการปฏิเสธการจ้างงาน เกิดความทุกข์ขึ้นในใจ เกิดอาการทางจิต ผู้ป่วยจะรู้สึกหมดสิ้น หมดหวังในชีวิต ไม่มีจุดหมายในชีวิต ทำให้ผู้ป่วยหมดกำลังใจในการจัดการกับปัญหาและอาการที่เกิดขึ้น ขาดทักษะในการแก้ปัญหา การติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นบกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่น ทำให้ไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหาได้

สรุปได้ว่า ปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการทางจิตมีหลากหลายปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วย ปัจจัยด้านจิตใจ และปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม และปัจจัยดังกล่าวก็มีความแตกต่างกันไปในผู้ป่วยแต่ละราย

2. แนวคิดเกี่ยวกับการบำบัดรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 การบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทใช้แนวทางรวมทั้งการรักษาด้วยยาและการบำบัดทางจิตสังคมเพื่อให้เกิดความปลอดภัยกับผู้ป่วยและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้กลับมา ซึ่งการรักษาด้วยยามีเป้าหมายโดยตรงเพื่อบำบัดอาการทางจิตที่เกิดขึ้นและวิธีบำบัดทางจิตสังคมมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มหรือส่งเสริมทักษะทางสังคมและความคิดที่บกพร่องไปรวมถึงการขับเคลื่อนการสนับสนุนทางสังคมการดูแลจากชุมชนการวางแผนการจำหน่ายและการดูแลต่อเนื่องในชุมชนด้วย (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556) โดยวิธีการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในปัจจุบัน ได้แก่ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

2.1.1 การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่นหรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ไม่ยินยอมกินยา มีปัญหาในการวินิจฉัย จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหามากขึ้นไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2.1.2 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภทเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยาการรักรักษา นั้นแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่

2.1.2.1 ระยะควบคุมอาการ (active phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ ได้แก่ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้นเป็นผลมาจากฤทธิ์ของยาทำให้สงบ ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นประสิทธิภาพของยา

2.1.2.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง (stabilization phase) หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไปอีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

2.1.2.3 ระยะอาการคงที่ (maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลง แล้วต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปเมื่อไม่มีอาการด้านบวกที่ชัดเจนแล้วจะค่อย ๆ ลดขนาดยาลงร้อยละ 20 ทุก 4-6 เดือนจนถึงขนาดต่ำสุดที่สามารถคุมอาการได้ โดยขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน

2.1.3 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้กรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา อาจใช้ในผู้ป่วยจิตเภทชนิด Catatonic รุนแรงหรือผู้ป่วยที่มีอาการ Mania หรือ ผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต จะทำ ECT สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวนทั้งหมดประมาณ 12 ครั้ง ผู้ป่วยอาจมีอาการ

ข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

2.1.4 การรักษาด้านจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมด้านนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตนเองกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้ อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือรอบด้าน มิใช่เป็นเพียงแค่ผู้รักษาโรคเท่านั้น

2.1.5 จิตบำบัด (Psychotherapy) โดยใช้วิธีการของจิตบำบัดแบบประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะผู้บำบัดช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่มักทนไม่ได้ เป็นต้น

2.1.6 การให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย (Psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองส่วนใหญ่มักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยโดยทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท สิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้ได้อย่างยิ่ง

2.1.7 กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

2.1.8 นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมขบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอจะทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

2.1.9 พฤติกรรมบำบัด แก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยการให้แรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

สรุปได้ว่า การบำบัดรักษาของโรคจิตเภท มีทั้งแบบรับไว้ในโรงพยาบาลโดยควบคุมอาการผู้ป่วยและลดความเครียดให้กับญาติและมีการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาทางจิตสังคม จิตบำบัด กลุ่มบำบัด นิเวศน์บำบัด พฤติกรรมบำบัด และการให้คำแนะนำ แก่ครอบครัวผู้ป่วย

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากบทบาทในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับสหวิชาชีพแล้ว พยาบาลยังมีบทบาทหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย ซึ่งวัตถุประสงค์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพื่อให้มีความปลอดภัยในทุกสถานการณ์ เพื่อให้ได้รับยาต้านอาการทางจิตอย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาโรคจิตเภท เพื่อให้ได้รับการดูแลด้านร่างกาย และเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับสนับสนุนด้านจิตสังคม (ฉวีวรรณ สัตยธรรม และคณะ, 2556)

2.2.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (กขพร รัตนสมพร, 2556).

2.2.1.1 บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับพื้นฐาน (basic level) มีดังนี้

2.2.1.1.1 ให้คำปรึกษา (counseling) ทำหน้าที่ให้คำปรึกษาถึงปัญหาต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองเพิ่มมากขึ้น ปรับปรุงทักษะการตัดสินใจและการแก้ปัญหา ตลอดจนปรับปรุงความสามารถในการพัฒนาตนเอง

2.2.1.1.2 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลดีในการรักษาผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลต้องใส่ใจกับสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย โปรแกรมการจัดกิจกรรมตลอดจนการปฏิสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับผู้อื่น

2.2.1.1.3 ส่งเสริมผู้ป่วยให้ดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง (promotion of self care activities of daily living) ทำหน้าที่ประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การแต่งตัว การรับประทานอาหาร และการขับถ่าย ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองในเรื่องต่าง ๆ เหล่านี้มากน้อยเพียงใด ให้กำลังใจและส่งเสริมให้ผู้ป่วยแต่ละคนสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในกิจวัตรประจำวันเหล่านี้ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยพึ่งพาคนอื่นมากเกินไป ตลอดจนฝึกทักษะจำเป็นในการดำรงชีวิต

2.2.1.1.4 ดูแลผู้ป่วยทางจิตชีวภาพ (psychobiological intervention) ทำหน้าที่บริหารยาด้วยการประเมินผลของยา และผลข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยเกิดความรับผิดชอบในการรับประทานยาของตนเอง โดยพยาบาลต้องอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจเกี่ยวกับยาที่ผู้ป่วยได้รับว่ายาจะช่วยอะไรผู้ป่วยได้บ้าง รวมถึงเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัยเกี่ยวกับยา

2.2.1.1.5 สอนเกี่ยวกับสุขภาพ (health teaching) ทำหน้าที่สอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต สาเหตุของโรคจิต และวิธีการจัดการกับอาการทางจิตที่เกิดขึ้น เช่น อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด ให้ความรู้เกี่ยวกับยาที่ได้รับ เช่น ผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น วิธีการแก้ไขเมื่อเกิดผลข้างเคียงของยา สอนวิธีปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย โดยในการสอนนั้นควรสอนทั้งผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ทั้ง 2 ฝ่ายจะได้ปรับตัวในการอยู่ร่วมกันได้ นอกจากนี้ควรสอนทักษะในการเผชิญกับความเครียดที่เหมาะสม ตลอดจนสอนทักษะการจัดการกับความโกรธ

2.2.1.1.6 การดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี (case management) ทำหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเป็นรายกรณี เป็นการให้ความร่วมมือกันของทีมสุขภาพ มีการประเมินผู้ป่วยร่วมกัน วางแผนให้การพยาบาล ให้การพยาบาลตามแผน ติดตามประเมินและประเมินผลการพยาบาลที่ให้ไปและช่วยเหลือให้ตรงกับความต้องการทางสุขภาพของผู้ป่วยแต่ละบุคคล

2.2.1.1.7 ส่งเสริมสุขภาพและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (health promotion and health maintenance) ทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพจิตหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต โดยการคัดกรองผู้ป่วยในชุมชน การประเมินสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ ให้การวินิจฉัยเพื่อส่งต่อไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการสอนเกี่ยวกับสุขภาพ การป้องกันอาการแทรกซ้อน

ที่อาจเกิดขึ้นและให้การดูแลประชากรที่เสี่ยง เช่น ผู้สูงอายุ บุคคลที่ติดสารเสพติด บุคคลที่ถูกทารุณกรรม พยาบาลต้องให้ความรู้ ตลอดจนจัดโปรแกรมการสอน

2.2.1.2. บทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับสูง (Advance level) ต้องสามารถทำบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับพื้นฐานได้และมีบทบาทหน้าที่เพิ่มขึ้น ดังนี้

2.2.1.2.1 ให้การรักษาและเขียนใบสั่งยาตามที่กฎหมายกำหนดไว้ (prescriptive authority for drug)

2.2.1.2.2 ให้คำแนะนำในคลินิกและเป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพจิตในระดับพื้นฐาน (clinical supervision and clinical Consultattor)

2.2.1.2.3 เป็นที่ปรึกษาให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีปัญหาสุขภาพจิต (Consultation Liaison) พยาบาลทำได้ทางตรงโดยการส่งเสริมสุขภาพจิตให้ผู้ป่วยฝ่ายกายหรือผู้ป่วยพิการ และทางอ้อมโดยการเป็นที่ปรึกษาและให้ความรู้กับพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่ผู้ให้การดูแลผู้ป่วยฝ่ายกายที่มีปัญหาสุขภาพจิต

2.2.1.2.4 จิตบำบัด (psychotherapy) พยาบาลที่มีคุณสมบัติของพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตในระดับสูง สามารถให้การบำบัดผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ จากการศึกษาหลักฐานเชิงประจักษ์การทำจิตบำบัดในกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยพยาบาล มีดังนี้ (ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์, 2562)

1) การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (cognitive behavioral therapy for schizophrenia: CBT) จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตร่วมกับการบำบัดด้วย CBT มีการพิสูจน์ด้วยการทดลองทางคลินิก (clinical trials) แล้วว่ามีการตอบสนองด้านการรักษาที่ได้ผลดี พบว่าผู้ป่วยสามารถจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลือและเรื้อรังได้ดี เช่น อาการประสาทหลอน หลงผิด ความรู้สึกหดหู่และอาการร่วมอื่น ๆ ในการบำบัดจะใช้เทคนิคการบำบัดด้วยวิธี CBT จะช่วยทำให้เกิดการพัฒนาความไว้วางใจ เพิ่มประสิทธิภาพของกลยุทธ์ในการทดสอบความเป็นจริง สามารถมีปฏิกิริยาตอบสนองทางอารมณ์และพฤติกรรมต่ออาการทางจิตได้อย่างเหมาะสม งานวิจัยพบว่าการบำบัดด้วย CBT ทำให้เกิดความความแข็งแรงและความคงทนทางด้านจิตใจต่อการรับมือกับความเครียด นอกจากนี้การรักษาด้วย CBT สามารถใช้ได้อย่างปลอดภัย กล่าวได้ว่ารายงานการวิจัยต่าง ๆ ต่างสนับสนุนว่าการบำบัดนี้เป็นส่วนเสริมของการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตได้เป็นอย่างดี (Track & Mardon, 2018; Morrison, 2009)

2) การบำบัดด้วยการสอนสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (Psychoeducation for schizophrenia) ผู้ป่วยโรคจิตเภทมักขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค สาเหตุของการเกิดอาการ วิธีการรักษา และแนวทางการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้อง การขาดความรู้ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทำให้ผลการรักษาไม่ดีเท่าที่ควร ในรอบสิบปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาวิธีการที่ทำให้ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้นเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาวิธีการหนึ่งคือการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (Psychoeducation program for schizophrenia) วิธีการนี้เป็นการเพิ่มพูนความรู้และความเข้าใจ

เกี่ยวกับตัวโรคในประเด็นต่าง ๆ ให้มีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับมือกับอาการเจ็บป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยทำให้การพยากรณ์โรคเป็นไปในทางที่ดีขึ้น

3) การบำบัดด้วยการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (Cognition remediation therapy for schizophrenia: CRT) ความบกพร่องในความสามารถของสมองด้านการคิด การเข้าใจ เป็นความบกพร่องพื้นฐานที่สำคัญของโรคจิตเภท ที่ทำให้เกิดอาการต่าง ๆ ตามมา (neurobiological dysfunction in schizophrenia) การบำบัดด้วยวิธี CRT คือการรักษาที่มุ่งเน้นที่จะปรับปรุงการทำงานของสมองด้านการรู้การคิดการเข้าใจที่ผิดปกติไปให้กลับมาเป็นปกติที่สุดเท่าที่จะทำได้จากการศึกษาทบทวนหลักฐานอย่างเป็นระบบ (systematically review the evidence) ด้านการเปลี่ยนแปลงของสมองหลังจากรักษาด้วย CRT พบว่า CRT มีผลต่อสมองหลายบริเวณ ได้แก่ บริเวณ prefrontal parietal และบริเวณ limbic ทั้งในด้านการทำงานและโครงสร้างจนสามารถปรับปรุงการทำงานของระบบประสาทและสมองด้านการรู้คิดและการเข้าใจ (neurobiological และ cognitive improvement) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทจนเกิดเป็นข้อเสนอแนะว่าสามารถพัฒนานำมาใช้เป็นวิธีรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทได้

4) ครอบครัวบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท (Familytherapy for schizophrenia) การพยาบาลจิตเวชด้วยการทำครอบครัวบำบัดทำให้การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยทั้งในบ้านและในชุมชนดีขึ้น การเกิดโรคกำเริบลดน้อยลง (Gottlieb, Mueser, & Glynn, 2012) ครอบครัวบำบัดส่วนใหญ่มักกระทำโดยพยาบาลจิตเวชผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ได้รับการฝึกฝนจนมีความเชี่ยวชาญด้านการทำครอบครัวบำบัด ครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทมักต้องอดทนต่อความยากลำบากในการรับมือกับอาการของผู้ป่วยทั้งในระยะเฉียบพลันและระยะที่โรคกำเริบ สมาชิกในครอบครัว ญาติ หรือผู้ดูแลอาจจะถึงกับต้องแยกตัวเองออกจากกลุ่มเพื่อนที่เคยมีความสัมพันธ์กันและอาจจะแยกออกจากสังคมที่เคยคอยให้กำลังใจสนับสนุนกัน บางครั้งญาติอาจจะถูกสังคมเข้าใจผิด ๆ ไปว่าการที่มีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทอาจเนื่องมาจากครอบครัวเป็นต้นเหตุทำให้จะต้องถูกตำหนิตินินทาจากสังคม การทำครอบครัวบำบัดพยาบาลจึงต้องนำแนวคิดและหลักการครอบครัวบำบัดมาใช้อย่างเป็นขั้นตอนตามกระบวนการพยาบาล

2.2.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเองที่จะให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

2.2.2.1 เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ จิตสังคมและจิตวิญญาณ

2.2.2.2 คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วย ควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความใส่ใจเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

2.2.2.3 การดูแลช่วยเหลือต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนด้วย ต้องให้การช่วยเหลือเพื่อให้การเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา หรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหายของสุขภาพ (Recover or healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) การป้องกันโรค (Disease prevention) และการป้องกันสุขภาพ (Health protection)

2.2.3 หลักการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 4 มิติ

หลักการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ใช้การส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสภาพ ทั้งในผู้ที่เกิดการเจ็บป่วยทางจิตขึ้นแล้วและบุคคลทั่วไป โดยมีรายละเอียดดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2550)

2.2.3.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of mental health) เป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เพื่อให้มีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ ปรับตัวอยู่ในสังคม ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้ แนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้ในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การเลือกคูครอง การปรับตัวตามพัฒนาการตามวัย การเผชิญปัญหาในการดำเนินชีวิต เป็นต้น

2.2.3.3 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต (Prevention of mental health) เนื่องจากวิกฤตการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียด และความวิตกกังวล หากบุคคลไม่สามารถจัดการได้ อาจนำไปสู่ปัญหาสุขภาพจิตได้ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ญาติของผู้ป่วยจิตเวช ผู้สูญเสีย ผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นต้น แนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อการป้องกันปัญหาสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพจิต การส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดอย่างเหมาะสม ทักษะการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมหรือสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไป การคิดบวก การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นต้น

2.2.3.3 การบำบัดรักษา (Therapeutic of mental health) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตเวชขึ้นหากไม่ได้รับการบำบัดรักษาที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องอาจทำให้การดำเนินโรคลงกลายเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและรุนแรงได้ แนวทางสำหรับพยาบาลเพื่อส่งเสริมการบำบัดรักษาด้านจิตเวช เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การให้ยาและการจัดการอาการข้างเคียง การดูแลด้านร่างกาย การพยาบาลผู้ป่วยที่รักษาด้วยไฟฟ้า เป็นต้น

2.2.3.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of mental health) การเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยหลายๆ ด้าน เช่น การขาดความสนใจต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจบกพร่อง ขาดความสามารถในการเข้าสังคม บกพร่องทักษะในการดูแลตนเอง เป็นต้น พยาบาลจึงจำเป็นต้องให้การพยาบาลเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชอย่างเหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละราย เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด การส่งเสริมทักษะอาชีพ การส่งเสริมทักษะทางสังคม เป็นต้น

2.2.4 กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาลและการประเมินสภาพผู้ป่วยด้านต่างๆ มากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการ

ประเมิน จำแนกปัญหาที่ถือว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาวและเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2556)

2.2.4.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษา

2.2.4.1.1 การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

2.2.4.1.2 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาพทางด้านร่างกาย นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ยาต้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมากร่างกายขับน้ำไม่ทันเกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

2.2.4.1.3 การประเมินด้านการคิด อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีความคิดหลงผิดหรือไม่ ผู้ป่วยมีอาการหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด และประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางการสัมผัส ประสาทหลอนทางตา เป็นต้น หรือมีความคิดว่ามีผู้อื่นปองร้ายตนหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วนและระมัดระวังเป็นพิเศษเพราะอาจก่อให้เกิดอันตรายแก่ผู้ป่วยและผู้อื่น

2.2.4.1.4 พฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัวเนื่องจากความกลัวว่าจะมีคนมาทำร้าย อาจมีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิดประสาทหลอนของผู้ป่วย โดยต้องได้รับความช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน

2.2.4.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นผู้ป่วยมีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่ มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือมีพฤติกรรมที่เกิดจากการหลงผิดทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ ผู้ป่วยมักมีแนวโน้มที่จะแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรประเมินปัญหาที่ผู้ป่วยมีและต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนอย่าเร่งรีบเพื่อหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

2.2.4.2 การวินิจฉัยทางการพยาบาล จะแม่นยำแค่ไหนขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลนั้นส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับอาการด้านบวก ซึ่งได้แก่

อาการหลงผิดและอาการประสาทหลอน และอาการด้านลบ ได้แก่ อาการแยกตัว อาการความพร่องด้านสังคม ซึ่งภาวะความแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคมจะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

การวินิจฉัยทางการแพทย์และการวินิจฉัยทางจิตเวชในโรคจิตเภทที่พบบ่อย มีดังนี้ (นภวัลย์ กัมพลาศิริ, 2557)

1) เสี่ยงต่อการเกิดพฤติกรรมรุนแรง (เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวอันจะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น) เนื่องจากมีอาการทางจิต เช่น หูแว่วมีคนบอกให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือเสียงพูดว่า หลงผิดคิดว่าคนอื่นคอยปองร้ายตน ตื่นตระหนกกลัวถูกทำร้าย ควบคุมอารมณ์ไม่ได้

2) กระบวนการคิดแปรปรวน (เช่น อาการหลงผิดคิดว่ามีคนปองร้าย) เนื่องจากการเสียสมดุลชีวเคมี / สารสื่อประสาทในสมอง ขาดความไว้วางใจผู้อื่น รู้สีกว่าตนเองถูกคุกคาม ตื่นกลัววิตกกังวลกลัวไม่ปลอดภัย ใช้กลไกเผชิญปัญหาแบบโทษผู้อื่น มีความคิดไม่สมเหตุสมผล

3) การรับรู้แปรปรวน (เช่น ประสาทหลอนทางหู / ทางตา) เนื่องจากการเสียสมดุลชีวเคมีในสมอง ความบกพร่องในการประมวลผลทางประสาทสัมผัส การลดหรือหยุดยาระงับอาการทางจิตทำให้สารสื่อประสาทเปลี่ยนแปลง มีสิ่งกระตุ้นก่อให้เกิดความเครียด สิ่งเร้าจากสิ่งแวดล้อมมากเกินไปหรือน้อยเกินไป

4) การดูแลตนเองบกพร่อง (สุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี) เนื่องจากขาดความกระตือรือร้นขาดความสนใจในการทำกิจกรรมต่างๆ (avolition)

5) การสื่อสารทางวาจาบกพร่อง (พูดออกนอกเรื่องพูดจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง) เนื่องจากการเปลี่ยนแปลง / เสียสมดุลชีวเคมีในสมองก่อให้เกิดการสูญเสียการเชื่อมโยงความคิดทำให้การพูดไม่มีความสัมพันธ์ต่อเนื่อง

6) ขาดความร่วมมือในการบำบัดรักษา (เช่น ไม่รับประทานยาตามแผนการรักษา) เนื่องจากปฏิเสธการเจ็บป่วย มีความคิดหลงผิดหรือหวาดระแวง ไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของยาที่ใช้ในการบำบัด

7) แบบแผนการนอนแปรปรวน (นอนไม่หลับตื่นบ่อย) เนื่องจากมีอาการประสาทหลอนทางหูหรือมีอาการหลงผิดหวาดระแวง มีสิ่งกระตุ้นก่อให้เกิดความเครียด สิ่งแวดล้อมเปลี่ยนแปลงไป

8) แยกตัวจากสังคมเนื่องจากผู้ป่วยมีความคิดหมกมุ่นแต่เรื่องของตนเองไม่สามารถเกี่ยวข้องกับสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือสิ่งแวดล้อม (autism) ขาดสมาธิในการสนทนา รับรู้ว่าตนเองไม่มีคุณค่ารู้สึกต่อตนเองในแง่ลบตนไม่รู้สึกไม่มั่นใจในการเข้าสังคมลงเอยที่จะทำอะไรใหม่ๆ

9) การจัดการกับปัญหาไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากกระบวนการคิดแปรปรวน (กระบวนการคิดไม่ต่อเนื่อง / หลงผิด) ขาดทักษะในการใช้กระบวนการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ ใช้กลไกเผชิญปัญหาแบบโทษผู้อื่นแบบหลีกเลี่ยงสถานการณ์หรือแบบเจ้ากี้เจ้าการ

2.2.4.3 การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในระยะเวลานั้น ปัญหาบางปัญหา ต้องใช้เวลา ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเป็นแบบแผนระยะสั้นและแบบแผนระยะยาวเพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

2.2.4.4 การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาใน โรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมอาการไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัย สำหรับผู้ป่วยและคนอื่นๆในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

2.2.4.5 การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็น ปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลานั้นๆ ตัวอย่างเช่น ปัญหาเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจ เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขก่อน ถ้าผู้ป่วยสื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยมี พฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมอันตรายเนื่องจากภาวะประสาทหลอนหรือ ภาวะความคิดหลงผิดที่อาจจะเป็นอันตราย ปัญหาความพร้อมในการดูแลตนเองเป็นปัญหาสำคัญ อันดับต่อมาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยอาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟัน หลังอาบน้ำ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องใส่ใจเรื่องสุขอนามัยของตนเอง การกระตุ้นอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในเรื่องสุขอนามัยและสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด ในการประเมินพยาบาล ประเมินว่าผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากน้อยแค่ไหน ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหาที่ควร ได้มีการแก้ไขก่อนผู้ป่วยจะจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาความไม่สมดุลทางชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังการได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิด ๆ ที่ปรากฏให้เห็น ได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด ปัญหา การแยกตัวและอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาการแยกตัวลดลง ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้น ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในขณะที่ผู้ป่วยมีเวลาเป็นของผู้ป่วย เอง ให้สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีเพื่อนที่สนิทและนั่งด้วยกันเป็นส่วนใหญ่หรือผู้ป่วยยังคงแยกตัวอยู่คนเดียว ในที่ห่างไกลผู้อื่น

2.3 ระบบบริการผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา

โรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นโรงพยาบาลเฉพาะทางด้านจิตเวช ขนาด 750 เตียง สังกัดกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้นความเป็นเลิศในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต เวช การให้บริการแบ่งตามระดับความรุนแรง (staging) 4 ระดับ ได้แก่ วิกฤต รุนแรง ปานกลาง และเล็กน้อย โดยใช้เกณฑ์การประเมิน PHUA, G-HARD ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินพฤติกรรม รุนแรงและฆ่าตัวตายในผู้ป่วยโรคทางจิตเวชซึ่งประยุกต์มาจากเกณฑ์การประเมิน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (คณะกรรมการที่นำทางคลินิก, 2561) โดยการให้บริการของโรงพยาบาลศรี ธัญญานั้นจะมีโปรแกรมที่แตกต่างกันเฉพาะในแต่ละโรค จากสถิติการรับบริการพบว่า ผู้ป่วยโรคจิต เภทเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่เข้ามารับบริการมากที่สุดทั้งแผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน และมีจำนวนมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับสถิติของโรงพยาบาลในสังกัดกรมสุขภาพจิตทั้งหมด โดยการให้บริการผู้ป่วยจิต เภทที่มีความเฉพาะของโรงพยาบาลศรีธัญญา คือ การให้สุขภาพจิตศึกษาโดยใช้ SLA Program

ร่วมกับการให้บริการตามแนวคิดการคืนสู่สภาวะ (Recovery Model) โดยมีบทบาทความรับผิดชอบของสหวิชาชีพ ดังนี้

แพทย์ มีบทบาทในการบริการตรวจรักษา สัมภาษณ์ประวัติและตรวจร่างกาย ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตเวช และภาวะวิกฤตทางกาย ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยหรือญาติในเรื่องของโรค อาการและการรักษาที่ได้รับตามแผนการรักษาของแพทย์ รวมไปถึงการเฝ้าระวังภาวะวิกฤตทางจิตเวชและภาวะวิกฤตทางกาย และการรักษาส่งต่อเมื่อจำเป็น

พยาบาล มีบทบาทในการปฏิบัติการพยาบาล ให้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ บันทึกปัญหาการดูแล การให้คำปรึกษา การประสานสหวิชาชีพตามกระบวนการพยาบาล และประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตเวชและภาวะวิกฤตทางกาย และติดตามผลการรักษา การส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

เภสัชกร มีบทบาทในการตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ยา การจ่ายยาให้ผู้ป่วย ให้คำแนะนำวิธีใช้ ข้อควรปฏิบัติในขณะที่ใช้ยาและข้อมูลอื่น ๆ ที่จำเป็นเฉพาะราย เช่น ผู้ป่วยแพ้ยา หรือใช้ยาที่มีความเสี่ยงสูง (High alert drugs) เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ยาได้อย่างถูกต้อง และไม่เกิดอาการไม่พึงประสงค์จากยา

นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการสัมภาษณ์ประวัติ วินิจฉัยทางสังคม วางแผนการให้การช่วยเหลือทั้งด้านการบำบัดรายบุคคล รายกลุ่ม และการบำบัดครอบครัว ในกรณีที่มีปัญหาทางสังคมจะดำเนินการประสานทรัพยากรทางสังคม (ญาติหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง) เพื่อดำเนินการให้ความช่วยเหลือตามความเหมาะสมและประสานส่งต่อสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

นักจิตวิทยาคลินิก มีบทบาทในการบริการทางจิตวิทยา ให้การบริการจิตบำบัด รายบุคคลหรือครอบครัว ประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดภาวะวิกฤตทางจิตเวช ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามกลุ่มโรคในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

นักกิจกรรมบำบัด มีบทบาทในการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อพิจารณาฝึกทักษะการทำงานและการเตรียมผู้ป่วยเข้ากระบวนการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชทางอาชีพร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องตามกลุ่มโรค

2.3.1 กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา SLA Program โรงพยาบาลศรีธัญญา

เป็นกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ภายในโรงพยาบาลศรีธัญญา ที่กำหนดให้ผู้รับบริการแผนผู้ป่วยในซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทผ่านการเข้าร่วมกลุ่มทุกราย ก่อนจำหน่าย โดยจะเริ่มเข้าร่วมกิจกรรมเมื่อคะแนนตามเกณฑ์การประเมิน PHUA, G-HARD อยู่ในระดับปานกลาง และเล็กน้อย ซึ่งกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาประกอบไปด้วย 4 กิจกรรม คือ กิจกรรมที่ดำเนินการโดยพยาบาลวิชาชีพ 3 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 โรคจิตเภท อาการและสาเหตุ กิจกรรมที่ 2 ยาและการจัดการกับอาการข้างเคียงของยา กิจกรรมที่ 3 อาการเตือนและการจัดการกับอาการเตือน และ กิจกรรมที่ 4 ซึ่งดำเนินการโดยนักสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ กลุ่มเตรียมตัวก่อนจำหน่าย โดยกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา SLA Program ใช้กรอบแนวคิดพื้นฐานที่เรียกว่า SLA ซึ่ง “S” มาจากคำว่า Sharing หมายถึง การแบ่งปัน แลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับประสบการณ์การเจ็บป่วยและปัญหาต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง “L” มาจากคำว่า Learning หมายถึง การมีส่วนร่วมในการเรียนรู้ร่วมกันของ

สมาชิกภายในกลุ่ม “A” มาจากคำว่า Application หมายถึง การนำความรู้ใหม่ไปประยุกต์ใช้ในการดำรงชีวิตจริง

2.3.3 การให้บริการตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Model)

เป็นการบริการที่ขยายมุมมองในการให้บริการไปที่จุดแข็ง เป้าหมายชีวิตและทรัพยากรที่บุคคลมี มากกว่ามุ่งสนใจเฉพาะจุดบกพร่อง เน้นการส่งเสริมให้บุคคลมีการเรียนรู้การเจ็บป่วยและสามารถจัดการกับตนเองเพื่อที่จะอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วยได้ โดยบุคลากรในโรงพยาบาลศรีธัญญาร่วมกันระบุนิยามที่มีชื่อว่า “ROSEN” เพื่อเป็นค่านิยมหลักในการพัฒนาการให้บริการตามแนวทาง Recovery โดย ค่านิยม ROSEN หมายถึง

R=Respect ปฏิบัติหน้าที่ด้วยความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ

เป็นมนุษย์ของผู้รับบริการ

O=Role มุ่งเน้นส่งเสริมให้ผู้รับบริการได้ทำบทบาทที่มีความหมายต่อตนเอง ครอบครัว หรือสังคม

ความหมายต่อตนเอง ครอบครัว หรือสังคม

S=Strength ส่งเสริม สนับสนุนจุดแข็งที่ผู้รับบริการมีและ

จัดบริการที่เสริมสร้างความเข้มแข็งให้ผู้รับบริการ

E=Empower ตระหนักถึงสิทธิการเข้าถึงข้อมูล การตัดสินใจ

เกี่ยวกับการรักษา ส่งเสริมการรับผิดชอบต่อการหายป่วยและการทำหน้าที่

N=Network มุ่งเน้นค้นหาเครือข่าย และประสานความร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการรักษา การทำบทบาทและการอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

ร่วมมือกับเครือข่ายเพื่อส่งเสริมการรักษา การทำบทบาทและการอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

เพื่อให้มีความชัดเจนของบทบาทพยาบาลตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Model) ผู้วิจัยได้ทบทวนบทความวิชาการของ เชษฐา แก้วพรม (2555) ซึ่งได้อธิบายไว้ ดังนี้

2.3.3.1 หลักการพยาบาลตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ

(Recovery model)

2.3.3.1.1 เน้นความเป็นบุคคล (person orientation)

ตอบสนองความต้องการของบุคคลในมิติอื่นๆ ที่นอกเหนือจากการเจ็บป่วยและการรักษา โดยกิจกรรมการดูแลจะต้องสอดคล้องกับความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย ไม่ใช่ความต้องการจากการประเมินของผู้ดูแลเพียงฝ่ายเดียว

2.3.3.1.2 เน้นการมีส่วนร่วม (person involvement)

มองผู้ป่วยในฐานะผู้ร่วมในการบำบัด ไม่ใช่ผู้ป่วยที่ต้องพึ่งพาและเชื่อฟังเท่านั้น

2.3.3.1.3 เน้นการตัดสินใจด้วยตัวเอง (self determination)

มองผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีความเข้าใจในสภาพการในบริบทของตนมากที่สุด จึงควรตัดสินใจเลือกแนวทางการรักษาที่เหมาะสมกับตนเอง

2.3.3.1.4 เน้นศักยภาพของบุคคล (growth potential)

ไม่เน้นการควบคุมอาการเท่านั้น แต่เน้นพัฒนาศักยภาพด้านอื่นๆ ที่ช่วยให้นำพาตนเองไปสู่การมีสุขภาพดี

2.3.3.2 บทบาทพยาบาลเพื่อส่งเสริมการคืนสู่สุขภาพในผู้ป่วยจิตเภท

มีดังนี้ (เชษฐา แก้วพรม, 2555)

2.3.3.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ (establishing relationship) ยอมรับ ไว้วางใจ และเชื่อในศักยภาพของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยสามารถฟื้นตัวได้ กระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

2.3.3.2.2 การเสริมสร้างอำนาจ (promoting individual empowerment) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีอำนาจในตนเองที่จะวางแผนและจัดการกับชีวิตเพื่อต่อสู้กับการเจ็บป่วยโดยไม่ต้องรอคอยความช่วยเหลือจากคนอื่น โดยการให้ความสำคัญและตระหนักถึงความต้องการที่แท้จริงของผู้ป่วย กระตุ้นให้ตระหนักถึงหน้าที่รับผิดชอบของตนเองในการต่อสู้กับการเจ็บป่วย

2.3.3.2.3 การส่งเสริมการตัดสินใจด้วยตนเอง (enhancing self-determination) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดรักษาเพื่อภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตที่ดี โดยมีการให้ความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วย การบำบัดรักษา และการดูแลสุขภาพที่ถูกต้องด้วย

2.3.3.2.4 การเสริมสร้างความหวัง (inspiring hope) เพื่อเป็นแรงผลักดันให้ลุกขึ้นต่อสู้กับการเจ็บป่วย เปิดโอกาสให้เห็นตัวอย่างของผู้ที่เคยป่วยประสบความสำเร็จในการฟื้นตัวช่วยให้เกิดแรงปรารถนาที่จะต่อสู้กับการเจ็บป่วยและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ช่วยให้ค้นหาเป้าหมายของชีวิตและให้กำลังใจในการเปลี่ยนแปลงตนเองเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

2.3.3.2.5 การส่งเสริมการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง (promoting continuity of care) เพื่อให้กระบวนการฟื้นฟูเกิดขึ้นอย่างคงทน จัดระบบช่วยให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้โดยสะดวก มีระบบการประสานงานทั้งภายในและระหว่างหน่วยงาน ให้ผู้ป่วยได้รับการและสวัสดิการตามสิทธิ

2.3.3.2.6 การจัดเตรียมชุมชนที่เอื้อต่อการฟื้นฟูสภาพจิตใจ (providing supportive environment) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ญาติและคนในชุมชน ซึ่งจะช่วยให้คนรอบข้างเกิดความเข้าใจและให้การสนับสนุนผู้ป่วย และจะช่วยลดการตีตราผู้ป่วยด้วยโรคทางจิตได้อีกด้วย

นอกจากนี้ในกรณีที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเข้าข่ายว่าจะมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness with High Risk to Violence: SMI-V) ยังกำหนดให้มีการจัดการประชุมปรึกษารายกรณีตามแนวคิดการคืนสู่สุขภาพ (Recovery Conference) ในทุกราย โดยสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องในการให้บริการผู้รับบริการรายนั้น ๆ ญาติหรือผู้ดูแลใกล้ชิดและตัวผู้รับบริการเอง มาร่วมกันค้นหาจุดแข็ง ความหวัง คุณค่าและพลังของบุคคล หาแหล่งสนับสนุนและหนทางส่งเสริมให้สามารถนำสิ่งเหล่านี้มาเป็นต้นทุนในการจัดการกับความเจ็บป่วยและสามารถดำรงชีวิตตามบทบาทที่เหมาะสมต่อไปได้อย่างมีคุณค่าและมีความหมาย โดยมีการแต่งตั้งผู้จัดการดูแลรายกรณี (Care manager) ตามความเหมาะสมของผู้รับบริการแต่ละราย เพื่อให้มีการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่องเป็นเวลาอย่างน้อย 1 ปี

การประเมินผลลัพธ์ในการให้บริการผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศรีธัญญานั้น ใช้การประเมินคุณภาพชีวิต (QOL) การประเมินสมรรถภาพคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม (ICF) และติดตามการกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) 28 วัน และ 90 วัน ยังไม่พบการ

ติดตามผลลัพธ์การรักษาที่ทำให้เห็นอาการทางจิตเวชที่ชัดเจนและเป็นมาตรฐานเดียวกันซึ่งมีความจำเป็นในการพัฒนาและการติดตามผลการรักษาอย่างเป็นรูปธรรม

แม้การให้บริการจะมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง แต่ผลลัพธ์ในการให้บริการก็ยังคงมีความแตกต่างกันได้อย่างมากในแต่ละราย โดยพบทั้งผู้ป่วยที่สามารถคืนสู่สภาวะได้ และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบจนต้องกลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ (Readmission) จากสถิติโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ปี 2558 – 2560 มีจำนวนเฉลี่ย ปีละ 25 ราย คิดเป็นอัตรา 0.88 ของผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายทั้งหมด ในขณะที่กลับมารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำภายใน 90 วัน ใน 3 ปีย้อนหลัง (2559 - 2561) มีจำนวนมากขึ้นเรื่อย ๆ ได้แก่ 21 68 และ 115 ราย คิดเป็นอัตรา 0.76 2.38 และ 4.29 ของผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายทั้งหมด

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา เพื่อเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่สงบได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกลับเข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำและนำไปสู่การคืนสู่สภาวะได้ในที่สุด

3. แนวคิดอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทและการประเมิน

ด้วยความก้าวหน้าของการรักษาโรคจิตเภททำให้การมองโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่ทำให้เกิดความเสื่อม มีความเรื้อรัง การดำเนินโรคไม่ดี ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์การรักษาโรคจิตเภทที่เปลี่ยนไป จากเดิมเป้าหมายของผลลัพธ์ในการบำบัดรักษาโรคจิตเภทนั้นอาจเป็นเพียงแค่การรักษาให้ผู้ป่วยมีอาการคงที่ ไม่อยู่ในระดับรุนแรงจนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต ไม่ก่อความรุนแรงต่อตนเองและผู้อื่น หรือการไม่กลับเข้ามารักษาตัวเป็นผู้ป่วยในซ้ำในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ปัจจุบันด้วยความก้าวหน้าของการรักษา ที่สามารถทำให้อาการทางจิตลดลงอยู่ในระดับเล็กน้อยหรือหายไปได้ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่สงบ กลับมาทำหน้าที่ต่าง ๆ มีโอกาสในการฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตอย่างมีคุณค่าและมีความหมายได้มากขึ้น (Lieberman and Kopelowicz, 2002) เป้าหมายในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภทจึงเปลี่ยนจากการควบคุมให้อาการคงที่เป็นการรักษาให้อาการสงบ มีผู้ให้นิยามของอาการสงบในผู้ป่วยโรคจิตเภทไว้แตกต่างกัน เช่น

Yen et al. (2001) ให้นิยามว่า หมายถึง คะแนนเฉลี่ยจากหัวข้อย่อยของอาการด้านบวก อาการด้านลบและจิตพยาธิสภาพทั่วไป ของแบบประเมิน PANSS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คะแนน โดยประเมินที่เวลาใดเวลาหนึ่ง

Lieberman et al. (2002) ให้นิยามว่า หมายถึง อาการน้อยกว่าหรือเท่ากับระดับปานกลาง (moderate) ในทุก ๆ ข้อที่เป็นอาการด้านบวกและด้านลบของแบบประเมิน BPRS เป็นระยะเวลานานติดต่อกันอย่างน้อย 2 ปี

Auslander et al. (2004) ให้นิยามว่า หมายถึง การมีชีวิตอิสระได้เป็นเวลา 2 ปี ไม่เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชเป็นเวลา 5 ปี การทำหน้าที่ด้านจิตสังคมอยู่ในระดับปกติ และไม่ต้องรับประทานยาต้านอาการทางจิตหรือไม่มากกว่าครึ่งหนึ่งของขนาดสูงสุดที่รับประทานต่อวัน

จากการกำหนดนิยามของอาการสงบที่หลากหลาย ทำให้ไม่สามารถนำเกณฑ์ดังกล่าวมาเป็นแนวทางในการประเมินผลลัพธ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันได้ จึงจำเป็นที่จะต้องมีการกำหนดเกณฑ์อาการสงบของผู้ป่วยโรคจิตเภทเพื่อกำหนดผลลัพธ์ในการรักษาที่เป็นมาตรฐาน เช่นเดียวกับโรคอื่น ๆ เช่น โรคซึมเศร้า โรควิตกกังวล โรคกระสับกระส่าย เป็นต้น ซึ่งการมีมาตรฐานในการประเมินผลจะเป็นประโยชน์อย่างมากต่อการพัฒนาการศึกษาวิจัยและพัฒนาแนวทางในการรักษาโรคจิตเภทในอนาคต

ในปี 2005 The Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) จึงได้ทำการศึกษาและพัฒนาเกณฑ์การประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นเกณฑ์ที่มีการยอมรับและนำไปใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากมีความแม่นยำ (validity) ไม่ซับซ้อน และสามารถประยุกต์ใช้กับการปฏิบัติงานประจำวันได้ จึงได้กำหนดกรอบแนวคิด อาการสงบของโรคจิตเภทว่า หมายถึง “ภาวะที่ผู้ป่วยมีอาการและอาการแสดงหลักลดลง จนอาการไม่มีผลต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย และอาการอยู่ในระดับที่ต่ำเกินกว่าจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท” โดยกำหนดเกณฑ์ด้วย 3 มิติหลักของพยาธิสภาพทางจิต ได้แก่ 1) psychoticism/reality distortion dimension 2) disorganization dimension และ 3) negative symptoms dimension โดยกำหนดนิยามสำหรับเกณฑ์อาการสงบว่า หมายถึง ระดับความรุนแรงของอาการลดลงถึงระดับน้อยกว่าหรือเท่ากับเล็กน้อย (mild) เป็นเวลาติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่ง RSWG พิจารณาเครื่องมือในการประเมิน 3 เครื่องมือ ได้แก่

- 1) PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale)
- 2) BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)
- 3) SAPS (Scale for Assessment of Positive Symptoms), SANS (Scale for Assessment of Negative Symptoms)

ซึ่งการประเมินอาการสงบนั้น RSWG ได้ศึกษาเปรียบเทียบหัวข้อต่าง ๆ ของเกณฑ์อาการสงบและหัวข้อตามเครื่องมือการประเมิน 3 ฉบับนี้ พบว่า การประเมินอาการสงบจะใช้เพียงบางข้อที่ตรงกับอาการที่ต้องการประเมินเท่านั้น ซึ่งมีผู้ศึกษาโดยเปรียบเทียบการศึกษา PANSS ทั้งฉบับกับการศึกษาเพียงบางข้อ ตามข้อเสนอของ RSWG พบว่า การใช้เพียงบางข้อนั้นมีความไว (sensitivity) และความเฉพาะเจาะจง (specificity) สูง และอาจมีความเชื่อถือได้มากกว่าและสะดวกในการใช้มากกว่าการใช้เครื่องมือทั้งชุด (Opler et al., 2007; Santor et al., 2007) โดยข้อเสนอในการประเมินแสดงในตารางที่ 1 มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 1 แสดงเกณฑ์การประเมินอาการสงบ (Remission Criteria) ของ RSWG (Andreasen et al., 2005)

Dimension of psychopathology	DSM-IV criterion	Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) and Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) items		Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) items		Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) items	
		Criterion	Global rating item number	Criterion	Item number	Criterion ^b	Item number
Psychoticism (reality, distortion)	Delusions	Delusions (SAPS)	20	Delusions	P1	Grandiosity	8
				Unusual thought content	G9	Suspiciousness	11
Disorganization	Hallucinations	Hallucinations (SAPS)	7	Hallucinatory behavior	P3	Unusual thought content	15
	Disorganized speech	Positive formal thought disorder (SAPS)	34	Conceptual disorganization	P2	Hallucinatory behavior	12
Negative symptoms (psychomotor poverty)	Grossly disorganized or catatonic behavior	Bizarre behaviour (SAPS)	25	Mannerisms/posturing	G5	Conceptual disorganization	4
	Negative symptoms	Affective flattening (SANS)	7	Blunted affect	N1	Mannerisms/posturing	7
		Avolition-apathy (SANS)	17			Blunted affect	16
		Anhedonia-asociality (SANS)	22	Social withdrawal	N4	No clearly related symptom	
		Alogia (SANS)	13	Lack of spontaneity	N6	No clearly related symptom	

DSM-IV = Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition.
^a For symptomatic remission, maintenance over a 6-month period of simultaneous ratings of mild or less on all items is required. Rating scale items are listed by item number.
^b Use of BPRS criteria may be complemented by use of the SANS criteria for evaluating overall remission.

1) แบบประเมิน Scale for Assessment of Positive Symptoms (SAPS) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการด้านบวก มีข้อคำถาม 34 ข้อ ประเมินร่วมกับแบบประเมิน Scale for Assessment of Negative Symptoms (SANS) ซึ่งเป็นแบบประเมินอาการด้านลบ มี ข้อคำถาม 25 ข้อ หัวข้อที่ใช้ประเมินอาการสงบจากทั้งสองแบบประเมินคัดเลือกมารวมกัน 8 หัวข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ (1-7) โดยต้องมีคะแนนไม่สูงกว่าระดับเล็กน้อย (mild หรือ ≤ 2 คะแนน) ในทุก ๆ ข้อ เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน

2) แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือในการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภททั้งอาการทางด้านบวกและด้านลบเป็นแบบประเมินที่ประเมินโดยผู้ให้การบำบัดประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 30 ข้อ หัวข้อที่ใช้ประเมินอาการสงบคัดเลือกมา 8 หัวข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ (1-7) โดยเกณฑ์อาการสงบ คือ จะต้องมีความไม่สูงกว่าระดับเล็กน้อย (mild หรือ ≤ 3 คะแนน) ในทุก ๆ ข้อ เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน

3) แบบประเมินอาการทางจิต Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) เป็นแบบวัดที่พัฒนาขึ้นโดยโอเวอร์อลล์และกอร์แฮม (Overall & Gotham, 1962) แปลเป็นฉบับภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) เพื่อใช้ประเมินอาการทางจิต มีหัวข้อมาตรประเมินทั้งหมด 18 หัวข้อ ใช้ในการประเมินอาการสงบ 7 หัวข้อ เครื่องมือเป็นแบบ Likert scale 7 ระดับ (1-7) โดยเกณฑ์อาการสงบ คือ จะต้องมีความไม่สูงกว่าระดับเล็กน้อย (mild หรือ ≤ 3 คะแนน) ในทุก ๆ ข้อ เป็นระยะเวลานานอย่างน้อย 6 เดือน

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทย คำว่า “Remission” ของผู้ป่วยจิตเภท มีการให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ได้แก่

กรมสุขภาพจิต (2561) ใช้คำว่า การหายทุเลา (remission) หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่ได้รับการดูแล บำบัดรักษาแล้วมีอาการหายทุเลา โดยวัดประเมินด้วยเครื่องมือที่มาตรฐานและมีจุดตัดของค่าคะแนนของการหายทุเลา (cut-off point of remission) หรือช่วงคะแนนรวมที่แปลผลว่า ปกติหรือหายทุเลา เช่น โรคจิตเภท วัดด้วย PANSS, PASS8, CGI-S เป็นต้น ติดต่อกัน เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ (2555) ใช้คำว่า ระยะโรคสงบ โดยให้นิยามว่า หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีค่าคะแนนที่ประเมินด้วย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ข้อ 4 7 8 11 12 15 16 ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 3 (mild) ทุกข้อและค่าคะแนน The Clinical Global Impression – Severity scale (CGI-S) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 (mildly ill) โดยค่าคะแนนดังกล่าวต้องติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน และในช่วง 6 เดือนนี้ ไม่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน

ในการศึกษาครั้งนี้ ใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale) ฉบับปรับปรุงโดยโรงพยาบาลศรีธัญญา มาประยุกต์ใช้ 7 หัวข้อตามเกณฑ์ของ RSWG ได้แก่ หัวข้อ Grandiosity, Suspiciousness, Unusual thought content, Hallucination, Conceptual disorganization, Mannerisms/posturing และ Blunted affect โดยเกณฑ์ของอาการสงบ ได้แก่ ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนไม่สูงกว่า 3 คะแนน (มีคะแนน 1 2 หรือ 3 คะแนน) ของ 7 หัวข้อดังกล่าว ตลอดช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และกำหนดเกณฑ์เพิ่มเติมเพื่อให้มีความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างมากยิ่งขึ้น คือ จะต้องไม่เข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชใน 2 ปีที่ผ่านมา (Kopelowicz et al., 2005) ในงานวิจัยนี้ประเมินจาก แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ (2555) ที่ทำการศึกษาทบทวนวรรณกรรมจำนวน 34 เรื่อง เพื่อเรียบเรียงให้ได้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับอาการสงบและการฟื้นตัวในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า เกณฑ์ระยะโรคสงบของกลุ่ม The Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) เป็นเกณฑ์ที่มีความแม่นยำตรง (validity) และสะดวกในการวัด อัตราการเข้าสู่ระยะโรคสงบของผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 12-76 ปัจจัยในการทำนายอาการสงบในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยครั้งแรก ได้แก่ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา (duration of untreated psychosis) สั้นกว่า การตอบสนองต่อการรักษาตั้งแต่เริ่มแรก (early treatment response) และการติดตามการรักษาและการกินยาอย่างต่อเนื่อง (adherence to medication) และการเปลี่ยนแปลงในช่วงอาการสงบสัมพันธ์กับ การปรับตัวก่อนป่วย การติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาการซึมเศร้า การทำหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และการทำหน้าที่ทางสังคม ส่วนการฟื้นตัว (Recovery) ยังไม่มีเกณฑ์ที่ยอมรับกันอย่างแพร่หลายเหมือนเกณฑ์การประเมินอาการสงบ แต่อย่างไรก็ตามเมื่ออาการทางจิตทุเลาหรือสงบลง การส่งเสริมให้ผู้ป่วยฟื้นตัวกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและมีความหมายก็จะเป็นเป้าหมายต่อไปในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สนใจศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดของ The Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) (Andreasen et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งน่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ดังต่อไปนี้

3.2.1 เพศ

เพศเป็นความแตกต่างทางสรีระภาพของบุคคล พฤติกรรมบางอย่างเป็นผลมาจากข้อกำหนดของความแตกต่างทางเพศ ทำให้มีรูปแบบการดำเนินชีวิตต่างกัน เพศชายมีพฤติกรรมทำลายสุขภาวะได้แก่ การสูบบุหรี่ ดื่มเหล้า (Sarafino, 1990) ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เช่น การรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยมากกว่า มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพมากกว่า (Muhlenkamp and Broeman, 1988) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับการส่งเสริมสุขภาพ (นุชระพี สุทธิกุล, 2540) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยทางจิตจึงทำให้เพศหญิงอาการสงบได้มากกว่า จากการศึกษาพบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของโรคจิตเภท (Lincoln et al., 2007; Lambert et al., 2010; Albert et al., 2011; Cannavo et al., 2016) สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ที่พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ ($OR = .874, p < .05$) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญ (Novick et al., 2009) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นเพศชายจัดอยู่ในกลุ่มที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี โดยมีอาการของโรคที่รุนแรงกว่า จำนวนครั้งในการนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลก็มากกว่าและระยะเวลายาวนานกว่าในเพศหญิง และมีแนวโน้มที่จะมีการฟื้นตัวกลับมาได้น้อยกว่า (ธวัชชัย สีนหานาจ, 2552) ดังนั้น เพศ น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.2.2 ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา

อาการทางจิตที่ดำเนินไปโดยไม่ได้รับการรักษานั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง และอาจมีความสัมพันธ์กับผู้ที่เริ่มรักษาเร็วก็แสดงถึงการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและมีสถานภาพทางสังคมที่ดีกว่า ทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรทางการแพทย์ได้มากกว่า (Lieberman et al., 2002) จากการศึกษาของ ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ และคณะ (2555) พบว่า ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์กับอาการสงบ ($p < .01$) อาการทางจิตที่ดำเนินไปโดยไม่ได้รับการรักษานั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง และผู้ที่เริ่มรักษาเร็วก็แสดงถึงการมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมและมีสถานภาพทางสังคมที่ดีกว่า ทำให้มีความสามารถในการเข้าถึงทรัพยากรทางการแพทย์ได้มากกว่า (Lieberman et al., 2002) จากการศึกษาของ Wyatt et al. (1991) พบว่าช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นปัจจัยก่อนการรักษาที่มีอำนาจในการทำนายอาการสงบและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้มากที่สุด และการศึกษาของ Lambert et al. (2010) ก็พบว่าช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ ในขณะที่การศึกษาของ Wunderink et al. (2008) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่อาการไม่สงบนั้นมีช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาที่ยาวนานกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = .001$) โดยระยะเวลาเฉลี่ยของกลุ่มที่อาการสงบคือ 32 วัน

ในขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยของกลุ่มที่อาการไม่สงบคือ 321 วัน และในการศึกษาไม่พบว่าผู้ที่มีช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษานานกว่า 6 เดือนที่สามารถฟื้นตัวได้ ดังนั้น ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.2.3 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

พยาธิสภาพจากการเจ็บป่วยของโรคจิตเภทจะทำลายสมดุลการทำหน้าที่ของจิตใจ ความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) ยิ่งเป็นเรื้อรัง และป่วยซ้ำบ่อยเท่าใด ก็มีโอกาสมันจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรและเกิดความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ มากยิ่งขึ้น (ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ, 2557) เพราะอาการทางจิตที่กำลังเรื้อรังทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง (Wyatt et al., 1991) และนอกจากอาการของโรคแล้ว ความเจ็บป่วยยังทำให้ทักษะทางเชาวน์ปัญญาและสังคมลดลง (Seo et al., 2007) อาการทางจิตจึงส่งผลกระทบตามระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่ยาวนานขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ที่พบว่า ระยะเวลาของการเจ็บป่วยนั้นเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ (OR = .993, $p < .05$) โดยกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบนั้นมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8 ปี ในขณะที่กลุ่มที่อาการไม่สงบมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12 ปี เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Wyatt et al. (1991) และการศึกษาของ Jäger et al. (2009) ที่พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยนั้นเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ ($p < .05$) ดังนั้น ระยะเวลาของการเจ็บป่วย น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

3.2.4 การหยั่งรู้สภาพของตนเอง

3.2.4.1 แนวคิดการหยั่งรู้สภาพของตนเอง

3.2.4.1.1 ความหมายของการหยั่งรู้สภาพของตนเอง

ราชบัณฑิตยสถาน (2556) ได้ให้คำนิยามของ “Insight” คือ การหยั่งรู้ตนเอง ซึ่งหมายถึง การรับรู้และยอมรับว่าตนเองมีความเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้นซึ่งมีความเกี่ยวข้องกับการใช้กระบวนการของการรู้คิดร่วมด้วย

สมภพ เรืองตระกูล (2547) ได้ให้ความหมายของ insight คือ การรู้จักตนเอง ซึ่งหมายถึง การที่ผู้ป่วยรู้ตัวว่าตนเองไม่สบาย มีปัญหาทางด้านจิตใจและต้องการการรักษาให้หายจากการเจ็บป่วย

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2550) ได้ให้ความหมายว่า หมายถึงการที่ผู้ป่วยยอมรับว่าตนเองไม่สบายยอมรับว่าตนเองมีปัญหาทางจิตรวมทั้งการเข้าใจสาเหตุของปัญหาและสภาพจิตใจของตนเองซึ่งจะมีมากน้อยแตกต่างกันในผู้ป่วยแต่ละคน

Amador (2004) ได้อธิบายว่า insight เป็นการที่ผู้ป่วยหยั่งรู้ว่าตนเองมีอาการผิดปกติทางจิตเกิดขึ้นเช่นอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนและรู้ว่าอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นผลมาจากการเจ็บป่วยทางจิต

Beck (2004) ให้ความหมายว่า เป็นความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินหรือตีความเกี่ยวกับอาการทางจิต และการเจ็บป่วยของตนเองที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ ผู้ป่วยที่มีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตต่ำ (poor cognitive insight) ผู้ป่วยจะมีการตีความในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นผิดไป

จากความเป็นจริง ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการคิดที่เป็นเหตุเป็นผล เชื่อว่าอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ใช่ความผิดปกติ แต่เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองจริง ๆ และจะไม่ตอบสนองหรือเชื่อคำพูดหรือคำบอกเล่าจากผู้อื่น การขาดการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (lack of insight) เป็นลักษณะพิเศษของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต และเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการทางจิตโดยเฉพาะอย่างยิ่ง อาการหลงผิด (delusion) ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการรู้คิดที่บิดเบือนไปเชื่อมั่นในความคิดของตนเองและต่อต้านความคิดและข้อมูลที่ได้รับจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้น ทั้งอาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริง

David (1990) ได้อธิบายการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (Insight) ในผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง การตระหนักรู้ถึงความเจ็บป่วย ยอมรับว่าตนเองมีการเจ็บป่วยทางจิต และแสวงหาหรือยินยอมที่จะเข้ารับการรักษา การทำความเข้าใจ และเข้าใจความรู้สึกของตนเอง กล้าเผชิญความจริง เปลี่ยนมุมมองด้านอาการทางจิตได้อย่างถูกต้อง ร่วมมือในการรักษา และสามารถตระหนักได้ว่าอาการทางจิตของตนเองเป็นอาการเจ็บป่วย

สรุปได้ว่า การหยั่งรู้สภาพของตนเอง หมายถึง การรับรู้และยอมรับว่าสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองเป็นอาการของความเจ็บป่วยทางจิตผ่านกระบวนการของการรู้คิดที่เป็นเหตุเป็นผล โดยสามารถตีความได้อย่างถูกต้องตรงกับสิ่งที่เกิดขึ้นจริง

3.2.4.1.2 สาเหตุของการขาดการหยั่งรู้สภาพของตนเอง

ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีการรู้คิดที่บิดเบือนไป (cognitive distortion) เชื่อมั่นในความคิดของตนเองและต่อต้านความคิดและข้อมูลที่ได้รับจากบุคคลอื่นซึ่งความผิดปกติของกระบวนการดังกล่าวเห็นได้ชัดจากลักษณะของการขาดการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (lack of insight) ดังนั้นการที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทสูญเสียความสามารถในการแปลผลต่างๆเกี่ยวกับอาการทางจิตจะทำให้ผู้ป่วยเชื่อว่าอาการทางจิตที่เกิดขึ้นทั้งอาการหลงผิดและอาการประสาทหลอนเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงไม่ใช่ความผิดปกติทางจิต (Beck et al., 2004) Rickman (2004 อ้างถึงใน Forbes, 2010) ได้แบ่งสาเหตุของการขาดการหยั่งรู้สภาพของตนเองไว้ 4 สาเหตุ ได้แก่

- 1) เกิดจากกลไกการปกป้องทางจิต (Psychological defense model) เชื่อการขาดการรับรู้อาการทางจิตเกิดจากระดับการรับรู้อาการทางจิตผิดปกติ เกิดการถอยหนีของการควบคุมทางจิต (Ego) ในการปกป้องตัวเอง

- 2) การบกพร่องของสมองทางปัญญา (Cognitive deficit model) จากการตรวจสอบโดยเครื่องมือทางสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ทางจิตต่ำ พบว่ามีความไร้ความสามารถในการใช้กระบวนการการสื่อสารภาษา พื้นที่การใช้ความจำ ไม่สอดคล้องกัน

- 3) การไม่สมดุลของสารเคมีในสมอง (Theory of chemical dysregulation) ในปัจจุบันมีหลายผลงานการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีความไม่สมดุลของ Dopamine, Serotonin, and Glutamate ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาทางด้านความคิด และเมื่อให้ สารที่ลด Dopamine ทำให้อาการทางจิตดีขึ้น

- 4) มีความบกพร่องของสารสื่อประสาท (Neuropsychological deficit model) พบว่าการรับรู้อาการทางจิตบกพร่องพบว่ามีความสัมพันธ์กับการทำลายของเนื้อสมอง พบว่าผู้ป่วย

จิตเภทมีขนาดของสมองน้อย มีขนาดความแตกต่างของสมองส่วนหน้า ข้าง และส่วนหลัง มีของระหว
 าสมองกว้าง มีการลดการทำงานของตัวสื่อประสาท (Synapse) และตัวสื่อประสาททำงานผิดปกติ

3.2.4.1.3 ผลกระทบของการขาดการหยั่งรู้สภาพของตนเองใน
 ผู้ป่วยจิตเภท (Lysaker, 2007)

1. การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (Unaware of treatment Adherence)
2. การขาดการตระหนักถึงผลการรักษา (Unawareness of clinical outcome)
3. การตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ทางสังคม (Unawareness and psychosocial function)

แต่ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยจิตเภทที่ขาดการหยั่งรู้สภาพของตนเองทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถ
 คิดถึงความทราบจากความผิดปกติ ทำให้สิ่งที่ต้องเฝ้าระวังในผู้ป่วยที่มีการหยั่งรู้สภาพของตนเองคือ
 การตระหนักถึงความกังวลใจที่เกิดขึ้นและอารมณ์หม่นหมอง (Awareness and dysphoria) การ
 ตระหนักถึงภาพพจน์ตนเอง (Awareness of image) การตระหนักรู้ในการเจ็บปวดของชีวิตและอาจ
 คิดถึงการทำร้ายตนเอง (Awareness and suicide)

3.2.4.2 การประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง

แบบวัดการรู้จักตนเองและทัศนคติต่อการรักษา (The Insight and Treatment
 Attitudes Questionnaire : ITAQ) ของ Mcevoy et al. (1989) ซึ่งเครื่องมือนี้ใช้ในการประเมิน
 การตระหนักถึงสาเหตุของความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และทัศนคติในเรื่องการรักษาด้วยยา การเข้ารับการรักษาตัวใน
 โรงพยาบาล และการติดตามประเมินผลการรักษา ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 11 ข้อ ซึ่งมี
 ระดับคะแนนตั้งแต่ 0 (ไม่มี insight เลย) ถึง 22 (มี insight อย่างสมบูรณ์)

แบบประเมินการรู้จักตนเอง (The Schedule for Assessment of insight : SAI) ของ
 David (1992) เครื่องมือนี้ประกอบไปด้วย 3 ข้อ โดยในแต่ละข้อมีคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
 (Likert scale) 4 ระดับ โดยประเมินเรื่องความร่วมมือในการรักษา การรับรู้การเจ็บป่วยและ
 สามารถอธิบายอาการที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งรวมถึงการรับรู้อาการทางจิตที่เกิดขึ้น และเข้าใจว่าอาการที่
 เกิดขึ้น และเข้าใจว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นความผิดปกติทางพยาธิสภาพ เมื่อได้คะแนนในแต่ละห
 ย่อยข้อแล้วนำมาบวกรวมกัน

แบบประเมินการรับรู้อาการทางจิต ดัดแปลงจาก Insight Rating Scale พัฒนาโดย David
 (1990) จาก Schedule for assessing the three components of insight (SAI) แปลโดยอัจฉรา
 มุ่งพานิช (2549) เป็นแบบประเมินทั้งหมด 7 ข้อ มีคะแนนสูงสุด 14 คะแนน ใช้เป็นแบบประเมิน
 การหยั่งรู้สภาพของตนเอง โดยวัดองค์ประกอบ 3 ด้านของการหยั่งรู้สภาพของตนเองคือ การให้
 ความร่วมมือในการรักษา (Treatment compliance) การตระหนักถึงสาเหตุเจ็บป่วย (Awareness
 of illness) และการเปลี่ยนมุมมองด้านอาการทางจิตได้อย่างถูกต้อง (Reliable psychotics
 experiences correctly)

แบบวัดการรู้จักตนเอง (The Birchwood Insight Scale : IS) ของ Birchwood et al.
 (1994) ได้พัฒนามาจาก แบบประเมินการรู้จักตนเอง (The Schedule for Assessment of insight
 : SAI) ของ David (1992) ซึ่งเครื่องมือ The Birchwood Insight Scale มีค่าความตรงและความ
 เทียบที่ตีของมาตรฐานการวัดทางด้านจิตวิทยา ซึ่งเครื่องมือประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบของการ

รู้จักตนเอง คือ การตระหนักรู้ถึงการเจ็บป่วย การตระหนักรู้ถึงอาการ และการตระหนักรู้ถึงความจำเป็นของการรักษา จำนวน 8 ข้อ

การประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเองในการวิจัยครั้งนี้ใช้แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (The Beck Cognitive Insight Scale: BCIS) ที่สร้างและพัฒนาโดย Beck (2004) แปลเป็นภาษาไทยด้วยวิธี Back Translation โดย สุภาวดี เกษไชย (2555) เนื่องจากมีข้อคำถามที่กระชับตรงกับคำจำกัดความของตัวแปร และเป็นเครื่องมือที่มีการใช้อย่างแพร่หลาย Beck (2004) อธิบายว่าการขาดการรับรู้อาการทางจิตเป็นผลมาจากความบกพร่องด้านการรู้คิด ให้คำจำกัดความของคำว่า cognitive insight ว่าเป็นความสามารถของผู้ป่วยในการประเมินหรือตีความเกี่ยวกับอาการทางจิตและการเจ็บป่วยของตนเองที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ โดยแบบประเมินฉบับนี้ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบของการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (cognitive insight) คือความเชื่อมั่นในตนเอง (self-certainty) และการสะท้อนดูตนเอง (self-reflectiveness) ของผู้ป่วยในการตีความจากประสบการณ์ของตัวผู้ป่วย ซึ่งประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ แบ่งออกเป็นสองด้านคือ ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง 6 ข้อ และการสะท้อนดูตนเอง 9 ข้อ มีค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .72

3.2.4.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการหยั่งรู้สภาพของตนเองกับอาการสงบ

การหยั่งรู้สภาพของตนเองมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการสงบ เพราะการหยั่งรู้สภาพของตนเองทำให้เข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ เห็นความจำเป็นและร่วมมือในการรักษาเพื่อต่อสู้กับอาการทางจิตได้มากกว่า (Resnick et al., 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Lincoln et al. (2007) และ Lambert et al. (2010) ที่พบว่า การหยั่งรู้สภาพของตนเอง เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของโรคจิตเภท เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ Cannavo et al. (2016) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบนั้น มีระดับของการหยั่งรู้สภาพของตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่อาการสงบ และยังสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2004) ที่ทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังพบว่า การหยั่งรู้สภาพของตนเอง มีความสัมพันธ์กับระดับของอาการทางจิตและความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ดังนั้น การหยั่งรู้สภาพของตนเอง น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2.5 ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

3.2.5.1 แนวคิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ความร่วมมือ (adherence) เดิมใช้คำว่า compliance หมายถึง พฤติกรรมที่บุคคลทำตามคำแนะนำของบุคลากร ซึ่งนักวิชาการหลายท่านมองว่าให้ความรู้สึกกว่าเป็นการบีบบังคับ องค์การอนามัยโลกจึงเปลี่ยนมาใช้คำว่า adherence แทน ซึ่งหมายถึง การที่บุคคลยินดีและเต็มใจในการปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากร (Vivan, 1996; Keith and Kane, 2003 อ้างถึงใน สวัสดิ์เที่ยงธรรม, 2547)

Holmes (2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษา คือ ระดับของการปฏิบัติตามแผนการรักษา ซึ่งความร่วมมือในการรักษาที่ดีของผู้ป่วย หมายถึง การที่ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาถูกต้องตามขนาดและเวลาที่รับประทานในแต่ละวัน โดยมีความใส่ใจในการสังเกตอาการของตนเองและมีการเฝ้าระวังติดตามกระบวนการรักษาที่ได้รับ

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากร พร้อมสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำรวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาตามเกณฑ์ คือ การที่ผู้ป่วยใช้ยาถูกต้องตามแผนการรักษา หรืออาจใช้ยาผิดพลาดได้ไม่เกิน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

องค์การอนามัยโลก (2003) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรับประทาน หมายถึง พฤติกรรมของบุคคลในการรับประทานยาอาหารและเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิตด้วยความเต็มใจและเห็นด้วยกับคำแนะนำของบุคลากรผู้ให้การดูแลทางสุขภาพ (อ้างถึงใน วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560)

พรทิพย์ วชิรดิกลและคณะ (2549) กล่าวว่า พฤติกรรมความร่วมมือในการรักษา คือ การปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับการรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยาทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสมรวมถึงการมาตรวจตามนัด โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาตามเวลา การใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาโดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์

รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) กล่าวว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยในการปฏิบัติตัวในเรื่องการรับประทานยาและการปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ความสามารถในการสังเกตและการจัดการกับอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทางจิตเวชได้อย่างเหมาะสม รวมถึงการมาตรวจตามนัด เพื่อผลลัพธ์ที่ดีด้านคลินิกและผลดีต่อการรักษา โดยมีการแสดงออกใน 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่องไม่หยุดใช้ยาเอง ใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา ให้ยาตามเวลาและใช้ยาถูกขนาดโดยไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเองโดยไม่ปรึกษาแพทย์

สรุปได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยในการใช้ยาตามแผนการรักษาและปฏิบัติตัวสอดคล้องกับคำแนะนำ รวมทั้งความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3.2.5.1.1 ลักษณะของผู้ที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

Mattews and Hingson (1977 อ้างถึงใน สวัสดิ์ เทียงธรรม, 2547) ได้สรุปลักษณะของ ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาไว้ดังนี้

- 1) มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ ผู้ป่วยที่มีความร่วมมือในการรักษาจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องความรุนแรงของโรคหรืออันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วย
- 2) มีการปฏิบัติตามข้อกำหนด ซึ่งเกิดจากความเข้าใจและยินยอมที่จะมีความร่วมมือในการรักษาซึ่งข้อกำหนดที่ให้ผู้ป่วยปฏิบัตินี้ต้องกำหนดให้เหมาะสมต่อการที่ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติได้

3) ความพึงพอใจต่อผู้ให้บริการ โดยทั่วไปสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้บริการ และผู้ป่วยที่เกิดขึ้นด้วยดีนั้นจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษา ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย และผู้ให้บริการที่ไม่ดีจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการรักษาลดลง

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทจะดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับลักษณะของ ผู้ป่วยแต่ละคนว่าปฏิบัติตามแผนการรักษาหรือไม่ ผู้ป่วยที่ปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ดีจะมีการ รับประทานยาที่ถูกต้องตามขนาดและเวลา มาตราวดตามนัด และเฝ้าระวังติดตามผลการรักษาของ ตนเองอย่างสม่ำเสมอ

3.2.5.1.2 ปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท ที่สำคัญ 3 ปัจจัย (วัชรินทร์ วุฒิธรณฤทธิ์, 2560) ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแล ตนเองและร่วมมือในการรับประทานยาทางจิตเวชได้ครบถ้วนและต่อเนื่อง ได้แก่

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย ได้แก่

1.1) ความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วยทางจิต (illness awareness) การ ยอมรับการเจ็บป่วย (insight into illness) และความเชื่อพื้นฐานเกี่ยวกับการเจ็บป่วย (general beliefs)

1.2) จิตพยาธิสภาพ (Psychopathology) อาการทางจิตมีผลต่อความ ร่วมมือในการรับประทานยาเช่น ความคิดหลงผิด หวาดระแวง โดยผู้ป่วยที่อาการทางจิตสงบมักให้ ความร่วมมือในการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอมากกว่า

1.3) ความสามารถทางปัญญา (Cognitive and executive function) ความสามารถทางปัญญาในผู้ป่วยแต่ละคนอาจมีผลต่อความสามารถในการจำ การคิดเชิงเหตุผล ความเข้าใจเกี่ยวกับความจำเป็นของยาต่อผลการรักษาและการคิดแก้ปัญหาที่เหมาะสมเมื่อเจอ อุปสรรคในการรับประทานยา

1.4) การรับรู้สมรรถนะแห่งตน (Self-efficacy) พบว่าผู้ป่วยที่รับรู้ สมรรถนะแห่งตนสูงจะให้ความ ร่วมมือในการรับประทานยาได้ดีกว่า (นภาพร เหลืองมงคลชัย และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2554)

1.5) ความเชื่อ ทศคติที่มีต่อยาและอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา ผู้ป่วยที่มีความเชื่อมั่นและเห็นประโยชน์ของยารักษาอาการทางจิตจะให้ความร่วมมือในการ รับประทานยามากกว่าผู้ป่วยที่ขาดความเชื่อมั่นในยาและประโยชน์ของยาต่ออาการป่วย นอกจากนี้ ผู้ป่วยที่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยต้องการหยุดยา

2) ปัจจัยด้านบุคลากร

2.1) สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทำให้เกิดความไว้วางใจและรับ ฟัง พยายามทำความเข้าใจและนำไปปฏิบัติตาม หากผู้ป่วยมีข้อสงสัยก็จะสอบถามเพื่อหาทางแก้ไข ปัญหาที่เหมาะสมกับตนเอง

2.2) การเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยร่วมมือ รับประทานยา รวมถึงการมาพบแพทย์ตามนัดและรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม

3.1) ครอบครัวที่ช่วยสนับสนุน โดยการให้กำลังใจ คอยเตือน ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่สามารถจัดยาด้วยตนเองได้ สมาชิกในครอบครัวสามารถช่วยจัดยาและดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3.2) เพื่อนและสมาชิกในชุมชนส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยจิตเภทได้จากการให้การยอมรับและสนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยา

3.2.5.2 การประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท

1) การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด ข้อดีคือได้ข้อมูลที่ละเอียด ข้อจำกัดคือผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริง

2) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติหรือทีมสุขภาพ

3) การนับจำนวนเม็ดยา ประเมินจากการนับจำนวนเม็ดยาที่ผู้ป่วย และจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ข้อดีคือสามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป ข้อจำกัดคือข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความจริง

4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่ การตรวจระดับยาในเลือด ข้อจำกัดคือ การดูดซึมและการขับออกของยาในแต่ละคนแตกต่างกัน และเสียค่าใช้จ่ายสูง

5) พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์

6) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการรับประทานยาของตนเอง (Self report) ซึ่งวิธีนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนไม่ตรงกับความจริง

เพชรี คันธสายบัว (2544) สร้างแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการใช้ยาจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง มีคำถามหลักในการสัมภาษณ์ 2 ข้อ คือความครอบคลุมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทมีด้านไหน อย่างไร และความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำเป็นอย่างไร มีค่าความเที่ยงเครื่องมือเท่ากับ .75

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของเพชรี คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือการปฏิบัติตามแผนการรักษา และความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .83

รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ได้ปรับปรุงแบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่พัฒนาโดย พรทิพย์ วชิรติลก และคณะ (2549) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) เพื่อใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา และด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85

สำหรับเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่ปรับปรุงโดย รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) เนื่องจากมี

ข้อคำถามที่ชัดเจน เข้าใจง่าย ครอบคลุมทั้งการปฏิบัติตามแผนการรักษาและความสามารถในการสังเกตและจัดการกับอาการข้างเคียงของยา มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 ซึ่งถือว่ามีความน่าเชื่อถือในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ จึงเหมาะสมกับการใช้ประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในการวิจัยครั้งนี้

3.2.5.3 ความสัมพันธ์ระหว่างความร่วมมือในการรักษาด้วยยากับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ยาต้านอาการทางจิตสามารถไปจัดการกับสาเหตุของอาการทางจิตโดยตรงได้ (Novick et al., 2009) การได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอาการทางจิตและมีความพร้อมที่จะรับการบำบัดด้านจิตสังคม (เชษฐา แก้วพรม, 2555) จากการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมักไม่ป่วยซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดีจะมีการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ที่พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ (OR = 2.513, $p < .0001$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Lambert et al. (2010) ที่พบว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่กลุ่มที่อาการไม่สงบนั้นพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้อาการทางจิตกำเริบและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช คือการขาดยาและการรักษาที่ต่อเนื่อง (Kane, 2007) และความล้มเหลวของความร่วมมือในการรักษาด้วยยายังส่งผลต่อพยาธิสภาพ การป่วยซ้ำ สัมพันธภาพ ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงจากอาการทางจิตและคุณภาพชีวิต (Lieberman et al., 2002) จากการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมักไม่ป่วยซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดีจะมีการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นความร่วมมือในการรักษาด้วยยา น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2.6 แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์

3.2.6.1 แนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์

3.2.6.1.1 ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์สูง

Brown and Birley (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ (Expressed Emotion) หมายถึง การแสดงออกทางภาษาพูดหรือภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์หรือทัศนคติที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้ 1) การแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ (Low Expressed Emotion: LEE) หมายถึงการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในลักษณะที่มีความเข้าใจความต้องการของผู้ป่วย ไม่แสดงลักษณะติเตียน 2) การแสดงออกทางอารมณ์สูง (High Expressed Emotion: HEE) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีการแสดงออกทางอารมณ์ที่มากกว่าปกติต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ 3 ลักษณะ ได้แก่

- 1) การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) ใช้คำพูดและหรือใช้น้ำเสียงที่แสดงออกถึงความไม่พอใจ หรือไม่เห็นชอบต่อพฤติกรรมของผู้ป่วย
- 2) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion Over Involvement) การแสดงความห่วงกังวล ความเสียสละ (Self-sacrificing) การเอาใจใส่ (Devoted

Behavior) โดยแสดงออกบ่อยครั้งเกินไป เช่น จัดการในเรื่องส่วนตัวของผู้ป่วยเกือบทุกเรื่องจนผู้ป่วยขาดอิสระในการกระทำใด ๆ ด้วยตนเอง ทั้ง ๆ ที่มีศักยภาพที่จะทำได้

3) การแสดงความไม่เป็นมิตร (Hostility) การแสดงการตำหนิติเตียนผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับปัญหาการเจ็บป่วย วิวาทะวิจารณ์ในเรื่องทั่วไป ไม่ยอมรับผู้ป่วยในฐานะบุคคลหนึ่ง

Left and Vaughn (1981) อธิบายว่า ผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีการแสดงออกทางอารมณ์ใน 2 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical Comments) และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (Emotion Over Involvement) รวมถึงการแสดงความไม่เป็นมิตร โดยขยายความต่อว่าผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูงใน 2 รูปแบบดังกล่าว จะมีรูปแบบที่แสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยอย่างชัดเจน 4 ลักษณะ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยจิตเภทรับรู้ถึงการแสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล ได้แก่

1) การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) หมายถึงการที่ผู้ดูแลมีความพยายามที่จะเข้าไปก้าวก่ายในชีวิตความเป็นอยู่ของผู้ป่วย โดยจะถามบ่อยครั้งและซ้ำ ๆ เพื่อต้องการรู้เรื่องราวของผู้ป่วยทุกเรื่องหรือพยายามบอกเชิงตำหนิ และตรวจตราให้ผู้ป่วยทำในสิ่งตนต้องการ

2) การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A highly emotional response to patients illness) หมายถึงการที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถควบคุมอารมณ์ตนเองที่มีต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทได้และมีการแสดงอารมณ์ในลักษณะต่าง ๆ ที่อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจ เช่น การแสดงความโกรธ ความเครียด ขาดความอดทนและตำหนิ เป็นต้น

3) มีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude Toward the patient,s illness) หมายถึงการที่ผู้ดูแลมีความคิด เคลือบแคลง หรือสงสัยต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงตำหนิผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะต่าง ๆ เช่น สงสัยว่าผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยจริงหรือไม่ หรือตำหนิว่าผู้ป่วยเป็นต้นเหตุแห่งการเจ็บป่วย เป็นต้น

4) มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) หมายถึง การที่ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีขีดจำกัดในการอดทนกับพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรือการสูญเสียความสามารถทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับการมีความคาดหวังอย่างเกินความเป็นจริงว่าผู้ป่วยจะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ดีเท่ากับบุคคลทั่วไป

สรุปได้ว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว หมายถึง การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมโดยการแสดงออกทางภาษาพูด หรือ ภาษาท่าทาง เพื่อสื่อถึงอารมณ์ หรือ ทัศนคติที่ผู้ดูแลมีต่อผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวในลักษณะ วิวาทะวิจารณ์ หรือแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป

3.2.6.1.2 สาเหตุการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว

ผู้ดูแลที่แสดงออกทางอารมณ์สูงมีสาเหตุเกิดจาก (รัชนี อุทัยพันธ์, 2555)

1) ผู้ดูแลพยายามควบคุมพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท

2) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วย จึงทำให้ผู้ดูแลมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูงเกินความเป็นจริง โดยเข้าใจว่า ผู้ป่วยควรควบคุมอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นได้ แต่เมื่ออาการของผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามความคาดหวังนั้น ก็จะมีรู้สึกโกรธและแสดงอารมณ์ในลักษณะนั้น

3) ลักษณะเดิมของผู้ดูแลหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว

3.3.6.1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการแสดงออกทางอารมณ์

1) ปัจจัยด้านผู้ป่วย

1.1) พบว่าการไม่มีงานทำของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล เพราะการที่ผู้ป่วยสามารถทำงานได้แสดงว่าผู้ป่วยสามารถรับมือกับโรค และดูแลตัวเองได้ในระดับหนึ่ง ทั้งในด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล และทักษะต่าง ๆ ในการเข้าสังคม

1.2) ความรุนแรงของอาการทางจิต โดย King et al., (2003) พบว่าความรุนแรงของอาการทางจิตเกี่ยวข้องกับการแสดงออกทางอารมณ์ของมารดาที่ดูแลผู้ป่วย โดยเฉพาะด้านการวิพากษ์วิจารณ์

2) ปัจจัยด้านผู้ดูแล

2.1) ความเพียงพอของรายได้ มีการศึกษาพบว่าผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ส่วนใหญ่มีฐานะทางเศรษฐกิจ

2.2) การเผชิญความเครียดแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญความเครียดเป็นความพยายามที่จะเปลี่ยนแปลงความคิดและพฤติกรรม โดยวิธีการต่างๆ ที่จะจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อลดปัญหาที่ตามมา ศึกษา พบว่าการที่ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงของผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลเครียดกับการ เปลี่ยนแปลงอย่างไม่สามารถคาดการณ์ล่วงหน้าจึงเกิดการแสดงออกทางอารมณ์สูง

2.3) การรับรู้ความรุนแรงของอาการทางจิต จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีรายงานการวิจัยที่แสดงว่าการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วย

2.4) ความทุกข์ทรมาน ความทุกข์ทรมานเป็นความรู้สึกวิตกกังวล ซึมเศร้า โกรธ ถูกบีบบังคับ ความคับข้องใจ ความไม่สุขสบายทางจิตใจอื่น ๆ รวมทั้งความผิดปกติต่าง ๆ ทางร่างกายที่มีผลมาจากความไม่สุขสบายทางจิตใจ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน นอนไม่หลับ อ่อนเพลีย

2.5) ระยะเวลาการเผชิญหน้า การที่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ใช้เวลาอยู่ร่วมกันในแต่ละวัน โดยการมีปฏิสัมพันธ์และมีกิจกรรมต่าง ๆ ร่วมกัน ทำให้ระยะเวลาการเผชิญหน้ากันในแต่ละสัปดาห์ ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องเผชิญกับอาการและอาการแสดงตลอดจน พฤติกรรมต่าง ๆ ของผู้ป่วย พบว่าการเผชิญหน้าระหว่างผู้ดูแล ซึ่งเป็นมารดา และผู้ป่วย 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ขึ้นไป พบว่าผู้ดูแลมีการแสดงออกทางอารมณ์สูงโดยเฉพาะในด้าน การแสดงความรู้สึกทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป

2.6) ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลที่มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูง จะทำให้ไม่รู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแล ส่งผลให้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลลดลง ขณะเดียวกัน การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลจะลดลงด้วยเช่นกัน

3.2.6.2 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์

จากการทบทวนรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบวิธีการประเมินการ
แสดงออกทางอารมณ์ ดังนี้

Camberwell Family Interview (CFI) เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semistructured Interview) ที่ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท สร้างโดย Brown and Birley (1972) เป็นเครื่องมือต้นฉบับที่มีการพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง วัดโดยการสัมภาษณ์ผู้ดูแลหลัก (Key Relatives) ร่วมกับสังเกตพฤติกรรมของผู้ดูแลหลัก หลังจากสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ผู้วิจัยจะทำการถอดเทปและให้คะแนนตามเกณฑ์

Five Minute Speech Sample (FMSS) เป็นการสัมภาษณ์โดยการให้ผู้ดูแลพูดถึงผู้ป่วยและความสัมพันธ์ต่อผู้ป่วย ใช้เวลา 5 นาที บันทึกเทปเพื่อวิเคราะห์แปรผลภายหลังการสัมภาษณ์ แต่เครื่องมือ FMSS ยังไม่มีรายงานว่ามีความตรงเชิงพยากรณ์ นิยมนำมาใช้ร่วมกับ Camberwell Family Interview (CFI) จะทำให้ผลการวัดมีความน่าเชื่อถือมากขึ้น (Li and Arthur, 2005)

เพชร คันธสายบัว (2544) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาแนวคิดการแสดงอารมณ์ของครอบครัวของ ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี (2536) ร่วมกับการสัมภาษณ์บุคลากรด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ร่วมกับการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและนำประเด็นสำคัญที่ได้มาสร้างข้อคำถามโดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตรและความผูกพัน ทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป

ภรดี ไชยสิน (2545) พัฒนาจากเครื่องมือแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ซึ่งพัฒนาจาก ดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Brown and Birley (1972) โดยครอบคลุมการวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป ซึ่งเป็นองค์ประกอบของการแสดงออกทางอารมณ์สูง

Sunpaveerawong (2006) สร้างแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Brown et al (1972) โดยศึกษาในญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 10 ราย มีการบันทึกเทปและถอดคำพูดผู้ให้ข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลและนำข้อมูลที่ได้มาสร้างแบบสัมภาษณ์การแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 7 ด้าน ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความชื่นชม การควบคุมทางอารมณ์ และความเห็นห่างทางอารมณ์

The Level of Expressed Emotion (LEE) เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดย Cold and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) ซึ่งได้ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยโดย ขนิษฐา สุขทอง (2554) โดยประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมการวัดภาพรวมของการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และ การมีความคาดหวังสูงร่วมกับความอดทนต่ำต่อผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามมีลักษณะ ให้เลือกตอบ 1 คำตอบ จากข้อคำถามที่ประกอบด้วยการ

แสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะ รวม 60 ข้อ ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง คือ ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ประเมินให้มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ มากกว่า 8 คะแนน

สำหรับเครื่องมือวัดการแสดงออกทางอารมณ์ที่ใช้ในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้เครื่องมือ The Level of Expressed Emotion (LEE) เนื่องจากข้อคำถามเข้าใจง่าย มีความครอบคลุมกับตัวแปรที่ศึกษา และประเมินโดยผู้ป่วยเองสามารถทำนายการกลับเป็นซ้ำได้ดีกว่าข้อมูลที่ประเมินโดยผู้ดูแลผู้ป่วย (Cold and Kazarian , 1988) ดัชนีความตรงของเนื้อหาเท่ากับ .92 และค่าความเที่ยงของเครื่องมือเท่ากับ .86 ถือว่าเป็นเครื่องมือที่มีคุณภาพอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และมีการนำเครื่องมือนี้ไปแปลใช้อย่างแพร่หลายทั้งในยุโรปและเอเชีย จึงเหมาะสมที่จะนำมาใช้ในการวิจัยครั้งนี้

The Level of Expressed Emotion (LEE) เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างขึ้นโดย Cold and Kazarian (1988) จากแนวความคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) ซึ่งได้ผ่านการแปลเป็นภาษาไทยโดย ชนิษฐา สุขทอง (2554) ด้วยวิธี Back Translation ซึ่งเป็นเทคนิคในการแปลเครื่องมือดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรกแปลเครื่องมือต้นฉบับจากภาษาอังกฤษเป็นภาษาไทยจากนั้นผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่สองแปลเครื่องมือฉบับภาษาไทยที่ถูกแปลโดยผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนแรกกลับไปเป็นภาษาอังกฤษ และให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภาษาคนที่สามตรวจสอบว่าฉบับที่แปลกลับเป็นภาษาอังกฤษโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่สองนั้นมีความทัดเทียมหรือสามารถสื่อความหมายได้คงเดิมกับต้นฉบับที่เป็นภาษาอังกฤษหรือไม่เพียงใด และมีการปรับข้อความในฉบับที่แปลเป็นภาษาไทยโดยผู้เชี่ยวชาญคนที่สาม เพื่อให้มีความสอดคล้องและตรงกับต้นฉบับมากที่สุด แบบประเมินฉบับนี้ใช้ประเมินระดับการแสดงออกทางอารมณ์ตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมการวัดภาพรวมของการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท และ การมีความคาดหวังสูงร่วมกับความอดทนต่ำต่อผู้ป่วยจิตเภท ข้อคำถามมีลักษณะ ให้เลือกตอบ 1 คำตอบ จากข้อคำถามที่ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ 4 ลักษณะ รวม 60 ข้อ ผู้ดูแลที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง คือ ผู้ดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัว ประเมินให้มีคะแนนการแสดงออกทางอารมณ์ มากกว่า 8 คะแนน

3.2.6.3 ความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวกับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการสงบ โดยครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะขัดขวางการมีอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ในขณะที่ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสมเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตที่สงบและนำไปสู่การฟื้นตัวได้ (Lieberman et al., 2002) ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงมักไม่อดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่ยืดหยุ่น หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความกดดันนำไปสู่การเกิดอาการกำเริบได้สูง (Lieberman et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Bogojevic et al. (2015) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญของการกลับเป็นซ้ำ และยังเป็นปัจจัยที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อีกด้วย (เพชร คันธสายบัว, 2544) การศึกษาของ นาถ

นภา วงษ์ศีล (2555) ก็พบว่าตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวสามารถทำนายการป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ และการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวยังเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของความสำเร็จในการเกิดอาการกำเริบซ้ำ และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอีกด้วย (Butzlaff and Hooley, 1998) ซึ่งการเกิดอาการกำเริบซ้ำทำให้ผู้ป่วยอาการไม่สงบ ดังนั้น การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวน่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

3.2.7 การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

3.2.7.1 ความหมายของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

กิงแก้ว ปาจารย์ (2547) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม

นงนภัส พันธุ์แจ่ม (2549) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมอง ด้านปัญญาระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความรู้เขาวนปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การรับรู้ การเรียนรู้ ความจำ การทำความเข้าใจ การคิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหาการใช้สัญลักษณ์การคิดฝัน โดยมีการจำแนกข้อมูลของสิ่งเร้าจากภายนอกและภายในร่างกาย และมีการดัดแปลงข้อมูลในการแสดงออกอย่างเหมาะสม

Carayannis (2000) กล่าวว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทางสติปัญญาระดับสูง ซึ่งประกอบด้วย การตระหนักรู้ การรับรู้ กระบวนการคิด และคุณลักษณะของการรอบรู้ในลักษณะของการรับรู้ซึ่งหมายถึง การจำ การเข้าใจ การคิด การรู้สึก และการใช้เหตุผล และการระลึกได้ระดับของการรู้คิดจะลดลงได้จากการได้รับข้อมูลหรือสิ่งกระตุ้นในสถานการณ์ใหม่

สรุปได้ว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองในการจำแนกข้อมูลที่ได้รับเข้าไปตามช่องทางการรับรู้ต่าง ๆ แปลความหมาย ทำความเข้าใจ คิดวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล จดจำ รวมถึงการดัดแปลงใช้ข้อมูลนั้นในการแสดงออกอย่างเหมาะสม

3.2.7.2 ความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภท

สมองของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังแม้จะอยู่ในภาวะเป็นปกติ ก็มีการเปลี่ยนแปลงแบบช้า ๆ เชื่อว่าเกิดจากการสมองส่วนลิมบิก (Limbic) ที่ผิดปกติ สมองฝ่อ และช่องสมองขยายกว่าคนปกติ (จุฬารัตน์ วิระะรัตน์, 2555) นอกจากนี้อาการทางลบ การแยกตัว การถูกปล่อยให้อยู่ชีวิตประจำวันโดยไม่ต้องรับผิดชอบอะไร ทำให้ไม่เกิดการคิดและการกระตุ้นการทำงานของสมองอย่างสม่ำเสมอ เลือดที่ไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าและส่วนข้าง (Frontotemporal) น้อย ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการเสื่อมของสมองมากยิ่งขึ้น ระดับความจำในผู้ป่วยจิตเภทมักอยู่ในระดับต่ำกว่าคนปกติ (Morrison, 2011) เมื่อทดสอบด้วยแบบทดสอบทางด้านความจำ (digit span) และแบบประเมินสมรรถภาพ (MMSE) ในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีอายุระหว่าง 18-68 ปีพบผู้ป่วยมีความจำบกพร่องเล็กน้อยถึงรุนแรงมีประมาณ ร้อยละ 20 โดยพบมากในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการด้านลบ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (Rajji et al, 2014)

3.2.7.3 การประเมินการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดทั่วไป

Neurobehavioral Cognitive Status Examination (NCSE) เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านการรู้คิดในวัยผู้ใหญ่โดยประเมินระดับความรู้สึกรู้ตัว การรับรู้วัน

เวลา สถานที่และสมาธิ ซึ่งสามารถประเมินการทำหน้าที่ของสมองได้ 5 ด้าน ได้แก่ ภาษา การเข้าใจ ความหมาย ความจำ การคำนวณ และความคิดเป็นเหตุเป็นผล ใช้เวลาในการประเมิน 10 - 20 นาที ในการประเมินนั้นหากผู้ป่วยตอบถูกจะไม่มีประเมินต่อ แต่หากตอบผิดจะมีการประเมินในลำดับต่อไป นำคะแนนทั้ง 5 ด้านมารวมกัน หากคะแนนต่ำ แสดงว่าอาจมีความพร่องด้านการรู้คิดที่สมองส่วนใดส่วนหนึ่งแต่ไม่สามารถระบุความพร่องได้ (วรพรรณ เสนาณรงค์, 2550)

Cognitive Capacity Screening Examination (CCSE) เป็นแบบประเมินที่วัดการรู้คิดในด้านต่าง ๆ ประกอบด้วย 30 ข้อคำถาม เกี่ยวกับ วัน เวลา สถานที่บุคคล การให้ผู้ป่วยพูดตัวเลขซ้ำ ความตั้งใจ การนับเลข 7 หลัก การพูดตาม การเข้าใจความหมายจากการรับรู้และความจำระยะสั้น ใช้เวลาในการประเมินประมาณ 5-10 นาทีหากคะแนนรวมน้อยกว่า 20 คะแนน แสดงว่า มีความบกพร่องด้านการรู้คิด ใช้ในการคัดกรองพยาธิสภาพทางสมอง โดยเฉพาะกลุ่มอาการ delirium and diffuse dementia (เช่น Alzheimer's disease) แบ่งมิติการวัดเป็น 6 มิติ ได้แก่ Orientation, Flow of thought, Calculation, Short term and middle term memory, Attentionconcentration และ Logical reasoning

The Mini-Mental State Examination (MMSE) (Larner, 2013) เป็นแบบประเมินประสิทธิภาพการทำงานของสมอง ระบบประสาท และจิตใจ (Neuropsychiatric evaluation) เหมาะในการวัดระดับการเรียนรู้ การคิดและความจำของผู้ป่วย (Folstein et al., 1975) สามารถคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นได้เนื่องจากสามารถวัดการทำงานของสมองได้ทั้ง 2 ซีก ใช้เวลาในการทดสอบประมาณ 5-10 นาทีใช้ได้ดีในการประเมินขนาดความรุนแรงของความพร่องด้านการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด มีทั้งหมด 19 ข้อ คะแนนรวม 30 คะแนนหากผู้ป่วยได้คะแนนน้อยกว่า 24 แสดงว่ามีภาวะสมองเสื่อม มีข้อจำกัด คือไม่ตอบสนองในผู้ป่วยที่มีพยาธิสภาพที่สมองซีกขวา และผู้ที่การรับรู้ด้านสายตาบกพร่อง ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ 1) Orientation, registration and recall 2) Attention, concentration and calculation 3) Language, motor skill items

สำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้ Thai Mental State Examination (TMSE) เนื่องจากเหมาะสมสำหรับกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีการพัฒนาให้มีความสะดวก รวดเร็ว มีความไว เชื่อถือได้และเหมาะสมกับขนบธรรมเนียมประเพณีของไทย (พชรพร ผู้ปฏิเวธ, 2554) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ซึ่งถือว่ามีความอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ และพยาบาลจิตเวชสามารถใช้เครื่องมือนี้ได้ ต่างจากเครื่องมือประเมินความสามารถในการรู้คิดเฉพาะด้านที่ผู้ใช้เครื่องมือต้องผ่านการฝึกฝนจากผู้เชี่ยวชาญทางจิตวิทยาคลินิก

Thai Mental State Examination (TMSE) เป็นแบบประเมินที่ดัดแปลงและปรับปรุงจากแบบทดสอบ Mini-Mental State Examination (MMSE) ของ Folstein et al. (1975) แปลเป็นภาษาไทยโดย ชาญทอง ไส้เลิศ (2536) จากนั้นกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมองได้ร่วมกันพัฒนาเป็นแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ, 2536) เพื่อเป็นเครื่องมือมาตรฐานในการทดสอบสมรรถภาพสมองของคนไทย สามารถประเมินการรู้คิดได้ครอบคลุม 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ ความจำ ความใส่ใจ การคิดคำนวณ ภาษา และการระลึกได้ ข้อคำถามประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ หากว่าได้คะแนนต่ำกว่า 23 คะแนนถือว่าผิดปกติมีความบกพร่องของการรู้คิด

3.2.7.4 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดกับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดส่งผลต่อความสามารถในการค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ตนอาการสงบและความสามารถในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ (Rosen and Garety, 2005) จากการศึกษาของ Robinson et al. (2004) พบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $P < 0.01$ และยังสามารถทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ฟื้นตัวด้านสังคมและฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้อีกด้วย เช่นเดียวกับการศึกษาของ Holthausen et al. (2007) และการศึกษาของ Lambert et al. (2010) ที่พบว่าความสามารถทางการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ สอดคล้องกับการศึกษาของ Kopelowicz et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่อาการสงบและฟื้นตัวได้ มีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่สูงกว่ากลุ่มที่อาการไม่สงบและฟื้นตัวไม่ได้ แต่ทั้งสองกลุ่มก็ยังมีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ต่ำกว่าในบุคคลทั่วไป และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดบกพร่องแสดงถึงความบกพร่องของสมองที่มากกว่าได้อีกด้วย (ยุรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง พบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่แย่งเลวเรื่อย ๆ นั้น ยังเป็นการบ่งชี้ถึงการพยากรณ์ที่ไม่ดี (Stirling et al., 2003) ดังนั้น การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาตัวแปรที่สามารถจำแนกความต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตกลุ่มละ 110 คน รวม 220 คน ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัวแปร เรียงตามน้ำหนักในการจำแนกดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัวและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมการเผชิญปัญหา มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่า ไม่มีหรือไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่าและมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

จุฬาลักษณ์ ชำของ (2547) ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจำนวน 10 ราย เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกภาคสนาม ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ให้ความสำคัญการดูแลตนเอง หมายถึง การที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง จิตใจสดใส อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติ ไม่มีอาการกำเริบและกลับไปป่วยซ้ำ ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก คือ 1) ด้านร่างกาย คือการใช้ยาตามแผนการรักษาและการงดสารกระตุ้นประสาท 2) ด้านจิตใจ คือการทำงานหรือกิจกรรมที่ทำให้รู้สึกภูมิใจและผ่อนคลาย การปรับความคิดและจิตใจ 3) ด้านสังคม คือการ

ปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม 4) ด้านจิตวิญญาณ คือการปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา ผูกจิตใจให้สงบ

ราตรี เครือวรรณ (2552) ศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารักษาซ้ำ จำนวน 10 ราย ผู้ดูแล 10 ราย แก่นนำชุมชน 10 ราย และบุคลากรทีมสุขภาพ 7 ราย ผลการศึกษาพบว่า ด้านผู้ป่วย ไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและยา มีทัศนคติต่อโรคและยาจิตเวชไม่ดี ตลอดจนสัมพันธภาพครอบครัวและชุมชนไม่ดี ด้านครอบครัว ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทและยา ไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มาส่งและรับผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ด้านชุมชน ไม่ยอมรับผู้ป่วยให้ทำงาน ไม่ช่วยเหลือทางสังคม ชุมชนขาดความตระหนักและความรู้เรื่องโรคจิตเภท ด้านทีมบุคลากร ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยได้

นาถนภา วงษ์สีล (2555) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต กลุ่มละ 110 คน รวม 220 คน ตัวแปรที่ศึกษา ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีจำนวน 1 ตัวแปรคือ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถทำนายกลุ่มป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องร้อยละ 96.4 และสามารถทำนายกลุ่มไม่ป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องร้อยละ 98.2

ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ และคณะ(2555) ศึกษาอัตราการเข้าสู่ระยะโรคสงบของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาครั้งแรกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ที่มารักษาตามนัดต่อเนื่อง 2 ปี โดยนำเวชระเบียนมาศึกษาย้อนหลัง ใช้เกณฑ์ระยะโรคสงบของ The Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 10 ไม่มีระยะโรคสงบเลย ร้อยละ 21.25 มีระยะโรคสงบเป็นบางช่วง ร้อยละ 68.75 มีระยะโรคสงบตลอด 2 ปี และส่วนใหญ่ใช้ยารักษาโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา และการมารับการรักษาตามนัดอย่างต่อเนื่อง

Robinson et al. (2004) ศึกษาอาการสงบและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทหลังจากการป่วยครั้งแรก 2-6 ปี จำนวน 118 ราย ผลการศึกษาพบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ดีสามารถทำนายอาการสงบ การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่และการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้ และหลังจากป่วยครั้งแรกนาน 5 ปี ผู้ป่วยอาการสงบร้อยละ 47.5 ฟื้นตัวด้านสังคมและการทำหน้าที่ร้อยละ 25.5 และฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้ร้อยละ 13.7

Wunderink et al. (2008) ศึกษาการฟื้นตัวทางคลินิกในผู้ป่วยโรคจิตที่ป่วยครั้งแรก โดยติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังจากเกิดอาการป่วยครั้งแรกเป็นเวลา 2 ปี จำนวน 125 คน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 19.2 มีอาการสงบและฟื้นตัวได้ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา และความสามารถพื้นฐานในการทำหน้าที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่อาการไม่สงบและไม่ฟื้นตัวนั้นมีช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาที่ยาวนานกว่า

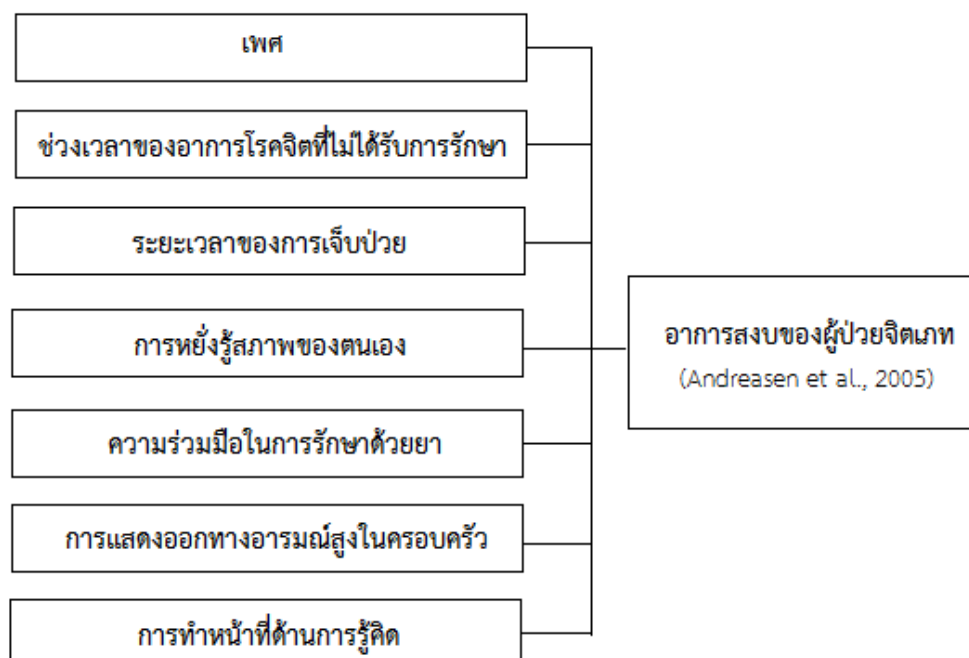
อย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$) โดยช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาเฉลี่ยของกลุ่มที่อาการสงบคือ 32 วัน ในขณะที่ระยะเวลาเฉลี่ยของกลุ่มที่อาการไม่สงบ คือ 321 วัน และในการศึกษาไม่พบว่าผู้ที่มีช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษานานกว่า 6 เดือนที่สามารถฟื้นตัวได้

Novick et al. (2009) ศึกษาอาการสงบและการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกโดยติดตามศึกษาเป็นระยะเวลา 36 เดือน จำนวน 6,642 ราย ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 33 อาการสงบ ผู้ป่วยร้อยละ 13 สามารถฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้ ผู้ป่วยร้อยละ 27 มีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้ป่วยร้อยละ 4 สามารถฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ โดยเพศหญิง ระยะเวลาของการเจ็บป่วยและความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบ และพบว่าการทำหน้าที่ทางสังคม ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และชนิดของยาต้านอาการทางจิตที่ได้รับเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญของการฟื้นตัวในผู้ป่วยจิตเภท

Cannavo et al. (2016) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการหยั่งรู้สภาพของตนเองและการฟื้นตัวในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชนิดหวาดระแวง 70 ราย อายุ 18-65 ปี ที่รักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตเป็นระยะเวลา 2-3 ปี ผลการศึกษาพบว่า การหยั่งรู้สภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับอาการสงบ ($p < 0.01$) การฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ ($p < 0.05$) และการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ ($p < 0.01$) ผู้ป่วยร้อยละ 12.9 ฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์หลังจากรักษานาน 2 ปี โดยมีปัจจัยทำนายคือ เพศหญิง อายุที่มากกว่า การรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตกลุ่มใหม่ การปรับตัวด้านสังคมก่อนการเจ็บป่วยที่ดีและอาการทางจิตในระดับต่ำ พบว่าระดับของการหยั่งรู้สภาพของตนเองนั้นมีความสัมพันธ์ทางลบกับระดับของอาการทางจิต ที่ระดับ $p < 0.01$ และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบนั้น มีระดับของการหยั่งรู้สภาพของตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่อาการสงบ และยังสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาที่จะนำไปสู่การฟื้นตัวได้

ในการศึกษาครั้งนี้สนใจศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แนวคิดของ The Remission in Schizophrenia Working Group (RSWG) (Andreasen et al., 2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรม คัดเลือกปัจจัยที่น่าจะสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ประกอบด้วย 7 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภท มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง

บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์ ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ International Classification of Diseases ฉบับทบทวนครั้งที่ 10
2. อายุ 20 - 59 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปสามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้
3. อยู่ในสภาวะที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์

เกณฑ์ในการคัดผู้ป่วยออก (Exclusion criteria)

ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางกายหรืออาการทางจิตกำเริบรุนแรงอยู่ในภาวะฉุกเฉินหรือเป็นอุปสรรคในระหว่างดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้การคำนวณอัตราส่วนที่เหมาะสมของการเกิดเหตุการณ์ที่สนใจต่อตัวแปร (Lawley & Maxwell, 1971) มีสูตรดังนี้

$$N = 100 + 10 k$$

N	หมายถึง	ขนาดตัวอย่างที่น้อยที่สุด
k	หมายถึง	ตัวแปรอิสระ เท่ากับ 7

แทนค่าได้ดังนี้

$$N = 100 + 10 * 7$$
$$N = 170$$

เพื่อป้องกันการตกหล่นสูญหายของข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติมอีกร้อยละ 30 ขนาดกลุ่มตัวอย่างจึงเท่ากับ 220 คน ตัวแปรตามที่ต้องการในการทำนายเป็นตัวแปรเชิงคุณภาพจึงต้องมีกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อให้เกิดความใกล้เคียงกันของจำนวนกลุ่มตัวอย่าง (equal sample sizes) (เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย, 2549) ผู้วิจัยจึงแบ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่มเท่ากัน ได้แก่ ผู้ป่วยจิต

เกณฑ์กลุ่มอาการสงบ 110 คน และผู้ป่วยจิตเภทที่มีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปแต่ไม่เข้าเกณฑ์อาการสงบ 110 คน โดยมีวิธีเลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้

เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบโควตา (quota sampling) ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มอาการสงบ 110 คน และไม่เข้าเกณฑ์อาการสงบ 110 คน โดยเก็บข้อมูลผู้รับบริการที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดซึ่งมารับบริการในวันและเวลาที่ผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลและยินดีเข้าร่วมการวิจัย โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ากลุ่มอาการสงบ ดังนี้

1.1 ในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูลเป็นผู้ป่วยนอก

1.2 ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาไม่มีการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวช หรือโรงพยาบาลทั่วไปด้วยอาการทางจิตเวช

1.3 ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาอาการทางจิตอาการใดอาการหนึ่งหรือหลายอาการใน 7 ข้อของแบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale) ต่อไปนี้ คิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity) ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms/posturing) และการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) น้อยกว่าหรือเท่ากับระดับเล็กน้อย (≤ 3 คะแนน) จัดอยู่ในกลุ่มอาการสงบ

1.4 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ผ่านเกณฑ์ดังกล่าวเพียงข้อใดข้อหนึ่งจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ผ่านเกณฑ์อาการสงบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบ่งออกเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 136 ข้อ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทประยุกต์จากแบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale) ในหัวข้ออาการต่อไปนี้ คือ คิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity) ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness) เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) อาการประสาทหลอน (Hallucination) ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms / posturing) และการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) โดยมีข้อคำถามทั้งสิ้น 8 ข้อ 1 ข้อ ประเมินการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชใน 2 ปีที่ผ่านมา และ 7 ข้อประเมินอาการทางจิต เกณฑ์ของอาการสงบคือ ผู้ป่วยจะต้องมีคะแนนไม่สูงกว่า 3 คะแนน (ระดับต่ำ) ของทุก ๆ ข้อใน 7 ข้อดังกล่าวตลอดช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และจะต้องไม่เข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชใน 2 ปีที่ผ่านมา (Kopelowicz et al., 2005) หากไม่ผ่านเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งก็จะจัดอยู่ในกลุ่มที่ไม่ผ่านเกณฑ์อาการสงบ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ครอบคลุม 3 ตัวแปร ประกอบด้วย เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รวมข้อคำถามส่วนนี้มีทั้งสิ้น 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง

ใช้แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (The Beck Cognitive Insight Scale : BCIS) ที่สร้างและพัฒนาโดย Beck (2004) แปลโดย สุภาวดี เกษไชย (2555) มีความเที่ยงเท่ากับ .72 ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบของการหยั่งรู้สภาพของตนเอง (cognitive insight) คือความเชื่อมั่นในตนเอง (self-certainty) และการสะท้อนดูตนเอง (self-reflectiveness) ของผู้ป่วยในการตีความจากประสบการณ์ของตัวผู้ป่วย รายละเอียดของแบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้ค่าคะแนนดังนี้

ความหมาย	คะแนน
ไม่เห็นด้วยเลย	0
เห็นด้วยเล็กน้อย	1
เห็นด้วยเป็นอย่างมาก	2
เห็นด้วยที่สุด	3

ข้อคำถามแบ่งออกเป็นสองด้าน คือ

1) ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง 6 ข้อ คือข้อ 2 7 9 10 11 และ 13 มีช่วงคะแนน 0-18 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนนด้านความเชื่อมั่นในตนเองในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับต่ำ

2) ด้านการสะท้อนดูตนเอง 9 ข้อ คือข้อ 1 3 4 5 6 8 12 14 และ 15 มีช่วงคะแนน 0-27 คะแนน ผู้ป่วยที่มีคะแนนด้านการสะท้อนดูตนเอง (self-reflectiveness) อยู่ในระดับสูง แสดงว่าผู้ป่วยมีระดับความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิตอยู่ในระดับดี

คิดคะแนนโดยการนำค่าคะแนนรวมกันในแต่ละด้าน แล้วนำมาหาค่า Composite Index R-C แปลผลคะแนนโดยหากพบว่ามีค่าเป็นบวก แสดงว่าผู้ป่วยมีการหยั่งรู้สภาพของตนเองในระดับดี และถ้าเป็นลบแสดงว่าผู้ป่วยมีการหยั่งรู้สภาพของตนเองในระดับต่ำ (Beck, 2004)

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ที่พัฒนาโดย พรทิพย์

วชิรติลกและคณะ (2549) ตามแนวคิดของ Farragher (1999) และปรับปรุงโดย รัชณี อุทัยพันธ์ (2555) มีความเที่ยงเท่ากับ .85 ลักษณะของเครื่องมือเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ รายละเอียดของแบบประเมินประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ

1) ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา มี 8 ข้อ ได้แก่ คำถามข้อที่ 1-8
2) ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา มี 8 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 9-16

แบ่งออกเป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 7, 8, 12, 15 และ ข้อความทางบวก 9 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 5, 6, 9, 10, 11, 13, 14, 16 โดยมีเกณฑ์ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนบวก	คะแนนลบ
ประจำ	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน	4	1
บ่อยครั้ง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน	3	2
นาน ๆ ครั้ง	นาน ๆ ปฏิบัติครั้ง	2	3
ไม่เคย	ไม่เคยปฏิบัติเลย	1	4

คิดคะแนนโดยการนำค่าคะแนนทั้งหมดมารวมกัน และแปลผลคะแนน ดังนี้

< 21 หมายถึงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องระดับต่ำ

21-42 หมายถึงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องปานกลาง

> 42 หมายถึงมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องสูง

ส่วนที่ 4 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นเครื่องมือวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อผู้ดูแล พัฒนาโดย Cold and Kazarian (1988) จากแนวคิดการแสดงออกทางอารมณ์ของ Left and Vaughn (1981) แปลโดย ขนิษฐา สุขทอง (2554) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .82 รายละเอียดของแบบประเมินมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะ ลักษณะละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ ดังนี้

1) การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก (High level of intrusiveness) ได้แก่ ข้อ 1- 15 เป็นข้อความทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 5, 6, 13 และ 14 เป็นข้อความทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12 และ 15

2) การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม (A highly emotional response to Patient's illness) ได้แก่ ข้อ 16- 30 เป็นข้อความทางบวก 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 16, 17, 19, 23, 24, 25 และ 27 เป็นข้อความทางลบ 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 18, 20, 21, 22, 26, 28, 29 และ 30

3) การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท (A negative attitude toward the patient's illness) ได้แก่ ข้อ 31- 45 เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 33, 34, 36, 38, 41, 42, 43 และ 45 เป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 31, 32, 35, 37, 39, 40 และ 44

4) การมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท (A low level of tolerance and high expectations of client) ได้แก่ ข้อ 45- 60 ข้อ เป็นข้อความทางบวก 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 46, 48, 49, 52, 53, 55, 56 และ 57 เป็นข้อความทางลบ 7 ข้อ ได้แก่ ข้อ 47, 50, 51, 54, 58, 59 และ 60 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความทางบวก ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน ไม่ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน

ข้อความทางลบ ใช่ เท่ากับ 1 คะแนน ไม่ใช่ เท่ากับ 0 คะแนน

คิดคะแนนโดยการนำคะแนนทุกข้อที่ได้จากการประเมินมารวมกัน และแปลผลคะแนน

ดังนี้

คะแนน 0 - 8 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับต่ำ

คะแนน 9 - 60 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ระดับสูง

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination, TMSE) ซึ่งพัฒนาขึ้น โดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมองของไทย (นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ,

2536) จากแบบทดสอบสภาพสมองแบบย่อ (Mini mental state examination: MMSE) (Marshall et al., 1975) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .80 ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 30 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

1) ด้าน Orientation	ทดสอบการรับรู้	6	ข้อคำถาม
2) ด้าน Registration	ทดสอบการจดจำ	3	ข้อคำถาม
3) ด้าน Attention	ทดสอบความใส่ใจ	5	ข้อคำถาม
4) ด้าน Calculation	ทดสอบการคิดคำนวณ	3	ข้อคำถาม
5) ด้าน Language	ทดสอบภาษา	10	ข้อคำถาม
6) ด้าน Recall	ทดสอบการระลึกได้	3	ข้อคำถาม

คิดคะแนนโดยการรวมคะแนนทุกข้อคำถามโดยจะมีคะแนนเต็มเท่ากับ 30 คะแนน สามารถแปลผลคะแนนได้ โดยหากคะแนนที่ได้ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน แปลว่ามีความบกพร่องของสมรรถภาพสมอง หากคะแนนมากกว่า 23 คะแนน แปลว่าสมรรถภาพสมองปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชุดที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน และให้เขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นในแต่ละข้อ จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน และพยาบาลวิชาชีพผู้มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) แบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตามข้อคำถาม เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 4	หมายถึง	คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยาม
ระดับที่ 3	หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับค่านิยาม
ระดับที่ 2	หมายถึง	คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับค่านิยาม
ระดับที่ 1	หมายถึง	คำถามไม่มีความสอดคล้องกับค่านิยาม

การคำนวณใช้สูตร ดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตยรรณกร, 2547)

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

โดยกำหนดค่าที่ยอมรับได้คือ ค่า CVI .80 ขึ้นไป (บุญใจ ศรีสถิตยรรณกร, 2547) จากการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา ดังนี้

แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท CVI = .80

แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง CVI = .86

แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา CVI = .95

แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว CVI = .92

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ มีดังนี้

1. การปรับภาษาที่ใช้เพื่อให้กระชับ ชัดเจน เข้าใจง่ายมากขึ้น ได้แก่

1.1. ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ควรปรับปรุงข้อที่ 3 ,4 ,7 ,8

1.2. ส่วนที่ 2 แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ควรปรับปรุงข้อที่ 10 และ 15

1.3. ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมการร่วมมือในการรักษาด้วยยา ควรปรับปรุงข้อ

ที่ 6

1.4. ส่วนที่ 4 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ควรปรับปรุงข้อที่ 1,

8, 28, 34, 37, 40, 46 และ 54

2. การระบุรายละเอียดเพื่อความชัดเจนในการสื่อความหมายและสะดวกในการเก็บข้อมูล

2.1. แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ควรปรับลักษณะข้อคำถามจาก

เดิมที่ระบุเป็นอาการอย่างเดียว ปรับเพิ่มประโยคคำถามเพื่อความสะดวกในการเก็บข้อมูลทั้ง 7 ข้อ

2.2. ส่วนที่ 4 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ปรับข้อคำถามจาก

เดิมที่ไม่มีประธาน ปรับเพิ่มโดยระบุคำว่า “ผู้ดูแล” เป็นประธานในทุกข้อคำถาม

หลังจากได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิแล้ว ผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงข้อคำถามในเครื่องมือแต่ละชุดร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยพิจารณาพร้อมกับคำจำกัดความและกรอบแนวคิดในการวิจัยก่อนนำไปทดลองใช้

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

วิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้โดยนำเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและได้รับการปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มเดียวกับกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 22 – 29 ธันวาคม 2562 จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มอาการสงบและอาการไม่สงบ กลุ่มละเท่า ๆ กัน ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลแล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยแบบประเมินอาการสงบ แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง และแบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ส่วนแบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวและแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย ใช้สูตรคูเดอร์ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) จากนั้นนำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งก่อนนำไปใช้จริง ได้ค่าความเที่ยงดังนี้

แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ค่าความเที่ยงเท่ากับ .95

แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ค่าความเที่ยงเท่ากับ .75

ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง ค่าความเที่ยงเท่ากับ .68

ด้านการสะท้อนดูตนเอง ค่าความเที่ยงเท่ากับ .62

แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

นอกจากนี้ผู้วิจัยยังตรวจสอบความเที่ยงของแบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการวิเคราะห์ความคงที่ (Stability) ของเครื่องมือด้วยวิธีการวัดซ้ำ (test-retest procedure) ในระยะเวลาห่างกัน 1 วัน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเท่ากับ 0.96 แสดงว่าแบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท มีความเที่ยงสูง (Nunnally, 1978 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2561)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญาและได้รับการรับรองโครงการวิจัยตามเลขที่หนังสือ สธ 0807.28/พิเศษ ลงวันที่ 21 ธันวาคม 2561 มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก ขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างก่อนการเข้าพบ แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ อธิบายวัตถุประสงค์ของการวิจัย รายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูล และระยะเวลาในการดำเนินการ เพื่อขอความร่วมมือ พร้อมทั้งชี้แจงให้ทราบว่า การตอบรับหรือปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด จะนำเสนอข้อมูลออกมาเป็นภาพรวมเท่านั้น กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะออกจากการศึกษาโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยขอหนังสือเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัยจากคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
2. ผู้วิจัยนำหนังสือขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยและขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย พร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ เครื่องมือในการวิจัย ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย และโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ ยื่นดำเนินการขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา ผ่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา
3. เมื่อได้รับอนุญาตจากคณะกรรมการ ฯ ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าแต่ละหน่วยงานที่ต้องการเข้าเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอน กำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูล และการขอความร่วมมือผู้ปฏิบัติงานในการประชาสัมพันธ์รับสมัครอาสาสมัครเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

4. ประชาสัมพันธ์รับสมัครอาสาสมัครเข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่างโดย

4.1 แผนกผู้ป่วยนอก ตัดโปสเตอร์ประชาสัมพันธ์บริเวณเคาน์เตอร์ประชาสัมพันธ์ และบริเวณเคาน์เตอร์พยาบาลหน้าห้องตรวจ เมื่อพยาบาลพบว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป อายุ 20-59 ปี ให้แนะนำว่ากำลังมีการรับอาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยนี้ โดยเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ 30- 45 นาที

4.2 แผนกผู้ป่วยใน ขอความร่วมมือพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยคัดเลือกร่วมผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป อายุ 20-59 ปี ซึ่งอยู่ในภาวะที่สามารถให้ข้อมูลได้ แล้วเชิญชวนเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปสเตอร์ประชาสัมพันธ์ประกอบการอธิบาย

5. เมื่ออาสาสมัครยินยอมที่จะเปิดเผยตัวต่อผู้วิจัย ผู้วิจัยจึงเข้าพบอาสาสมัคร ผู้วิจัยแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงว่ากลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อบริการที่จะได้รับ จะนำเสนอข้อมูลออกมาเป็นภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีข้อมูลที่ระบุไปถึงตัวของกลุ่มตัวอย่าง ระหว่างเข้าร่วมก็มีสิทธิ์ที่จะออกจากการวิจัยโดยไม่ต้องให้เหตุผลหรือคำอธิบาย และการขออนุญาตเข้าถึงเวชระเบียนเพื่อดูข้อมูลประวัติการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล หากกลุ่มตัวอย่างตอบรับ จึงให้ลงชื่อในเอกสารยินยอมเข้าร่วมวิจัย และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

6. ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย ตอบแบบสอบถามโดยเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุยในเรื่องทั่วไปแล้วจึงตอบแบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทแบบสอบถามชุดอื่นอีก 5 ชุด รวมจำนวนข้อคำถามทั้งสิ้น 136 ข้อ โดยใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามคนละประมาณ 30 - 45 นาที ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7 มกราคม 2562 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2562 โดยเก็บข้อมูลแผนกผู้ป่วยนอก ในเวลาราชการ ได้แก่ วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 08.00 - 16.00 น. และเก็บข้อมูลผู้ป่วยใน นอกเวลาราชการ ได้แก่ วันจันทร์-ศุกร์ เวลา 16.00 - 19.00 น. และ วันเสาร์-อาทิตย์ เวลา 08.00 - 19.00 น. รวมทั้งสิ้น 53 วัน โดยเก็บข้อมูลได้ประมาณวันละ 3 - 8 ราย

7. หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว นำแบบสอบถามที่ได้มาตรวจสอบจนได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ รวม 220 ฉบับ จากการเก็บรวบรวมข้อมูลมีข้อมูลที่ไม่นำมาวิเคราะห์ผลเนื่องจากขาดความน่าเชื่อถือของข้อมูลที่ได้ จำนวน 7 ฉบับ โดยพบว่าข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างมีความขัดแย้งกับข้อมูลในแฟ้มเวชระเบียน ในหัวข้อ อาการทางจิตในช่วงที่ผ่านมาและการรับประทานยา โดยทั้ง 7 ฉบับมาจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยใน หลังจากนั้นนำแบบสอบถามที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ เพื่อสรุปผลการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์
2. ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณค่าทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05
 - 2.1 วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล
 - 2.2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 - 2.3 วิเคราะห์ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้สถิติวิเคราะห์

ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เนื่องจากตัวแปรตามในการศึกษาครั้งนี้เป็นตัวแปรเชิงกลุ่มและสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกเป็นการวิเคราะห์ที่มีเป้าหมายเพื่อศึกษาว่าตัวแปรอิสระใดบ้างที่สามารถใช้อธิบายโอกาสเกิดเหตุการณ์หรือการไม่เกิดเหตุการณ์ที่สนใจ และยังสามารถศึกษาเพื่อทำนายโอกาสที่จะเกิดเหตุการณ์ที่สนใจโดยอาศัยสมการโลจิสติกที่สร้างขึ้นจากชุดตัวแปรทำนาย โดยเลือกตัวแปรที่เหมาะสมเพื่อให้เปอร์เซ็นต์ของความถูกต้องในการทำนายมีค่าสูงสุด (ยุทธไถยวรรณ, 2555)



บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล
ดังนี้

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

ตอนที่ 2 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษา
ด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้จัก แสดงเป็นค่าเฉลี่ย
และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ตัวแปรทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติการวิเคราะห์
ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)



ตอนที่ 1 ปจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แสดงเป็นจำนวนและร้อยละ

ตารางที่ 2 ปจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาและอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=220)	
	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	121	55
หญิง	99	45
ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา		
ภายใน 1 สัปดาห์	29	13.3
1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน	31	14.1
1 เดือนถึง 3 เดือน	39	17.7
3 เดือน ถึง 6 เดือน	32	14.5
6 เดือน ถึง 1 ปี	31	14.1
1 ปี ถึง 5 ปี	48	21.8
มากกว่า 5 ปีขึ้นไป	10	4.5
สถานภาพสมรส		
โสด	162	73.6
คู่	35	15.9
หม้าย	3	1.4
หย่า	12	5.5
แยก	8	3.6
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	53	24.1
กำลังศึกษา	21	9.5
รับผิดชอบงานบ้าน	50	22.7
ประกอบอาชีพ	96	43.6

ตารางที่ 2 (ต่อ) ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตาม เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษาและอายุ

ข้อมูลส่วนบุคคล	รวม (n=220)	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา	4	1.8
ประถมศึกษา	20	9.1
มัธยมศึกษาตอนต้น	43	19.5
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	73	33.3
อนุปริญญา/ปวส.	11	5
ปริญญาตรี	55	25
สูงกว่าปริญญาตรี	14	6.4
อายุ		
\bar{X} (S.D.)	38.85 (10.44)	
20-25	29	13.3
26-30	27	12.3
31-35	31	14.1
36-40	32	14.5
41-45	39	17.7
46-50	32	14.5
51-55	14	6.4
56-59	16	7.3

ตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีทั้งสิ้น 220 ราย เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 55 และ ร้อยละ 45 ตามลำดับ) ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี สถานภาพสมรส โสด มากที่สุด (ร้อยละ 73.6) รองลงมาเป็นสถานภาพสมรส คู่ (ร้อยละ 15.9) ระดับการศึกษา อยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพมากที่สุด (ร้อยละ 33.3) รองลงมาก็คือ ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 25) ส่วนอาชีพ พบว่าประกอบอาชีพที่มีรายได้มากที่สุด (ร้อยละ 43.6) รองลงมาก็คือ ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่ได้รับผิดชอบงานบ้าน (ร้อยละ 24.1) กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 38.85 ปี (S.D.=10.44) ช่วงอายุที่มากที่สุดคือวัยกลางคน 41 - 45 ปี (ร้อยละ 17.7)

ตอนที่ 2 ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด แสดงเป็นค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของ ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท

ตัวแปร	เต็ม	min	max	\bar{X}	S.D.	ระดับ
ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	56	2	43	12.69	8.97	-
การหยั่งรู้สภาพของตนเอง	27	-9	26	6.85	7.20	ดี
ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง	18	0	18	7.32	4.05	
ด้านการสะท้อนดูตนเอง	27	1	27	14.17	5.43	
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	64	25	64	50.95	8.69	ถูกต้องสูง
ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา	32	5	20	16.56	3.38	
ด้านการสังเกตและจัดการอาการข้างเคียง	32	6	24	17.51	4.31	
การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว	60	-	60	35.45	15.21	ระดับสูง
การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัว	15	0	15	8.34	3.74	
การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม	15	0	15	9.09	4.37	
การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วย	15	0	15	9.40	5.00	
การมีความอดทนต่ำร่วมกับคาดหวังสูง	15	0	15	9.29	4.43	
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	30	14	30	26.12	3.57	ปกติ
ด้าน Orientation	6	1	6	5.34	1.04	
ด้าน Registration	3	2	3	2.98	0.13	
ด้าน Attention	5	0	5	4.54	0.99	
ด้าน Calculation	3	0	3	1.99	0.95	
ด้าน Language	10	4	10	9.38	1.07	
ด้าน Recall	3	0	3	1.89	0.95	

ตารางที่ 3 พบว่าระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วยคือ 12.69 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ 43 ปี กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยของการหยั่งรู้สภาพอยู่ในระดับดี (\bar{X} =6.85, S.D.=7.2) มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่ถูกต้องสูง (\bar{X} =50.95, S.D.=8.69) การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวอยู่ในระดับสูง (\bar{X} =35.45, S.D.=15.21) การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด อยู่ในระดับปกติ (\bar{X} =26.12, S.D.=3.57) เพื่อให้มีความชัดเจนในรายละเอียดของระดับคะแนนของกลุ่มตัวอย่าง จึงอธิบายเพิ่มเติมใน ตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทตามระดับคะแนน การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
การหยั่งรู้สภาพของตนเอง		
หยั่งรู้สภาพของตนเองในระดับต่ำ	20	9.1
หยั่งรู้สภาพของตนเองในระดับดี	200	90.9
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา		
ร่วมมือถูกต้องปานกลาง	43	19.5
ร่วมมือถูกต้องสูง	177	80.5
การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว		
แสดงออกทางอารมณ์ระดับต่ำ	8	3.6
แสดงออกทางอารมณ์ระดับสูง	212	96.4
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด		
บกพร่องของสมรรถภาพสมอง	44	20
สมรรถภาพสมองปกติ	176	80

ตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการหยั่งรู้สภาพของตนเองในระดับดี (ร้อยละ 90.9) ในขณะที่ส่วนน้อยมีการหยั่งรู้สภาพของตนเองในระดับต่ำ (ร้อยละ 9.1) ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาส่วนใหญ่ถูกต้องสูง (ร้อยละ 80.5) การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวของกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง (ร้อยละ 96.4) ส่วนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติ (ร้อยละ 80)

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ตัวแปรทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ตารางที่ 5 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ

ตัวแปร	1	2	3	4	5	6	7
1. เพศ	1.000						
2. ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา	-.022	1.000					
3. ระยะเวลาของการเจ็บป่วย	.116	.026	1.000				
4. การหยั่งรู้สภาพของตนเอง	.177 ^{**}	-.002	.111	1.000			
5. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	.165 [*]	-.013	.116	.343 ^{**}	1.000		
6. การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว	.192 ^{**}	.043	.065	.302 ^{**}	.420 ^{**}	1.000	
7. การทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด	.215 ^{**}	.130	-.048	.139 [*]	.168 [*]	.182 ^{**}	1.000

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 (2-tailed)

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (2-tailed)

จากตารางที่ 5 แสดงผลการวิเคราะห์ด้วยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (Spearman rank correlation coefficient) พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์ กันสูงเกินไป ($r \geq 0.8$) เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) ที่กำหนดว่า ตัวแปรอิสระที่นำมาวิเคราะห์จะต้องไม่มีความสัมพันธ์กันมากเกินไป (Multicollinearity)

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกหลายตัวแปร วิธี Forward Stepwise (LR) ระหว่างปัจจัยทำนายกับอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยทำนาย	β	SE	Wald's χ^2	df	p	odds ratio
ค่าคงที่	-13.066	2.159	36.628	1	.000	.000
การหยั่งรู้สภาพของตนเอง	.130	.032	16.324	1	.000	1.139
ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา	.071	.022	10.590	1	.001	1.074
การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด	.325	.065	25.367	1	.000	1.385

-2 Log likelihood = 209.761, Hosmer and Lemeshow: Chi-square = 4.806 df = 8 sig = .778
Cox&Snell R^2 = .351 , Nagelkerke R^2 = .468

จากตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก พบว่า มีเพียง 3 ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ในขณะที่ เพศหญิง และการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ จากทฤษฎีการพิจารณาความสัมพันธ์พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.385 เท่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.074 เท่าเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ และผู้ป่วยจิตเภทที่มีการหยั่งรู้สภาพของตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีโอกาสที่จะมีอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.139 เท่า เมื่อควบคุมตัวแปรอื่นให้คงที่ โดยสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

Predicted logit (อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท) = $-13.066 + 0.130 \times (\text{การหยั่งรู้สภาพของตนเอง}) + 0.071 \times (\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา}) + 0.325 \times (\text{การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด})$

โดยสมการสามารถทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 46.8

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาอำนาจการทำนายของปัจจัย ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด กับอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรทั้ง 7 ตัว ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด สามารถทำนายอาการสงบในผู้ป่วยจิตเภทได้

ประชากร

บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยด้วยโรคจิตเภท มีระยะเวลาการเจ็บป่วยไม่น้อยกว่า 2 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มตัวอย่าง

บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทจำนวน 220 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญา ซึ่งมีคุณสมบัติที่กำหนดตามเกณฑ์ ดังนี้

1. เป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์ของ International Classification of Diseases ฉบับทบทวนครั้งที่ 10

2. อายุ 20 - 59 ปี โดยมีระยะเวลาการป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปสามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้

3. อยู่ในสถานะที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ สามารถสื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

4. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์

โดยเกณฑ์ของอาการสงบ คือ ต้องเป็นผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทซึ่งในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีอาการด้านบวกและด้านลบของแบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale) 7 ข้อ ไม่สูงกว่าระดับเล็กน้อย (มีคะแนนไม่เกิน 3 คะแนนในทุก ๆ ข้อ) และในช่วง 2 ปีที่ผ่านมาไม่มีการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวช

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

แบ่งออกเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการจำแนกกลุ่มตัวอย่างและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมข้อคำถามทั้งสิ้น 136 ข้อ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินเกณฑ์อาการสงบ คือ แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท มีข้อคำถาม 8 ข้อ โดย 1 ข้อประเมินการเข้าพักรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลด้วยอาการทางจิตเวชใน 2 ปีที่ผ่านมา และ 7 ข้อ ประยุกต์ใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychiatric Rating Scale) แบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .95

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ครอบคลุม 3 ตัวแปร ได้แก่ เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา และระยะเวลาของการเจ็บป่วย รวมทั้งข้อมูลส่วนบุคคลอื่น ๆ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รวมข้อคำถามส่วนนี้มีทั้งสิ้น 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ประกอบไปด้วยข้อคำถามจำนวน 15 ข้อ ประกอบด้วย 2 องค์ประกอบ คือความเชื่อมั่นในตนเอง (self-certainty) และการสะท้อนดูตนเอง (self-reflectiveness) การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ แบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .75

ส่วนที่ 3 แบบประเมินพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 16 ข้อ แบ่งออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา ด้านความสามารถในการสังเกตและจัดการอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Likert scale) 4 ระดับ แบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .80

ส่วนที่ 4 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ครอบคลุมการแสดงออกทางอารมณ์ใน 4 ลักษณะ ได้แก่ การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วยอย่างมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม การมีทัศนคติด้านลบต่อความเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท การมีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูงต่อผู้ป่วยจิตเภท ลักษณะละ 15 ข้อ รวม 60 ข้อ แบบประเมินมีลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” แบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .93

ส่วนที่ 5 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย ประกอบด้วย 6 ด้าน ได้แก่ การรับรู้ การจดจำ ความใส่ใจ การคิดคำนวณ ภาษา การระลึกได้ รวม 30 ข้อ เป็นแบบทดสอบที่ผู้ทดสอบให้คะแนนในแต่ละข้อว่า “ผ่าน” หรือ “ไม่ผ่าน” แบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .80

การรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจากผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 220 คน ใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 7 มกราคม 2562 ถึง 28 กุมภาพันธ์ 2562 ซึ่งได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 220 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ปัจจัยทำนายโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อวิเคราะห์โลจิสติกด้วยวิธี Forward Stepwise (LR) ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีจำนวน 3 ตัวแปร คือ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง
2. สมการถดถอยโลจิสติกทำนายอาการสงบและอาการไม่สงบของผู้ป่วยจิตเภท ด้วยวิธี Forward Stepwise (LR) คือ Predicted logit (อาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท) = $-13.066 + 0.130 \times (\text{การหยั่งรู้สภาพของตนเอง}) + 0.071 \times (\text{ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา}) + 0.325 \times (\text{การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด})$ โดยสมการสามารถทำนายตัวแปรตามได้ร้อยละ 46.8

อภิปรายผลการวิจัย

ตัวแปรที่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทเมื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติโลจิสติก วิธี Forward Stepwise (LR) มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ผลการวิจัยอภิปรายดังนี้

การทำหน้าที่ด้านการรู้คิด

ตัวแปรการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ใดก็ตาม ที่จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.385 เท่า (ตารางที่ 5) เมื่อเทียบกับคะแนนการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเดิม ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Robinson et al. (2004) ที่พบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดเป็นปัจจัยทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบและยังสามารถทำนายกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ฟื้นตัวด้านสังคมและฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้อีกด้วย การศึกษาของ Wunderink et al (2008) ก็พบว่าความบกพร่องของสมรรถภาพสมองเป็นปัจจัยทำนายอาการอาการไม่สงบและยังสามารถทำนายความบกพร่องของการทำหน้าที่ได้อีกด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Kopelowicz et al. (2005) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่อาการสงบและฟื้นตัวได้ มีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่สูงกว่ากลุ่มที่อาการไม่สงบและฟื้นตัวไม่ได้ แต่ทั้งสองกลุ่มก็ยังมีระดับของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ต่ำกว่าในบุคคลทั่วไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Stirling et al. (2003) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบมีความสัมพันธ์อย่างมากต่อความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดและผู้ป่วยที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่แย่ลงเรื่อย ๆ บ่งชี้ถึงการพยากรณ์ที่ไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Liberman et al. (2002) ที่ระบุว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดี เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมการฟื้นตัว อภิปรายได้ดังนี้ การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดดี ส่งผลต่อการคิดวิเคราะห์ทำความเข้าใจ การตรวจสอบว่าประสบการณ์ที่ตนพบนั้นเป็นอาการของโรคจิตเภทหรือเป็นความจริง และส่งผลต่อความร่วมมือและค้นหาแนวทางการรักษา การเรียนรู้เพื่อ

จัดการกับอาการของตนเอง ตลอดจนเรียนรู้ทักษะอื่น ๆ ที่สามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดอาการสงบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Rosen and Garety (2005) ที่พบว่า ความบกพร่องของการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ทำให้ความสามารถในการค้นหาสิ่งสนับสนุนให้ตนอาการสงบและความสามารถในการเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ น้อยกว่า นอกจากนี้ผู้ที่มีการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ไม่ดีอาจบ่งบอกถึงความเสี่ยงและเรื้อรังของโรค ความบกพร่องของพัฒนาการทางสมองที่ซ่อนอยู่ซึ่งส่งผลต่อการพยากรณ์โรคที่ไม่ดีอีกด้วย ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดจึงสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

ตัวแปรความร่วมมือในการรักษาด้วยยา สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ให้คงที่ จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.074 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนความร่วมมือในการรักษาด้วยยาเดิม (ตารางที่ 6) ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ตมกไม่ป่วยซ้ำ ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดีจะมีการป่วยซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการสงบมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ในขณะที่กลุ่มที่อาการไม่สงบนั้นพบว่าสาเหตุสำคัญที่ทำให้มีอาการทางจิตกำเริบและต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลจิตเวช คือการขาดยาและการรักษาที่ต่อเนื่อง (Kane, 2007) อภิปรายได้ว่า ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ทำให้ยาต้านอาการทางจิตสามารถไปจัดการกับสาเหตุของอาการทางจิตโดยตรงได้ (Novick et al., 2009) การได้รับยาในปริมาณที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมอาการทางจิตและมีความพร้อมที่จะรับการบำบัดด้านจิตสังคม (เชษฐา แก้วพรม, 2555) ความล้มเหลวของความร่วมมือในการรักษาด้วยยานั้นส่งผลต่อพยาธิสภาพ การป่วยซ้ำ สัมพันธภาพ ความเสี่ยงต่อพฤติกรรมรุนแรงจากอาการทางจิตและคุณภาพชีวิต (Lieberman et al., 2002) ยาจจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ อาการทางจิตที่สงบอย่างเพียงพอและต่อเนื่องจึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถบำบัดด้านจิตสังคมและการฟื้นฟูในด้านอื่น ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การฟื้นตัวด้านสังคม และการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ในที่สุด (Lieberman et al., 2002) ด้วยเหตุนี้ตัวแปรความร่วมมือในการรักษาด้วยยาจึงสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

การหยั่งรู้สภาพของตนเอง

ตัวแปรการหยั่งรู้สภาพของตนเอง สามารถทำนายอาการสงบได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (ตารางที่ 5) สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีการหยั่งรู้สภาพของตนเองเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่น ๆ ให้คงที่ จะมีโอกาสอาการสงบเพิ่มขึ้น 1.139 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนการหยั่งรู้สภาพของตนเองเดิม ผลการวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของ Cannavo et al. (2016) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบนั้น มีระดับของการหยั่งรู้สภาพของตนเองต่ำกว่ากลุ่มที่อาการสงบ และการหยั่งรู้สภาพของตนเองยังสามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาที่จะนำไปสู่การฟื้นตัวได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Smith et al. (2004) ที่พบว่า การหยั่งรู้สภาพของตนเองมีความสัมพันธ์กับระดับของอาการทางจิต ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการสงบอีกด้วย อภิปราย

ได้ว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตซึ่งส่งผลต่อความคิดและการรับรู้เกิดขึ้น ผู้ที่มีการสะท้อนดูตนเองมากกว่าจะทำให้มีโอกาสในการมีอาการสงบได้มากกว่า ในขณะที่ผู้ที่มีความเชื่อมั่นในตนเองสูง จะทำให้การวิเคราะห์ พิจารณาน้อยกว่าที่ประสบการณ์ที่ตนพบเจอนั้นไม่ใช่สิ่งที่แท้จริงทั้งหมดแต่เป็นอาการของโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่มีการหยั่งรู้สภาพของตนเองสูงกว่า จะเข้าใจและยอมรับการเปลี่ยนแปลงของอาการต่าง ๆ เห็นความจำเป็นและร่วมมือในการรักษาเพื่อต่อสู้กับอาการทางจิตได้มากกว่า (Resnick et al., 2005) ทำให้สามารถเรียนรู้ที่จะหาแนวทางการดูแลจัดการกับอาการของตนเอง เพื่อให้กลับมาใช้ชีวิตได้อย่างดีที่สุดแม้การเจ็บป่วยอาจยังหลงเหลืออยู่บ้าง ต่างจากผู้ที่มีการหยั่งรู้สภาพของตนเองที่ต่ำจะมีการตีความในเรื่องต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นผิดไปจากความเป็นจริง สูญเสียความสามารถในการคิดที่เป็นเหตุเป็นผล เชื่อว่าอาการที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ใช่ความผิดปกติ แต่เป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นกับตนเองจริง ๆ และจะไม่เชื่อคำพูดจากผู้อื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Day et al. (2005) ที่พบว่าการหยั่งรู้สภาพของตนเองต่ำ เป็นตัวทำนายที่คนคิดต้านลบทต่อการรักษา ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการหยั่งรู้สภาพของตนเองจึงสามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

เพศ

ตัวแปรเพศ จากการศึกษาพบว่า เป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิงเล็กน้อย (ร้อยละ 55 และ ร้อยละ 45 ตามลำดับ) ตัวแปรเพศ ไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ไม่สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า เพศหญิงเป็นปัจจัยทำนายการฟื้นตัวจากโรคจิตเภท (Albert et al., 2011; Cannavo et al., 2016) ในขณะที่กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบพบว่าเป็นเพศชายมากกว่าเพศหญิง (Novick et al., 2009) อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากในปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละเพศเปลี่ยนแปลงไปมีความใกล้เคียงกันมากขึ้น เพศชายก็ต้องพึ่งพาตนเองในเรื่องการดูแลสุขภาพมากขึ้น ส่วนเพศหญิงก็ต้องดิ้นรนในการหาปัจจัยยังชีพไม่ต่างจากเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เปรมฤดี ดำรักษ์ (2545) และ กุณฑลลี เพียรทอง (2547) ที่ศึกษาสภาวะของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เพศไม่มีความสัมพันธ์กับสภาวะเนื่องจากเพศชายและเพศหญิงในปัจจุบันมีวิถีการดำเนินชีวิตที่คล้ายคลึงกัน

การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว

ตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว ไม่มีความสามารถในการทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ ไม่สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า Liberman et al. (2002) ระบุว่า การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว เป็นลักษณะของครอบครัวที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภท อาการกำเริบและขัดขวางการฟื้นตัวของผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง มักจะไม่อดทนต่อปัญหาของผู้ป่วย ใช้วิธีที่ไม่ยืดหยุ่น หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ในครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียดและความกดดันนำไปสู่การเกิดอาการกำเริบได้สูง (Liberman et al., 2002) สอดคล้องกับการศึกษาของ Amaresha (2012) ที่พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่ออาการและความเครียดในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากลักษณะของครอบครัวเป็นระบบสนับสนุนผู้ป่วยที่สำคัญ สามารถเป็นได้ทั้งปัจจัยที่ส่งเสริมและขัดขวางอาการสงบ อภิปรายได้ว่า จากผลการศึกษาทำให้พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมดอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 96.4) ทำให้ไม่เห็นความแตกต่างกันอย่างชัดเจนเมื่อนำมาวิเคราะห์

ทางสถิติ ด้วยเหตุนี้ตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัวจึงไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา

ตัวแปรช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ผลการศึกษาพบว่าไม่มีความสามารถในการทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้ (ตารางที่ 5) ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-5 ปี (ร้อยละ 21.8) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐานันต์ ปิยะศิริศิลป์ และคณะ (2555) ที่พบว่า ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษามีความสัมพันธ์กับการเข้าสู่ระยะโรคสงบของผู้ป่วยจิตเภทและ Wyatt et al. (1991) พบว่า ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาเป็นปัจจัยก่อนการรักษาที่มีอำนาจในการทำนายอาการสงบและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ได้มากที่สุด อภิปรายได้ว่า อาจเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล เพราะการใช้การสัมภาษณ์สอบถามย้อนไปถึงการมีอาการทางจิตครั้งแรกจนกระทั่งมีการรักษาครั้งแรก อาจทำให้กลุ่มตัวอย่างไม่สามารถจดจำได้หรืออาจเข้าใจผิดว่าหมายถึงระยะเวลาของการป่วยทางจิตได้ เนื่องจากระยะเวลานั้นต้องผ่านอย่างน้อย 2 ปีในกลุ่มตัวอย่างทุกราย และเมื่ออาการทางจิตกำเริบครั้งแรกกลุ่มตัวอย่างเองอาจมีความจำในช่วงนั้นที่รบกวนกว่าช่วงปกติทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลที่ถูกต้องได้ และการข้อมูลจากแฟ้มเวชระเบียนก็ไม่สามารถยืนยันได้ถึงการรักษาครั้งแรก เนื่องจากพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งก่อนมารับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญานั้นมักไปรับการรักษาที่อื่นมาก่อนแล้ว นอกจากนี้การแบ่งช่วงในแบบสัมภาษณ์ยังค่อนข้างมีความแตกต่างกันในแต่ละชั้นอีกด้วย ด้วยเหตุนี้ตัวแปรช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษาจึงไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

ระยะเวลาของการเจ็บป่วย

ตัวแปรระยะเวลาของการเจ็บป่วย ผลการศึกษาพบว่า ระยะเวลาเฉลี่ยของการเจ็บป่วยคือ 12.69 ปี กลุ่มตัวอย่างที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ 43 ปี ไม่มีความสามารถในการทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท (ตารางที่ 5) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Novick et al. (2009) ที่พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่อาการไม่สงบและไม่ฟื้นตัวมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่นานกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < .05$ โดยกลุ่มที่อาการสงบนั้น มีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 8 ปี ในขณะที่กลุ่มที่อาการไม่สงบและไม่ฟื้นตัวมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยเฉลี่ย 12 ปี และการศึกษาของ Wyatt et al. (1991) ที่พบว่าระยะเวลาของการเจ็บป่วยเป็นปัจจัยทำนายอาการสงบและการฟื้นตัวด้านการทำหน้าที่ อาจเนื่องมาจากความคลาดเคลื่อนในการเก็บข้อมูล เพราะการใช้การสัมภาษณ์สอบถามย้อนไปถึงระยะเวลาการเจ็บป่วยกลุ่มตัวอย่างอาจจำไม่ได้ โดยเฉพาะผู้ที่ป่วยมาเป็นระยะเวลานานเพราะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังนั้นทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่เป็นอันตรายต่อสมอง (Wyatt et al., 1991) และนอกจากอาการของโรคแล้ว ความเจ็บป่วยยังทำให้ทักษะทางเชาวน์ปัญญาและสังคมลดลงอีกด้วย (Seo et al., 2007) และกลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งก็มีการรักษาหลายที่ทำให้ข้อมูลที่พบในเวชระเบียนอาจไม่ใช่ข้อมูลระยะเวลาของการเจ็บป่วยที่แท้จริง ด้วยเหตุนี้ตัวแปรระยะเวลาของการเจ็บป่วยยังไม่สามารถทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภทได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติการพยาบาล

จากผลการศึกษาดังกล่าวพบว่า การทำหน้าที่ด้านการรู้คิดที่ดี ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการหยั่งรู้สภาพของตนเอง เป็นปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบได้ พยาบาลจึงควรให้กิจกรรมการพยาบาลที่ส่งเสริมปัจจัยดังกล่าว โดยการส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านการรู้คิดในผู้ป่วยจิตเภท เช่น การกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้มีการฝึกทักษะต่าง ๆ ได้แก่ การทำกิจวัตรประจำวัน ทักษะอาชีพ และการจัดโปรแกรมที่ช่วยกระตุ้นระบบประสาทการรู้คิด เป็นต้น การส่งเสริมให้มีการหยั่งรู้สภาพของตนเอง โดยเฉพาะกิจกรรมที่ส่งเสริมการสะท้อนดูตนเอง ส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ด้วยการสร้างสัมพันธภาพ พูดคุย รับฟังปัญหาของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุและปัจจัยที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยแต่ละราย ร่วมกันค้นหาวิธีที่เหมาะสมกับผู้ป่วยรายนั้น ๆ เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาที่ได้รับ ความตระหนักและทัศนคติในการรับประทานยา การจัดการอาการข้างเคียง ความสามารถในการจัดยารับประทานเอง เป็นต้น

รวมถึงการให้ความรู้ในการส่งเสริม 3 ปัจจัยดังกล่าว แก่ผู้ดูแลหรือบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้การส่งเสริมแก่ผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ตลอดจนการให้ความรู้กับตัวผู้ป่วยเองเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับอาการของตนเองได้ทำให้เกิดการรับผิดชอบต่อตนเอง การมีพลังอำนาจในตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาทักษะในด้านอื่น ๆ ทำให้เกิดการใช้ชีวิตอย่างอิสระและเกิดการฟื้นตัวอย่างสมบูรณ์ได้ในที่สุด

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาซ้ำโดยควบคุมคุณภาพของเครื่องมือเพื่อให้ผลการศึกษามีความแม่นยำ และเพิ่มปัจจัยอื่น ๆ ที่น่าจะทำนายอาการสงบได้
2. การศึกษครั้งนี้มุ่งศึกษาที่อาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยที่อาการสงบบางรายอาจยังมีคุณภาพชีวิตด้านอื่น ๆ ไม่ดีเท่าที่ควร เช่น แม้อาการจะสงบแต่ผู้ป่วยยังคงแยกตัว ใช้ชีวิตอย่างพึ่งพิง จึงควรมีการศึกษาโดยเพิ่มเติมองค์ประกอบอื่น ๆ ที่เป็นผลลัพธ์ในการรักษาที่ต้องการ เช่น เพิ่มองค์ประกอบของการเข้าถึงสังคม การทำหน้าที่ เป็นต้น
3. ควรเพิ่มพื้นที่ในการศึกษา เป็นการศึกษาในโรงพยาบาลอื่น ๆ เพื่อเปรียบเทียบความเหมือนและความต่าง หรือเพิ่มการสุ่มพื้นที่แล้วนำมาศึกษาร่วมกันและใช้การสุ่มในการเลือกกลุ่มตัวอย่างเพื่อเพิ่มความสามารถในการขยายผลการวิจัย
4. เกณฑ์อาการสงบของ RSWG มีความน่าเชื่อถือ มีการนำไปอ้างอิงและศึกษาอย่างกว้างขวางในต่างประเทศ เป็นเกณฑ์ที่ใช้ง่าย มีความสะดวกรวดเร็วในการประเมิน สามารถนำมาใช้ได้จริงในการปฏิบัติงาน ในประเทศไทยสามารถประยุกต์ใช้เครื่องมือ PANSS-T 8 ข้อ และ BPRS 7 ข้อได้ สามารถนำมาเป็นเกณฑ์ในการวางแผนการรักษา เกณฑ์ในการกำหนดผลลัพธ์ที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของโรคจิตเภท อันจะนำไปสู่การพัฒนาการรักษาและการวิจัยที่น่าเชื่อถือ
5. ควรมีการศึกษาโปรแกรมที่ส่งเสริมให้เกิดการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาและการหยั่งรู้สภาพของตนเอง เพื่อให้การพยาบาลที่ส่งเสริมปัจจัยดังกล่าวซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบได้

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

- กขพร รัตนสมพร. (2556). *ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.
- กรมสุขภาพจิต. (2559). *รายงานประจำปีงบประมาณ 2559*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *คู่มือคำอธิบายตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการของหน่วยงานใน
สังกัดกรมสุขภาพจิตประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- กฤษณ์ชลี เพียรทอง. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน*.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชนิษฐา สุขทอง. (2554). *ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการ
แสดงออกทางอารมณ์สูงของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการ
พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คณะกรรมการพัฒนาระบบและดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. (2560). *คู่มือระบบบริการดูแลผู้ป่วยโรค
จิตเภท สำหรับการปฏิบัติงานของทีมสหวิชาชีพ*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการที่นำทางคลินิกและพัฒนาระบบบริการ. (2561). *การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีภาวะวิกฤต
ตามระดับความเร่งด่วน (staging)*. โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวง
สาธารณสุข.
- จุฬารัตน์ วิระขันธ์. (2555). *โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. *วารสาร
สุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(3), 163-173.
- จุฬาลักษณ์ ช่างทอง. (2547). *ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลง
กรณ์มหาวิทยาลัย.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรม. (2550). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 9. โครงการสวัสดิการ
วิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี.
- ฉวีวรรณ สัตยธรรมและคณะ. (2556). *การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต (ฉบับปรับปรุง) เล่มที่ 2 .
โครงการสวัสดิการวิชาการสถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข*. ธนาเพรส จำกัด
นนทบุรี:ธนาเพรส.
- ชาญทอง ไกลเลิศ. (2536). *การพัฒนาแบบทดสอบสำหรับการค้นหาผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมใน
สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางแค*. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. ภาควิชาจิตเวช
ศาสตร์บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เชษฐา แก้วพรม. (2555). *บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพจิตใจสำหรับบุคคลที่*

- ป่วยด้วยโรคจิตเภท. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า*, 23(2), 73-80.
- ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ (2555) ระยะโรคสงบและการฟื้นตัวในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(3), 357-370.
- ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์, พลภัทร์ โล่เสถียรกิจ, เพลิน เสี่ยงโชคอยู่ และปราณี มูลเชื้อ. (2555). การศึกษาระยะโรคสงบของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาครั้งแรกที่สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 57(2), 127-136.
- ดวงตา อุทุมพกษ์พร. (2533). ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมา รักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เดชาวุธ นิตยสุทธิ. (2534). เอกสารการสอนชุดวิชาสถิติและการวิจัยสำหรับวิทยาศาสตร์สุขภาพ (หน่วยที่ 1- 8). พิมพ์ครั้งที่ 10. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- ทรงศักดิ์ ภูสีอ่อน. (2551). *การประยุกต์ใช้ SPSS วิเคราะห์ข้อมูลงานวิจัย*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กทม: ประสานการพิมพ์.
- ธวัชชัย ลีพานาจ. (2552). การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์(บรรณาธิการ). ใน *ตำราโรคจิตเภท*, หน้า 120-134. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). *ผลของโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ ด้านการรู้คิดและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บศีรษะ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย.จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นภวัลย์ กัมพลาศิริ (2557). *การพยาบาลบุคคลที่มีโรคจิตเภท*. ใน อัจฉราพร สี่หิรัญวงศ์, ประภา ยุทธไทร, พวงเพชร เกษรสมุทร, และวารีรัตน์ ถาน้อย (บรรณาธิการ), *การพยาบาลจิตเวชศาสตร์* (425-444). นครปฐม: คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นภาพร เหลืองมงคลชัย และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). ผลของกลุ่มส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะ แห่งตนต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาและความตั้งใจมาตรฐานตรวจตามนัดของผู้ป่วย จิตเภท. *วารสาร การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย*, 25(3), 69-79.
- นาถนภา วงษ์ศิลป์. (2555). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ค พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิพนธ์ พวงวรินทร์และคณะ. (2536). แบบทดสอบสมรรถภาพสมองของไทย. *สารศิริราช*, 45, 359-374.
- นุชระพี สุทธิกุล. (2540). พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครูประถมศึกษาสังกัดกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาสุขศึกษา คณะวิทยาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บุญใจ ศรีสถิตยน์รากูร. (2547). *ระเบียบวิธีการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์*. กรุงเทพมหานคร : ยู แอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ต.
- เปรมฤดี ดำรักษ์. (2545). การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.

- วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ผกาพันธุ์ วุฒิลักษณ์. (2562). พยาบาลจิตเวชกับการบำบัดด้วยวิธีจิตบำบัด, ใน การพยาบาลผู้ป่วย
โรคจิตเภท: บทบาทและกระบวนการ (107-111). เชียงใหม่: ดีไซน์ปริ้นท์ มีเดีย.
- พชรพร ผู้ภูเวธ. (2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท*.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ วชรติลก, สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, วิโรจน์ วงษ์สุริยะเดช และบุญช่วย เทพยศ. (2549). รายงาน
วิจัยเรื่อง ผลของโปรแกรมการบริการรายบุคคลตามแนวคิดการสร้างแรงจูงใจร่วมกับการ
ปรับพฤติกรรมทางความคิดต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท. ขอนแก่น: ฝ
สุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย
ไทย. สงขลา : ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศา
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2549). *หลักการและการใช้สถิติการวิเคราะห์ตัวแปรหลายตัวสำหรับการ
วิจัยการพยาบาล*. พิมพ์ครั้งที่3. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ. (2557). *การพัฒนาเครื่องมือประเมินความสามารถในการทำหน้าที่
ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง*. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา.
- ภรดี ไชยสิน. (2545). การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาในโรงพยาบาล
จิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาล
สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2548). *จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอนเตอร์ไพรส์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รวมาธิบัติ*. พิมพ์ครั้งที่ 3.
กรุงเทพฯ: ปิยอนด์เอนเตอร์ไพรส์.
- ยุรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). อาการและอาการแสดง. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ
वासิกนันท์ (บรรณาธิการ). ใน *ตำราโรคจิตเภท*, หน้า 77-100. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ยุทธ ไกยวรรณ. (2555). หลักการและการใช้การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกสำหรับการวิจัย.
วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลศรีวิชัย, 4(1): 1-12.
- รัตนศิริ ทาโต. (2561). *การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์: แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้= Nursing researc :
concepts to application*. พิมพ์ครั้งที่ 3, หน้า 293-294. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
- ราชบัณฑิตยสถาน (2556). พจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. ๒๕๕๔. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร: บริษัทนานมีบุ๊คส์พับลิเคชั่นส์ จำกัด
- ราตรี เครือวรรณ. (2552). *การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทใน*

- โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รัชนิ อุทัยพันธ์. (2555). ผลของการสัมภาษณ์เพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจแบบกลุ่ม ต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. (2561). รายงานสถิติประจำปี 2561. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- วรพรรณ เสนาณรงค์. (2550). Neurocognitive assessment. *หมอชาวบ้าน*, 274, 1-5.
- วัชรินทร์ วุฒิรัตนฤทธิ์. (2560). การส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *THE JOURNAL OF PSYCHIATRIC NURSING AND MENTAL HEALTH*, 31(1), 1-12.
- วีระยุทธ บุปผา. (2554). รูปแบบการบำบัดในชุมชนเพื่อลดการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์ และมานิต ศรีสุรภานนท์. (2552). โรคจิตเภท (Schizophrenia): ระบาดวิทยาและการรักษา. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 54 (1), 21-37.
- ศิริชัย กาญจนวสี. (2548). *การวิเคราะห์พระคัมภีร์*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สรินทร เขียวโสธร. (2545). ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สวัสด์ เทียงธรรม. (2547). *แรงจูงใจและความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท*. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2547). *โรคซึมเศร้าและการฆ่าตัวตาย*. กรุงเทพฯ: บริษัทสยามศิลป์การพิมพ์.
- สมภพ เรืองตระกูล. (2553). *ตำราจิตเวชศาสตร์พื้นฐานและโรคทางจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สมรัก ชูวานิชวงศ์ และคณะ. (2552). ประสบการณ์การคืนสู่สภาวะ (Recovery) ของผู้ป่วยโรคจิตเภทไทย. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 12 (2), 8-21.
- สุจรรยา โลหาชีวะ. (2561). ความเครียด และปัจจัยที่ก่อให้เกิดความเครียดในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยครั้งแรก: บทบาทพยาบาล. *วารสารสุขภาพภาคประชาชน*, 11 (1), 60-67.
- สุภาวดี เกษไชย. (2555). ปัจจัยทำนายอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีการทางจิตครั้งแรก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). *การพยาบาลจิตเวช*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์

มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2533). ตัวแปรสำหรับการวิจัย : การคัดเลือก การวัดและการควบคุม. *วารสารวิธีวิทยาการวิจัย*. 5(3).

ศิริชัย กาญจนวาสี. (2544). *การเลือกใช้สถิติที่เหมาะสมสำหรับการวิจัย*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: บุญศิริการพิมพ์.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2553). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรพรรณ ลือบุญรัชชัย. (2554). *การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช*. กรุงเทพฯ: บริษัท วี.พรีน จำกัด.

อุมาพร กาญจนรักษ์. (2545). ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

Albert, N., Bertelsen, M., Thorup, A., Petersen, L., Jeppesen, P., Le Quack, P. & Nordentoft, M. (2011). Predictors of recovery from psychosis: analyses of clinical and social factors associated with recovery among patients with first-episode psychosis after 5 years. *Schizophrenia Research*, 125(2), 257-266.

Amador, X. F., & David, A. S. (Eds.). (2004). *Insight and psychosis: awareness of illness in schizophrenia and related disorders*. Oxford University Press.

Amaresha, A. C., & Venkatasubramanian, G. (2012). Expressed emotion in schizophrenia: an overview. *Indian journal of psychological medicine*, 34(1), 12.

Andreasen, N. C., Carpenter Jr, W. T., Kane, J. M., Lasser, R. A., Marder, S. R., & Weinberger, D. R. (2005). Remission in schizophrenia: proposed criteria and rationale for consensus. *American Journal of Psychiatry*, 162(3), 441-449.

Beck, A. T., Baruch, E., Balter, J. M., Steer, R. A., & Warman, D. M. (2004). A new instrument for measuring insight: the Beck Cognitive Insight Scale. *Schizophrenia research*, 68(2), 319-329.

Bobes J, Ciudad A, Alvarez E, et al. Recovery from schizophrenia: results from a 1-year follow-up observational study of patients in symptomatic remission. *Schizophrenia*. 115(2009), 58-66.

Bogojevic, G., Ziravac, L., & Zigmund, D. (2015). Impact of expressed emotion on the course of schizophrenia. *European Psychiatry*, 30, 390.

Boyd, M.A. (2005). *Psychiatric Nursing Contemporary Practice*. 3rd ed. Philadelphia: Lippincott.

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.
- Butzlaff, R. L., & Hooley, J. M. (1998). Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Archives of general psychiatry*, 55(6), 547-552.
- Cannavo, D., Minutolo, G., Battaglia, E., & Aguglia, E. (2016). Insight and recovery in schizophrenic patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical*, 20(2), 83-91.
- Carayannis, E. (2000). *Strategic management of technological learning*. CRC Press.
- Ciudad, A., Álvarez, E., Bobes, J., San, L., Polavieja, P., & Gilaberte, I. (2009). Remission in schizophrenia: Results from a 1-year follow-up observatic study. *Schizophrenia research*, 108(1), 214-222.
- Cole, J.D., & Kazarian, S.S. (1988). The Level of Expressed Emotion Scale: a new measure of expressed emotion. *Journal Psychology*, 44 (3), 392-397.
- Cullberg, J. (1991). Recovered versus nonrecovered schizophrenic patients among those who have had intensive psychotherapy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(3), 242-245.
- David, A. (1990). Insight and Psychosis. *British Journal of Psychiatry*. 156, 798-808.
- Emsley, R., Rabinowitz, J., Medori, R., & Early Psychosis Global Working Group. (2007). Remission in early psychosis: rates, predictors, and clinical and functional outcome correlates. *Schizophrenia research*, 89(1), 129-139.
- Farragher, B. (1999). Treatment compliance in the mental health service. *Iris Medication Journal*, 92(6), 1-3.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of psychiatric research*, 12(3), 189-198.
- Forbes, J. (2010). Unawareness as a Barrier to Treatment in Patients with Schizophrenia. *Journal of psychosis Nursing*, 1(5).
- Harrison, G., Hopper, K. I. M., Craig, T., Laska, E., Siegel, C., Wanderling, J. & Holmberg, S.K. (2001). Recovery from psychotic illness: a 15-and 25-year international follow up study. *The British journal of psychiatry*, 178(6), 506-517.
- Holthausen, E. A., Wiersma, D., Cahn, W., Kahn, R. S., Dingemans, P. M., Schene, A. H., & van den Bosch, R. J. (2007). Predictive value of cognition for different domains of outcome in recent-onset schizophrenia. *Psychiatry research*, 149(1-3), 71-80.
- Jäger, M., Riedel, M., Schmauss, M., Laux, G., Pfeiffer, H., Naber, D., ... & Kühn, K. U. (2009). Prediction of symptom remission in schizophrenia during inpatient treatment. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 10(4-2), 426-434.
- Jaaskelainen, E., Juola, P., Hirvonen, N., McGrath, J. J., Saha, S., Isohanni, M., &

- Miettunen, J. (2013). A systematic review and meta-analysis of recovery schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 39(6), 1296-1306.
- Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. (2009). Nurses' perceptions and practices regarding recovery from schizophrenia: a descriptive qualitative study. *Journal Health Science*, 3(2), 1-12.
- Kaewprom, C., Curtis, J., & Deane, F. (2011). Factors involved in recovery from schizophrenia: A qualitative study of Thai mental health nurses. *Journal of Nursing and Health Science* 13: 323-327.
- Kane, J. M. (2007). Treatment adherence and long-term outcomes. *CNS spectrums*, 12 (S17), 21-26.
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 13(2), 261-276.
- Kingdon, D., & Turkington, D. (1994). *Cognitive behavioral Therapy of schizophrenia*. New York: Guilford.
- Kopelowicz, A., Liberman, R. P., Ventura, J., Zarate, R., & Mintz, J. (2005). Neurocognitive correlates of recovery from schizophrenia. *Psychological medicine*, 35(8), 1165.
- Lambert, M., Schimmelmann, B. G., Naber, D., Schacht, A., Karow, A., Wagner, T., & Czekalla, J. (2006). Prediction of remission as a combination of symptomatic and functional remission and adequate subjective well-being in 2960 patients with schizophrenia. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(11), 1690-1697.
- Lambert, M., Karow, A., Leucht, S., Schimmelmann, B. G., & Naber, D. (2010). Remission in schizophrenia: validity, frequency, predictors, and patients' perspective 5 years later. *Dialogues in clinical neuroscience*, 12(3), 393.
- Larner, A. J. (2013). *Neuropsychological neurology: the neurocognitive impairments of neurological disorders*. Cambridge University Press.
- Left, P. J., and Vaughn, C.E. (1981). Patterns of emotional response in relatives of schizophrenic Patients. *Schizophrenia Bulletin* 7(1): 43-44.
- Lawley, D. N., & Maxwell, A. E. (1971). *Factor analysis as a statistical method*. London: Butterworth & Co.
- Liberman, R.P., & Kopelowicz, A. (2002). Recovery from schizophrenia: a challenge for the 21st century. *International Review of Psychiatry*, 14, 245-255.
- Liberman, R.P., & Kopelowicz, A. (2005). Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. *Psychiatric Services*, 56, 735-742.
- Liberman, R.P., Kopelowicz, A., Ventura, J., Gutkind, D., (2002). Operational criteria and factors related to recovery from schizophrenia. *International Review of Psychia*

14, 256–272.

Liberman, R.P. (2008). *Recovery From Disability Manual of Psychiatric Rehabilitation*. London, England: American Psychiatric.

Lieberman, J. A., & Murray, M.R. (2002). *A textbook of clinical management Comprehensive care of Schizophrenia*. 2nd ed. United Kingdom: Martin Dunitz Ltd

Lincoln, T. M., Lüllmann, E., & Rief, W. (2007). Correlates and long-term consequences of poor insight in patients with schizophrenia. A systematic review. *Schizophrenic bulletin*, 33(6), 1324-1342.

Lysaker, P. H., Dimaggio, G., Buck, K. D., Carcione, A., & Nicolò, G. (2007). Metacognition within narratives of schizophrenia: associations with multiple domains of neurocognition. *Schizophrenia research*, 93(1-3), 278-287.

Marshall, F., Folstein, Susan, E., Folstein and Paul, R., & Mchugh. A. (1975). 'Mini-mental stage' A Practical method for grading the cognitive state patients for clinician. *Journal Psychiatry*, 12: 189-198.

Mattews, D. and Hingson. 1977. Improving patient Compliance: *A guide for Psychiatric Nursing*, 29(6): 6-7.

Morrison, A. B., & Chein, J. M. (2011). Does working memory training work? The promise and challenges of enhancing cognition by training working memory. *Psychonomic bulletin & review*, 18(1), 46-60

Muhlenkamp, A. F., & Broerman, N. A. (1988). Health beliefs, health value, and positive health behaviors. *Western Journal of Nursing Research*, 10(5), 637-646.

Nunnally, J. (1978). *Psychometric methods*. New York: McGraw-Hill.

Novick, D., Haro, J. M., Suarez, D., Vieta, E., & Naber, D. (2009). Recovery in the outpatient setting: 36-month results from the Schizophrenia Outpatients Health Outcomes (SOHO) study. *Schizophrenia*, 108(1-3), 223-230.

Opler, M. G., Yang, L. H., Caleo, S., & Alberti, P. (2007). Statistical validation of the criteria for symptom remission in schizophrenia: preliminary findings. *BMC psychiatry*, 7(1), 35.

Overall, J. E., & Gorham, D. R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological reports*, 10(3), 799-812.

Petersen, L., Thorup, A., Øqhlenschlæger, J., Christensen, T. Ø., Jeppesen, P., Krarup, G., & Nordentoft, M. (2008). Predictors of remission and recovery in a first-episode schizophrenia spectrum disorder sample: 2-year follow-up of the OPUS trial. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 53(10), 660-670.

Polit, D.F. (1999). *Data Analysis and Statistics for Nursing Research*. Singapore: Simon & Schuster.

- Rajji, T. K., Miranda, D., & Mulsant, B. H. (2014). Cognition, function, and disability in patients with schizophrenia: a review of longitudinal studies. *Canadian journal of psychiatry. Revue canadienne de psychiatrie*, 59(1), 13–17.
- Resnick, S. G., Rosenheck, R. A., & Lehman, A. F. (2004). An exploratory analysis of correlates of recovery. *Psychiatric Services*, 55(5), 540-547.
- Robinson, D. G., Woerner, M. G., McMeniman, M., Mendelowitz, A., & Bilder, R. M. (2004). Symptomatic and functional recovery from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Am J Psychiatry*, 161(3), 473-479.
- Rosen, K., & Garety, P. (2005). Predicting recovery from schizophrenia: a retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes. *Schizophrenia Bulletin*, 31(3), 735-750.
- San, L., Ciudad, A., Álvarez, E., Bobes, J., & Gilaberte, I. (2007). Symptomatic remission and social/vocational functioning in outpatients with schizophrenia: prevalence and associations in a cross-sectional study. *European Psychiatry*, 22(8), 490-498.
- Santor, D. A., Ascher-Svanum, H., Lindenmayer, J. P., & Obenchain, R. L. (2007). Item response analysis of the Positive and Negative Syndrome Scale. *BMC psychiatry*, 7(1), 66.
- Sarafino, P. E. (1990). *Health psychology biopsychosocial interaction*. New York: John Wiley.
- Seo, J. M., Ahn, S., Byun, E. K., & Kim, C. K. (2007). Social skills training as nursing intervention to improve the social skills and self-esteem of inpatients with chronic schizophrenia. *Archives of psychiatric nursing*, 21(6), 317-326.
- Shrivastava, A., Johnston, M. E., Thakar, M., Shrivastava, S., Sarkhel, G., Sunita, I., & Parkar, S. (2011). Impact and origin of stigma and discrimination in schizophrenia: Patient perceptions. *Stigma Research and Action*, 1(1), 67-72.
- Smith, T. E., Hull, J. W., Huppert, J. D., Silverstein, S. M., Anthony, D. T., & McClough, J. F. (2004). Insight and recovery from psychosis in chronic schizophrenia and schizoaffective disorder patients. *Journal of psychiatric research*, 38(2), 169-176.
- Stirling, J., White, C., Lewis, S., Hopkins, R., Tantam, D., Huddy, A., & Montague, L. (2003). Neurocognitive function and outcome in first-episode schizophrenia: a 10-year follow-up of an epidemiological cohort. *Schizophrenia research*, 65(2), 75-81.
- Sunpaveerawong, J. (2006). *Development of the Thai Expressed Emotion Scale for family caregiver of Schizophrenic patients*. Degree of Doctor of Philosophy Nursing.

- Wunderink, L., Nienhuis, F. J., Sytema, S., & Wiersma, D. (2006). Predictive validity of proposed remission criteria in first-episode schizophrenic patients responding antipsychotics. *Schizophrenia bulletin*, 33(3), 792-796.
- Wunderink, L., Sytema, S., Nienhuis, F. J., & Wiersma, D. (2008). Clinical recovery in first-episode psychosis. *Schizophrenia Bulletin*, 35(2), 362-369.
- World Health Organization. *Schizophrenia*. [online]. 2013. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ [2016,October1]
- Wyatt, R. J. (1991). Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophrenia bulletin*, 17(2), 325.





ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY



รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

1. นายแพทย์สมชาย ตันศิริสิทธิกุล นายแพทย์เชี่ยวชาญ
โรงพยาบาลศรีธัญญา
2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. ดร.สนธยา มณีรัตน์ อาจารย์พยาบาล
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นพรัตน์วชิระ
4. นางสาวอนงค์นุช ศาโตรก พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีธัญญา
5. นางณัฐกานต์ ใจบุญ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลศรีธัญญา







ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๗/ ๕๐๘๙

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐

๒๐ สิงหาคม ๒๕๖๑

เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

อ้างถึง หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ที่ สธ ๐๕๑๒.๑๑/ ๑๒๖๖ ลงวันที่ ๙ กรกฎาคม ๒๕๖๑

ตามหนังสือที่อ้างถึงจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ขออนุญาตใช้เครื่องมือในการทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มพื้นผิวและไมพื้นผิวด้านอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภท” โดยมีผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.รัชนิกร อุปเสน เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ตามความละเอียดแจ้งแล้วนั้น

ในการนี้ โรงพยาบาลศรีธัญญา พิจารณาแล้วอนุญาตให้ใช้เครื่องมือแบบวัดระดับอาการทางจิตผู้ป่วย Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ฉบับโรงพยาบาลศรีธัญญาได้ตามที่แจ้งมา

จึงเรียนมาเพื่อทราบ

ขอแสดงความนับถือ

(นายศิริศักดิ์ อิตติกรตัน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

กลุ่มงานฝึกอบรมและวิเทศสัมพันธ์

โทรศัพท์ ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๐๐ ต่อ ๕๗๑๓๗ - ๙

โทรสาร ๐ ๒๕๒๘ ๗๘๒๐

ผู้ประสาน นางชีวันนัท เครืออนันต์



คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
หลักสูตรบัณฑิตศึกษา
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพฯ ๑๐๗๐๐
โทร ๐๒-๔๔๑-๕๓๓๓ ต่อ ๒๕๔๒ - ๓
โทรสาร ๐๒-๔๔๑-๕๓๔๗

ที่ ศธ ๐๕๑๗.๐๕/๐๖๙๖๓
วันที่ ๒๖ กันยายน ๒๕๖๐
เรื่อง อนุญาตให้ใช้เครื่องมือวิจัย

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตามหนังสือที่ ศธ ๐๕๑๒.๑๑/๑๕๐๐ วันที่ ๓๑ สิงหาคม ๒๕๖๐ ขออนุญาตใช้เครื่องมือวิจัยตามรายละเอียดดังแจ้งแล้วนั้น คณะฯ ได้พิจารณาแล้วยินยอมอนุญาตให้ นางสาวรัตติยาพร เบญจมะ ใช้เครื่องมือวิจัย ของ นางสาวสุภาวดี เกษไชย ทั้งนี้ คณะพยาบาลศาสตร์ ได้แนบแบบฟอร์มหนังสือรับรองการนำผลงานวิจัยหรืองานสร้างสรรค์ไปใช้ประโยชน์และแบบฟอร์ม พย.ม.๐๑๔ มาด้วย เพื่อให้ดำเนินการกรอกแบบฟอร์มดังกล่าว ส่งคืนไปยังสำนักงานหลักสูตรบัณฑิตศึกษา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล และโปรดดำเนินการชำระค่าบริการขอใช้เครื่องมือวิจัย จำนวน ๒๐๐.๐๐ บาท (สองร้อยบาทถ้วน) ต่อเครื่องมือวิจัย ๑ ชุด ด้วยตนเองหรือ โดยโอนเงินเข้าบัญชีธนาคารไทยพาณิชย์ จำกัด (มหาชน) สาขาศิริราช ชื่อบัญชี “หลักสูตรบัณฑิตศึกษา” เลขที่บัญชี ๐๑๖-๒๔๔๕๒๘-๕ ประเภทออมทรัพย์ และแนบสำเนาหลักฐานการโอนเงินส่งมายัง E-mail saowanee.mah@mahidol.ac.th เอกสารฉบับจริงส่งมายัง

หลักสูตรบัณฑิตศึกษา (เพื่อการขอใช้เครื่องมือวิจัย)
คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
๒ ถนนวังหลัง แขวงศิริราช เขตบางกอกน้อย
กรุงเทพมหานคร ๑๐๗๐๐

จึงเรียนมาเพื่อโปรดทราบและดำเนินการต่อไปด้วย จะขอบพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์ ดร.ยาใจ สิทธิมงคล)
คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

หมายเหตุ ผู้ที่มาติดต่อเรื่องเครื่องมือวิจัยที่หลักสูตรบัณฑิตศึกษา ศาลายา ชั้น ๕ ให้ติดต่อตั้งแต่ เวลา ๐๘.๓๐-๑๔.๓๐ น.

FON-CU-THESIS11

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
คำร้องขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย (ภายในคณะฯ)

เลขที่รับ	๐๙๘
วันที่รับ	๐๕ มิ.ย. ๖๐
เวลา	๑๐.๓๕ น.
ผู้รับ	น. ๑๖๑

เรื่อง ขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย
เรียน รองคณบดี

ข้าพเจ้า นางสาวรัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ รหัสประจำตัว 5877310436
นิสิตสาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อยู่ปัจจุบัน เลขที่ 47 หมู่ 4
ตำบล ตลาดขวัญ อำเภอ เมือง จังหวัด นนทบุรี รหัสไปรษณีย์ 11000
โทรศัพท์ 08-8832-3324 Email o_numphueng_o@hotmail.com

หัวข้อวิทยานิพนธ์/โครงการศึกษาอิสระที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการบริหารคณะฯ (เฉพาะภาษาไทย)

การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มพื้นผิวและไม่พื้นผิวด้านอาการของผู้ป่วยจิตเภท

มีความประสงค์ที่จะขออนุญาตใช้เครื่องมือการวิจัย

1. ชื่อเครื่องมือ แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์
2. ชื่อวิทยานิพนธ์ ผลของสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวแบบกลุ่มต่อการดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแล
3. ชื่อเจ้าของเครื่องมือ นางชนิษฐา สุขทอง
4. ปีของวิทยานิพนธ์ 2554

ลงนาม อติพัทธ์ เบ็ญเจ๊ะมะ ผู้ยื่นคำร้อง
(นางสาวอติพัทธ์ เบ็ญเจ๊ะมะ)
๙๕ / ๙๕ / ๖๐

ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ลงนาม (.....)	ความเห็นอาจารย์ที่ปรึกษาของนิสิตเจ้าของเครื่องมือ ลงนาม (ผอ.ดร. พิเชษฐ อติพัทธ์)
---	--

อนุญาต (รองศาสตราจารย์ ดร. จิราพร เกศพิชญวัฒนา) รองคณบดี ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

๙๕
๙๕.๖.๖๐



ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงใน () หน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านและเติมข้อความในช่องว่าง

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุปัจจุบันของท่าน.....ปี
3. ช่วงระยะเวลาตั้งแต่ท่านเริ่มมีอาการทางจิตครั้งแรก (ได้แก่ ประสาทหลอน หลงผิด หวาดระแวง ความคิดสับสน ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ) จนกระทั่งได้รับการรักษาเป็นครั้งแรก
 () ภายใน 1 สัปดาห์ () 1 สัปดาห์ ถึง 1 เดือน () 1 เดือนถึง 3 เดือน
 () 3 เดือน ถึง 6 เดือน () 6 เดือน ถึง 1 ปี () 1 ปี ถึง 5 ปี
 () มากกว่า 5 ปีขึ้นไป ระบุ.....ปี
4. ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคจิตเภทของท่าน (นับตั้งแต่เริ่มมีอาการ) จนถึงปัจจุบัน.....ปี.....เดือน
5. สถานภาพสมรส () โสด () คู่ () หม้าย () หย่าร้าง () แยกกันอยู่
6. ระดับการศึกษาสูงสุด
 () ต่ำกว่าระดับประถมศึกษา () ประถมศึกษา
 () มัธยมศึกษาตอนต้น () มัธยมศึกษาตอนปลาย/ประกาศนียบัตรวิชาชีพ
 () อนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง () ปริญญาตรี () สูงกว่าปริญญาตรี
7. อาชีพ
 () ไม่ได้ประกอบอาชีพใด ๆ () กำลังศึกษา () รับผิดชอบงานบ้านเพียงอย่างเดียว
 () ประกอบอาชีพ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท (สำหรับผู้วิจัยประเมิน)

ส่วนที่ 2.1 คำชี้แจง : ผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับความเป็นจริงของผู้เข้าร่วมวิจัย

ใน 2 ปีที่ผ่านมา ผู้ร่วมวิจัยได้เข้าพักรักษาตัวแบบผู้ป่วยในในโรงพยาบาลจิตเวช หรือ ในโรงพยาบาลอื่น ๆ ด้วยอาการทางจิตเวช

() ไม่ใช่

() ใช้ โปรตรระบุ จำนวน.....ครั้ง ใน 2 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2.2 คำชี้แจง: ผู้วิจัยทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องว่างที่ตรงกับระดับอาการ ที่รุนแรงที่สุดของผู้เข้าร่วมวิจัย ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ระดับอาการ		ไม่มีอาการ	สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง	มีอาการเล็กน้อย	มีอาการปานกลาง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการรุนแรง	มีอาการรุนแรงมาก
		1	2	3	4	5	6	7
อาการและอาการแสดง								
1	คิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง (Grandiosity) ถาม: ท่านคิดว่าท่านมีความสามารถ มีอำนาจพิเศษมากกว่าคนอื่น							
2	ความรู้สึกหวาดระแวง (Suspiciousness) ถาม: ท่านรู้สึกระมัดระวังตัว ไม่ไว้วางใจผู้อื่นหรือรู้สึกว่าตกอยู่ในอันตราย							

ระดับอาการ		ไม่มีอาการ	สงสัยว่ามีอาการอยู่บ้าง	มีอาการเล็กน้อย	มีอาการปานกลาง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง	มีอาการรุนแรง	มีอาการรุนแรงมาก
		1	2	3	4	5	6	7
อาการและอาการแสดง								
3	เนื้อหาความคิดผิดปกติ (Unusual thought content) ถาม: ท่านมีความคิดแปลก ๆ เช่น เชื่อเรื่องลึกลับ ติดต่อกับ เทวดาหรือผีได้ อ่านใจคนได้ รู้สึกว่ามีคนมาควบคุมความคิดได้ รู้สึกว่าเรื่องราวในสื่อต่าง ๆ เกี่ยวข้องกับท่าน							
4	อาการประสาทหลอน (Hallucination) ถาม: ท่านได้ยินเสียงหรือเห็นภาพ โดยที่คนอื่นไม่ได้ยินหรือ ไม่ได้เห็น ได้กลิ่นหรือรู้สึกสัมผัสแปลก ๆ โดยไม่มีที่มา							
5	ความคิดสับสน (Conceptual disorganization) ถาม: ท่านรู้สึกหรือมีคนบอกว่าท่านมีความคิดสับสน วกวน							
6	ท่าทางและการเคลื่อนไหวผิดปกติ (Mannerisms/posturing) ถาม: ท่านมีท่าทางและการเคลื่อนไหวที่แปลก ๆ ไม่เหมือนคนอื่น							
7	การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) ถาม: ท่านขาดความสนใจ ความผูกพันทางอารมณ์กับ เหตุการณ์ต่าง ๆ							

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างขวามือที่ตรงกับระดับความคิดเห็นของท่านต่อข้อความในข้อนั้น

ข้อความ	ไม่เห็นด้วยทั้งหมด	เห็นด้วยเล็กน้อย	เห็นด้วยเป็นอย่างมาก	เห็นด้วยทั้งหมด
1. บางครั้งฉันเข้าใจผิดเกี่ยวกับทัศนคติที่คนอื่นมีต่อฉัน				
2. การตีความของฉันเกี่ยวกับประสบการณ์ของฉันถูกต้องอย่างแน่นอน				
3. คนอื่นสามารถเข้าใจสาเหตุของประสบการณ์แปลก ๆ ของฉันได้ดีกว่าตัวฉันเอง				
4. ฉันด่วนสรุปสิ่งต่าง ๆ เร็วเกินไป				
5. ประสบการณ์บางอย่างของฉันที่น่าจะเป็นจริงอาจเป็นผลมาจากจินตนาการของฉันก็ได้				
6. ความคิดเห็นบางอย่างที่ฉันเคยแน่ใจว่าถูกต้องกลับกลายเป็นผิดไปได้				
7. ถ้าสิ่งใดดูน่าจะถูกต้อง มันก็ต้องถูกต้อง				
8. ถึงแม้ว่าฉันจะรู้สึกแน่ใจว่าฉันถูกต้อง ฉันอาจผิดก็ได้				
9. ฉันรู้ปัญหาของฉันทันทีดีกว่าคนอื่น ๆ				
10. เมื่อใดก็ตามที่ผู้อื่นไม่เห็นด้วยกับฉัน โดยทั่วไปแล้วคนเหล่านั้นคิดผิด				
11. ฉันไม่สามารถเชื่อถือความคิดเห็นของคนอื่นเกี่ยวกับประสบการณ์ของฉันเองได้				
12. ถ้าใครสักคนชี้ให้เห็นว่าความคิดของฉันไม่ถูกต้อง ฉันยินดีนำมาพิจารณา				
13. ฉันสามารถเชื่อถือการตัดสินใจของฉันได้ตลอดเวลา				
14. มักมีคำอธิบายสาเหตุของพฤติกรรมมนุษย์ได้มากกว่า 1 ข้อ				
15. ประสบการณ์แปลก ๆ ของฉันอาจมีสาเหตุมาจากการมีความทุกข์หรือความเครียดสูง				

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

คำชี้แจง: กรุณาทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับพฤติกรรมการรับประทานยาของท่านมากที่สุด ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

ข้อความ	เป็นประจำ	บ่อยครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคย
1. ท่านหยุดกินยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว				
2. ท่านลืมกินยา				
3. ท่านกินยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น				
4. ท่านกินยาตรงตามเวลา				
5. ท่านกินยาครบตามที่แพทย์สั่ง				
6. ท่านทำตามคำแนะนำของนักวิชาชีพ (เช่น แพทย์ พยาบาล เภสัชกร) ในเรื่องการใช้ยา				
7. ท่านเคยเพิ่มจำนวนเม็ดยามากกว่าที่แพทย์สั่ง				
8. ท่านเคยลดจำนวนเม็ดยาน้อยกว่าที่แพทย์สั่ง				
9. เมื่อท่านมีอาการผิดปกติจากอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านจะรีบไปพบแพทย์ทันที				
10. เมื่อท่านมีอาการข้างเคียงของยารักษาอาการทางจิต ท่านจะกินยาลดอาการข้างเคียงที่แพทย์สั่งให้				
11. ท่านขอให้แพทย์ปรับการรักษาเมื่ออาการทางจิตไม่ดีขึ้น				
12. เมื่อมีอาการเจ็บป่วยทางกาย ท่านหยุดกินยารักษาโรคจิตทันที โดยไม่ได้ปรึกษาแพทย์				
13. แม้มีอาการทางจิตดีขึ้น ท่านยังมารับยาสม่ำเสมอ				
14. ท่านมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง				
15. เมื่อヤหมด ท่านจะดูแลตนเองโดยไม่ได้พบแพทย์				
16. ท่านปรึกษาพยาบาลหรือแพทย์ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา				

หมายเหตุ

เป็นประจำ	หมายถึง	ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ปฏิบัติเกือบทุกวัน (สัปดาห์ละ 3-5 ครั้ง)
นาน ๆ ครั้ง	หมายถึง	นาน ๆ ปฏิบัติสักครั้งหนึ่ง (เดือนละ 1 ครั้ง)
ไม่เคย	หมายถึง	ไม่เคยปฏิบัติเลย

ส่วนที่ 5 แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

คำชี้แจง: ให้ท่านพิจารณาบุคคลในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลักที่ใช้เวลาและใกล้ชิดกับท่านมากที่สุดในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา แล้วกรุณาตอบแบบสอบถามด้านล่างถึงพฤติกรรมของบุคคลนั้นซึ่งส่งผลต่อท่าน ด้วยการทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องขวามือที่ตรงกับความคิดของท่านมากที่สุดเพียงช่องเดียว

1. การเข้าไปรบกวนความเป็นส่วนตัวอย่างมาก

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
1. ผู้ดูแลเข้าใจว่าในบางเวลาฉันก็ต้องการที่จะพูดคุยกับใคร		
2. ผู้ดูแลไม่พูดแทรกการสนทนาของฉัน		
3. ผู้ดูแลไม่ปกป้องฉันมากเกินไป		
4. ผู้ดูแลชอบเข้ามารบกวนฉันเสมอ		
5. ผู้ดูแลไม่ยินยอมที่จะทำสิ่งต่าง ๆ ร่วมกับฉัน		
6. ผู้ดูแลไม่ยินยอมที่จะอยู่กับฉันตลอดเวลา		
7. ผู้ดูแลทำให้ฉันรู้สึกถูกครอบงำ ความคิด อารมณ์ ความรู้สึก		
8. ผู้ดูแลมักจะตรวจตราในสิ่งที่ฉันกำลังทำอยู่เสมอ		
9. ผู้ดูแลชอบเข้ามายุ่งกับชีวิตฉัน		
10. ผู้ดูแลต้องรู้ทุกเรื่องเกี่ยวกับฉันเสมอ		
11. ผู้ดูแลต้องรู้ให้ได้ว่าฉันจะไปไหนมาไหน		
12. ผู้ดูแลเข้ามายุ่งเรื่องส่วนตัวของฉัน		
13. ผู้ดูแลไม่สอดรู้สอดเห็นชีวิตของฉัน		
14. ผู้ดูแลไม่ถามเกี่ยวกับเรื่องส่วนตัวของฉันมากนัก		
15. ผู้ดูแลผิดหวังไม่พอใจเมื่อฉันไม่สนใจเขา		

2. การตอบสนองทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมต่อความเจ็บป่วย

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
16. ผู้ดูแลทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเมื่อฉันรู้สึกไม่ดี		
17. ผู้ดูแลไม่ทำให้ฉันรู้สึกกระวนกระวายใจ		
18. ผู้ดูแลเปิดอารมณ์ใส่ฉันเมื่อฉันรู้สึกไม่ค่อยสบาย		
19. ผู้ดูแลไม่ตื่นตระหนกเมื่อสิ่งต่าง ๆ เริ่มที่จะผิดพลาด		
20. ผู้ดูแลไม่สามารถคิดอะไรต่อไปได้เวลาที่มีความผิดพลาดเกิดขึ้น		
21. ผู้ดูแลตำหนิฉัน หากสิ่งต่าง ๆ ไม่ราบรื่น		
22. ผู้ดูแลไม่รู้ว่าจะจัดการความรู้สึกของฉันอย่างไรเมื่อฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย		
23. ผู้ดูแลสามารถควบคุมตัวเองได้ในสถานการณ์ตึงเครียด		
24. ผู้ดูแลรับฟังในสิ่งที่ฉันพูด		
25. ผู้ดูแลทำให้ฉันรู้สึกผ่อนคลายเวลาที่มีเขาอยู่ใกล้ ๆ		
26. ผู้ดูแลโกรธฉันอย่างไม่มีเหตุผล		
27. ผู้ดูแลสามารถจัดการความตึงเครียดได้ดี		
28. ผู้ดูแลไม่อดทนกับฉัน เมื่อฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย		
29. ผู้ดูแลทำให้ทุกอย่างยิ่งแย่ลงเวลาที่สิ่งต่าง ๆ ไม่เป็นไปด้วยดี		
30. ผู้ดูแลหงุดหงิดเมื่อเห็นสิ่งต่าง ๆ ไม่ถูกไม่ควร		

3. มีทัศนคติด้านลบต่อการเจ็บป่วย

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
31. ผู้ดูแลบอกว่า ฉันไม่สามารถควบคุมตัวเองได้		
32. ผู้ดูแลหาว่าฉันเรียกร้องความสนใจ เมื่อฉันบอกว่าฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย		
33. ผู้ดูแลเห็นอกเห็นใจฉัน เมื่อฉันป่วยหรือรู้สึกทุกข์ใจ		
34. ผู้ดูแลให้กำลังใจให้ฉันหาความช่วยเหลือเมื่อฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย		
35. ผู้ดูแลไม่ช่วยเหลือฉันเวลาฉันรู้สึกทุกข์ใจหรือรู้สึกไม่ค่อยสบาย		
36. ผู้ดูแลทำให้ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนที่มีความสำคัญ		
37. ผู้ดูแลบอกว่าฉันสร้างปัญหาเพื่อให้เขากลับมาสนใจดูแล		
38. ผู้ดูแลพยายามทำให้ฉันรู้สึกดีขึ้นเวลาฉันทุกข์ใจหรือไม่สบาย		
39. ผู้ดูแลชอบพูดว่า ฉันไม่จำเป็นต้องแสวงหาความช่วยเหลือจากแพทย์หรือพยาบาล		
40. ผู้ดูแลบอกว่าฉันแสดงอาการมากกว่าความเป็นจริงเวลาที่ฉันบอกว่าฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่ค่อยสบาย		
41. ผู้ดูแลเอาใจใส่ฉันเวลาที่ฉันป่วยหรือทุกข์ใจ		
42. ผู้ดูแลเต็มใจหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อจะเข้าใจฉัน เวลาที่ฉันรู้สึกไม่ค่อยดี		
43. ผู้ดูแลไม่ตำหนิเวลาที่ฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย		
44. ผู้ดูแลมักกล่าวหาว่า ฉันสร้างเรื่องขึ้นเอง เวลาที่ฉันรู้สึกไม่ดีหรือไม่สบาย		
45. ผู้ดูแลพยายามให้กำลังใจเมื่อฉันรู้สึกไม่ค่อยดี		

4. มีความอดทนต่ำร่วมกับมีความคาดหวังสูง

ข้อคำถาม	ใช่	ไม่ใช่
46. ผู้ดูแลทนกับฉันแม้ว่าฉันจะไม่สามารถทำตามที่เขาคาดหวังได้		
47. ผู้ดูแลทำให้ฉันรู้สึกผิด เวลาที่ฉันไม่สามารถทำอะไรตามที่เขาคาดหวังได้		
48. ผู้ดูแลเข้าใจความคิดของฉัน		
49. ผู้ดูแลไม่รู้สึกว่าฉันเป็นผู้สร้างปัญหามากมายให้เขา		
50. ผู้ดูแลทำให้ฉันรู้สึกแย่ เวลาที่ฉันไม่สามารถทำตามความคาดหวังของเขาได้		
51. ผู้ดูแลทนไม่ได้เมื่อฉันรู้สึกทุกข์ใจ		
52. ผู้ดูแลเข้าใจถึงข้อจำกัดของฉัน		
53. ผู้ดูแลยอมรับความจริงในสิ่งที่ฉันทำได้ และไม่สามารถทำได้		
54. ผู้ดูแลโกรธฉันเวลาที่มึอะไรผิดพลาด		
55. ผู้ดูแลจะใจเย็นกับฉันแม้ว่าสิ่งต่าง ๆ จะไม่เป็นไปในทางที่ถูกต้อง		
56. ผู้ดูแลคอยสนับสนุนฉันเวลาที่ฉันต้องการกำลังใจ		
57. ผู้ดูแลพยายามเข้าใจเมื่อฉันทำผิดพลาด		
58. ผู้ดูแลคาดหวังในตัวฉันมากเกินไป		
59. ผู้ดูแลโกรธจัดเวลาที่ฉันไม่สามารถทำบางสิ่งบางอย่างได้ดี		
60. ผู้ดูแลคาดหวังให้ฉันทำอะไร ๆ ได้เหมือนเดิมแม้ว่าฉันรู้สึกไม่ค่อยดี		

ส่วนที่ 6 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย

คำชี้แจง: ให้ผู้วิจัยทำการทดสอบและให้คะแนนในช่องว่างขวามือ

ข้อทดสอบ	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้
1. ORIENTATION		
• วันนี้เป็นวันอะไรของสัปดาห์(จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ฯลฯ)	1	
• วันนี้วันที่เท่าไร	1	
• เดือนนี้เดือนอะไร	1	
• ขณะนี้ เป็นช่วงไหนของวัน (เช้า เที่ยง เย็น)	1	
• ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)	1	
• คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ในกระดาษอีกแผ่น)	1	
2. REGISTRATION		
ผู้ทดสอบบอกชื่อของ 3 อย่างโดยพูดห่างกันชื่อละ 1 วินาที เพียงครั้งเดียว (พูดว่า “ต้นไม้ รถยนต์ มือ”) แล้วจึงให้ผู้ถูกทดสอบพูดทวนจนครบ ให้ 1 คะแนนในแต่ละคำตอบที่ตอบถูก * หมายเหตุ หลังจากให้คะแนนแล้วให้บอกซ้ำจนผู้ถูกทดสอบจำได้ทั้ง 3 อย่าง และบอกให้ผู้ถูกทดสอบทราบว่าสักครูจะกลับมาถามใหม่		
• ต้นไม้	1	
• รถยนต์	1	
• มือ	1	
3. ATTENTION : ให้บอกวันอาทิตย์-วันเสาร์ ย้อนหลัง ให้ครบสัปดาห์(ตอบซ้ำได้ 1 ครั้ง)		
• ศุกร์	1	
• พฤหัสบดี	1	
• พุธ	1	
• อังคาร	1	
• จันทร์	1	
4. CALCULATION : ให้คำนวณ 100-7 ไปเรื่อย ๆ 3 ครั้ง (ให้ 1 คะแนนในแต่ละครั้งที่ตอบถูกใช้เวลาคิดในแต่ละช่วงคำตอบไม่เกิน 1 นาทีหลังจากจบคำถาม)ถ้าผู้ถูกทดสอบไม่ตอบคำถามที่ 1 ให้ตั้งเลข		

ข้อทดสอบ	คะแนน เต็ม	คะแนนที่ ได้
93-7 ลองทำในการคำนวณครั้งต่อไป และ 86-7 ในครั้งสุดท้ายตามลำดับ		
• 93	1	
• 86	1	
• 79	1	
5. LANGUAGE: เตรียมกระดาษ 1 แผ่น ปากกา 1 ด้าม ให้ผู้ถูกทดสอบ		
• ผู้ทดสอบชี้ไปที่นาฬิกาข้อมือ แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า โดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (นาฬิกา)	1	
• ผู้ทดสอบชี้ไปที่เสื้อของตนเอง แล้วถามผู้ถูกทดสอบว่า โดยทั่วไป “เราเรียกสิ่งนี้ว่าอะไร” (เสื้อ, ผ้า)	1	
• ผู้ทดสอบบอกผู้ถูกทดสอบว่า จงฟังประโยคต่อไปนี้ให้ดี แล้วจำไว้ จากนั้นให้พูดตาม “ยายพาหลานไปซื้อขนมที่ตลาด”	1	
จงทำตามคำสั่งต่อไปนี้ (มี 3 ขั้นตอนคำสั่ง) ให้ผู้ทดสอบพูดต่อกันไปให้ครบ ทั้ง 3 ขั้นตอน ให้คะแนนขั้นตอนละ 1 คะแนน		
• หยิบกระดาษด้วยมือขวา	1	
• พับกระดาษเป็นครึ่งแผ่น	1	
• แล้วส่งกระดาษให้ผู้ตรวจ	1	
• อ่านข้อความต่อไปนี้แล้วทำตาม “ หลับตา ” (ข้อความอยู่ใน กระดาษอีกแผ่น)	1	
• จงวาดภาพต่อไปนี้ให้เหมือนตัวอย่างมากที่สุดเท่าที่ท่านจะ สามารถทำได้ (ภาพอยู่ในกระดาษอีกแผ่น ให้ผู้ถูกทดสอบดูตัวอย่างตลอดเวลาที่วาด)	2	
• กลัวยกกับส้มเหมือนกัน คือเป็นผลไม้ แล้ว แมวกับสุนัขเหมือนกันคือ (เป็นสัตว์/เป็นสิ่งมีชีวิต)	1	
6. RECALL: สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่นี้มีอะไรบ้าง		
• ต้นไม้	1	
• รถยนต์	1	
• มือ	1	

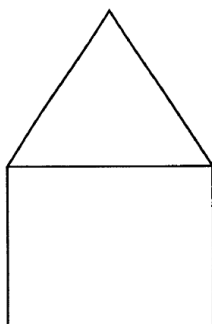
ภาพประกอบการทดสอบสมรรถภาพสมอง



“หลับตา”

ภาพตัวอย่าง

ใช้พื้นที่นี้วาดภาพ





ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Participant Information Sheet)

ในเอกสารนี้อาจมีข้อความที่ท่านอ่านแล้วยังไม่เข้าใจ โปรดสอบถามผู้วิจัยหรือผู้แทนให้ช่วยอธิบายจนกว่าจะเข้าใจดี ท่านอาจจะขอเอกสารนี้กลับไปอ่านที่บ้านเพื่อปรึกษาหารือกับญาติพี่น้อง เพื่อนสนิท แพทย์ประจำตัวของท่านหรือแพทย์ท่านอื่น เพื่อช่วยในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท
ชื่อผู้วิจัย นางสาวรัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ

โครงการวิจัยนี้ทำขึ้นเพื่อศึกษาปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท ว่าปัจจัย เพศ ช่วงเวลาของอาการโรคจิตที่ไม่ได้รับการรักษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วย การหยั่งรู้สภาพของตนเอง ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา การแสดงออกทางอารมณ์สูงในครอบครัว และการทำหน้าที่ด้านการรู้จักคิด มีผลต่ออาการสงบอย่างไร ผลการวิจัยจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติการพยาบาล และการบำบัดรักษาเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบต่อไป

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้หนึ่งที่มีคุณสมบัติตรงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการในการศึกษา คือเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคจิตเภทตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป การวิจัยครั้งนี้ต้องการผู้เข้าร่วมทั้งสิ้น 220 คน ระยะเวลาทั้งสิ้นประมาณ 2 เดือน

หากท่านตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัย สิ่งที่ท่านจะได้รับการปฏิบัติ คือ ท่านจะได้รับการสัมภาษณ์จากผู้วิจัยโดยใช้ระยะเวลาประมาณ 45-60 นาที ข้อคำถามประมาณ 136 ข้อ แบบสอบถาม 5 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และแบบทดสอบสมรรถภาพสมอง

ความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นเมื่อเข้าร่วมการวิจัยคือ ท่านต้องเสียเวลาและอาจรู้สึกอึดอัด เบื่อหน่าย ไม่สบายใจ ทั้งนี้ท่านมีสิทธิ์ที่จะขอพัก หรือไม่ตอบคำถามเหล่านั้นได้ และสามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา ในกรณีที่ระหว่างสัมภาษณ์หากท่านมีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพกายหรือสุขภาพจิตที่ผิดปกติเกิดขึ้น ผู้วิจัยจะให้ท่าน ยุติการสัมภาษณ์และส่งต่อท่านให้กับพยาบาลประจำหน่วยงานรับทราบเพื่อแจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบถึงอาการที่เกิดขึ้น

ท่านมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการเข้าร่วมวิจัยเมื่อใดก็ได้ และการไม่เข้าร่วมหรือถอนตัวจะไม่มีผลกระทบต่อบริการ การรักษาของท่านทั้งในปัจจุบันและอนาคต

ในการวิจัยครั้งนี้มีอาหารว่างเป็นขนมและน้ำผลไม้บริการท่าน

หากมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยจะแจ้งให้ท่านทราบโดยรวดเร็วไม่ปิดบัง

ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะถูกเก็บรักษาไว้ไม่เปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะรายงานผลการวิจัยเป็นข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นรายบุคคลอาจมีคณะบุคคลบางกลุ่มเข้ามาตรวจสอบได้ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมฯ และทีมผู้รักษา เป็นต้น

หากมีข้อข้องใจที่จะสอบถามเกี่ยวข้องกับการวิจัยท่านสามารถสอบถามข้อมูลเพิ่มเติมหรือ
ข้อมูลที่ไม่ชัดเจนได้ตลอดเวลาโดยสามารถติดต่อได้ที่ นางสาวรัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ **สถานที่ติดต่อใน
เวลาราชการ (ที่ทำงาน)** กลุ่มงานสนับสนุนการคืนสู่สุขภาพะโรงพยาบาลศรีธัญญา อำเภอเมือง
จังหวัดนนทบุรี โทรศัพท์ 02-528-7800 ต่อ 57108-9 **สถานที่ติดต่อนอกเวลาราชการ (ที่บ้าน)**
บ้านพักบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญา A2-310 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์มือถือ 088-832-3324 E-mail: o_numphueng_o@hotmail.com

หากท่านได้รับการปฏิบัติไม่ตรงตามที่ระบุไว้ ท่านสามารถติดต่อกับประธานคณะกรรมการฯ
หรือผู้แทนได้ที่ สำนักงานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลศรีธัญญา เลขที่ 47 หมู่
4 ตำบลตลาดขวัญ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 หมายเลขโทรศัพท์ 02-5287800 ต่อ 57243

ข้าพเจ้าได้อ่านรายละเอียดในเอกสารนี้ครบถ้วนแล้ว ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ โดย
ความสมัครใจและไม่มีการบังคับ

ลงชื่อ.....ผู้เข้าร่วมวิจัย/ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

วันที่...../...../.....

ลงชื่อ.....

(นางสาวรัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ)

ผู้ให้ข้อมูล/ ผู้ขอความยินยอม/ ผู้วิจัย

วันที่...../...../.....

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

วันที่...../...../.....

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้าซึ่งได้ลงนามทำหนังสือนี้ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

ชื่อการวิจัย ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

ชื่อผู้วิจัย นางสาวรัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัยในเวลาราชการ (ที่ทำงาน) กลุ่มงานสนับสนุนการคืนสู่สภาวะ โรงพยาบาลศรี

ธัญญาตำบลตลาดขวัญอำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรีโทรศัพท์ 02-528-7800 ต่อ 57108-9

สถานที่ติดต่อผู้วิจัยนอกเวลาราชการ (ที่พัก) บ้านพักบุคลากรโรงพยาบาลศรีธัญญาA2-310

จังหวัดนนทบุรี 11000โทรศัพท์ 088-832-3324 Email:o_numphueng_o@hotmail.com

ข้าพเจ้าได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่าง ๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมการวิจัยรวมทั้งแนวทางแก้ไขและประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอดอีกทั้งยังได้รับคำอธิบายและตอบข้อสงสัยจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวรัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าได้ทราบถึงสิทธิที่ข้าพเจ้าจะได้รับข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษจากการเข้าร่วมการวิจัยและมีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธหรือถอนตัวจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใด ๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่าผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยและข้อมูลใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้าผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับโดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้นไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจข้อความในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมวิจัย และหนังสือแสดงความยินยอมนี้โดยตลอดแล้ว ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจโดยไม่มีการบังคับ** ที่จะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ จึงลงลายมือชื่อไว้ต่อหน้าพยาน
ลงชื่อ..... ลงชื่อ.....

(.....)

(นางสาวรัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ)

ผู้เข้าร่วมวิจัย/ ผู้แทนโดยชอบธรรม

ผู้วิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน





ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๘/พิเศษ

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ครั้งแรก)

เลขที่ใบรับรอง : STY.COA๐๑๓/๒๕๖๑

ชื่อโครงการ : การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มฟื้นตัวและไม่ฟื้นตัวด้านอาการของผู้ป่วยจิตเภท
(DISCRIMINANT ANALYSIS OF SYMPTOMATIC AND NON-SYMPTOMATIC RECOVERY
IN PERSONS WITH SCHIZOPHRENIA)

รหัสโครงการ : STY.IRB๐๒๒/๒๕๖๑_Ful

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางสาวรัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ กลุ่มงานสนับสนุนการคืนสู่สมภาวะ โรงพยาบาลศรีธัญญา

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลศรีธัญญา

เอกสารที่รับรอง :

๑. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
๒. โครงร่างการวิจัย (ฉบับที่ ๓ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๑)
๓. ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ฉบับที่ ๓ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๑)
๔. ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย (ฉบับที่ ๓ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๑)
๕. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล (ฉบับที่ ๓ วันที่ ๖ ธันวาคม ๒๕๖๑)
๖. ประวัติผู้วิจัย

วันที่รับรอง : ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑

วันหมดอายุ : ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลัก
จริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ Declaration of Helsinki, the Belmont Report, CIOMS Guidelines
และ the International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice (ICH – GCP)

ลงนาม

(นางอรพรรณ ศิลปกิจ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน

โรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ ๒๒ ธันวาคม ๒๕๖๑

ลงนาม

(นายศิริศักดิ์ ธิติฉัตรดำน)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑



บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ โรงพยาบาลศรีธัญญา สำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคนฯ โทรศัพท์ ๕๓๒๔๓, ๕๗๒๔๔

ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๘/๗ ๗๕๐๑

วันที่ ๒๔ ธันวาคม ๒๕๖๑

เรื่อง ขอให้ผู้วิจัยเข้าเก็บข้อมูล

เรียน หัวหน้ากลุ่มงานการแพทย์ / หัวหน้ากลุ่มภารกิจการพยาบาล และหัวหน้ากลุ่มงานเวชระเบียน

ตามที่ โรงพยาบาลศรีธัญญา โดยสำนักงานจริยธรรมการวิจัยในคนฯ ได้จัดประชุมเพื่อพิจารณาโครงการวิจัยที่ขอเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศรีธัญญา (Research Club) เมื่อวันที่ ๒๒ พฤศจิกายน ๒๕๖๑ ตามรายละเอียดที่ทราบแล้วนั้น

ในการนี้ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา ได้พิจารณาแล้วมีมติให้การรับรองตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นสากล ได้แก่ หลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki), the Belmont Report, CIOMS Guidelines และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิกที่ดี (ICH-GCP) ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลวิจัยได้ระหว่างวันที่ ๒๑ ธันวาคม ๒๕๖๑ ถึงวันที่ ๒๐ ธันวาคม ๒๕๖๒ โดยเข้าถึงเวชระเบียนผู้ป่วย จำนวน ๑ เรื่อง คือ

๑. เรื่อง การวิเคราะห์หัวแปรจำแนกกลุ่มพันตัวและไม่พันตัวด้านอาการของผู้ป่วยจิตเภท

โดย นางสาวรัตติยาพร เบญจะมะ กลุ่มงานสนับสนุนการคืนสู่สุขภาพะ โรงพยาบาลศรีธัญญา

จึงเรียนมาเพื่อโปรดให้ความอนุเคราะห์แก่ผู้มีรายนามดังกล่าว เข้าเก็บข้อมูลในหน่วยงานของท่านในระยะเวลาดังกล่าวด้วย

(นายศิริศักดิ์ ธิติฉัตรนันธ์)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา



คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ขอขอบพระภาคเกียรติคุณนี้ไว้เพื่อแสดงว่า

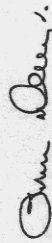
รัตติยาพร เบญจะมะ

ได้ผ่านการการอบรม

“ความรู้ความเข้าใจด้านจริยธรรมการวิจัยในคนหลักสูตรพื้นฐาน (Basic course)”
คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. ๒๕๖๐

ในวันพฤหัสบดีที่ ๗ ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๖๐
ณ ห้องประชุมอดิทยาทนศิริคุณ ตึกสยามินทร์ ชั้น ๗ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ขอให้ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปใช้เป็นหลักในการปฏิบัติเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุด
ให้ไว้ ณ วันพฤหัสบดีที่ ๗ ธันวาคม พุทธศักราช ๒๕๖๐



(ศาสตราจารย์ นายแพทย์ชัยรัตน์ ฉายากุล)
ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน



(ศาสตราจารย์ ดร. นายแพทย์ประสิทธิ์ วัฒนาภา)
คณบดี คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล



Reliability แบบประเมินอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท

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
.950	.961	7

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
2.1gradior	6.13	49.430	.896	.937	.943
2.2sus	5.63	40.861	.883	.904	.940
2.3delu	6.03	48.171	.873	.929	.942
2.4Hallu	5.77	44.530	.817	.877	.944
2.5conc	5.73	42.685	.871	.933	.939
2.6post	6.10	48.852	.871	.827	.943
2.7blunt	5.60	43.076	.808	.724	.946

Reliability แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง โดยรวม (15 ข้อ)

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
.752	.748	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
insight1	20.23	38.116	.323	.582	.741
insight2	20.60	36.317	.526	.730	.724
insight3	20.70	38.355	.258	.778	.747
insight4	20.23	39.426	.170	.640	.754
insight5	20.10	40.093	.100	.566	.761
insight6	19.97	36.999	.427	.779	.732
insight7	20.20	36.579	.328	.576	.742
insight8	19.57	35.013	.499	.578	.723
insight9	19.67	34.989	.495	.392	.723
insight10	20.63	39.344	.191	.676	.752
insight11	20.47	38.602	.330	.629	.741
insight12	19.67	33.264	.605	.823	.709
insight13	20.03	34.240	.540	.615	.717
insight14	19.40	36.455	.405	.647	.733
insight15	20.00	39.586	.103	.629	.764

Reliability แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ด้านความเชื่อมั่นในตนเอง (6 ข้อ)

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
.678	.685	6

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
insight2	6.67	8.989	.386	.233	.645
insight7	6.27	7.306	.521	.285	.593
insight9	5.73	8.202	.381	.243	.648
insight10	6.70	9.252	.312	.290	.666
insight11	6.53	9.016	.464	.379	.628
insight13	6.10	7.886	.418	.269	.635

Reliability แบบประเมินการหยั่งรู้สภาพของตนเอง ด้านการสะท้อนดูตนเอง (9 ข้อ)

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
.624	.613	9

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
insight1	12.63	14.309	.336	.544	.590
insight3	13.10	15.059	.168	.486	.628
insight4	12.63	15.964	.044	.369	.653
insight5	12.50	15.983	.035	.347	.656
insight6	12.37	13.275	.507	.728	.551
insight8	11.97	11.964	.578	.491	.517
insight12	12.07	11.582	.578	.699	.512
insight14	11.80	13.683	.346	.609	.586
insight15	12.40	14.455	.194	.448	.626

Reliability แบบประเมินความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

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
.803	.782	16

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
ร่วมมือ1	44.47	59.706	.333	.643	.797
ร่วมมือ2	44.53	61.016	.226	.554	.802
ร่วมมือ3	44.87	57.292	.259	.596	.804
ร่วมมือ4	46.70	63.321	-.025	.360	.810
ร่วมมือ5	44.57	51.771	.653	.875	.772
ร่วมมือ6	44.57	52.254	.620	.898	.775
ร่วมมือ7	46.70	62.631	.021	.395	.811
ร่วมมือ8	44.53	55.016	.512	.760	.784
ร่วมมือ9	45.17	51.385	.568	.578	.778
ร่วมมือ10	45.23	51.702	.512	.649	.784
ร่วมมือ11	45.30	56.286	.343	.469	.797
ร่วมมือ12	44.83	53.592	.508	.773	.784
ร่วมมือ13	44.53	54.533	.548	.756	.782
ร่วมมือ14	44.30	56.355	.563	.748	.784
ร่วมมือ15	44.47	58.326	.289	.735	.800
ร่วมมือ16	44.73	57.306	.301	.575	.800

Reliability แบบวัดระดับการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

Case Processing Summary

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

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.938	.940	60

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

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
EE1	35.10	172.369	.375	.938
EE2	35.37	175.826	.116	.939
EE3	35.17	175.523	.130	.939
EE4	34.87	172.533	.487	.937
EE5	35.17	181.592	-.316	.942
EE6	35.10	181.472	-.312	.942
EE7	35.10	170.024	.558	.937
EE8	35.33	173.057	.328	.938
EE9	35.30	171.045	.478	.937
EE10	35.20	174.028	.242	.939
EE11	35.23	173.633	.272	.938
EE12	35.20	171.200	.456	.937
EE13	35.13	175.637	.123	.939
EE14	35.03	174.723	.203	.939
EE15	35.20	172.579	.351	.938
EE16	34.97	170.447	.586	.937
EE17	35.00	172.276	.411	.938
EE18	35.07	169.444	.615	.936
EE19	35.03	175.413	.148	.939
EE20	35.07	171.789	.428	.937
EE21	35.37	170.723	.525	.937
EE22	35.33	172.092	.404	.938
EE23	35.00	169.379	.654	.936
EE24	35.03	169.206	.649	.936
EE25	35.13	170.051	.549	.937
EE26	35.10	173.128	.317	.938
EE27	35.03	171.551	.458	.937
EE28	35.10	168.714	.662	.936
EE29	35.00	168.621	.718	.936
EE30	35.27	173.789	.262	.938
EE31	35.20	171.476	.435	.937
EE32	35.07	172.133	.401	.938

EE33	34.97	168.930	.718	.936
EE34	34.90	170.231	.672	.936
EE35	35.03	170.447	.547	.937
EE36	35.03	170.654	.530	.937
EE37	35.10	173.679	.274	.938
EE38	35.00	168.966	.689	.936
EE39	34.77	174.944	.375	.938
EE40	35.03	168.585	.700	.936
EE41	34.97	170.792	.556	.937
EE42	35.07	171.444	.455	.937
EE43	35.00	171.034	.515	.937
EE44	35.00	172.138	.423	.937
EE45	34.90	170.990	.599	.937
EE46	34.83	173.868	.388	.938
EE47	35.20	171.269	.451	.937
EE48	35.20	170.441	.514	.937
EE49	35.17	169.316	.602	.936
EE50	35.27	168.409	.678	.936
EE51	35.23	174.254	.225	.939
EE52	35.13	168.671	.657	.936
EE53	34.93	170.685	.592	.937
EE54	35.43	173.082	.359	.938
EE55	34.93	172.478	.431	.937
EE56	35.07	169.030	.648	.936
EE57	35.03	168.861	.677	.936
EE58	35.30	170.286	.538	.937
EE59	35.20	167.200	.766	.935
EE60	35.33	174.161	.242	.939

Reliability แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
.806	.813	30

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.

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TMSE1	24.33	13.885	.170	.807
TMSE2	24.53	12.878	.387	.798
TMSE3	24.23	14.185	.162	.805
TMSE4	24.30	13.459	.397	.798
TMSE5	24.33	13.609	.279	.802
TMSE6	24.30	13.459	.397	.798
TMSE7	24.27	13.306	.579	.793
TMSE8	24.27	13.306	.579	.793
TMSE9	24.30	13.114	.559	.791
TMSE10	24.23	14.185	.162	.805
TMSE11	24.27	13.306	.579	.793
TMSE12	24.23	14.392	.012	.809
TMSE13	24.27	13.306	.579	.793
TMSE14	24.23	14.599	-.137	.812
TMSE15	24.33	13.609	.279	.802
TMSE16	24.70	13.252	.251	.807
TMSE17	24.80	12.993	.334	.801
TMSE18	24.27	13.720	.350	.800
TMSE19	24.30	13.459	.397	.798
TMSE20	24.33	13.471	.335	.800
TMSE21	24.27	13.306	.579	.793
TMSE22	24.30	13.459	.397	.798
TMSE23	24.27	13.306	.579	.793
TMSE24	24.23	14.047	.264	.803
TMSE25	24.23	14.323	.062	.808
TMSE26	24.33	13.885	.170	.807
TMSE27	24.30	14.562	-.092	.816
TMSE28	24.43	13.771	.152	.810
TMSE29	24.67	12.506	.468	.793
TMSE30	24.93	12.892	.417	.796

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล

นางสาวรัตติยาพร เป็ญเจ๊ะมะ

วัน เดือน ปี เกิด

17 พฤษภาคม 2534

สถานที่เกิด

จังหวัดยะลา

วุฒิการศึกษา

ปี พ.ศ. 2556 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีบัณฑิต เกียรตินิยมอันดับ
หนึ่ง เป็นนักศึกษาทุนตามโครงการในดิงเกล คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY