

การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

นางนาถนภา วงษ์ศีล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2555

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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

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

Mrs.Nardnapa Wongsin

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Nursing Science Program in Mental Health and Psychiatric Nursing
Faculty of Nursing
Chulalongkorn University
Academic Year 2012
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม
โดย	นางนาดนภา วงษ์ศีล
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้นับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วน
หนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ร้อยตำรวจเอกหญิง ดร.ยุพิน อังสุโรจน์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลีอนุช วัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
(อาจารย์ ดร.สุนิศา สุขตระกูล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต)

นาถนภา วงษ์สีล : การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วย
จิตเภทไทยมุสลิม. (DISCRIMINANT ANALYSIS OF RELAPSE AND NON-RELAPSE IN
THAI MUSLIM SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก : รศ.ดร.
จินตนา ยูนิพันธุ์,อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม : อ.ดร.สุนิสา สุขตระกูล, 148 หน้า.

การวิจัยเชิงบรรยายเรื่องนี้ มีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรและลำดับ
ความสำคัญของตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส
พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา
กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว
ที่สามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วย
จิตเภทไทยมุสลิมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอกใน โรงพยาบาลสังกัดกรม
สุขภาพจิต จำนวน 220 คน แบ่งเท่ากันเป็นกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
คือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเอง แบบประเมินการปฏิบัติ
ศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา แบบวัดกิจวัตรสุขภาพ
ครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ใน
ครอบครัว เครื่องมือทุกฉบับผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 8
ท่านมีค่าความเที่ยงดังนี้ .98, .98, .96, .92, .95 และ .96 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์
ข้อมูล คือการวิเคราะห์ด้วยสถิติการถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ ตัวแปรที่สามารถจำแนกการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วย
จิตเภทไทยมุสลิมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 มีจำนวน 1 ตัวแปรคือ พฤติกรรม
การใช้ยา ($Exp(B)=2.042$) และเขียนสมการถดถอยโลจิสติกดังนี้ $Log(odd\ ratio) = -38.046 +$
 $.714 (drug)$ ซึ่งสมการมีประสิทธิภาพในการทำนายโดยภาพรวมได้อย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ
97.3 โดยสามารถทำนายกลุ่มป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องร้อยละ 96.4 และสามารถทำนายกลุ่มไม่
ป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องร้อยละ 98.2

สาขาวิชา..การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.2555.....ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก.....
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

5377812736 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS : DISCRIMINANT VARIABLES / RELAPSE / NON-RELAPSE / THAI MUSLIM SCHIZOPHRENIC PATIENTS

NARDNAPA WONGSIN : DISCRIMINANT ANALYSIS OF RELAPSE AND NON-RELAPSE IN THAI MUSLIM SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR : ASSOC. PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., CO-ADVISOR : SUNISA SUKTAKUL, Ph.D., 148 pp.

The purposes of this descriptive research was to analyze and rank the following variables, i.e., age, education, adequacy of income, marital status, self-care behaviors, Muslim practices, medical adherence behaviors, family health routines, social support, and family expressed emotion, which were able to discriminate relapse and non-relapse among Thai Muslim schizophrenic patients. Subjects were Thai Muslim schizophrenic patients treated as inpatient and outpatient in Hospitals, Department of Mental Health. Total of 220 patients were equally divided into two groups, relapse and non-relapse. Research instruments were: demographic interview guide and 6 scales designed to measure self-care behaviors, Muslim practices, medication adherence behaviors, family health routine, social support, and family expressed emotion. All instruments were reviewed for content validity by eight experts. Their reliability were .98, .98, .96, .92, .96 and .96, respectively. Data were analysed by Logistic regression.

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

Field of Study : Mental Health and Psychiatric Nursing Student's Signature

Academic Year :2012..... Advisor's Signature

Co-advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จด้วยความกรุณาอย่างดีของอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์รองศาสตราจารย์ ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม อาจารย์ ดร.สุนิสา สุขตระกูล ที่ให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางแก้ปัญหาต่างๆ รวมถึงให้กำลังใจตลอดการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ศิษย์กราบขอบพระคุณอย่างสูง ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้กำลังใจ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำแนะนำเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลรวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ทุกท่านที่ให้ข้อเสนอแนะ และกำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์ตลอดมา

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงเครื่องมืออย่างดี รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ และขอขอบคุณผู้ช่วยวิจัยทุกท่านที่ช่วยเหลือเป็นอย่างดี

ขอขอบพระคุณ กรมสุขภาพจิตที่สนับสนุนทุนการศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (ภาคนอกเวลา) คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากศูนย์สร้างสุขภาวะผู้มีปัญหาสุขภาพเรื้อรัง คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยและทุนคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย นิสิตขอขอบพระคุณ ณ โอกาสนี้

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณบิดามารดาที่ให้กำเนิด ขอขอบคุณคุณณริศพงศ์ จิมกลาง สามี และเด็กหญิงเจนนิสา-กัญญาภัค จิมกลาง บุตรสาว ซึ่งเป็นกำลังใจ ตลอดจนถึงกัลยาณมิตรทุกท่านที่ช่วยเหลือ สนับสนุนในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้จนสำเร็จด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ขอมอบความดีงามแก่คณาจารย์ผู้ประสทาวิชา กัลยาณมิตรทุกท่าน และผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฉ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	5
แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย.....	5
ขอบเขตการวิจัย.....	8
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	9
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	12
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	13
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	51
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	51
เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย.....	54
การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ.....	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	64
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	65
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	67
5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	88

รายการอ้างอิง.....	101
ภาคผนวก.....	116
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ.....	117
ภาคผนวก ข สถิติที่ใช้ในการวิจัย.....	119
ภาคผนวก ค การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม.....	122
ภาคผนวก ง เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	132
ภาคผนวก จ ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ใบอนุญาตของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....	140
ภาคผนวก ฉ ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย.....	144
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	148

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	แสดงจำนวนกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมจำแนกตามโรงพยาบาล.....	53
2	ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	62
3	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	64
4	จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส..	68
5	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและ ไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลัก ปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา และค่า t-test ระหว่าง 2 กลุ่ม.....	70
6	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและ ไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามกิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม และค่า t-test ระหว่าง 2 กลุ่ม.....	71
7	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและ ไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และค่า t-test ระหว่าง 2 กลุ่ม.....	72
8	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ใช้ในงานวิจัย 10 ตัวแปร.....	74
9	การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter.....	75
10	การเรียงลำดับค่า Exp(B) ของตัวแปรวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter....	85
11	การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี stepwise.....	86
12	ร้อยละความถูกต้องของการทำนายด้วยสถิติโลจิสติก ด้วยวิธี Stepwise.....	87
13	ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและ ไม่ป่วยซ้ำ จำแนกรายชื่อตามตัวแปรพฤติกรรมการใช้ยา.....	125

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย ซึ่งไม่ได้จำแนกศาสนาที่ผู้ป่วยนับถือพบได้สูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2548) โดยการป่วยซ้ำ คือ การที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ขาดการรักษา ต้องปรับยา ภายใน 6 เดือนหลังออกจากโรงพยาบาล (Lader, 1995) การกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Bauer et al., 2006) การที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการฉุกเฉิน สูญเสียการทำหน้าที่ มีพฤติกรรมทางสังคมเปลี่ยนแปลง ได้แก่ ด้านความสามารถ การควบคุมอารมณ์ การสื่อสารและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเสียไป (Gumley et al., 2006; Hui, 2011) มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกใน 6 เดือน หลังการบำบัดรักษาครั้งก่อน (เพชร คันธสายบัว, 2544) ซึ่งการป่วยซ้ำสามารถวัดได้โดยการใช้แบบประเมิน ได้แก่ Present State Examination (PSE)(Brown et al., 1972; Vaughn et al., 1984) แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS)(Marder et al., 1984; Hui, 2011) แบบประเมิน Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Psychosis and Disorganization (SADS-PD)(Lieberman et al., 1987) แบบประเมิน Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)(Hui, 2011)

จากข้อมูลของสำนักสถิติแห่งชาติ ปีพ.ศ.2553 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนประชากรนับถือศาสนาอิสลามทั้งสิ้น 3,402,247 คน โดยพบมากที่สุดใภาคใต้ 2,616,069 คน คิดเป็นร้อยละ 76.89 และรองมาคือภาคกลาง 712,792 คน คิดเป็นร้อยละ 20.95 เนื่องจากไม่ได้มีการจำแนกศาสนาของผู้ป่วย ดังนั้นการหาจำนวนการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม จึงใช้การทบทวนสถิติผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าที่เข้ารับบริการในปี พ.ศ.2554 ของโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้และภาคกลางจำนวน 3 โรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลศรีธัญญา เป็นผู้ป่วยนอก 60,872 คน เป็นผู้ป่วยใน 5,853 คน และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา เป็นผู้ป่วยนอก 66,614 คน เป็นผู้ป่วยใน 2,896 คน (กรมสุขภาพจิต, 2554) โรงพยาบาลสวนสราญรมย์เป็นผู้ป่วยนอก 22,327 คน เป็นผู้ป่วยใน 1,511 คน (รพ.สวนสราญรมย์, 2554) โดยในกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ทั้ง 3 โรงพยาบาลเป็นผู้ป่วยจิตเภทรายเก่าจำนวน 160,073 คน คิดเป็นการป่วยซ้ำ ร้อยละ 36.23 และเมื่อแยกตามศาสนาของผู้ป่วยจะพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมจำนวน 2,979 คน ซึ่งมากเป็นอันดับ 2 รองจากศาสนาพุทธ (กรมสุขภาพจิต, 2554; รพ.สวนสราญรมย์, 2554)

ปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า เกิดจากปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง ด้านสังคมและครอบครัว โดยพบว่า สภาพครอบครัวที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของโรคบ่อยจะมีการใช้ อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2550) ผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความพร้อมในการดูแลตนเอง (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546) ทศนคติไม่คิดต่อการเจ็บป่วย และมีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (ราตรี เจริญวรรณ, 2552) ผู้ป่วยกินยาไม่สม่ำเสมอ และไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยา (วารภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์, 2542; สายรุ้ง จันทร์เส็ง, 2548; Sullivan et al., 1995) การมีทศนคติที่ไม่ถูกต้องกับการรับประทานยา (Adelufosi et al., 2012) อายุของผู้ป่วย เครือข่ายทางสังคมในการดูแลผู้ป่วย และความเพียงพอของรายได้ในครอบครัว สำหรับผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่า ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วย (Adewuya, 2009) สำหรับการศึกษาในต่างประเทศในกลุ่มของผู้ป่วยจิตเภทที่นับถือศาสนาอิสลาม พบ การศึกษาของ Adelufosi และคณะ ในปี ค.ศ.2012 ที่แสดงให้เห็นว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรีย พบได้มากถึงร้อยละ 40.3 (Adelufosi et al., 2012) จึงมีแนวโน้มว่า การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่นับถือศาสนาอิสลามยังคงสูง

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต (สินชัย วสุนธรา, 2547) โดยผู้ป่วยจิตเภทมักบกพร่องในการดูแลตนเอง ได้แก่ ไม่สนใจรับประทานอาหาร (จินดา รัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ไม่รักษาความสะอาดของร่างกาย (Gopinath and Chaturvedi, 1992 อ้างถึงใน สถิต วงศ์สุรประกิจ, 2542) มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี แสดงออกทางอารมณ์รุนแรง (จินดา รัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บกพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) ครอบครัวเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจ (รัชนิกร อุปเสน, 2541) เสียค่าใช้จ่ายในการรักษา โดยในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำจะเสียค่าใช้จ่ายมากกว่าที่มารับการรักษาครั้งแรก (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำจะมีภาวะเครียด รู้สึกเป็นภาระ ท้อแท้และเบื่อหน่าย (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบอาจทำความเดือดร้อนให้ชุมชน (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) ทำให้สูญเสียงบประมาณ โดยมีแนวโน้มสูงขึ้นจากมีการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (กรมสุขภาพจิต, 2541)

จากการทบทวนแนวคิด เพื่ออธิบายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบแนวคิด Vulnerability-stress model ของ Nuechterlein et al.(1992) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยพบว่าแต่ละปัจจัยมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท มีดังต่อไปนี้

อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1995) ดังเห็นได้จาก ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (Fleishchacher et al., 1994)

ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการพัฒนาด้านสติปัญญา ความมีเหตุผล มีทักษะในการแสวงหาข้อมูล และแหล่งให้ความช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ (Pender, 1996) การศึกษาทำให้บุคคลสามารถประเมินปัญหาได้ดีขึ้นและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2526) รูปแบบการศึกษาที่อัลลอฮ์ได้กำหนดไว้คือ มุสลิมจะต้องศึกษาตลอดชีวิต (ประเสริฐ วันแฉะ, 2544) การศึกษาขั้นพื้นฐานมุสลิมต้องมีความรู้ด้านศาสนาพอสมควร แต่พบว่าปัจจุบันมุสลิมนิยมศึกษาทางสายสามัญมากกว่าศึกษาด้านศาสนา (เกษตรชัย และหิม, 2551)

ความเพียงพอของรายได้ นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต เมื่อมีรายได้มากเพียงพอในการใช้จ่าย ย่อมทำให้เกิดการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์เพื่อการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าการที่มีรายได้ต่ำ หากผู้ป่วยมีปัญหาค่าใช้จ่าย จะทำให้เกิดอุปสรรคต่อการดูแลตนเอง เช่น ไม่สามารถไปติดตามรักษาตามนัดทำให้ขาดยาได้ (มาลี แจ่มพงษ์, 2542; Compton et al., 2006)

สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง เนื่องจากการมีความสัมพันธ์ทางสังคมและจิตใจ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมดูแลตนเอง (Orem, 1991) ครอบครัวมุสลิมเป็นครอบครัวที่ผู้อาวุโสจะได้รับความเคารพ สมาชิกจะอยู่ร่วมกันเป็นครอบครัวขยายที่ให้การดูแลสนับสนุนกันและกันเป็นอย่างดี (จรัล มะลูลีม, 2541)

พฤติกรรมดูแลตนเอง เป็นการดูแลคนทั้งคนอย่างเป็นองค์รวม โดยรวมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านร่างกาย การปฏิบัติศาสนกิจ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม พบว่าวิถีชีวิตของมุสลิมตั้งแต่เกิดจนตายไม่สามารถแยกศาสนาและวัฒนธรรมออกจากกันได้ (ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ, 2551) โดยมุสลิมมีความเชื่อว่า อัลลอฮ์ประทานให้คนเจ็บป่วยหรือหายโดยผ่านการบำบัดรักษาและการปฏิบัติศาสนกิจ นั่นคือการมีศรัทธา (อิมาน) จะช่วยให้หายป่วยได้ ถ้าอาการดีขึ้นแสดงว่าอัลลอฮ์ให้อภัยช่วยปลดปล่อยให้หาย (คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) ยารักษาความเจ็บป่วยของร่างกาย แต่ถ้าจิตหรือวิญญาณป่วย สิ่งหนึ่งที่จะช่วย

รักษา คือ ศาสนาหรือความศรัทธา ความเชื่อ โดยการรักษาได้ดีในผู้ที่มีความศรัทธา ส่วนผู้ไร้ศาสนาหรือศรัทธาน้อย อาจป่วยเพิ่มขึ้น (นุรุดดิน สาริมิง, 2540)

พฤติกรรมการใช้ยา ความสำเร็จของการบำบัดรักษาโรคจิตเภทคือ การรักษาด้วยยา โดยยาจะช่วยควบคุมอาการด้านบวกและสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2548; Schooler, 2006) มีผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำจากการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงถึงร้อยละ 86 (หทัยรัตน์ หาคำ, 2552) จากการสัมภาษณ์อ้อมพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยไทยมุสลิมในช่วงถือศีลอดขึ้นกับความศรัทธาของผู้ป่วยที่มีต่ออัลลอฮ์ (มนชัย โഴ๊ะเสง, สัมภาษณ์, 20 ธันวาคม 2554)

กิจวัตรสุขภาพครอบครัว คือทุกอย่างที่มุสลิมทำร่วมกันในครอบครัวตั้งแต่ตื่นจนหลับ โดยมีหลักคำสอนในการดำรงชีวิต เน้นเรื่องความสะอาด ออกกำลังกาย การพักผ่อน รวมถึงการสอนให้รักกันในครอบครัว ถ้ามุสลิมปฏิบัติตามเท่ากับเป็นการแสดงถึงการมีศรัทธาในอัลลอฮ์ เมื่อเจ็บป่วยมุสลิมต้องรีบบำบัดรักษา หากผู้ป่วยเข้าใจและศรัทธาจะต่อสู้กับโรค แต่ถ้าไม่เข้าใจจะอ่อนแอเกิดความเครียดต่อโรค ทำให้โรคกำเริบหรือมีโรคใหม่แทรกได้ (ดำรงค์ แวอาลี, 2546)

การสนับสนุนทางสังคม เป็นการที่บุคคลที่อยู่ร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยให้การช่วยเหลือกัน ให้ความรัก สิ่งของ หรือให้ข้อมูลข่าวสาร มุสลิมนิยมไปร่วมกันทำละหมาดที่มัสยิดเป็นประจำทุกวัน วันละ 5 เวลา มัสยิดถือเป็นศูนย์กลางของการปรึกษาหารือ ช่วยเหลือกันทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งเรื่องส่วนตัวและหมู่คณะ ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535)

การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว สาเหตุที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่า สภาพครอบครัวที่มีผลต่อการกำเริบของโรคบ่อยจะมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ มีท่าทีไม่เป็นมิตร หรือจู้จี้กับผู้ป่วยมากเกินไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) สัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (ราตรี เจริญวรรณ, 2552)

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่สำคัญ ยังไม่สามารถแก้ไขได้ เนื่องจากการป่วยซ้ำมีปัจจัยหลายอย่างที่ซับซ้อน นับว่าเป็นปัญหาที่สำคัญในการวางแผนการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมเหล่านี้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยทั้งหมดที่ศึกษาผ่านมาไม่ได้มีการจำแนกถึงศาสนาของผู้ป่วย ซึ่งถือได้ว่าศาสนาเป็นเสมือนวิถีชีวิตของมนุษย์ โดยจากการทบทวนการปฏิบัติงานพบว่า ผู้ป่วยมุสลิมจะมีวิถีชีวิตแตกต่างจากผู้ป่วยทั่วไป การจัดการกับการป่วยซ้ำที่ผ่านมามีการจัดการที่สาเหตุ โดยยังไม่ได้คำนึงถึงการนับถือศาสนา ทั้งที่เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการเจ็บป่วยดังที่กล่าวมา ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาตัวแปรที่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตในเขตภาคใต้และภาคกลาง

ผลจากการศึกษาจะนำไปสู่แนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมเพื่อการไม่ป่วยซ้ำที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

คำถามการวิจัย

ตัวแปรทั้ง 10 ตัว ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคมและการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ตัวแปรใดบ้างที่สามารถจำแนกระหว่างกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

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

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

มีการศึกษาเกี่ยวกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมาก แต่ไม่มีการศึกษาถึงตัวแปรที่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ การวิจัยครั้งนี้จึงสนใจศึกษาถึงปัจจัยที่คาดว่าจะสามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ โดยใช้แนวคิดที่อธิบายการป่วยซ้ำของ Nuechterlein et al. (1992) ร่วมกับการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่กล่าวถึงการป่วยซ้ำว่า มีความสัมพันธ์กับความเครียด และความเลื่อม (Moller and Murphy, 2001) เป็นผลมาจากปฏิสัมพันธ์ที่ย้อนกลับไปมาได้ระหว่าง 4 ปัจจัย ได้แก่

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ที่พบว่ามีผลต่อการไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย

1.1 อายุ เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ โดยพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองจะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงในวัยชรา (Orem, 1995) ในกลุ่มไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในวัยผู้ใหญ่ (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) ในขณะที่กลุ่มป่วยซ้ำ พบได้ในผู้ป่วยที่อายุน้อยจะคิดนัยมากกว่าอายุมาก ซึ่งการที่ผู้ป่วยไม่มาตรวจรักษาตามนัด

ยอมทำให้มีโอกาสดูและกลับเป็นซ้ำได้ (Coodin et al., 2004) นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา (Fleishchacher et al., 1994)

1.2 ระดับการศึกษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ โดยการศึกษาทำให้นักลสามารถประเมินปัญหาได้ดีขึ้นและส่งเสริมให้นักลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เนื่องจากการศึกษาเป็นการถ่ายทอดความรู้ ทักษะคิด แบบแผนความประพฤติ และมรดกทางสังคม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2526) ผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการหาข้อมูล และแหล่งให้ความช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาดำ (Pender, 1996) โดยกลุ่มไม่ป่วยซ้ำมักพบว่ามีการศึกษาดี ในขณะที่กลุ่มป่วยซ้ำจะพบในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และเรียนหนังสือในระดับภาคบังคับมากที่สุด (สุธีรา สุนทระกุล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532)

1.3 ความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิตที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ โดยพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ (พิศสมร เดชดวง, 2545; กุณฑ์ชติ เพียรทอง, 2547) ในขณะที่กลุ่มป่วยซ้ำมักมีการดูแลตนเองระดับปานกลางและไม่มียาได้ (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ์ และคณะ, 2542; จันทร์ นาย เนตรสุวรรณ, 2545) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มาตรวจตามนัดเนื่องจากไม่มีเงิน ไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมาตรวจรักษา (มาลี แจ่มพงษ์, 2542; อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ, 2542; Taj and Khan, 2002; Compton et al., 2006)

1.4 สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ โดยพบว่าในกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ จะมีการสนับสนุนจากครอบครัวและคู่สมรสในการมารับการตรวจรักษาตามนัด (Kruse, Rohland, and Wu, 2002; Compton et al., 2006) ในขณะที่กลุ่มป่วยซ้ำส่วนใหญ่เป็นโสด ทำให้ขาดคนให้กำลังใจ ดูแลช่วยเหลือในด้านที่ผู้ป่วยบกพร่อง (จันทร์นาย เนตรสุวรรณ, 2545) ผู้ป่วยที่เป็น โสดหรืออยู่คนเดียวจะมีการผัดผ่อนในการมาตรวจรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีคู่หรืออยู่กับครอบครัว (Coodin et al., 2004) นับเป็นปัจจัยที่แสดงว่า บุคคลมีการเกื้อหนุนทางสังคมยอมมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่ขาดญาติไม่มีครอบครัว อาจเกิดการป่วยซ้ำได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

2. ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ประกอบด้วย

2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพชร คันธสายบัว (2544) พบว่า ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมการเผชิญปัญหาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับต่ำ การนับถือศาสนาเป็นความคิด ความเชื่อ และเป็นจิตวิญญาณของบุคคลที่นับถือสิ่งที่ตนและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัย ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล

ทางด้านจิตวิญญาณ จะมีการป่วยช้ำน้อยกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการดูแล (Sherif and Emad, 2011: online) ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ย่อมทำให้เกิดการป่วยช้ำนได้ (ปริวัตร ไชยน้อย, 2546)

2.2 การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม สำนักงานสถิติแห่งชาติ (2554) ได้สรุปผลสำคัญการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2553 พบว่า ความถี่ในการปฏิบัติตามหลักคำสอน และความเคร่งศาสนา มีความสัมพันธ์ไปในทิศทางเดียวกับสุขภาพจิต การศึกษาของศรีสุคาวานาลีสิน (2549) พบว่า การปฏิบัติศาสนกิจมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการทางจิต หากมุสลิมขาดศรัทธาต่ออัลลอฮ์ และปฏิเสธการปฏิบัติศาสนกิจ ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในอิสลาม ย่อมทำให้มีโอกาสเกิดการเจ็บป่วยได้ (คณะทำงานและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) และจากผลการศึกษาของ Adewuya et al. (2009) ในประเทศไนจีเรียพบว่า ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนามีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยจิตเวช

2.3 พฤติกรรมการใช้ยา มุสลิมมีความเชื่อว่า การหายหรือไม่หายในการรักษาความเจ็บป่วยขึ้นกับพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ศรีสุคาวานาลีสิน, 2549) การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมในช่วงถือศีลอดขึ้นกับความศรัทธาของผู้ป่วย เนื่องจากตามหลักศาสนา ถ้าเจ็บป่วยมากสามารถงดการถือศีลอดได้ เชื่อว่า อัลลอฮ์ประทานให้คนเจ็บป่วยหรือหายโดยผ่านการบำบัดรักษาและการปฏิบัติศาสนกิจ (มนชัย โชะเฮง, สัมภาษณ์, 20 ธันวาคม 2554) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า ผู้ป่วยบางรายอาจเสี่ยงต่อการป่วยช้ำนได้ การศึกษาของ Jose, Ayuso, and Julia (1997) พบสาเหตุการป่วยช้ำนคือ ขาดการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดีมักไม่ป่วยช้ำน ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาไม่ดีจะมีการป่วยช้ำนได้ (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545)

3. ปัจจัยปกป้องแวดล้อม ประกอบด้วย

3.1 กิจวัตรสุขภาพครอบครัว ซึ่งอรรณพ ทองคำ (2546) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นช้ำน พบว่า ในภาพรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี แต่พบว่า การทำหน้าที่ด้านความผูกพันทางอารมณ์มีคะแนนต่ำสุด เมื่อทุกคนในครอบครัวยึดหลักการของศาสนาอิสลามเป็นที่ตั้ง ย่อมรู้ถึงหน้าที่และสิทธิของตน จะมีการปฏิบัติต่อกันด้วยความรัก มีการดูแลกันและกัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัว (เกษตรชัย และหิม, 2551) เสมือนมีเกราะกำบัง ย่อมทำให้ไม่เกิดการป่วยช้ำน

3.2 การสนับสนุนทางสังคม ชาวมุสลิมจะไปรวมกันทำละหมาดที่มัสยิดเป็นประจำทุกวัน มัสยิดถือเป็นศูนย์กลางของการปรึกษาหารือ ช่วยเหลือกันทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้ง

เรื่องส่วนตัวและหมู่คณะ (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535) หากผู้ป่วยจิตเภทมุสลิมได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาก็จะได้รับการสนับสนุนทางสังคม ซึ่งการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (สคไส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย, 2547) โดยครอบครัวและชุมชนจะให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทใน 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านสิ่งของจำเป็น พบว่าลดการป่วยซ้ำได้ (ไพลิน ปรัชญคุปต์, 2548)

4. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว จากการศึกษาหลายเรื่อง (กรดี ไชยสิน, 2545; พริยาภรณ์ เชื้อหอม, 2548; ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร, 2549; Brown et al., 1972; Wig et al., 1987; Vincent, 2004) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ โดยครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร รวมถึงการมีการแสดงออกอารมณ์ในครอบครัวสูง จากแนวคิดและการทบทวนวรรณกรรมข้างต้น ผู้วิจัยตั้งสมมุติฐานการวิจัย คือตัวแปรสำคัญ 4 ตัวแปรหลัก ประกอบด้วย 10 ตัวแปรย่อย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม และพฤติกรรมการใช้ยา 3) ปัจจัยปกป้องแวดล้อม ได้แก่ กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม 4) ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงบรรยาย โดยเก็บข้อมูลที่แผนกผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

1. ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 และมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการจิตเวชผู้ใหญ่ในเขตภาคกลางและภาคใต้ที่มีขนาด 500 เตียงขึ้นไป

2. ตัวแปรจำแนก เป็นตัวแปรที่ผู้วิจัยใช้แนวคิด Vulnerability-stress model ของ Nuechterlein et al. (1992) อธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ประกอบด้วย

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพ

สมรส

2.2 ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้จ่าย

2.3 ปัจจัยปกป้องแวดล้อม ได้แก่ กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม

2.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

3. ตัวแปรตาม คือ การป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำ หมายถึง บุคคลที่นับถือศาสนาอิสลามได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 เป็นจิตเภท (F20) สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ที่เข้ารับการรักษารักษาอีกครั้งแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่กลับมามีอาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน ภายใน 6 เดือน (Lader, 1995; Lamberti, 2001) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychotic Rating Scales: BPRS) พบอาการทางบวกอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป (The University of California: UCLA อ้างถึงใน เรณูการ์ ทองคำรอด, 2549)

ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ หมายถึง บุคคลที่นับถือศาสนาอิสลามได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 เป็นจิตเภท (F20) สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ที่รับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่มีอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป นับตั้งแต่วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย (เพชร คันธสายบัว, 2544; จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547)

ตัวแปรจำแนกกลุ่ม หมายถึง ตัวแปรที่คาดว่าจะสามารถทำนายผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำออกจากกันได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วยกลุ่มตัวแปร 4 กลุ่มคือ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ปัจจัยปกป้องแวดล้อม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม ดังต่อไปนี้

1. **อายุ** หมายถึง ระยะเวลา นับจากวันเกิดถึงวันปัจจุบัน นับหน่วยเป็นปี เศษ 6 เดือนและมากกว่าคิดเป็นจำนวนเต็มอีก 1 ปี

2. **ระดับการศึกษา** หมายถึง ชั้นสูงสุดของการศึกษาในระบบการศึกษาไทย ซึ่งแบ่งเป็น ไม่ได้รับการศึกษา ประถมศึกษา มัธยมศึกษาและ/หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ อนุปริญญาและ/หรือประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปริญญาตรี และสูงกว่าปริญญาตรี

3. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง การรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการมีรายได้สำหรับการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันตามสถานะของตนเองและครอบครัว แบ่งเป็นเพียงพอเหลือเก็บคือ รายได้มากกว่าการใช้จ่าย เพียงพอไม่เหลือเก็บคือ รายได้เท่ากับค่าใช้จ่าย และไม่เพียงพอคือ รายได้น้อยกว่าการใช้จ่ายหรือ ไม่มีรายได้

4. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานการณ์ใช้ชีวิตประจำวันของบุคคล โดยจำแนกเป็น โสด หมายถึง ไม่มีคู่สมรส หม้าย หมายถึง คู่สมรสเสียชีวิต หย่า หมายถึง เคยมีคู่สมรสแต่ตอนนี้ไม่มี และคู่ หมายถึง พักอาศัยในบ้านเดียวกับคู่สมรสและมีส่วนร่วมในการดูแลบุคคลในครอบครัว หากมีสถานะคู่ แบ่งย่อยเป็น อยู่ร่วมกัน คือ อยู่ร่วมกัน 4 วันหรือมากกว่าในแต่ละสัปดาห์ และแยกกันอยู่ คือ อยู่ร่วมกัน 3 วันหรือน้อยกว่าในแต่ละสัปดาห์

5. พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม ป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง ประกอบด้วย

5.1 การรู้จักตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการรู้จักลักษณะของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจค่านิยม และการแสดงความรู้สึกต่อตนเอง

5.2 การติดต่อสื่อสาร หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการสื่อความต้องการของตนเอง รวมทั้งรับความรู้สึกและความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน

5.3 การใช้เวลาว่าง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

5.4 การเผชิญปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา รวมถึงจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ และบอกวิธีผ่อนคลายจากความเครียด

5.5 การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการทางจิต รวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

5.6 การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อปกป้องร่างกายและส่งเสริมสุขภาพ ดำรงซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย การช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆ และปฏิบัติตามแผนการรักษา

ในงานวิจัยนี้ประเมินจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทของ จันทนา ชุนฉาย (2548) ที่พัฒนามาจากเพชร คันธสายบัว (2544) ซึ่งปรับมาจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534)

6. การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม หมายถึง ระดับความมากน้อยของการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่สืบทอดกันในมุสลิมบนพื้นฐานของคัมภีร์อัลกุรอาน เกี่ยวกับการนำหลักปฏิบัติในอิสลามไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วย การปฏิญาณตน การละหมาด การถือศีลอด การบริจาคทาน การแสวงบุญ(ฮัจย์)

ในงานวิจัยนี้ ประเมินจากแบบทดสอบการปฏิบัติที่แสดงถึงการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลามของตุวันอารง ยีบากา (2549)

7. พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์ ประกอบด้วย

7.1 การปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาต่อเนื่อง ถูกต้องตามวัตถุประสงค์และถูกเวลา ไม่มีการเพิ่มและลดยาด้วยตนเอง

7.2 ความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ได้แก่ การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยาได้ รวมถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ในงานวิจัยนี้ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา ของอุมามพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแบบประเมินที่สร้างโดย เพชร คันธสายบัว (2544)

8. กิจวัตรสุขภาพครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการปฏิบัติเกี่ยวกับการเป็นอยู่ที่ดีและการสร้างเสริมความแข็งแรงจิงร่างกายและจิตใจ การป้องกันการเจ็บป่วยและความปลอดภัย เพื่อการเป็นอยู่อย่างผาสุกที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำในชีวิตประจำวันตั้งแต่ตื่นจนหลับ ทั้งในภาวะปกติและเจ็บป่วย ประกอบด้วย

8.1 ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อนและนอนหลับ กิจกรรมและการออกกำลังกาย รวมถึงการแสดงออกทางเพศและการมีเพศสัมพันธ์

8.2 ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การป้องกันโรค และการหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง

8.3 ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ความมีคุณธรรม ความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการจัดการความเครียด

8.4 ด้านการดูแลความเป็นครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการใช้เวลาว่างร่วมกัน การร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกัน ความเชื่อ การสืบทอดประเพณีวัฒนธรรม

8.5 ด้านการดูแลครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน การอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัว และการจัดการทรัพยากรภายในครอบครัว

8.6 ด้านการดูแลความเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจไปพบแพทย์ การไปตรวจตามนัด และการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ในงานวิจัยนี้ประเมินจากแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัวของ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (2549) โดยใช้แนวคิดด้านโครงสร้างของรูปแบบสุขภาพครอบครัวของ Denham (2002; 2003)

9. การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกัน มีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยการให้การช่วยเหลือกัน ซึ่งจะมีทั้งผู้ให้และผู้รับ ประกอบด้วย

9.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง การให้ความรัก

9.2 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร

9.3 การสนับสนุนด้านทรัพยากร หมายถึง การให้สิ่งของ

ในงานวิจัยนี้ประเมินจากแบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคมของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981)

10. การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว หมายถึง การแสดงอารมณ์ ความรู้สึก ทักษะคติที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วย ประกอบด้วย

10.1 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร และการแสดงความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป

10.2 การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ การแสดงความชื่นชม และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร

ในงานวิจัยนี้ประเมินจากแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของ Sunpaweravong (2006) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวชในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการไม่ป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม
2. เป็นแนวทางในการพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมในชุมชนต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดและทฤษฎี งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

แนวคิดและทฤษฎี

1. การป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.1 ความหมายและการดำเนินโรคจิตเภท
 - 1.2 อาการ อาการแสดงและการรักษา
 - 1.3 มุสลิมกับการเจ็บป่วย
 - 1.4 ความหมาย ผลกระทบและแนวคิดเชิงทฤษฎีของการป่วยซ้ำ
 - 1.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม
 - 2.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการไม่ป่วยซ้ำในผู้ป่วยไทยมุสลิม
3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม
 - 3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล
 - 3.2 ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล
 - 3.3 ปัจจัยปกป้องแวดล้อม
 - 3.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
5. กรอบแนวคิด

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

จิตเภทเป็น โรคทางจิตเวชชนิดหนึ่งที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 45-50 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (Bethesda, 1999: online) มีความชุกประมาณร้อยละ 1.0 ของประชากรทั่วโลก (Sadock

and Sadock, 2000) คิดเป็น 24 ล้านคน (WHO, 2011: online) ในเพศหญิงและเพศชายพบได้พอกัน โดยเพศชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าเพศหญิง พบมากในผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจต่ำ วิถีชีวิตยากจน หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้น ความเครียด และการศึกษาน้อยทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2548; สมภพ เรื่องตระกูล, 2549) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท มีดังนี้

1.1 ความหมายและการดำเนินโรคจิตเภท

1.1.1 ความหมาย

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

โรคจิตเภท หมายถึง การเจ็บป่วยของบุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่สติปัญญายังคงปกติ อย่างน้อยมี 2 อาการและปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุจากการเสพสารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 1992)

สรุปได้ว่า โรคจิตเภท เป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ บุคลิกภาพ และพฤติกรรมเป็นอยู่อย่างน้อย 1 เดือนและต่อเนื่องมากกว่า 6 เดือน ซึ่งนับได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังโรคหนึ่ง

1.1.2 การดำเนินโรคโดยทั่วไป (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2544) ดังนี้

1.1.2.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ การเรียนหรือการทำงาน ญาติสังเกตว่าเกียจคร้าน เก็บตัว สนใจตัวเองน้อยลง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจปรัชญา ศาสนา ระยะนี้อาจนานเป็นเดือนถึงเป็นปี

1.1.2.2 ระยะอาการกำเริบ (Active Phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัย ผู้ป่วยแต่ละคนต่างกัน ส่วนใหญ่อาการกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญความกดดันทางจิตใจ โดยอาการที่พบบ่อยในระยะนี้ คือ หลงผิด ประสาทหลอน มีความผิดปกติด้านความคิด พฤติกรรมและอารมณ์

1.1.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual Phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมี

อาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจ ยังมีอยู่ พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วม ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว

นอกจากนี้การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทมี 5 แบบ คือ หายขาดไม่กลับเป็นซ้ำ หายโดยกลับเป็นซ้ำ หายแต่ไม่สามารถเข้าสังคมได้ มีความบกพร่องในบุคลิกภาพ เป็นเรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรงนาน 2 ปี และเป็นเรื้อรังมีการเสื่อมของบุคลิกภาพ (Sadock and Sadock, 2000)

1.2 อาการ อาการแสดงและการรักษา

1.2.1 อาการและอาการแสดงของโรคจิตเภท แบ่งได้เป็น 2 แบบ (Johnson, 1993; Taylor, 1994) ดังนี้

1.2.1.1 อาการทางบวก (Positive symptoms/Type I syndrome) ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับการรับรู้ คือ หลงผิด ประสาทหลอน

1.2.1.2 อาการทางลบ (Negative symptoms/Type II syndrome) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรม อยู่ทำอะไรนานๆ ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ที่พบบ่อยคือ เฉยชา บางรายซึมเศร้า

Sadock and Sadock (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด มีลักษณะอาการทางบวก(positive symptoms) และ อาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภท จึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคม และการทำหน้าที่

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

1.2.2.1 การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา แบ่งเป็น 2 ช่วง ดังนี้

1) ระยะควบคุมอาการ เพื่อควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว เนื่องจากฤทธิ์ที่ทำให้สงบของยา ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ chlorpromazine 300-500 mg./วัน หรือ Haloperidal 6-10 mg./วันในกรณีที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้ว อาการของโรคจิตยังไม่ดีขึ้นจึงพิจารณาเพิ่มยา

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดกลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ขนาด

ของยาที่ใช้จะต่ำกว่าที่ใช้ครั้งแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆลดขนาดจนถึงขนาดที่ต่ำสุดที่ควบคุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ย คือ chlorpromazine 100 - 300 mg. / วัน

ยารักษาโรคจิตเภทโดยทั่วไปเช่น chlorpromazine และ Haloperidal การออกฤทธิ์ส่วนใหญ่ปิดกั้นการทำงานของสารสื่อประสาทโดปามีน อาการข้างเคียงและข้อควรระวัง ขึ้นกับตัวยาและผู้ป่วยแต่ละคน เช่น การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อผิดปกติ อาจเกิดกล้ามเนื้อเกร็ง มือสั่น ตัวแข็ง คอแข็งได้ อาจแก้ไขด้วยยาแก้แพ้ได้ อาการข้างเคียงอื่นๆที่อาจพบ เช่น น้ำหนักเพิ่ม ซึ่งแก้ไขโดยควบคุมอาหารและหมั่นออกกำลังกาย เป็นต้น และมียารักษาโรคจิตเภตกุ่มใหม่ เช่น Risperidone Clozapine โดยจะออกฤทธิ์ปิดกั้นสารสื่อประสาททั้งโดปามีนและซีโร โดนิน ซึ่งจะเหมาะกับผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการทางบวกหรืออาการทางลบหลงเหลืออยู่ หรือมีผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรคจิตตัวอื่นๆ เช่น การเคลื่อนไหวผิดปกติ ข้อดีของยากุ่มใหม่คือ ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ประสิทธิภาพยาเท่าหรือดีกว่ายากุ่มแรก อาการข้างเคียงต่อการเคลื่อนไหวผิดปกติลดลง ลดอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยได้

ดังนั้นพยาบาลมีบทบาทดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยา โดยการใช้หลัก 5R ได้แก่ Right Drug เป็นการให้ยาที่ถูกต้องตามชนิดและชื่อยา Right Dose ในขนาดที่ถูกต้องตามแผนการรักษา Right Patient เป็นการให้ยาได้อย่างถูกต้องตรงกับผู้ป่วยในแต่ละราย Right Time เป็นการให้ยาได้ตรงตามเวลาที่กำหนดในแผนการรักษา Right Method เป็นการให้ยาได้ถูกวิธีการตามลักษณะของยาประเภทนั้น เนื่องจากการรักษาด้วยยามีการพัฒนาขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีความรู้ในโครงสร้างของตัวยา ฤทธิ์ ขนาด ผลข้างเคียงจากยา นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทในการรวบรวมข้อมูลก่อนการรักษา การให้ความร่วมมือในการรักษา การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย การติดตามผลการรักษา การบริหารยาทางจิตด้วยหลัก 5R การรักษาระยะคงสภาพยาและการศึกษาวิจัยร่วมกับทีมสุขภาพจิต (มยุรี เจริญศรี, 2555)

1.2.2.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการบำบัดทางจิตเวชวิธีการหนึ่ง ที่นำเอากระแสไฟฟ้าสลับในระดับต่ำ ให้ส่งผ่านในสมอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการปรับระดับของสารเคมีในสมอง ที่มีกระแสไฟฟ้าผ่านให้มีการปรับระดับให้กลับเข้าสู่ในภาวะสมดุล ข้อห้าม ใช้ในกรณี ผู้ป่วยที่มีภาวะโรคกล้ามเนื้อ หัวใจขาดเลือด ภาวะความดันภายในสมองสูง เป็นต้น โดยพยาบาลมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยก่อนทำ ขณะทำและหลังทำการรักษาด้วยไฟฟ้า (มยุรี เจริญศรี, 2555) ผลการรักษาไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมในผู้ป่วย catatonic หรือ severe depression (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

1.2.2.3 การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง จึงจำเป็นต้องรักษาด้านนี้ (มาโนช หล่อตระกูล

และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) ประกอบด้วย

1) จิตบำบัด ใช้วิธีการของจิตบำบัดแบบประคับประคอง โดยตั้งเป้าหมายตามความจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้

2) การให้คำปรึกษาและสุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัว มุ่งเน้นการให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องธรรมชาติบำบัดของโรคและบทบาทของญาติในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

3) กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีการช่วยเหลือแก้ปัญหา ให้คำแนะนำและฝึกทักษะทางสังคม

4) นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดกิจกรรมต่างๆและจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรม เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่น

นอกจากนี้การรับผู้ป่วยจิตเภทไว้รักษาในโรงพยาบาลจะกระทำเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ก่อความเดือดร้อน หรือมีปัญหาที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่นมีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง ในกรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาและมีปัญหาในการวินิจฉัย

1.3 มุสลิมกับการเจ็บป่วย

ตามทัศนะของอิสลามให้ความหมายของการเจ็บป่วย หมายถึง การมีปัญหาในการดำเนินชีวิต การเจ็บป่วยเป็นบททดสอบและการได้รับความเมตตาจากอัลลอฮ์ รวมถึงการเจ็บป่วยถือเป็น การไถ่บาป (เสาวนีย์ จิตต์หมวด, 2535; Haque, 2004) มุสลิมมีความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วยว่า อัลลอฮ์ ประทานให้คนเจ็บป่วยหรือหายโดยผ่านกระบวนการบำบัดรักษา การปฏิบัติศาสนกิจ นั่นคือการมีศรัทธาหรืออีมาน คือการทำความดี จะช่วยให้หายป่วยได้ การเจ็บป่วยช่วยลดล้างความผิดที่มีให้น้อยลง ถ้าอาการดีขึ้นแสดงว่า อัลลอฮ์ให้อภัยช่วยปิดเป่าให้หาย (คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) และเมื่อเจ็บป่วยจะแสวงหาการรักษาตามความเชื่อที่ว่า อัลลอฮ์ให้โรครวมกับให้การรักษา โดยจะมีการขอพรจากอัลลอฮ์หลังจากที่ทำการละหมาดเสร็จ เพื่อขอความเมตตาจากอัลลอฮ์ช่วยบรรเทาหรือให้หายจากการเจ็บป่วยนั้น ควบคู่ไปกับการรักษาเชิงพื้นบ้าน จากคำแนะนำของญาติ หรือเพื่อนบ้าน ซึ่งมีทั้งหมอพุทธและหมอมุสลิม รวมถึงมีการรักษาด้วยแพทย์แผนปัจจุบันทั้งในคลินิก และโรงพยาบาล ซึ่งสามารถทำได้ไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม (ศรีสุดา วนาลีสิน, 2550)

จากการศึกษาของ ศรีสุดา วนาลีสิน (2549) พบว่า มุสลิมแสดงออกโดยการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือเป็นการทำบุญ ผู้กระทำจะได้รับบุญ เพราะทำตามคำสอนของหลักศาสนาอิสลาม การรังเกียจบุคคลผู้เป็นโรคจิตเภทถือเป็นบาป เพราะว่าการเป็นโรคจิตเภท เป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์ การเยี่ยมบุคคลผู้เป็นโรคจิตเภท เป็นวิธีหนึ่งในการสะสมบุญ การเป็นโรคจิต

เภทไม่ถือเป็นตราบาป เพราะมุสลิมทุกคนมีความเชื่อว่า ทุกคนเกิดจากพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ถ้าไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเภทเหมือนไม่ยอมรับสิ่งที่อัลลอฮ์ประทานมาให้ การรักษาบุคคลผู้เป็นโรคจิตเภทต้องสอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม เป็นหน้าที่ของผู้ป่วยหรือผู้ดูแลที่จะต้องแสวงหาการรักษา มีความเชื่อว่าความสำเร็จหรือล้มเหลวของการรักษาเป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาการทางจิต ผู้ดูแลจะต้องใช้วิจารณญาณของตนเองในการพิจารณาว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ให้การดูแลมีอาการระดับใด จึงต้องปฏิบัติตามกิจกรรมทางศาสนา (ศรีสุดา วนาลีสิน, 2549)

1.4 ความหมาย ผลกระทบและแนวคิดเชิงทฤษฎีของการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่สำคัญ Almond et al. (2004) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำจะมีอัตราของการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลสูงร้อยละ 63 มีอาการฉุกเฉินทางจิตร้อยละ 60 และมีอาการทั้งทางบวกและทางลบร้อยละ 43 เพื่อให้เข้าใจการป่วยซ้ำมากขึ้น ในเนื้อหาจะกล่าวถึงความหมาย ผลกระทบ แนวคิดเชิงทฤษฎี ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ดังนี้

1.4.1 ความหมาย

Lader (1995) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีอาการทางบวกหรือลบ ขาดการรักษาต้องปรับยาทางจิตเวช ต้องเพิ่มเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล โดยเกิดขึ้นภายใน 6 เดือนหลังจากออกจากโรงพยาบาล

Scott (1986) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ หมายถึงการกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย

Lamberti (2001) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือการที่ผู้ป่วยกลับมามีอาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน

Stephen et al. (2004) ให้ความหมายว่า เป็นการกลับเข้ารับรักษาซ้ำภายในเวลา 6 เดือน

Hui (2011) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ คือการที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่ต้องปรับแผนการรักษาและเปลี่ยนยา

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า การป่วยซ้ำ หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษา จนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วมีอาการแย่ลงอีก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลอีกภายใน 6 เดือน

สรุป การป่วยซ้ำ คือ การที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาอีกครั้งแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่กลับมามีอาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ หลังจำหน่าย

ออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน ภายใน 6 เดือน

เพชร คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า การไม่ป่วยซ้ำ หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน เป็นระยะเวลาตั้งแต่ 18 เดือนเป็นต้นไป

จุฬาลักษณ์ ชำชอง (2547) กล่าวว่า การไม่ป่วยซ้ำ หมายถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับการรักษาเนื่องจากมีอาการทางจิตในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการที่สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้และกลับมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอภายหลังที่แพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านครั้งสุดท้ายเป็นเวลา 18 เดือนขึ้นไป

สรุป การไม่ป่วยซ้ำ คือ การที่ผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่มีอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป นับตั้งแต่วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย

1.4.2 ผลกระทบจากการป่วยซ้ำ

จิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อปัญหาและส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัว สังคม และระดับประเทศ (สินชัย วสุนธรา, 2547) สรุปได้ดังนี้

1.4.2.1 ผลกระทบต่อผู้ป่วย คือบกพร่องในการดูแลตนเองโดยทั่วไป ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร มักพบผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สนใจรับประทานอาหาร (จินดารัตน์ พิมพีคิด, 2541) ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกายพบว่า ผู้ป่วยมีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี (Gopinath and Chaturvedi, 1992 อ้างถึงใน สถิต วงศ์สุรประกิจ, 2542) ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นพบว่า มีสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี (จินดารัตน์ พิมพีคิด, 2541) บกพร่องการดูแลความปลอดภัยของตนเอง (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

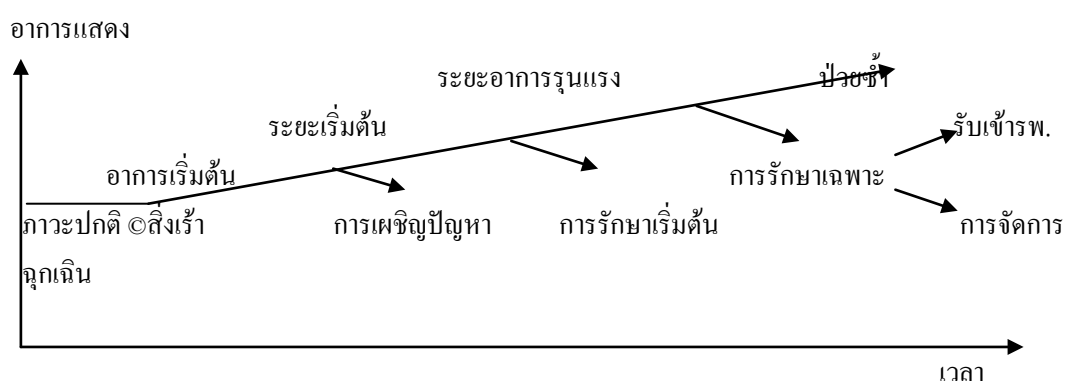
1.4.2.2 ผลกระทบต่อครอบครัว คือเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และขาดกำลังสำคัญจากผู้ป่วย โรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำจะเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้นจากที่มารับการรักษาครั้งแรก ผู้ดูแลอ่อนล้า (ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540) โดยพบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเข้ามารักษาซ้ำลำบากใจและมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เครียด รู้สึกเป็นภาระ ทำให้ผู้ดูแลท้อแท้และเบื่อหน่ายการดูแล (ทูลภา บุปผาสังข์, 2545)

1.4.2.3 ผลกระทบต่อสังคม เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากหวาดระแวง หลงผิด พกพาอาวุธ เป็นต้น (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

1.4.2.4 ผลกระทบต่อประเทศ ทำให้สูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยพบว่าเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น และทำให้ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ (กรมสุขภาพจิต, 2541)

1.4.3 แนวคิดเชิงทฤษฎีของการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

Herz and Melville (1980) อธิบายถึงแนวคิดของกระบวนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้รู้ว่ากระบวนการป่วยซ้ำมีอาการเริ่มต้นจากภาวะปกติของผู้ป่วยเมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการแสดงเกิดขึ้น ซึ่งเราสามารถรับรู้ได้จากการสังเกตอาการแสดงเริ่มต้นต่างๆของผู้ป่วยที่อาจมีอาการ 2-3 วัน เป็นสัปดาห์ เป็นเดือน โดยผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม แนวคิดนี้แสดงดังภาพที่ 1

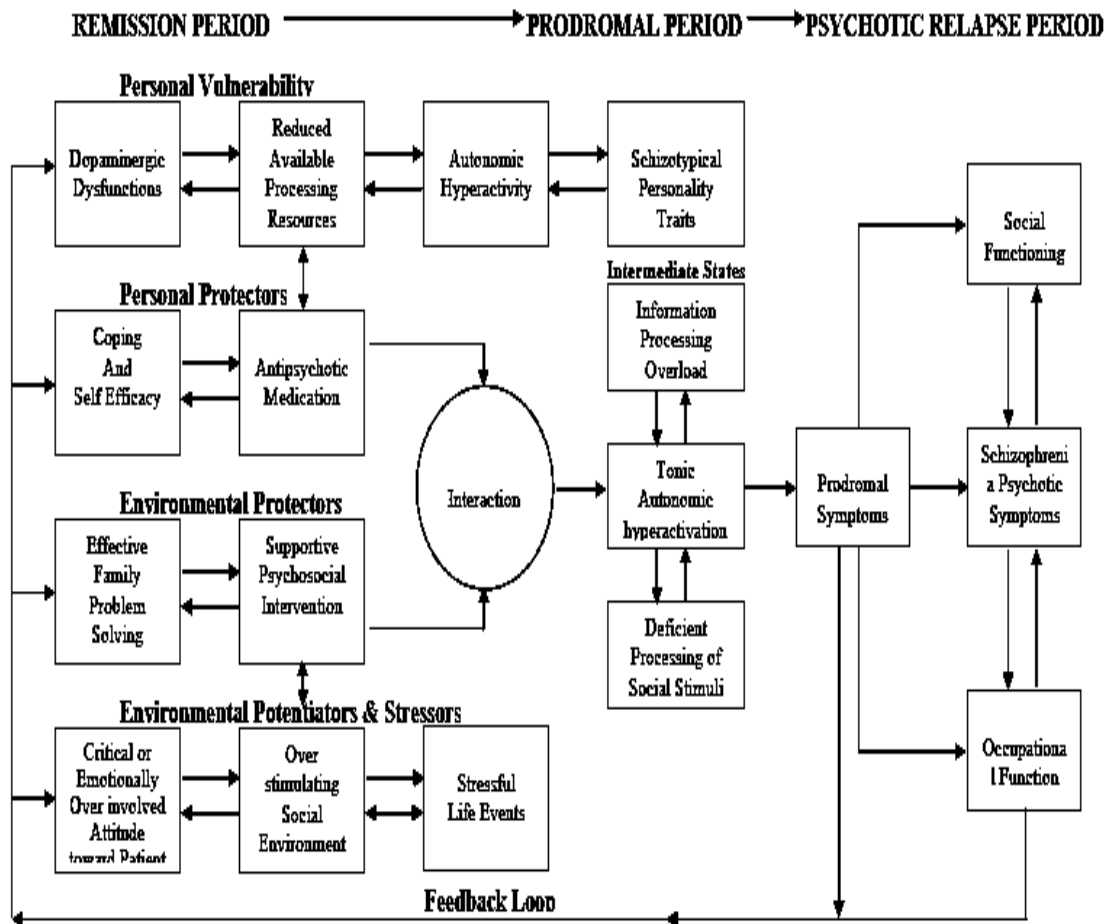


ภาพที่ 1 แสดงกระบวนการป่วยซ้ำของ Herz and Melville (1980)

จากภาพเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการแสดงระยะเริ่มต้น หากเรารู้ทันและให้การดูแลการเผชิญปัญหาของบุคคลแก่ผู้ป่วยจะทำให้ป้องกันการป่วยซ้ำได้ ถ้าผู้ป่วยมีอาการเพิ่มขึ้น เราต้องใช้การดูแลที่เฉพาะยิ่งขึ้น และถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรง เราต้องใช้การดูแลรักษาแบบฉุกเฉิน หรือรับเข้ารักษาในโรงพยาบาล

Nuechterlein et al. (1992) อธิบายแนวคิดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เข้าใจการป่วยซ้ำของโรคจิตเภทขึ้นอยู่กับความรุนแรงของความเครียด โดยแปรผกผันกับความเสี่ยงในการเกิดโรคที่บุคคลนั้นมียู่ หากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงสูง แม้ระดับของความเครียดไม่รุนแรงก็กระตุ้นทำให้เกิดป่วยซ้ำได้ ในทางตรงกันข้ามหากบุคคลนั้นมีความเสี่ยงต่ำหรือไม่มีความเสี่ยง การมีความเครียดที่รุนแรงก็อาจไม่ทำให้เกิดป่วยซ้ำขึ้น ความเครียดทำให้เกิดปฏิกิริยาการปรับตัว เพื่อนำมาสู่ภาวะสมดุลของร่างกาย ดังแสดงในภาพที่ 2 อธิบายกระบวนการป่วยซ้ำจากความสัมพันธ์

ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ปัจจัยปกป้องแวดล้อม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม



ภาพที่ 2 แสดงปฏิสัมพันธ์ ใน Vulnerability-stress model ของ Nuechterlein et al.(1992)

แนวคิด Vulnerability-stress model ของ Nuechterlein et al. (1992) สอดคล้องกับ Zubin and Spring (1977; Zubin, Steinhaver, and Condray, 1992) เชื่อว่า คนทุกคนมีโอกาสจะเกิดการเจ็บป่วยทางจิต เพราะทุกคนมีความอ่อนแอ การกำเริบซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทมาจากความสามารถในการเผชิญความเครียดในการจัดการสถานการณ์ต่างๆ ที่เรียกว่า ปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล จึงนำมาใช้อธิบายลักษณะการป่วยซ้ำ การเผชิญความเครียด การได้รับยาอย่างต่อเนื่อง ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดความเครียดคือ การแสดงออกทางอารมณ์สูง มีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด และปัจจัยปกป้องทางสิ่งแวดล้อมคือ ความสามารถเผชิญความเครียดของครอบครัว รูปแบบการสนับสนุนทางสังคม จะสัมพันธ์กับปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล และส่งผลถึงการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททำให้มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ทั้งหมดเป็นปัจจัยที่อธิบายการป่วยซ้ำ

ของผู้ป่วยโรคจิตเภท การศึกษาของ Kopelowicz and Liberman (1995) อธิบายการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นผลจากปัจจัยทั้ง 4 ประการตามแนวคิดของ Vulnerability-stress model โดยมีการนำแนวคิดมาฝึกให้ผู้ป่วยจัดการกับความเครียดในชีวิตประจำวันของตนได้ นอกจากนี้มีการนำแนวคิด Vulnerability-stress model มาใช้โดยสุดาพร สถิตยुทธการ (2552) ได้วิจัยแบบทดลองศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง โดยใช้การพัฒนาศักยภาพในตัวเองของผู้ป่วยจิตเภทในปัจจัยปกป้องเฉพาะบุคคล (Personal Protectors) ที่สามารถจัดการกระทำได้ ทำให้เข้าใจกระบวนการป่วยซ้ำของจิตเภทในการวิจัยครั้งนี้เลือกตัวแปรที่ศึกษาจากการทบทวนวรรณกรรมและปัจจัยตามกรอบแนวคิด Vulnerability-stress model ของ Nuechterlein et al. (1992) ซึ่งอธิบายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไว้อย่างชัดเจน และครอบคลุม โดยแบ่งเป็น 4 ปัจจัย ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นเรื่องของตัวผู้ป่วยในด้านระบบประสาท บุคลิกภาพ ความคิด ผู้วิจัยเลือกตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ได้แก่

- 1.1 อายุ
- 1.2 ระดับการศึกษา
- 1.3 ความเพียงพอของรายได้
- 1.4 สถานภาพสมรส

2. ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล คือทักษะการเผชิญปัญหา ศักยภาพส่วนบุคคล การได้รับยาทางจิต ผู้วิจัยเลือกตัวแปรตามกรอบแนวคิด Vulnerability-stress model ได้แก่

- 2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.2 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอิสลาม เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่อยู่ในพฤติกรรมการดูแลตนเอง แต่ผู้วิจัยแยกออกมาเนื่องจากต้องการให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยครั้งนี้
- 2.3 พฤติกรรมการใช้ยา

3. ปัจจัยปกป้องแวดล้อม เป็นความสามารถของครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคม ผู้วิจัยเลือกตัวแปรตามกรอบแนวคิด Vulnerability-stress model ได้แก่

- 3.1 กิจวัตรสุขภาพครอบครัว
- 3.2 การสนับสนุนทางสังคม

4. ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม คือการแสดงออกทางอารมณ์ สิ่งแวดล้อมความเครียด ผู้วิจัยคัดเลือกตัวแปรตามกรอบแนวคิด Vulnerability-stress model ได้แก่

- 4.1 การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

1.5 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

1.5.1 ขาดการรักษาด้วยยาที่ดี (Csemansky and Suhuchart, 2002) การศึกษาของ วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ (2542) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่กินยาไม่สม่ำเสมอมีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ที่กินยาสม่ำเสมอ 17.67 เท่า หทัยรัตน์ หาคำ (2552) พบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาสูงถึงร้อยละ 86 นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยายังเป็นตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จากการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) และของ วราภรณ์ พัฒนเวศน์ (2551) พบว่า ผู้ป่วยที่ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาไม่ดีทำให้เกิดการป่วยซ้ำ

1.5.2 สัมพันธภาพในครอบครัวไม่เหมาะสม (ราตรี เจริญวรรณ, 2552; Csemansky and Suhuchart, 2002) การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวสูง ได้แก่ คำหาวิจารณ์ ทำที่ไม่เป็นมิตรทำให้เกิดการป่วยซ้ำ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2550) และจากการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

1.5.3 มีการใช้สารเสพติด หากผู้ป่วยจิตเภทใช้สารเสพติดระหว่างการบำบัดรักษาจะส่งผลให้เกิดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (Csemansky and Suhuchart, 2002; Meijel et al., 2003)

1.5.4 ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Meijel et al., 2003) มีการสนับสนุนทางสังคมต่ำ (วราภรณ์ พัฒนเวศน์, 2551) รวมถึงชุมชนไม่ยอมรับทำให้ผู้ป่วยป่วยซ้ำ (ราตรี เจริญวรรณ, 2552)

1.5.5 ผู้ป่วยและครอบครัวขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท (ราตรี เจริญวรรณ, 2552) มีความบกพร่องในการรับรู้ถึงสาเหตุและผลกระทบของโรค (Videbeck, 2001)

1.5.6 มีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต และไม่มีทักษะในการแก้ปัญหา (Videbeck, 2001)

จากการทบทวนการประเมินการป่วยซ้ำพบว่า มีวิธีประเมินป่วยซ้ำจำนวนมาก สรุปได้ดังนี้

Brown et al. (1972) วัดการป่วยซ้ำจาก Present State Examination (PSE) โดยจำแนกผู้ป่วยซ้ำเป็น 2 ชนิด คือผู้ป่วยจากไม่มีอาการทางจิตเป็นมีอาการ และผู้ป่วยที่มีประสบการณ์อาการกำเริบรุนแรง

Vaughn et al. (1984) วัดการป่วยซ้ำขั้นต้น โดยใช้ PSE เช่นเดียวกับ Brown et al. (1972) และพัฒนามาใช้ Psychiatric Assessment Scale (PAS) เมื่อผู้ป่วยมีอาการต่อเนื่อง โดยจะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน มีความผิดปกติของเนื้อหาความคิดและแนวคิดเพิ่มขึ้น

Kane et al. (1983); Barbui et al. (1996) วัดการป่วยซ้ำจากแบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychotic Rating Scales: BPRS) โดยจะมีอาการเพิ่มขึ้น 2 คะแนนหรือเพิ่มขึ้นมากกว่า 1

ใน 4 ของ BPRS

Marder et al. (1984) วัดการป่วยซ้ำจาก BPRS พบว่าเพิ่มขึ้น 3 คะแนน แสดงถึงการบำบัดล้มเหลวต้องปรับปริมาณยาที่ใช้และกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

Lieberman et al. (1987) วัดการป่วยซ้ำจาก Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia-Psychosis and Disorganization (SADS-PD) พบว่า คะแนนเพิ่มขึ้นอย่างน้อย 2 คะแนน หรือใช้ BPRS มีคะแนนเพิ่มขึ้น 10 เป็นนานกว่า 1 สัปดาห์

Burns, Fiander and Audini (2000) วัดการป่วยซ้ำได้จากอาการป่วยที่เพิ่มขึ้นหรือจากการต้องกลับเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล

Hui (2011) วัดการป่วยซ้ำจากผู้ป่วยปกติที่มีอาการ และผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก โดยใช้ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) และ BPRS มีคะแนนเพิ่มขึ้น

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นอีกมิติหนึ่งที่สำคัญต่อความเชื่อมโยงความเป็นองค์รวมของบุคคล พยาบาลจึงควรเข้าใจผู้ป่วย โดยมุสลิมมีความเชื่อว่า ศาสนาอิสลามคือวิถีแห่งความครบถ้วนและสมบูรณ์แล้วในการดำรงชีวิต ศาสนาคือวิถี ไม่ใช่เพียงเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเท่านั้น ศาสนาเป็นหนึ่งเดียวกับวิถีชีวิต เศรษฐกิจ สังคม สุขภาพ การศึกษาและระบอบการปกครอง (ดำรงค์ แวอาลี, 2546)

2.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (The American Holistic Nurse Association, 2012: online) ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวมว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่มีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย เน้นในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต และจิตวิญญาณของบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม มีดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์ และนพรัตน์ ไชยธานี, 2547)

2.1.1 แนวคิดมนุษย์เป็นหน่วยเดียว จุดเน้นคือความเป็นปัจเจกบุคคล โดยพยาบาลต้องแยกแยะว่า บุคคลมีมุมมองอย่างไรเกี่ยวกับตนเอง โรค การเจ็บป่วย และสุขภาพ บุคคลตอบสนองความต้องการในแต่ละมิติอย่างไร ซึ่งการตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินว่าเขาต้องการอะไร เมื่อรู้ความต้องการแล้ว พยาบาลจึงตอบสนองความต้องการของ

ผู้รับบริการ

2.1.2 แนวคิดสุขภาพและการเจ็บป่วยในบริบทของผู้รับบริการ จุดเน้นคือ ความเชื่อ พฤติกรรม ความสนใจ การรับรู้ด้านสุขภาพ และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องใช้มุมมองของสุขภาพในบริบทของผู้รับบริการจึงจะทำให้พยาบาลเข้าใจ รู้ว่าผู้รับบริการมีประสบการณ์ด้านสุขภาพอย่างไร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสุขภาพอย่างไร เมื่อพยาบาลเข้าใจ พยาบาลจะสามารถแยกแยะ พัฒนาสุขภาพแต่ละบุคคลได้อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยที่กระทำกิจกรรมพยาบาลในลักษณะบุคคลเป็นปัจเจกบุคคล

2.1.3 แนวคิดการเจ็บป่วยเป็นเหมือน โอกาส จุดเน้นคือ เมื่อเจ็บป่วยทำให้ต้องควบคุมชีวิต พร้อมทั้งแสวงหาหนทางที่จะอยู่กับความเจ็บป่วยนั้น ดังนั้นผู้รับบริการจึงตั้งเป้าหมายในชีวิต และเปลี่ยนชีวิตใหม่ เพื่อที่จะเรียนรู้ต่อไป พยาบาลมีบทบาทในการสร้างความรู้สึกลึกซึ้งที่มีพลังอำนาจ ให้เกิดกับผู้รับบริการ พยาบาลควรสงบ และใช้ท่าทีการพูดแบบเชิงบวก

2.1.4 แนวคิดการเป็นส่วนหนึ่งของพยาบาลและผู้รับบริการ จุดเน้นคือ ความสัมพันธ์ และการมีส่วนร่วมเป็นส่วนหนึ่ง โดยแบ่งความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ พยาบาลต้องสร้างกระบวนการฟื้นฟู โดยประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบความเชื่อ แบบแผนชีวิต การให้ความหมาย และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย พยาบาลกระทำบทบาทผู้อำนวยความสะดวก แบ่งปันข้อมูล เคารพประสบการณ์ของผู้รับบริการ และกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ด้วยตนเอง ในขณะที่ผู้รับบริการกระทำบทบาทผู้ตัดสินใจ ผู้แสวงหาข้อมูล สร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในตัว

2.1.5 แนวคิดการดูแลตนเอง จุดเน้นคือ ความรับผิดชอบของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูล สาระความรู้ โดยคำนึงถึงความต้องการ และระดับความรู้ของผู้รับบริการ

2.1.6 แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ จุดเน้นคือ ทุกสิ่งทุกอย่างมีผลต่อสุขภาพ การที่จะบรรลุสุขภาพดีมีสุขภาพะได้ ผู้รับบริการต้องตระหนักรู้ด้วยตนเองที่จะเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ต้องปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยที่พยาบาลเป็นเพียงผู้แนะนำ และผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

จากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมสรุปได้ว่า พยาบาลต้องเน้นที่ตัวบุคคลไม่เน้นเฉพาะโรค และการเจ็บป่วยทางกายเท่านั้น การให้การพยาบาลต้องคำนึงถึง จิตวิญญาณและมีการใช้ศิลปะในการให้บริการ เพื่อช่วยให้บุคคลสามารถคงไว้ซึ่งสุขภาพดี และมีคุณภาพชีวิตสูงสุดตามศักยภาพที่เขาคาดหวังอยู่

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อการไม่ป่วยซ้ำในผู้ป่วยไทยมุสลิม

2.2.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

ลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ พยาบาลต้องมีความยึดมั่นต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น พยาบาลต้องมีความเมตตา ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติการดำรงชีวิตของผู้ป่วยมุสลิม พยาบาลต้องพัฒนาการรู้จักตน พยาบาลต้องมีสติ พัฒนาและปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้วิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ในการดูแลผู้ป่วยต้องใช้กระบวนการพยาบาล และพยาบาลควรมีบทบาท (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) ดังต่อไปนี้

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม โดยทั่วไป ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ยกตัวอย่างเช่น ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมหรือไม่ ประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ ประเมินความคิดของผู้ป่วยว่าผู้ป่วยมีภาวะหลงผิดหรือไม่ ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไร ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น หลบซ่อนตัว เนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้มาทำร้าย ผู้ป่วยอาจเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีพฤติกรรมรุนแรงไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น อาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยคนอื่น เนื่องจากหลงผิดและประสาทหลอนได้ รวมถึงประเมินด้านสัมพันธภาพ

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาล โดยสอดคล้องกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการการพยาบาลระยะสั้นและแผนการพยาบาลระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และอาจมีคู่มือหรือแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5) การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นตอนสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมาย เพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังมีอยู่

พยาบาลที่ให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล ควรให้บริการตามหลักการให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชแนวใหม่ (WHO, 2001) ที่เชื่อมโยงงานบริการลงสู่ชุมชนคือ มีการออกหน่วยให้บริการบำบัดรักษาในหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยบุคลากรทางสุขภาพต้องได้รับการอบรมและมีทักษะใน

การบริการ จัดให้มียารักษาทางจิตที่เพียงพอ ให้บริการสุขภาพจิตในชุมชน ให้ความรู้แก่สาธารณชนให้ตระหนักในเรื่องสุขภาพจิต ให้ผู้รับบริการ ครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมในบริการสุขภาพจิต ปฏิบัติตามนโยบายระดับประเทศ มีกฎหมายรองรับไม่เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยจิตเวช มีการพัฒนาทรัพยากรบุคคล เชื่อมโยงงานบริการกับหน่วยงานอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชน ติดตามกำกับงานสุขภาพจิต และสนับสนุนให้มีการทำวิจัยมากขึ้น

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมต้องครอบคลุมทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เน้นการส่งเสริมสุขภาพตามวิถีชีวิตมุสลิมด้วยบุคลากรที่มีความรู้ความเข้าใจในวัฒนธรรม ความศรัทธาและหลักศาสนาอิสลาม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย และพึงพอใจ สามารถกลับบ้านไปอยู่กับครอบครัว ชุมชนได้อย่างมีความสุข โดยพยายามให้บริการด้านส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพตามมาตรฐานของวิชาชีพ ครอบคลุมแบบองค์รวม เช่น การเปลี่ยนลักษณะของเสื้อผ้าผู้ป่วยไม่เหมือนตึกอื่น (เสื้อผ้าไม่มีการผ่าหน้า และใช้โครงสร้างกางเกง) อาหารเป็นฮาลาล และมีการประกอบกิจกรรมทางศาสนา โดยให้โต๊ะอิหม่ามมาสอนศาสนาให้กับผู้ป่วยทุกวันศุกร์ เมื่อพยายามเห็นความสำคัญของผู้ป่วยจะยินดีจัดกิจกรรมต่างๆให้กับผู้ป่วย เช่น ทำกลุ่มบำบัด มีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดให้สอดคล้องกับหลักศาสนาอิสลาม รวมทั้งส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย (กาญจนา รุ่งแก้ว, สัมภาษณ์, 16 สิงหาคม 2555)

2.2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พยาบาลสามารถให้การพยาบาลเพื่อการไม่ป่วยซ้ำในชุมชน โดยใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลที่เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งการดำเนินการด้านสุขภาพ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชน โดยการช่วยให้หายป่วย ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) พยาบาลควรมีการใช้แนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการไม่ป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท โดยสอบถามประสบการณ์ของผู้ป่วย ให้มีการตั้งเป้าหมายของชีวิต วางแผนประเมินข้อมูลส่วนบุคคล และแหล่งสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วย มีการประสานความร่วมมือในการปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่ได้ ฝึกผู้ป่วยให้สังเกตอาการเตือนก่อนเกิดการป่วยซ้ำ เพื่อที่จะได้ให้การพยาบาลที่ทันที ยอมรับในแผนการดูแลและให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและชื่นชมผู้ป่วยในทางบวก เมื่อผู้ป่วยสังเกตและรับรู้อาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ (Meijel et al., 2003) นอกจากนี้พยาบาลยังมีบทบาทการให้บริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติการ

พยาบาลชั้นสูงในชุมชน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมในรายที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน ด้านการปฏิบัติการพยาบาลในการเป็นผู้จัดการรายกรณีและเป็นผู้ประสานงานกับบุคลากรทั้งในและนอกหน่วยงาน ด้านการเป็นที่ปรึกษาในเรื่องสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านการวิจัยเพื่อสร้างองค์ความรู้ใหม่ ด้านบริหารจัดการในการดำเนินงานบริการ ด้านคุณธรรม จริยธรรม และกฎหมายในการปฏิบัติการพยาบาล (จันทร์อัมพร รุณดี, 2544) ดังนั้น บทบาทพยาบาลเพื่อการไม่ป่วยซ้ำสามารถทำได้ โดยจัดรูปแบบการพยาบาลที่ป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ เช่น ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวและผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Sadock and sadock, 2000) รวมทั้งมีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในชุมชนอย่างต่อเนื่อง

2.2.3 การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม (Transcultural Nursing)

วัฒนธรรมในแต่ละชุมชนอาจคล้ายคลึงกันหรือแตกต่างกัน เมื่อคนเราอยู่ร่วมกันในชุมชนทำให้มีการผสมผสานวัฒนธรรม เพื่อให้ทุกคนอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข (นิปาดิเมาะ หะยีหามะ และอรอุษา ปุณยบุรณะ, 2549) โดยมุสลิมจะมีวิถีในการดำรงชีวิตหรือวัฒนธรรมอิสลามเป็นหลัก ในขณะที่เดียวกันมุสลิมยอมรับในความหลากหลายทางวัฒนธรรมอื่นๆเช่นกัน (เสาวนีย์ จิตต์หวมด, 2541) การพยาบาลที่ไม่เข้าใจในวัฒนธรรมของมุสลิม อาจก่อให้เกิดปัญหาหรืออุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยมุสลิม โดยพยาบาลไม่รู้ตัว เช่น ภาษาที่ใช้ในการสื่อสารในชีวิตประจำวันส่วนใหญ่ใช้ภาษาไทย เว้นแต่มุสลิมสูงวัยทางสามจังหวัดชายแดนใต้ใช้ภาษามลายูพื้นบ้าน ส่วนมุสลิมในภาคใต้ตอนบน และภาคอื่นๆพูดภาษาไทย อาจเกิดปัญหาการสื่อสาร (เสาวนีย์ จิตต์หวมด, 2541) ดังนั้นเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาในการดูแล พยาบาลควรตระหนักและใช้การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม

Leininger (1997) กล่าวว่า พยาบาลพบกับปัญหาความหลากหลายของจริยธรรม จิตวิญญาณ การเมือง กฎหมายและเทคโนโลยีด้านสุขภาพมากขึ้น เมื่อพยาบาลไม่เข้าใจวัฒนธรรมของผู้รับบริการ ทำให้เป็นอุปสรรคอย่างหนึ่งของการดูแลที่มีคุณภาพ

การพยาบาลทางวัฒนธรรมที่หลากหลาย มี 3 ประการ ดังนี้

- 1) กระบวนการที่พยาบาลให้การดูแลโดยคงไว้ซึ่งวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย
- 2) กระบวนการที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ปรับตัวต่อสิ่งต่างๆแบบค่อยเป็นค่อยไป
- 3) กระบวนการที่พยาบาลช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลง และปรับแนวปฏิบัติ และวิถีการดำรงชีวิตของตนเองให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม และได้รับการดูแลตามความต้องการของผู้ป่วย

นอกจากนี้ตามแนวคิดการพยาบาลข้ามวัฒนธรรมของเลนินเจอร์ (Leininger, 1988 อ้างถึงใน ฟารีดา อิบราฮิม, 2546) เชื่อว่าวัฒนธรรมมีอิทธิพลต่อสุขภาพ การพยาบาลต้องอาศัยความรู้ด้านวัฒนธรรม ประกอบด้วยหลักการ ดังนี้

- 1) วัฒนธรรม คือ การให้คุณค่า ความเชื่อ การปฏิบัติกิจวัตรของกลุ่มชนเรียนรู้สืบต่อกัน
- 2) การดูแล คือ พฤติกรรมการช่วยเหลือ สนับสนุนเพิ่มความสามารถ เกิดการพัฒนา
- 3) การดูแลทางด้านวัฒนธรรม คือ คุณค่าความช่วยเหลือ เพิ่มความสามารถ การเผชิญความตาย โดยอาศัยความรู้ด้านวัฒนธรรมในการพยาบาล
- 4) การมองโลก คือ การมองของบุคคลโดยมองที่โครงสร้างของสังคม เช่น ศาสนาศึกษา
- 5) ระบบสุขภาพ คือ การดูแลเชิงวิชาชีพด้านวัฒนธรรม
- 6) การจัดกิจกรรมการพยาบาล ได้แก่ การสงวนการดูแลด้านวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือผู้ป่วยที่เฉพาะในวัฒนธรรมเพื่อดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ การจัดการดูแลด้านวัฒนธรรม โดยช่วยเหลือผู้ป่วยให้ปรับตัวทางวัฒนธรรม และการวางรูปแบบการดูแลด้านวัฒนธรรม โดยการตัดสินใจช่วยเหลือผู้ป่วยปรับตัวเข้ากับแบบแผนชีวิตที่แตกต่างกัน

การพยาบาลข้ามวัฒนธรรม สามารถประยุกต์ตามกระบวนการพยาบาล (ฟาริดา อิบราฮิม, 2546) ดังต่อไปนี้

- 1) ประเมินข้อมูล พยาบาลประเมินวิถีชีวิต แนวคิด และความเชื่อของแต่ละบุคคล
- 2) วินิจฉัยทางการพยาบาล โดยการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง
- 3) วางแผนการพยาบาล ให้พยาบาลตามความต้องการของผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวัฒนธรรม เน้นการมีส่วนร่วม
- 4) ปฏิบัติการพยาบาล คำนึงถึงความสอดคล้องกับวัฒนธรรมและให้การตอบสนองผู้ป่วย
- 5) ประเมินผล โดยยึดผู้ป่วย ครอบครัวและการยอมรับของกลุ่มชนเป็นหลัก

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

จากแนวคิดที่อธิบายการป่วยซ้ำของ Nuechterlein et al. (1992) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัย ผู้วิจัยจึงได้คัดสรรปัจจัยที่น่าจะมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ดังต่อไปนี้

3.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

House (2001) กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพของแต่ละคนที่แตกต่างกัน ประกอบด้วยปัจจัยที่สำคัญคือ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส

3.1.1 อายุ

เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคลที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ซึ่งพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ (Orem, 1995) ในกลุ่มไม่ป่วยซ้ำแม้ว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 70 ปีขึ้นไปจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและแรงจูงใจในการทำกิจกรรมค่อนข้างน้อย (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530) แต่จากการศึกษาของจันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ จะเห็นได้ว่าเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี ในขณะที่กลุ่มป่วยซ้ำ Fleishchacher et al. (1994) พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยจิตเภทที่อายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา มีงานวิจัยหลายเรื่อง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มาตรวจรักษาตามนัด (Kruse, Rohland, and Wu, 2002; Coodin et al., 2004; Compton et al., 2006) ผู้ป่วยที่อายุน้อยจะผิดนัดมากกว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า ผู้ป่วยไม่มาตรวจรักษาตามนัด หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้มีโอกาสขาดยา กลับมาป่วยซ้ำได้

3.1.2 ระดับการศึกษา

เป็นปัจจัยที่กำหนดความสามารถในการเผชิญปัญหาของบุคคล ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการพัฒนาด้านสติปัญญา แสวงหาข้อมูลและแหล่งช่วยเหลือมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ (Pender, 1996) การศึกษาทำให้บุคคลสามารถประเมินปัญหาได้ดีขึ้น และส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เนื่องจากการศึกษาเป็นการถ่ายทอดความรู้ ทักษะคิด แบบแผน ความประพฤติกและมรดกทางสังคม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2526) โดยในกลุ่มไม่ป่วยซ้ำมักพบว่ามีการศึกษาที่ดี ในขณะที่กลุ่มป่วยซ้ำจะพบในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้เรียนหนังสือ และเรียนหนังสือในระดับภาคบังคับมากที่สุด (สุธีรา สุนทรระกูล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532) ความรู้จะทำให้บุคคลรู้จักอัลลอฮ์มากขึ้น การศึกษาขั้นพื้นฐานมุสลิมต้องมีความรู้ด้านศาสนาพอสมควร แต่พบว่าปัจจุบันนิยมศึกษาทางสายสามัญมากกว่าศึกษาด้านศาสนา (เกษตรชัย และหิม, 2551)

3.1.3 ความเพียงพอของรายได้

นับเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญในการดำรงชีวิต เมื่อมีรายได้เพียงพอในการใช้จ่าย ย่อมทำให้เกิดการแสวงหาสิ่งที่ดีมีประโยชน์ได้ดีกว่าการที่ไม่มียานทำหรือมีรายได้น้อยมีข้อจำกัดในการแสวงหาความรู้และประสบการณ์เรียนรู้ (Pender, 1996) โดยในกลุ่มไม่ป่วยซ้ำพบว่า ความเพียงพอของรายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท (พิศสมร เดชดวง, 2545; กุณห์ชติ เพียรทอง, 2547) ในขณะที่กลุ่มป่วยซ้ำจะมีการดูแลตนเองระดับปานกลาง จะไม่มีรายได้เนื่องจากไม่ได้ประกอบอาชีพ (พวงเพ็ญ เจริญปัญญารัช และคณะ, 2542; จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) และ

งานวิจัยหลายเรื่องพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่มาตรวจตามนัด อาจทำให้ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เนื่องจากปัญหาค่าใช้จ่ายในการเดินทางและไม่มีเงิน (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ, 2542; มาลี แจ่มพงษ์, 2542; Taj and Khan, 2002; Compton et al., 2006)

3.1.4 สถานภาพสมรส

เป็นปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ และมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากความสัมพันธ์ทางสังคมและจิตใจ การได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 1991) โดยพบว่าในกลุ่มไม่ป่วยซ้ำจะมีการสนับสนุนจากครอบครัวและคู่สมรส ในขณะที่กลุ่มป่วยซ้ำจากการศึกษาของ จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด ทำให้ขาดคนให้กำลังใจ ช่วยเหลือในด้านที่บกพร่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ Kruse, Rohland, and Wu (2002); Compton et al. (2006); Coodin et al. (2004) ที่พบว่า การสนับสนุนจากครอบครัว คู่สมรสทำให้ผู้ป่วยไม่ผัดผ่อนในการตรวจรักษา ได้รับการดูแลให้รับประทานยาตามแผนการรักษา โดยคนโสดหรืออยู่คนเดียวจะมีการผัดผ่อนในการมาตรวจรักษามากกว่า ดังนั้นสถานภาพสมรส นับเป็นปัจจัยที่แสดงว่า บุคคลมีการเกื้อหนุนทางสังคมย่อมมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ ไม่มีครอบครัว หรือคู่สมรส (เกษม ต้นดิผลาชีวะ, 2536) ซึ่งครอบครัวร่วมมุสลิมส่วนใหญ่เป็นครอบครัวขยาย การเลือกคู่ครองจะทำโดยครอบครัวช่วยตัดสินใจให้ ทุกคู่จะใช้ชีวิตร่วมกัน ไม่นิยมการหย่าร้าง (จรัล มะลูลีม, 2541)

3.2 ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล

เป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีศักยภาพในการเผชิญปัญหา ได้รับการดูแลและการรักษาที่เหมาะสมโดยไม่ขัดต่อหลักศาสนาอิสลาม ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักอิสลาม และพฤติกรรมการใช้ยา

3.2.1 พฤติกรรมการดูแลตนเอง

3.2.1.1 ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

สมจิต หนูเจริญกุล (2536) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลทั่วไปทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคระยะเริ่มต้น และการรักษาโรคเบื้องต้น

Dean (1981) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่าเป็นการดูแลรักษาสุขภาพขั้นพื้นฐานทั่วไป รวมถึงการป้องกันโรค การประเมินอาการ การดูแลรักษา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคลากรทางสุขภาพ

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบใน

การดูแลสุขภาพของตน เพื่อป้องกันโรค ควบคุมโรค หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัว
สภาพของบุคคล

Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของ
บุคคล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือ
สิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต หรือความผาสุกของ
บุคคล

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันด้วยตนเอง
โดยมีการส่งเสริม ป้องกันและรักษาสุขภาพของตนเอง

3.2.1.2 องค์ประกอบพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง (Orem, 2001) มีดังนี้

3.2.1.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites:
USCR) เป็นการดูแลตนเองของมนุษย์ในทุกช่วงชีวิต เป็นการปรับตัวตามอายุเป็นไปตามระยะ

3.2.1.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-
care requisites: DSCR) สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น
ในแต่ละช่วงของชีวิต

3.2.1.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health
deviation self-care requisites: HDSCR) เป็นการดูแลตนเอง เมื่อบุคคลเจ็บป่วยหรือได้รับอันตราย

เมื่อบุคคลมีการดูแลตนเองทั้ง 3 องค์ประกอบข้างต้น ซึ่งถือเป็นความต้องการการดูแล
ตนเองที่จำเป็น (self-care requisites) แล้วนั้นจะนำไปสู่การสนองความต้องการการดูแลตนเอง
ทั้งหมด (therapeutic self-care demand) ดังนั้นปัจจัยที่กำหนดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองทั้งหมดนี้
ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน 11 ประการ ได้แก่ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม
ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยทาง
ระบบบริการสุขภาพแหล่งประ โยชน์ และประสบการณ์สำคัญในชีวิต (Orem, 1991) ดังนั้นเมื่อ
ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองครบทั้ง 3 องค์ประกอบ จะทำให้ป้องกันการป่วยซ้ำได้

นอกจากนี้ แนวคิดของ Hill and Smith (1990) พบว่า การดูแลตนเองโดยทั่วไปสัมพันธ์กับ
ความรับผิดชอบในตัวเอง การมีอิสระ การดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ไม่สามารถ
แยกส่วนได้ การคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ มีการส่งเสริมและป้องกันโรค

เนื่องจากการดูแลตนเอง เป็นการดูแลคนทั้งคนอย่างเป็นองค์รวม ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้
นำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill
and Smith (1990) และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดของพฤติกรรมกรรมการ
ดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

สำหรับวัตถุประสงค์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีองค์ประกอบดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self-awareness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต (Hill and Smith, 1990) เป็นสิ่งที่บุคคลมีมาตั้งแต่วัยเด็ก สำคัญในการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้บุคคลมีการปรับปรุงตนเองตลอดเวลา (เพชรี คันธสายบัว, 2544) การรู้จักตนเองทำให้บุคคลทราบความคิด พฤติกรรมและความต้องการของตนเอง เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้ตนเองทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมในขณะนี้และเดี๋ยวนี้อีก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) การเข้าใจค่านิยมของตนอย่างชัดเจน การรับรู้และแสดงความรู้สึกรับรู้ของตนเอง ส่งผลต่อการพัฒนาการรู้จักตนเอง (Hill and Smith, 1990)

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน (จินตนา ชุนฉาย, 2548) ประกอบด้วย การประเมินรูปแบบการติดต่อสื่อสาร การพัฒนาการรับและให้ข่าวสาร การสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทาง และพัฒนาการแสดงออกที่เหมาะสม (Hill and Smith, 1990) ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ที่มาจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมในครอบครัว โดยการติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการวางแผนใช้เวลา คือ การที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพจิตที่ล้มหรือละเลย ซึ่งมีความสำคัญในชีวิตประจำวันคือ การพักผ่อน ออกกำลังกาย และเข้าสังคม (Hill and Smith, 1990) การที่บุคคลสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น นอกจากจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการแล้ว ยังช่วยให้บุคคลได้มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อผ่อนคลายความเครียดและเสริมสร้างสุขภาพจิตของตนเอง การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ หากผู้ป่วยสามารถวางแผนเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันได้ ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจถูกละเลยได้ง่าย ขาดประสิทธิภาพในการใช้เวลา (จินตนา ชุนฉาย, 2548) นอกจากนี้ การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพทำได้โดย การประเมินและใช้เวลาในแต่ละวัน การวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน และประเมินแบบแผนการพักผ่อน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

4) การเตรียมการเผชิญกับปัญหา เป็นกระบวนการที่บุคคลจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งดุลยภาพของตนเอง การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการจัดการกับความเครียด ตลอดจนปัญหาต่างๆ ที่มากระทบทั้งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเอง จากสิ่งแวดล้อม (จินตนา ชุนฉาย, 2548) เป็นความสามารถจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ เพื่อลดการป่วยซ้ำ

5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม คือการพัฒนาบุคคลที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่ง

ประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด สามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Pender, 1996) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภทติดต่อกับบุคคล หรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือ เพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง และเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

6) การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแล เพื่อปกป้องร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแลร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี (Hill and Smith, 1990)

3.2.1.3 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนแนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ได้มีผู้ศึกษาวิจัย และสร้างเครื่องมือตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1985; 1995; 2001) เพื่อวัดการดูแลตนเอง ได้แก่ Evers (1987 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) สร้างเครื่องมือ Appraisal of Self-care Agency Scale (ASA Scale) ใช้วัดความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อบรรลุเป้าหมายการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป ดังนั้นจึงเหมาะที่จะใช้ในคนทั่วไปที่มีสุขภาพดี ในเมืองไทยนำมาแปลใช้ในผู้สูงอายุ ผู้ป่วยมะเร็ง มีค่าความเที่ยง .78 นอกจากนี้ Hanson and Bickel (1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2544) สร้างเครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 5 ด้าน คือ ด้านความสามารถในการรู้คิด ด้านความสามารถในการเคลื่อนไหว ด้านแรงจูงใจ ด้านการมีทักษะต่างๆ และด้านการมีข้อจำกัดในการรู้คิด ใช้วัดในผู้ใหญ่ที่มีภาวะสุขภาพปกติ สำหรับการประเมินในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทย มีการสร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อนจำหน่าย ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อน ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ค่าความเที่ยง .90 (พวงเพ็ญ เขียมปัญญาธิ และคณะ, 2542) มีผู้นำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองนี้ มาพัฒนาใช้ในงานวิจัยหลายเรื่อง (วรลักษณ์ ปิ่นทอง, 2548; เศรษฐพงษ์ บุญหมั่น, 2548; สุนันท์ ทรงจรินทร์, 2548) ส่วนใหญ่เครื่องมือจะเหมาะสำหรับใช้วัดผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการดีขึ้นแล้ว นอกจากนี้ มยุรี กลั้ววงษ์ (2552) สร้างแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 19 คำถาม เป็นมาตรวัดประมาณค่า 3 ระดับ ค่าความเที่ยง .94 ที่เหมาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาแบบผู้ป่วยในเท่านั้น เมื่อทบทวนเพิ่มเติมพบว่า เพชรี คันธสายบัว (2544) นำแนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill and Smith (1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มาสร้างแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ใช้วัดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทุกด้าน ซึ่งต่อมามีผู้นำแบบวัดนี้มาใช้ในการวิจัยอีกหลายเรื่อง (ยุวดี วงษ์แสง, 2548; จันทนา ชุนฉาย, 2548; อังคณา หมอนทอง, 2549)

เครื่องมือที่กล่าวมาอาจมีข้อคำถามแตกต่างกันบ้าง เพื่อความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 7 ด้าน จึงเลือกปรับปรุงเครื่องมือของจินตนา ชุนฉาย (2548) ที่ใช้วัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วยข้อคำถาม 37 ข้อ เครื่องมือมีค่าความเที่ยง .94 ซึ่งผู้วิจัยได้ตัดในด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จำนวน 5 ข้อออก เพื่อลดความซ้ำซ้อนและได้ใช้แบบวัดที่แสดงถึงการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลามของดูวันอารง ยีบาฮา (2549) ซึ่งสามารถวัดตัวแปรที่ผู้วิจัยศึกษาได้ชัดเจนครอบคลุมเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ ดังนั้นข้อคำถามวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ใช้ในงานวิจัยครั้งนี้จึงมี 32 ข้อ

3.2.1.4 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการป่วยซ้ำ

ชาวมุสลิมมีการใช้ภาษามลายูท้องถิ่นในการสื่อสารกัน หากต้องสื่อสารกับผู้ที่ไม่ใช่มุสลิมจะใช้ภาษาไทย บทบัญญัติในการพูดทุกกิจกรรมจะกล่าวถึงอัลลอฮ์ มีการทักทายเมื่อพบกัน (บินมุสลิม, 2540) นอกจากนี้ยังมีการเทศนาประจำสัปดาห์ทุกวันศุกร์โดยผู้นำศาสนา มีกระบวนการสื่อสารผ่านคุตบะฮ์ในวันศุกร์ ประกอบด้วย ผู้ส่งสาร คือคอดีบหรืออิหม่าม ผู้ทำหน้าที่บรรยายสารได้แก่ เนื้อหาที่ใช้บรรยาย ช่องทางในการสื่อสาร และผู้รับสาร ได้แก่ ชาวไทยมุสลิมที่เข้าฟัง โดยข้อมูลที่นำมาใช้มาจากคัมภีร์อัลกุรอานและสื่อต่างๆ เช่น โทรทัศน์ สื่อสิ่งพิมพ์ เป็นต้น ซึ่งการสื่อสารใช้ทั้งที่เป็นคำพูดและท่าทางน้ำเสียงประกอบ (ฮารินี ธาดาคุลิตตา และอุบลวรรณ ปิติพัฒนา โฆษิต, 2547) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพพบว่า มุสลิมยุคนี้ไม่มีการวางแผนว่าจะปฏิบัติศาสนกิจอย่างไร เมื่อต้องไปเที่ยว ไปธุระ เหมือนไม่ให้ความสำคัญในการปฏิบัติศาสนกิจ แต่จะบริหารเวลาไปในสิ่งที่ตัวเองต้องการ (เกษตร และหิม, 2551) ในขณะที่มุสลิมส่วนใหญ่ที่ศรัทธาจะมีวิถีชีวิตที่ตั้งอยู่ในกรอบศาสนาที่บัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ตั้งแต่ลิ้มตาจนหลับตา (ดาร์รงค์ แวอาลี, 2546) เช่น การทำละหมาด วันละ 5 เวลา เป็นต้น การเตรียมการเผชิญปัญหาพบว่า มุสลิมทุกคนที่มีศรัทธาต่ออัลลอฮ์ จะยอมรับต่อสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นว่า เป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ทำให้เข้าใจพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็เป็นไปตามประสงค์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยเข้ารับการบำบัดรักษา การดูแลตนเองก็เป็นการปฏิบัติตามคำสอนของอัลลอฮ์ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่กล่าวถึง การดูแลตนเองว่าถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะทำให้มีโอกาสน้อยมากที่จะกลับมาป่วยซ้ำ

3.2.2 การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม

3.2.2.1 ความหมายการปฏิบัติศาสนกิจ

อิบาเดห์ แปลเป็นภาษาไทยว่า การปฏิบัติศาสนกิจ การเชื่อฟัง (บินมุสลิม, 2540)

มุณีร์ (สมศักดิ์) มุหะหมัด (2541) กล่าวว่า อิบาอะห์คือ การงานและกิจกรรมที่ปฏิบัติซึ่งเป็นการเคารพต่ออัลลอฮ์ มีหลายประเภท เช่น หลักอิสลาม หลักอิมาน การสาบาน เป็นต้น

เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535) กล่าวว่า การปฏิบัติศาสนกิจคือ สิ่งที่ปฏิบัติสืบทอดกันมาอย่างมีแบบแผน โดยอยู่บนคำสอนจากอัลกุรอาน และซุนนะห์

ศวันอารง ยีบากา (2549) ให้ความหมายการปฏิบัติศาสนกิจว่า เป็นการแสดงออกโดยการประพฤติปฏิบัติที่วางอยู่บนพื้นฐานของคัมภีร์อัลกุรอาน และวงนะของท่านศาสดามุฮัมมัด

สรุปได้ว่า การปฏิบัติศาสนกิจ หรือเรียกว่า อิบาอะห์ คือ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่สืบทอดกัน ในมุสลิมตามหลักศรัทธาและหลักปฏิบัติในอิสลาม บนพื้นฐานของคัมภีร์อัลกุรอาน

3.2.2.2 หลักการสำคัญของศาสนาอิสลาม

หลักการสำคัญของศาสนาอิสลามแบ่งเป็น 2 ประการที่มุสลิมต้องยึดถือ คือ หลักศรัทธา และหลักปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ (คณนรรจน์ บากา และแวนูเซ็ง มะแคเฮาะ, 2536; ฮัมมูคะฮ์ อับดุลอาญีย์, 2542)

3.2.2.2.1 หลักศรัทธา (รูกนอิมาน) ที่ปรากฏในอัลกุรอาน และอัลหะดีษ มี 6 ประการ ดังนี้

1) ศรัทธาในอัลลอฮ์ มุสลิมทุกคนเชื่อว่า อัลลอฮ์เป็นพระเจ้าเพียงองค์เดียวที่มีอยู่จริง ควบคุมทุกสรรพสิ่งด้วยอำนาจของพระองค์ผู้เดียว อัลลอฮ์เป็นที่พึ่ง พระองค์ไม่ให้กำเนิดและไม่ถูกกำเนิด และไม่มีสิ่งใดเทียบเทียมพระองค์

2) ศรัทธาในบรรดามลาอิกะฮ์ มุสลิมเชื่อว่า มลาอิกะฮ์ไม่มีรูปกาย ไม่มีเพศ เป็นผู้รับโองการ นำสารจากอัลลอฮ์ไปยังศาสดาและทำตามหน้าที่ที่ได้รับจากอัลลอฮ์ เป็นผู้แข็งแรงดี ขาว ร้าย

3) ศรัทธาในศาสดาของอัลลอฮ์ มุสลิมทุกคนต้องศรัทธายอมรับและยกย่องบรรดาศาสดาในทุกประชาชาติที่มาก่อนศาสดามุฮัมมัด ซึ่งเป็นศาสดาท่านสุดท้ายของอัลลอฮ์ที่ส่งมาเพื่อให้เป็นผู้เผยแผ่และปฏิบัติตามแนวทางของอัลลอฮ์แก่นุญญาฮ์ในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้องและสมบูรณ์

4) ศรัทธาในบรรดาคัมภีร์ของอัลลอฮ์ ซึ่งเป็นศาสน์ที่ศาสดาได้รับจากอัลลอฮ์ มีอยู่มากมายรวม 104 เล่ม โดยคัมภีร์อัลกุรอานเป็นเล่มสุดท้าย ไม่เคยถูกสังคายนาหรือแก้ไขใดๆ เป็นบทบัญญัติที่ใช้ตลอดไปจนถึงวันสิ้นโลก

5) ศรัทธาในวันอาคีเราะฮ์ หรือวันอวสานของโลก มุสลิมศรัทธาว่า โลกเป็นวัฏธนู มีการแตกสลายได้ เมื่อโลกแตกสลาย ทุกสิ่งในโลกก็ดับสูญ วิญญาณจะกลับคืนสู่ร่างอีกครั้งในวันฟื้นคืนชีพ หลังจากนั้นอัลลอฮ์จะทรงทำให้มนุษย์ทุกคนฟื้นคืนชีพ เพื่อรับคำพิพากษาที่ตนได้กระทำในอดีต ผู้ใดศรัทธาและประกอบภารดี จะได้รับการตอบแทนเป็นขึ้นสวรรค์ ส่วนผู้ใดปฏิเสธ

หลักธรรมของอัลลอฮ์และทำความชั่ว จะได้รับการตอบแทนเป็นลงนรก

6) ศรัทธาในกำหนดศภาวะของอัลลอฮ์ มุสลิมต้องศรัทธาในข้อกำหนดศภาวะของอัลลอฮ์ ให้เป็นธรรมชาติของสรรพสิ่งในจักรวาล เป็นกฎที่อัลลอฮ์กำหนดไว้ เช่น การโคจรของดวงอาทิตย์ ซึ่งมุสลิมเรียกศภาวะนี้ว่า กอฎูอ์ และกำหนดที่เป็นการทดลองของอัลลอฮ์ เช่น การที่มนุษย์ทำความดี หรือความชั่วไม่ใช่ลิขิตจากอัลลอฮ์ แต่เป็นเพราะอัลลอฮ์ให้มนุษย์มีอิสระทางความคิด เลือกระกระทำตามที่ตนปรารถนา ซึ่งมุสลิมเรียกว่า กอฎัร

นอกจากหลักศรัทธา 6 ประการเป็นความเชื่อพื้นฐานของมุสลิม เปรียบได้กับเป็นนามธรรม ซึ่งมุสลิมทุกคนต้องยึดมั่นแล้ว อัลลอฮ์ได้ทรงวางภารกิจให้มุสลิมปฏิบัติ 5 ประการที่เป็นรูปธรรมชัดเจน เรียกว่าหลักปฏิบัติ

3.2.2.2.2 หลักปฏิบัติ (รุกนอิสลาม) จุดมุ่งหมายเพื่อ แสดงความศรัทธาที่มั่นคงต่ออัลลอฮ์ ให้ตนเองพ้นจากความชั่วร้าย และเพื่อมนุษยชาติเกิดประโยชน์ต่อสังคม มี 5 ประการดังนี้

1) การปฏิญาณตน เป็นหัวใจของการเป็นมุสลิม โดยมุสลิมต้องกล่าวอย่างบริสุทธิ์ใจด้วยความศรัทธาว่า ไม่มีพระเจ้าอื่นใด นอกจากอัลลอฮ์ และท่านนบีมูฮัมมัด เป็นศาสนทูตของอัลลอฮ์ จากนั้นต้องไม่เคารพบูชาสิ่งอื่น เช่น ตระกูล ชนเผ่า ไม่ขอความคุ้มครองจากหิน ดิน ไม้ เทวรูป เป็นต้น การกล่าวคำปฏิญาณทำให้เกิดผล 2 ประการ คือ เป็นการประกาศตนเป็นมุสลิม ได้ เป็นสมาชิกของสังคมมุสลิมและต้องปฏิบัติตามอัลกุรอานและซุนนะห์ และทำให้ผู้กล่าวคำปฏิญาณรอดพ้นจากการลงโทษของพระเจ้า

2) การละหมาด มาจากคำว่า นมาซ แปลว่า การกราบไหว้ นมัสการพระเจ้า เป็นหลักปฏิบัติที่ต้องปฏิบัติให้เป็นกิจวัตร ซึ่งถือเป็นการเข้าเฝ้าพระเจ้าแสดงความเคารพต่ออัลลอฮ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้มุสลิมสำนึกในบุญคุณของอัลลอฮ์ ไม่ประพฤติชั่ว หากมุสลิมเจ็บป่วย ถ้ามีสติรู้ตัวอยู่ จะต้องทำละหมาดเท่าที่จะสามารถทำได้ โดยบุคคลที่ต้องละหมาดคือ มุสลิมทุกคนที่บรรลุนิติภาวะ มีสติบริบูรณ์ ในเพศหญิงต้องไม่มีประจำเดือนและหญิงหลังคลอดต้องหมั่นอาบน้ำชำระแล้ว โดยก่อนทำละหมาดต้องชำระล้างร่างกายให้สะอาด เข้าเวลาละหมาดแน่นอน แต่งกายด้วยเสื้อผ้าสะอาด สถานที่ใช้ละหมาดต้องสะอาดและต้องหันไปทางประเทศซาอุดีอาระเบีย เวลาละหมาดมี 5 เวลา คือ เวลาเช้าน้ำก่อนพระอาทิตย์ขึ้น เวลาบ่าย เวลาเย็น เวลาพลบค่ำ และเวลากลางคืน

3) การถือศีลอด เพื่อแสดงความภักดีต่ออัลลอฮ์ เรียกอีกอย่างเป็นภาษาอาหรับว่า อัสเศอัม หรือ ศิยาม คือการที่มุสลิมละเว้นจากการกิน การดื่ม การร่วมประเวณี ละเว้นความชั่ว ตั้งแต่รุ่งอรุณจนพระอาทิตย์ตกดิน ในเดือนรอมฎอน จำนวน 29-30 วัน ซึ่งเป็นเดือนที่คัมภีร์อัลกุรอานถูกประทานลงมา การถือศีลอดยกเว้นได้ในเด็ก คนชรา หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร หากผู้ใดป่วย

หรือเดินทางสามารถถือศีลอดในจำนวนวันที่เท่ากันภายหลังได้

4) การจ่ายชะกาด คือ การจ่ายทานบังคับของผู้ที่มีทรัพย์สินครบรอบปี และมีมากเกินพิศักแก่ผู้มีสิทธิได้รับทาน ซึ่งได้แก่คนที่ยากจน เจ้าหน้าที่ผู้จัดการชะกาด ไถ่เชลย/ทาส ผู้ติดหนี้จากการประกอบอาชีพสุจริต ผู้เพิ่งรับเข้าเป็นมุสลิม สาธารณประโยชน์ทั่วไป และผู้เดินทาง ซึ่งทานบังคับในที่นี้คือ เงิน รวมถึงสติปัญญา ความช่วยเหลือ กำลังกาย ความกรุณา

5) การแสวงบุญประกอบพิธีฮัจญ์ คือ การเดินทางไปประกอบศาสนกิจ ณ บัยตุลลอฮ์ เมืองเมกกะ ประเทศซาอุดีอาระเบีย ถือเป็นการทดสอบความศรัทธา ความอดทนและเสียดสละ (มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย ภาคใต้เล่มที่ 18, 2542) โดยมุสลิมทุกคนที่สามารถทำได้อย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต ได้แก่ คนที่สุขภาพแข็งแรง ทนต่อความลำบากได้ มีเงินค่าใช้จ่ายเดินทางไปและกลับ โดยพอมิให้ครอบครัวใช้จ่าย และพาหนะเดินทางสะดวกปลอดภัย นอกจากนี้มุสลิมยังมีหลักคุณธรรมและจริยธรรมหลายประการที่มีต่ออัลลอฮ์ โดยการแสดงความเคารพต่ออัลลอฮ์ การแสดงความเคารพต่อศาสดา โดยการเชื่อฟังคำตักเตือน ภาระการปฏิบัติตัวที่ดีต่อบิดา มารดา ครูอาจารย์ เพื่อนบ้าน สามิหรือภรรยา และศาสนิกชนอื่น รวมถึงการมีมารยาทในชีวิตประจำวัน

3.2.2.4 การประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่ผ่านมา การประเมินในการปฏิบัติตามหลักศาสนกิจพบวิธีประเมินดังต่อไปนี้

หวันอับลเลาะห์ ทรงเลิศ (2546) สร้างแบบสอบถามปลายปิด เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างความยึดมั่นผูกพันในศาสนาอิสลามกับความแปลกแยกทางการเมือง โดยมีเนื้อหาคำถามเกี่ยวกับการเมือง ไม่เน้นเกี่ยวกับการปฏิบัติศาสนกิจโดยตรง

ศวันอารง ยีบากา (2549) สร้างแบบทดสอบการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม เป็นข้อคำถามสถานการณ์การนำหลักปฏิบัติในอิสลาม 5 ประการ ประกอบด้วย การปฏิญาณตน การละหมาด การถือศีลอด การบริจาคทาน และการแสวงบุญ โดยวัดระดับความมากน้อยของการนำหลักปฏิบัติในอิสลามไปใช้จริงในชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ เครื่องมือมีค่าความเที่ยง .80

สำหรับงานวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบทดสอบการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม ของศวันอารง ยีบากา (2549) เนื่องจากแบบสอบถามวัดหลักปฏิบัติในอิสลาม ทดสอบระดับมากน้อยในการปฏิบัติได้อย่างครอบคลุม คำถามเหมาะสมที่จะนำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

3.2.2.5 ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักอิสลามกับการป่วยซ้ำ

โดยปกติทุกสิ่งในชีวิตของมุสลิมขึ้นกับศาสนาอิสลาม (Rashidi and Rajaram, 2001) มี

บทบัญญัติอิสลามที่ครอบคลุมทุกมิติของวิถีชีวิต มุสลิมที่ศรัทธาจะนำหลักคำสอนของอิสลาม รวมถึงการปฏิบัติศาสนกิจ มาใช้ในการดำเนินชีวิต โดยผู้ศรัทธาที่มีความเข้มแข็งจะหมั่นดูแลรักษา สุขภาพของตน แม้ในยามเจ็บป่วยจะดูแลตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของอีมาน (ศรัทธา) (คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) มุสลิมเชื่อว่า การเจ็บป่วยเป็นธรรมชาติของชีวิต ที่เป็นบททดสอบจากอัลลอฮ์ (Haque, 2004) การเจ็บป่วยทางจิตใน ทัศนะของอิสลาม ถือเป็นอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตวิญญาณ (Ashy, 1999)

จิตใจในทัศนะของอิสลาม เชื่อมโยงกับจิตวิญญาณ ซึ่งการมีสุขภาพจิตดีขึ้นกับจิตวิญญาณ ที่ดี (คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) อัลกุรอานได้ กล่าวถึง ความเจ็บป่วยหรือโรคทางจิตใจว่า เป็นผลมาจากจิตใจของเขาปฏิเสธต่อหลักการสอน ของอัลลอฮ์ ผู้นั้นย่อมไม่ได้รับการลงโทษจากอัลลอฮ์ เกิดเจ็บป่วยได้ (มุหมัดคาอ็อะ เจ๊ะเลาะ, ม.ป.ป.) หากมุสลิมขาดศรัทธาต่ออัลลอฮ์และปฏิเสธการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติของอิสลาม ซึ่งเป็น เรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในอิสลาม ย่อมทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้มากขึ้น (คณะทำงานวิชาการ และวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข, 2552) นอกจากนี้ความเคร่งในศาสนาและ ความดีในการปฏิบัติศาสนกิจ หากปฏิบัติอยู่ในระดับมากถึงมากที่สุด จะมีคะแนนเฉลี่ยของ ความสุขในชีวิตสูงกว่าผู้ที่มีความดีในการปฏิบัติศาสนกิจระดับต่ำ (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ มีการ ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอยู่ในระดับต่ำเช่นกัน มีการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่นับถือศาสนาอิสลาม ในประเทศไนจีเรีย ของ Adewuya et al. (2009) พบว่า ความเชื่อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง

3.2.3 พฤติกรรมการใช้ยา

3.2.3.1 ความหมายพฤติกรรมการใช้ยา

เพชรี คันธสายบัว (2544) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติตัวของผู้ป่วย จิตเภท เกี่ยวกับการรับประทานยาต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากร ทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติ ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องคำแนะนำ ของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

Kumar and Sedgwick (2001) กล่าวว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์ คือ การที่ผู้ป่วยใช้ยา ถูกต้องตามแผนการรักษา หรืออาจใช้ยาผิดพลาดได้ไม่เกิน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์

สรุปว่า พฤติกรรมการใช้ยา หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ยาตามแผนการ

รักษาอย่างต่อเนื่อง โดยสอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรเกี่ยวกับการใช้ยา รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ซึ่งมีการแสดงออก 5 ลักษณะ คือ การใช้ยาอย่างต่อเนื่อง การใช้ยาถูกต้องตามวัตถุประสงค์ของยา การใช้ยาถูกลงเวลา การใช้ยาตามแผนการรักษาไม่เพิ่มหรือลดยา

3.2.3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) พบว่า องค์ประกอบของการใช้ยาตามเกณฑ์ในผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 องค์ประกอบดังนี้

- 1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา ได้แก่ การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องถูกต้องตามวัตถุประสงค์และถูกลงเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาเองโดยไม่ปรึกษาทีมบุคลากรทางสุขภาพ
- 2) ความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ได้แก่ การจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมถึงการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยผู้ป่วยบางรายอาจทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงจากยาไม่ได้ ส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาทางจิต เป็นสาเหตุแรกที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Del campo et al., 1983; Hoffman et al., 1994)

3.2.3.3 การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนงานวิจัยต่างๆพบว่า การประเมินพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธี (สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์, 2536; สาธุพร พุฒขาว, 2541; Fenton et al., 1997) ดังนี้

- 1) การประเมินโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือญาติของผู้ป่วยร่วมด้วย ซึ่งเป็นวิธีที่ใช้บ่อยและง่ายที่สุด ข้อดีคือ ได้ข้อมูลที่ละเอียด ข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยมักให้ข้อมูลไม่ตรงตามความเป็นจริง
- 2) การสังเกตพฤติกรรมปฏิบัติของผู้ป่วยโดยญาติ หรือทีมสุขภาพที่ได้จากการเยี่ยมบ้าน
- 3) การนับจำนวนเม็ดยา ประเมินจากการนับจำนวนเม็ดยาที่ให้ผู้ป่วย และจำนวนเม็ดยาที่เหลือ ข้อดีคือ สามารถบอกถึงจำนวนยาที่ใช้ไป ข้อจำกัดคือ ข้อมูลที่ได้อาจไม่ตรงกับความจริง
- 4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการในช่วงเวลาที่กำหนด ได้แก่ การตรวจระดับยาในเลือด ข้อจำกัดคือ การดูดซึมและการขับออกของยาในแต่ละคนแตกต่างกัน และเสียค่าใช้จ่ายสูง
- 5) พิจารณาจากการมารับการตรวจตามนัด โดยถือว่าผู้ที่มารับการตรวจรักษาอย่างสม่ำเสมอ เป็นผู้ที่ปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา ส่วนผู้ที่ไม่มารับการตรวจรักษาตามนัดเป็นผู้ที่ไม่ปฏิบัติตามเกณฑ์
- 6) การให้ผู้ป่วยเขียนรายงานการรับประทานยาของตนเอง (Self report) ซึ่งวิธีนี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ป่วยอาจเขียนไม่ตรงกับความจริง

เพชร คันธสายบัว (2544) สร้างแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา จากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง มีคำถามหลักในการสัมภาษณ์ 2 ข้อ คือความครอบคลุมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทมีด้านไหน อย่างไร และพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำเป็นอย่างไร มีค่าความเที่ยงเครื่องมือเท่ากับ .75

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) สร้างแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของเพชร คันธสายบัว (2544) เป็นข้อคำถามแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ซึ่งคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือการปฏิบัติตามแผนการรักษา 9 ข้อและความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา 9 ข้อ มีค่าความเที่ยง .83

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสัมภาษณ์ของ อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) เนื่องจากมีข้อคำถามครอบคลุมกับการปฏิบัติตามแผนการรักษา และการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ซึ่งเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและวิจัยที่ต้องการวัดพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์

3.2.3.4 ความสัมพันธ์ของพฤติกรรมการใช้ยากับการป่วยซ้ำ

จากการค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมในช่วงถือศีลอด โดยการสัมภาษณ์นชาย โชะเฮง ซึ่งเป็นอิหม่ามประจำมัสยิดดารุ้ลอิบาดะห์ พบว่า การใช้ยาของผู้ป่วยไทยมุสลิมช่วงถือศีลอดขึ้นกับความศรัทธาของผู้ป่วย เนื่องจากตามหลักศาสนา ถ้าเจ็บป่วยมากสามารถงดการถือศีลอดได้ แต่ถ้าต้องการถือศีลอดจะใช้วิธีรับประทานยาในมือเช้าก่อนพระอาทิตย์ขึ้น และรับประทานยามือเย็นหลังพระอาทิตย์ตกดิน ถ้ามียามื้อกลางวันบางรายงดกินยา หรือถ้ารับประทานจะใช้วิธีดองข้าวสารในมือนั้น เพื่อไว้บริจาคนแก่ผู้ยากไร้ต่อไปหรือถือศีลอดชดเชยในวันถัดไป (มนชาย โชะเฮง, สัมภาษณ์, 20 ธันวาคม 2554) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่า สาเหตุของการป่วยซ้ำที่สำคัญของผู้ป่วยคือ ขาดการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ยารักษาความเจ็บป่วยทางกาย แต่ถ้าป่วยทางจิตสิ่งหนึ่งที่จะช่วยรักษา คือ ศาสนาหรือความศรัทธา โดยรักษาได้ดีในผู้ป่วยที่มีความศรัทธา ส่วนผู้ศรัทธาน้อยอาจป่วยเพิ่มขึ้น (นุรุดดิน สาริมิง, 2540) เมื่อผู้ป่วยสามารถถือศีลอดได้ จำเป็นต้องคำนึงถึงหลัก 3 D ได้แก่ drug regimen adjustment โดยการปรับสูตรยามารับประทานก่อนและหลังพระอาทิตย์ขึ้นและตกดิน drug control ส่งเสริมให้มีการควบคุมอาหารที่เหมาะสม daily activity คือการปรับกิจวัตรประจำวัน ซึ่งเมื่อใช้หลัก 3 D ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถถือศีลอดและควบคุมโรคได้ (มาหะมะ เมาะมูลา, 2550)

3.3 ปัจจัยปกป้องแวดล้อม

3.3.1 กิจวัตรสุขภาพครอบครัว

3.3.1.1 ความหมายเกี่ยวกับกิจวัตรสุขภาพครอบครัว

จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (2549) กล่าวว่า กิจวัตรสุขภาพครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมที่สมาชิกในครอบครัวกระทำเป็นประจำ หรือกระทำจนเป็นนิสัย โดยมีเป้าหมายเพื่อคงไว้ เสริมสร้าง และส่งเสริมภาวะสุขภาพของสมาชิกและครอบครัวโดยรวม

Janosik and Green (1992) กล่าวว่า กิจวัตรสุขภาพครอบครัว คือสิ่งที่เป็นพลวัต ที่ทำให้เห็นความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว

สรุปว่า กิจวัตรสุขภาพครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่ครอบครัวปฏิบัติต่อตนเองและปฏิบัติต่อกันในครอบครัวที่จะสร้างเสริมความป็นอยู่ที่ดี สร้างความเข้มแข็งทางจิตใจ สร้างเสริมความปลอดภัย และดูแลกันเมื่อเจ็บป่วย

3.3.1.2 องค์ประกอบของกิจวัตรสุขภาพครอบครัว มี 6 ด้าน (จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์, 2549) ดังนี้

1) ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานอาหาร การรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อนและนอนหลับ กิจกรรมและการออกกำลังกาย รวมถึงการแสดงออกทางเพศและมีเพศสัมพันธ์

2) ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยในชีวิตและทรัพย์สิน การป้องกันโรค การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การดื่มเหล้าหรือสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติด การใช้ความรุนแรงในครอบครัว และการป้องกันบาดเจ็บจากอุบัติเหตุทั้งภายในและภายนอกบ้าน

3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง ความมีคุณธรรม ความสำเร็จในหน้าที่การงาน และการจัดการความเครียด

4) ด้านการดูแลความเป็นครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวข้องกับการใช้เวลาว่างร่วมกัน การร่วมแสดงความคิดเห็นต่อกัน การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความเชื่อ การสืบทอดประเพณี วัฒนธรรม

5) ด้านการดูแลครอบครัว หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับงานบ้าน การอบรมสั่งสอนสมาชิกในครอบครัว และการจัดการทรัพยากรภายในครอบครัว

6) ด้านการดูแลความเจ็บป่วย หมายถึง พฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจไปพบแพทย์ การไปตรวจตามนัด และการดูแลสมาชิกที่เจ็บป่วย

ซึ่งจากการทบทวนพบว่า กิจวัตรสุขภาพครอบครัวไทยและครอบครัวไทยมุสลิมมี

องค์ประกอบที่ไม่แตกต่างกัน

3.3.1.3 การประเมินกิจวัตรสุขภาพครอบครัว

จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (2549) สร้างแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว โดยใช้แนวคิด โครงสร้างรูปแบบสุขภาพครอบครัวของ Denham (2002; 2003) เป็นการประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบทั้งหมด 70 ข้อ มีคะแนนรวมของแบบวัดทั้งฉบับ ระหว่าง 70-280 คะแนน โดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 6 ด้าน คือ การดูแลสุขภาพตนเอง ความปลอดภัย และการป้องกันการเจ็บป่วย พฤติกรรมสุขภาพจิต การดูแลความเป็นครอบครัว และการดูแลครอบครัว มีค่าความเที่ยง .91

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัวของ จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (2549) เนื่องจากมีข้อคำถามครอบคลุมกับพฤติกรรมของครอบครัวในการวัดภาวะสุขภาพของ ครอบครัวคนไทยมุสลิมได้อย่างเป็นองค์รวม

3.3.1.4 ความสัมพันธ์ของกิจวัตรสุขภาพครอบครัวกับการป่วยซ้ำ

มุสลิมมีหลักในการเลือกบริโภคอาหารที่มีคุณค่าสูง สะอาด การเตรียมอาหารที่สะอาด โดยต้องรับประทานอาหารที่มีฮาลาลรับรอง ถ้ามุสลิมปฏิบัติตามเท่ากับเป็นการแสดงถึงการมีศรัทธา ในอัลลอฮ์ (ดาร์กัว แวอาลี, 2546) มุสลิมเน้นรักษาความสะอาดทั้งร่างกายและจิตใจ ดังคำกล่าว ในอัลกุรอานว่า ความสะอาดเป็นส่วนหนึ่งของความศรัทธา มุสลิมควรออกกำลังกายให้เหมาะสม กับตัวเอง ไม่ขัดต่อหลักศาสนา การละหมาดถือได้ว่าเป็นการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง (มานี ซูไทย, 2544) นอกจากนี้มุสลิมมีการพักผ่อนโดยการละหมาด จิตใจจะสงบระลึกถึงอัลลอฮ์ เกิดสมาธิ และการถือศีลอด เป็นการควบคุมสติ จิตใจสงบ พักระบบย่อยอาหารในเวลากลางวัน (ดลมนรรจน์ บา กา และแวอูเซ็ง มะแดเฮาะ, 2536) สรุปได้ว่า หลักการศาสนาอิสลามได้สอนเกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุขไว้อย่างละเอียดทุกแง่มุม (ฟารีดา อิบราฮิม, 2546) เมื่อเจ็บป่วยมุสลิมต้องรีบ บำบัดรักษา การหายป่วยหรือไม่ขึ้นกับพระประสงค์ของพระเจ้า ผู้ป่วยต้องมีศรัทธา เชื้อมั่นและอดทน เป็นเหมือนบททดสอบ หากผู้ป่วยเข้าใจและศรัทธาต่อสู้กับโรค แต่ถ้าไม่เข้าใจจะอ่อนแอ เกิดความเครียดต่อโรคที่มีหรือมีโรคใหม่แทรกได้ (ดาร์กัว แวอาลี, 2546) มีการศึกษาการทำหน้าที่ ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี แต่พบว่าการทำหน้าที่ด้านความผูกพันทางอารมณ์มีคะแนนต่ำสุด ปัญหาที่พบคือ สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจกันและกัน เมื่อใดที่ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวที่มีภาวะสุขภาพที่ดี ย่อมทำให้โอกาสเกิดการป่วยซ้ำลดลง (อรรณพ ทองคำ, 2546)

3.3.2 การสนับสนุนทางสังคม

3.3.2.1 ความหมายการสนับสนุนทางสังคม

หยัง บรรเทิงสุข (2545) ให้ความหมาย การสนับสนุนทางสังคมว่า ความรู้สึกหรือการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการช่วยเหลือ ความรักจากบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนและบุคลากรทางทีมสุขภาพ ในด้านต่างๆที่ทำให้บุคคลมีความสุข ลดความเครียดและวิตกกังวล และรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

ดวงรัตน์ แซ่เตียว (2546) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับความช่วยเหลือด้านข้อมูลข่าวสาร แรงงาน การได้รับกำลังใจจากบุคคลในกลุ่มสังคมต่างๆ

House (1981) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ประกอบด้วยความรักและเห็นคุณค่า ไว้วางใจและรับฟัง ช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ การบริการ เวลา ให้ข้อมูลข่าวสาร และคำแนะนำเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม รวมถึงให้ข้อมูลเปรียบเทียบประเมินตนเองในสังคม

Gottlieb (1983 cited in Stewart, 1993) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม คือการให้ข้อมูลข่าวสาร หรือคำแนะนำ รวมถึงการให้ความช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของแก่ผู้ต้องการได้รับจากผู้ให้ ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิด และให้ด้วยความเต็มใจ โดยหวังให้เกิดผลดีทางด้านอารมณ์ และพฤติกรรมแก่ผู้รับ

สรุป การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลที่อยู่ร่วมกันมีปฏิสัมพันธ์ต่อกัน โดยให้การช่วยเหลือกัน ให้ความรัก สิ่งของ และให้ข้อมูลข่าวสาร ซึ่งจะมีทั้งผู้ให้และผู้รับ

3.3.2.2 ชนิดของการสนับสนุนทางสังคม

Schaefer et al. (1981 cited in Tilden, 1985) แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิด ได้แก่

- 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ หมายถึง ความผูกพัน และความรู้สึกเชื่อมั่นไว้วางใจ
- 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับพฤติกรรม การกระทำของบุคคล
- 3) การสนับสนุนด้านทรัพยากร เป็นการให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงิน หรือบริการ นอกจากนี้ House (1981) แบ่งการสนับสนุนทางสังคม เป็น 4 ชนิด ดังนี้
 - 1) การสนับสนุนด้านอารมณ์ คือ การให้ความรัก เอาใจใส่เห็นอกเห็นใจ และยอมรับนับถือ
 - 2) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร คือ การให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะ แนวทางปฏิบัติ หรือทางเลือก
 - 3) การสนับสนุนด้านวัตถุ คือ การช่วยเหลือเรื่องเงิน สิ่งของ เวลา แรงงาน
 - 4) การสนับสนุนด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า คือ การให้ข้อมูลย้อนกลับไปประเมิน

ตนเอง เพื่อให้เกิดความมั่นใจ

3.3.2.3 หน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม

Pender (1996) กล่าวว่า หน้าที่ของแหล่งสนับสนุนทางสังคม มีดังนี้

- 1) ด้านการสนับสนุน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลบรรลุเป้าหมาย หรือปรับตัวกับสถานการณ์ต่างๆ โดยให้ในสิ่งที่จำเป็นในการดำรงชีวิต และให้การประคับประคองจิตใจ
- 2) ด้านการให้คำแนะนำ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ
- 3) ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ โดยจะประเมินสิ่งที่บุคคลทำไป เพื่อพัฒนาปรับปรุงตนเอง

3.3.2.4 การประเมินการสนับสนุนทางสังคม

Cronenwett (1985) ได้สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคมตามแนวคิดของ House (1981) ประกอบด้วย การสนับสนุนทางอารมณ์ การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนด้านวัตถุประสงค์ของ เงินหรือแรงงาน

ศิริรณานันท์ พงศ์ (2542) ประเมินการสนับสนุนทางสังคมจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม 11 แหล่ง ได้แก่ บิดามารดา คู่สมรส บุตร บุคคลในครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงาน บุคลากรด้านสาขาวิชาชีพ พระหรือนักบวช หน่วยบริการที่จัดในชุมชน ให้ความช่วยเหลือกันและกัน และกลุ่มอื่นๆ เครื่องมือมีค่าความเที่ยง .97

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) สร้างแบบวัดการสนับสนุนทางสังคม ขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981 cited in Tilden, 1985) ประกอบด้วยคำถาม 15 ข้อ แบ่งเป็น 3 ด้าน คือ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนทางด้านทรัพยากร เครื่องมือมีค่าความเที่ยง .82

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบวัดที่พัฒนาโดย หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด คือ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านทรัพยากร ที่ต้องการการสนับสนุนให้เกิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

3.3.2.5 ความสัมพันธ์ของการสนับสนุนทางสังคมกับการป่วยซ้ำ

เสาวนีย์ จิตต์หมวด (2535) กล่าวว่า ชาวมุสลิมจะไปรวมตัวกันทำละหมาดที่มัสยิดเป็นประจำทุกวัน วันละ 5 เวลา มัสยิดถือเป็นศูนย์กลางของการปรึกษาหารือ ช่วยเหลือกันทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในเรื่องส่วนตัวและหมู่คณะ จากคำกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมุสลิมได้เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา ก็ย่อมจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมทั้งด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากร ไพลีน ปรัชญคุปต์ (2548) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัว พบว่า หากครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้ นอกจากนี้สดีโส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย (2547) ศึกษาปัจจัยทางสังคมกับการ

กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา ผลการศึกษาพบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

3.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

3.4.1 การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

3.4.1.1 ความหมายการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ให้ความหมาย การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว หมายถึง การแสดงออกในรูปของน้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง และความรู้สึของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยจิตเภท

Brown et al. (1972) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ หมายถึง อารมณ์และทัศนคติของญาติที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยการวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความเป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป การแสดงความชื่นชม และการแสดงความอบอุ่น

Humbecck et al. (2002) กล่าวว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นสิ่งที่แสดงบรรยากาศทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย

สรุป การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว หมายถึง การแสดงอารมณ์ ความรู้สึก ทัศนคติ ที่ครอบครัวมีต่อผู้ป่วย มีทั้งการแสดงออกที่ดีและไม่ดี

3.4.1.2 ชนิดของการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

Brown et al.(1972) แบ่งการแสดงออกทางอารมณ์ เป็น 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

1) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ คือ การใช้คำพูดไม่พอใจ การแสดงความเป็นมิตร คือ การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในเรื่องทั่วไป การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป คือ การแสดงความห่วง กังวล เอาใจใส่ จดจ่อบ่อยเกินไป

2) การแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ การแสดงความชื่นชม คือ การแสดงถึงความรัก และการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร คือ การแสดงออกถึงความห่วงใย เข้าใจอย่างเป็นธรรมชาติ

3.4.1.3 การประเมินการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

การแสดงออกทางอารมณ์ในด้านการสื่อสารในครอบครัว เป็นปัจจัยหนึ่งมีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้

พิริยาภรณ์ เชื้อหอม (2548) ใช้แบบประเมินพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว ของชินานาถุ จิตตารมย์(2545) สร้างและตัดแปลงจากแนวคิดของ Gordon (2000) ค่าความเที่ยง .88 วัด

พฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัว โดยแยกรายด้าน 4 ด้าน คือ ด้านการฟัง การสื่อสารความรู้สึกนึกคิดของตน การสื่อสารร่วมกันแก้ปัญหา และด้านพื้นฐานการเข้าใจบุคคล

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaweravong (2006) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ 5 องค์ประกอบ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบ ได้แก่ การวิพากษ์วิจารณ์ การแสดงความไม่เป็นมิตร การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป และการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวก ได้แก่ การแสดงความชื่นชม แะการแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร เครื่องมือเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยคำถาม 33 ข้อ มีค่าความเที่ยง .89

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้แบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของ ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) เนื่องจากมีข้อคำถามครอบคลุมกับองค์ประกอบการแสดงออกทางอารมณ์ทั้งด้านบวกและด้านลบ เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและสิ่งที่ผู้วิจัยต้องการวัด

3.4.1.4 ความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวกับการป่วยซ้ำ

ภรดี ไชยสิน (2545) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชแห่งหนึ่งในภาคอีสาน พบว่า ญาติส่วนใหญ่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ร้อยละ 68.8 และยังพบว่า สถานภาพทางการเงิน และภาวะการมี-ไม่มีงานทำของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติ

พิริยาภรณ์ เชื้อหอม (2548) ศึกษาพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 55.14 มีพฤติกรรมกรรมการสื่อสารในครอบครัวโดยรวมระดับไม่ดี

Brown et al. (1972) ศึกษาเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 9 เดือนและได้กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีโอกาสกำเริบซ้ำสูงถึงร้อยละ 58

Vincent (2004) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทชายที่ป่วยซ้ำในประเทศสิงคโปร์ ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ และการขาดการรักษาของผู้ป่วย

สำหรับในกลุ่มครอบครัวไทยมุสลิมยังไม่พบการศึกษาเหล่านี้ ผู้วิจัยคาดว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวไทยมุสลิมไม่แตกต่างกัน

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการป่วยซ้ำ มีงานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยต่างๆที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ รวมถึงงานวิจัยเกี่ยวกับการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ (2542) ศึกษาปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำของโรคจิตเภทในสถาบันประสาทวิทยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการต่อเนื่องมากกว่า 2 ปีที่สถาบันประสาทวิทยา แบ่งเป็นกลุ่มป่วยซ้ำ 100 คน และไม่ป่วยซ้ำ 100 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้กลไกทางจิตที่ไม่มีความสุขเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้กลไกทางจิตที่มีความสุข 2.46 เท่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ตอบสนองต่อยาไม่ดีเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ตอบสนองต่อยาคือ 1.31 เท่า และผู้ป่วยจิตเภทที่กินยาไม่สม่ำเสมอเสี่ยงต่อการเกิดเป็นซ้ำมากกว่าถึง 17.67 เท่า

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต แบ่งเป็นกลุ่มป่วยซ้ำ 110 คน และไม่ป่วยซ้ำ 110 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา แบบวัดความสัมพันธ์ในครอบครัวและการแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันป่วยซ้ำ

พิศสมร เดชดวง (2545) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 130 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบวัดสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีสุขภาพะทุกด้านระดับดี อายุและความเชื่อด้านสุขภาพ ความเพียงพอของรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

จุฬาลักษณ์ ชำของ (2547) ศึกษาประสพการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 10 คน เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึกและบันทึกภาคสนาม ผลการศึกษาพบว่า ประสพการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ ด้านร่างกาย คือ การใช้ยาตามแผนการรักษาและการงดสารกระตุ้นประสาท ด้านจิตใจ คือ การทำงานหรือกิจกรรมที่ภูมิใจ ผ่อนคลาย ปรับความคิดและจิตใจ ด้านสังคม คือ การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม และด้านจิตวิญญาณ คือ การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา และการฝึกจิตใจให้สงบ

สกลี คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุริย์ บุญเฉย (2547) ศึกษาปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลศรีธัญญาปี 2544 และเข้ารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน จำนวน 200 ราย เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์จากนักสังคมสงเคราะห์ทางโทรศัพท์ ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศหญิง อายุ 41-50 ปี ศึกษาระดับมัธยมศึกษา สถานภาพสมรสคู่ ไม่มีอาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือบิดามารดา และเป็นผู้ดูแล มีความรู้ในการดูแลระดับปานกลาง ทักษะคิดระดับปานกลาง พฤติกรรมผู้ป่วยระดับต่ำที่เป็นปัญหามากคือ ผู้ป่วยเสเพลสิ่งเสพติด และรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ พฤติกรรมญาติดูแลดีสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี การสนับสนุนทางสังคมปานกลาง มีการสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารมากที่สุด รองมาด้านอารมณ์ ในทางความสัมพันธ์พบว่าปัจจัยทางสังคมด้านความรู้ ทักษะคิด พฤติกรรมของผู้ป่วย พฤติกรรมการดูแลผู้ป่วย สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและความสัมพันธ์ของญาติที่แตกต่างกันมีผลต่อการรักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทต่างกัน

ราตรี เครือวรรณ (2552) ศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามารักษาซ้ำจำนวน 10 คน ผู้ดูแล 10 คน แกนนำชุมชน 10 คน และบุคลากรทีมสุขภาพ 7 คน เครื่องมือที่ใช้คือแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินสภาพจิต แนวทางการสัมภาษณ์รายบุคคลและรายกลุ่ม แบบบันทึกสังเกต ผลการศึกษาพบว่า ด้านผู้ป่วย ไม่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทและยา มีทัศนคติต่อโรคและยาจิตเวชไม่ดี ตลอดจนสัมพันธ์ภาพครอบครัวและชุมชนไม่ดี ด้านครอบครัว ผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจโรคจิตเภทและยา ไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย มีทัศนคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลที่มาส่งและรับผู้ป่วยไม่ใช่ผู้ดูแลหลัก ด้านชุมชน ไม่ยอมรับผู้ป่วยให้ทำงาน ไม่ช่วยเหลือทางสังคม ชุมชนขาดความตระหนักและความรู้เรื่องโรคจิตเภท ด้านทีมบุคลากร ไม่สามารถปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วย เหล่านี้เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท

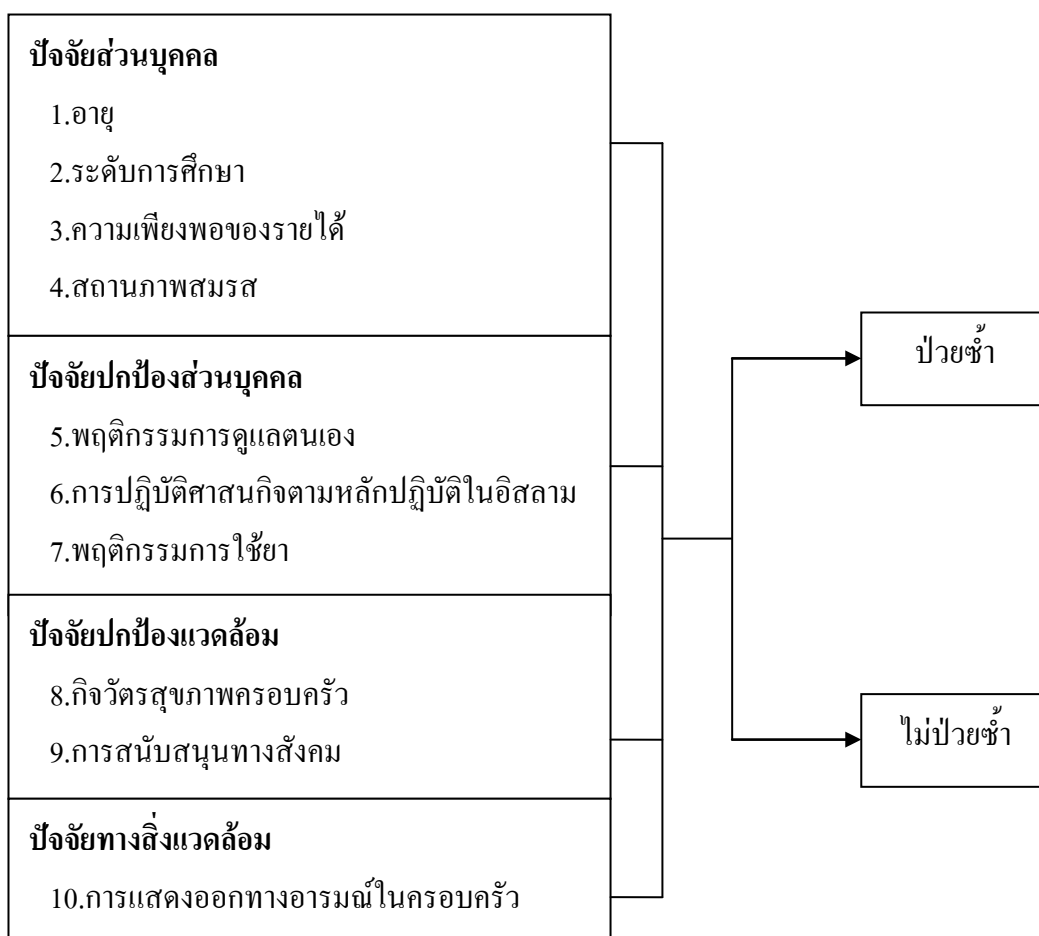
Brown et al. (1972) ศึกษาความสัมพันธ์ของการแสดงออกทางอารมณ์กับการป่วยซ้ำ กลุ่มตัวอย่างคือ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 10 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ มีความสัมพันธ์ในระดับสูงต่อการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลภายใน 9 เดือน และได้กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูงจะมีโอกาสกำเริบซ้ำถึงร้อยละ 58 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ มีโอกาสกำเริบซ้ำเพียงร้อยละ 16 และยังพบว่าการขาดยาของผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับการกำเริบซ้ำของโรค

Vincent (2004) ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทชายที่ป่วยซ้ำ

ในประเทศสิงคโปร์ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลวู้ดบรีค ประเทศสิงคโปร์ จำนวน 60 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ผลการศึกษาพบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับแนวคิดที่อธิบายการป่วยซ้ำของ Nuechterleing, et al.(1992) พบว่าตัวแปรที่คาดว่าจะมีผลต่อการจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำหรือไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ประกอบด้วยตัวแปร 10 ตัวแปร ได้แก่ 1)อายุ 2)ระดับการศึกษา 3)ความเพียงพอของรายได้ 4)สถานภาพสมรส 5)พฤติกรรมการดูแลตนเอง 6)การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม 7)พฤติกรรมการใช้ยา 8)กิจวัตรสุขภาพครอบครัว 9)การสนับสนุนทางสังคม 10)การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว สามารถแสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

5. กรอบแนวคิดการวิจัย



บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรและหา ลำดับความสำคัญของตัวแปรจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

ประชากร

ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ ด้วย ICD10 และมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการจิตเวชผู้ใหญ่ในเขต ภาคกลางและภาคใต้ ที่มีขนาดเตียง 500 เตียงขึ้นไป โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำ หมายถึง บุคคลที่นับถือศาสนาอิสลามได้รับการ วินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 เป็นจิตเภท (F20) สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ที่เข้ารับ การรักษาอีกครั้งแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่กลับมามีอาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาท หลอน และความคิดผิดปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน ภายใน 6 เดือน (Lader, 1995; Lamberti, 2001) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (BPRS) พบอาการทางบวกอย่าง ใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ ตั้งแต่ 6 คะแนนขึ้นไป (UCLA, 2001 อ้างถึงใน เรณูการ์ ทองคำรอด, 2549)

2. ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ หมายถึง บุคคลที่นับถือศาสนาอิสลามได้รับการ วินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 เป็นจิตเภท (F20) สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ที่มารับการ รักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่มีอาการของ โรคจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือน ขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย (เพชร คันธสายบัว, 2544; จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547)

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ในเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion Criteria)

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 เป็น

จิตเภท (F20) สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้

2. ผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ในการวิจัยได้ โดยมีคะแนนประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (BPRS) น้อยกว่า 30 คะแนน

3. สามารถสื่อสารเข้าใจโดยใช้ภาษาไทย

4. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โดยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

4.1 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มป่วยซ้ำ คือผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่พบอาการทางบวกอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน ความคิดผิดปกติ หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายใน 6 เดือน

4.2 ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ คือผู้ป่วยนอกที่ไม่มีอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไปตั้งแต่วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย

5. ไม่มีโรคเรื้อรังทางกายที่ต้องรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ เบาหวาน ความดันสูง

6. ยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยมีขั้นตอนคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

1. ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำแนก เพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ควรเป็น 10-20 เท่าของจำนวนตัวแปร (Pilot, 1999) ในการวิจัยครั้งนี้มี 10 ตัวแปร ดังนั้นควรมีกกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 200 คน เพื่อป้องกันข้อมูลตกหล่นสูญหายจึงควรเก็บรวบรวมข้อมูลเกินกว่าที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (เดชาวุธ นิตยสุทธิ, 2534) คิดเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 220 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มละ 110 คน

2. สำรวจสัดส่วนของประชากรนับถือศาสนาอิสลามในแต่ละภาคของไทย พบว่าภาคใต้มีประชากรนับถือศาสนาอิสลามมากอันดับแรก และภาคกลางเป็นอันดับสอง ดังนั้นผู้วิจัยคัดเลือกโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิตจากภาคใต้และภาคกลาง โดยภาคใต้ มีจำนวน 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ คัดเลือกมา 1 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ และภาคกลาง มีจำนวน 4 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ และโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ คัดเลือกมา 2 โรงพยาบาล ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา เนื่องจากเป็นสถานบริการขนาดใหญ่มากกว่า 500 เตียงทำให้มีความหลากหลายของประชากรและพบว่าเป็นโรงพยาบาลที่มีจำนวนประชากรมุสลิมมาก

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยคิดตามสัดส่วนจำนวนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน (เพชรน้อย สิ่งช่างชัย และคณะ, 2539) ดังนี้

$$\text{สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างตามสัดส่วน} \quad \text{ขนาดตัวอย่าง} = \frac{n \times n_1}{N}$$

N = ขนาดประชากร

n = ขนาดตัวอย่างของงานวิจัย

n_1 = ขนาดตัวอย่างของแต่ละชั้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง = $\frac{\text{ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในงานวิจัย} \times \text{จำนวนผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม}}{\text{จำนวนผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมทั้ง 3 โรงพยาบาล}}$

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (BPRS) ของ Overall and Gorham (1962) ที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยอยู่ในสถานะที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้

5. เก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการวิจัย ระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม 2555 – 16 สิงหาคม 2555 จนครบจำนวน 220 คน

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	ประชากร	กลุ่มตัวอย่าง	
		ป่วยซ้ำ	ไม่ป่วยซ้ำ
โรงพยาบาลศรีธัญญา	760	28	28
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา	389	14	15
โรงพยาบาลสวนสราญรมย์	1830	68	67
รวม	2979	110	110

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของโรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสัมภาษณ์ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่าง

ทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบ ผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา ถ้าต้องการ และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด 7 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสัมภาษณ์ครอบคลุม 4 ตัวแปร ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส ตัวแปรละ 1 ข้อ และมีข้อคำถามเพิ่มเติมในสถานภาพสมรส คือหากตอบคู่ให้เลือกคำตอบ อยู่ร่วมกัน หรือแยกกัน อยู่ ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ และเติมคําลงในช่องว่าง จำนวน 1 ข้อ รวมข้อคำถามส่วนนี้มี 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของจินทนา ชุนฉาย (2548) ที่พัฒนามาจาก เพชรรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งสร้างตามกรอบแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) การดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill and Smith (1990) ร่วมกับนำแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินทนา ยูนิพันธ์ (2534) มีเนื้อหาครอบคลุมพฤติกรรมดูแลตนเอง 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลตนเองด้านร่างกาย ลักษณะของแบบวัดเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ (5-point rating scale) โดยมีค่าความเที่ยงของแบบวัด .94 ขึ้นตอนในการปรับปรุงแบบวัดโดยผู้วิจัยมีดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
2. ศึกษาแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของจินทนา ชุนฉาย(2548)
3. ผู้วิจัยตัดข้อคำถามด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เนื่องจากซ้ำซ้อนกับแบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลามของ คูวันอารง ยีบาภา (2549)
4. นำแบบวัดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา
5. ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา ตัด

ข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนออกจากต้นฉบับเดิม 6 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 5,13,15,22,29 และ 30 คงเหลือข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้ 26 ข้อ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง จำนวน 4 ข้อคือ คำถามข้อที่ 1-4 โดยเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ จำนวน 4 ข้อคือ คำถามข้อที่ 5-8 โดยเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จำนวน 4 ข้อคือ คำถามข้อที่ 9-12 โดยเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

4) การเตรียมการเผชิญปัญหา จำนวน 4 ข้อคือ คำถามข้อที่ 13-16 โดยเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม จำนวน 4 ข้อคือ คำถามข้อที่ 17-20 โดยเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

6) การดูแลตนเองด้านร่างกาย จำนวน 6 ข้อคือ คำถามข้อที่ 21-26 ข้อ โดยมีคำถามทางบวกได้แก่ข้อที่ 25,26,27,28,30,31 และ32 ข้อคำถามทางลบได้แก่ 29

กำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ประจำ	ทำกิจกรรมเป็นประจำทุกวันหรือเกือบทุกวัน	5	1
บ่อยครั้ง	ทำกิจกรรมบ่อยวันบ้างเป็นบางวัน	4	2
บางครั้ง	ทำกิจกรรมเป็นบางครั้งวันละ 1 เดือนจึงทำอีก	3	3
นานๆครั้ง	ทำกิจกรรมนั้นแล้วเว้นระยะไปนานจึงทำอีกครั้ง	2	4
ไม่เคยทำ	ไม่เคยทำกิจกรรมนั้นเลย	1	5

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พิจารณาตามเกณฑ์มาตรวัด 5 ระดับ โดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 5 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด (ประคอง วรรณสูตร, 2542) แปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	ปฏิบัติในระดับดีมาก
3.50-4.49	ปฏิบัติในระดับดี
2.50-3.49	ปฏิบัติในระดับปานกลาง

1.50-2.49	ปฏิบัติในระดับต่ำ
1.00-1.49	ปฏิบัติในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม เป็นแบบวัดที่สร้างโดยศวันอารง ยีบากา (2549) วัดระดับความมากน้อยของการนำหลักการปฏิบัติในศาสนาอิสลามไปใช้จริงในชีวิตประจำวันกำหนดไว้ 5 ประการ ลักษณะของแบบประเมินเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ (4-point rating scale) มีค่าความเที่ยง .80 ประกอบด้วยคำถาม 25 ข้อ มีคะแนนเต็ม 75 คะแนน ภายหลังจากพิจารณาความตรงตามเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิได้ปรับปรุงข้อคำถามจากต้นฉบับเดิมดังนี้ ปรับภาษาที่ใช้ให้เข้าใจง่ายขึ้น จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1 และ 23 มีการปรับรวมข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกันในข้อที่ 6 และ 7 และตัดข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมออก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5 และ 15 คงเหลือข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้ 21 ข้อ จำแนกดังนี้

- 1) การปฏิบัติตน จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 1-3 เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด
- 2) การละหมาด จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4-7 เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด
- 3) การถือศีลอด จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 8-11 เป็นข้อคำถามทางบวกในข้อที่ 8, 9 และ 11 ข้อคำถามทางลบในข้อที่ 10
- 4) การบริจาคทาน จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 12-16 เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด
- 5) การแสวงบุญ(ฮัจญ์) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 17-21 เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

กำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ประจำ	ปฏิบัติศาสนกิจทุกวัน	4	1
บ่อยๆ	ปฏิบัติศาสนกิจ 4 ครั้งต่อสัปดาห์	3	2
นานๆครั้ง	ปฏิบัติศาสนกิจ สัปดาห์ละครั้ง	2	3
ไม่ได้ทำ	ไม่เคยศาสนกิจเลย	1	4

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 4 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุดที่มีความหมายดังนี้

3.50-4.00 หมายถึง มีการปฏิบัติศาสนกิจเหมาะสมมาก

2.50-3.49 หมายถึง มีการปฏิบัติศาสนกิจเหมาะสม

1.50-2.49 หมายถึง มีการปฏิบัติศาสนกิจไม่เหมาะสม

1.00-1.49 หมายถึง มีการปฏิบัติศาสนกิจที่ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา เป็นแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบวัดของ อุมามพร กาญจนรักษ์ (2545) ที่สร้างตามแนวคิดของ Farragher (1999) ร่วมกับแนวคิดของเพชรรัตน์ สายบัว (2544) มีเนื้อหาคำถามครอบคลุมการปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ยา 2 ด้าน คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา และความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ลักษณะของแบบวัดเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ (5-point rating scale) มีค่าความเที่ยง .83 โดยมีขั้นตอนในการปรับปรุงโดยผู้วิจัยมีดังนี้

1. ศึกษาเอกสาร ตำรา งานวิจัย และวิทยานิพนธ์ที่เกี่ยวข้องกับแนวคิดพฤติกรรมการใช้ยา

2. ศึกษาแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาของ อุมามพร กาญจนรักษ์ (2545)

3. นำแบบวัดเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหา

4. ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยมีประเด็นการแก้ไขจากต้นฉบับเดิมคือ ปรับข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนในข้อที่ 6-9 และตัดข้อคำถามออก 2 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4 และ 16 คงเหลือข้อคำถาม 13 ข้อ

5. ผู้วิจัยได้เพิ่มข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในระหว่างเดือนรอมฎอนที่มีผลต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยอีก 3 ข้อ ได้แก่

ข้อที่ 1 ในช่วงเดือนรอมฎอนท่านรับประทานยาตรงตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องหรือไม่ หากตอบไม่ใช่ กรุณาทำต่อในข้อที่ 2

ข้อที่ 2 ท่านมีการปรับแผนการรับประทานยาด้วยตนเองหรือไม่

ข้อที่ 3 หากมีในข้อที่ 2 ท่านรับประทานยาอย่างไร

ดังนั้นแบบวัดพฤติกรรมการใช้ยาในการศึกษารุ่นนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 16 ข้อ ดังนี้

1) การปฏิบัติตามแผนการรักษา จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 1-5 ข้อคำถามทางบวกได้แก่ข้อที่ 4 และ 5 ข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อที่ 1, 2 และ 3

2) ความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 6-13 ข้อคำถามทางบวกได้แก่ข้อที่ 6, 7, 8, 9, 11 และ 13 ข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อที่ 10 และ 12

มีความหมายเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

3) มีคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ยาในระหว่างเดือนรอมฎอน จำนวน 3 ข้อ การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนรวมทุกข้อคำถาม (ข้อ1-18) แล้วนำคะแนนมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาตามเกณฑ์มาตรฐาน วัด 5 ระดับ โดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด แปลความหมาย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย	ความหมาย
4.50-5.00	ปฏิบัติในระดับดีมาก
3.50-4.49	ปฏิบัติในระดับดี
2.50-3.49	ปฏิบัติในระดับปานกลาง
1.50-2.49	ปฏิบัติในระดับต่ำ
1.00-1.49	ปฏิบัติในระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ของจันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์ (2549) พัฒนาและทดสอบคุณภาพโดยใช้แนวคิดด้านโครงสร้างของรูปแบบสุขภาพครอบครัวของ Denham (2002;2003) มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษา 2 ระยะ คือ 1) ระยะพัฒนาเครื่องมือ จากการทบทวนวรรณกรรมและสัมภาษณ์เชิงลึกในครอบครัวไทย 13 ครอบครัว นำมาสร้างกลุ่มคำถาม 206 ข้อ ตรวจสอบความตรงกับผู้เชี่ยวชาญ 6 ท่าน ได้คำถาม 145 ข้อเพื่อสร้างแบบสอบถามฉบับร่าง และทดสอบด้วยสถิติการวิเคราะห์ได้แบบวัดทั้งหมด 70 ข้อ และ 2) ระยะตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ นำไปวิเคราะห์หาค่าประจักษ์เชิงยืนยัน พบว่าความตรงตามโครงสร้างอยู่ในเกณฑ์ยอมรับได้ ความตรงเชิงเกณฑ์สัมพันธ์ พบเชิงบวกในระดับปานกลาง ลักษณะของแบบวัดเป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ (4-point rating scale) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบรวมทั้งหมด 70 ข้อ มีคะแนนรวมของแบบวัดทั้งหมดระหว่าง 70-280 คะแนน มีค่าความเที่ยง .91 ผู้วิจัยเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาความตรงตามเนื้อหาได้ข้อเสนอแนะ และพิจารณา

ปรับแก้เครื่องมือร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาจากต้นฉบับเดิมดังนี้ ปรับข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกันรวม 22 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 4 และ 5 ข้อที่ 30-33 ข้อที่ 36 และ 36 ข้อที่ 51 และ 52 ข้อที่ 53-55 ข้อที่ 57-61 ข้อที่ 64 และ 65 และข้อที่ 69 และ 70 และตัดข้อคำถามออก 12 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 12, 15, 17, 20, 41-45, 50, 56 และ 68 คงเหลือข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้ 44 ข้อ รายละเอียดดังนี้

1) ด้านการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 13 ข้อคือ คำถามข้อที่ 1-13 โดยมีคำถามทางบวกได้แก่ข้อที่ 1, 2, 8, 9, 10, 11 และ 12 ข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อที่ 3, 4, 5, 6, 7 และ 13

2) ด้านความปลอดภัยและการป้องกันการเจ็บป่วย จำนวน 12 ข้อคือ คำถามข้อที่ 14-25 โดยมีคำถามทางบวกได้แก่ข้อที่ 14, 15, 16, 17, 18, 20, 21 และ 22 ข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อที่ 19, 23, 24 และ 25

3) ด้านพฤติกรรมสุขภาพจิต จำนวน 9 ข้อคือ คำถามข้อที่ 26-34 โดยมีคำถามทางบวกได้แก่ข้อที่ 26, 27, 28, 29, 30 และ 31 ข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อที่ 32, 33 และ 34

4) ด้านการดูแลความเป็นครอบครัว จำนวน 2 ข้อคือ คำถามข้อที่ 35-36 โดยเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

5) ด้านการดูแลครอบครัว จำนวน 5 ข้อคือ คำถามข้อที่ 37-41 โดยเป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

6) ด้านการดูแลความเจ็บป่วย จำนวน 3 ข้อคือ คำถามข้อที่ 42-44 โดยมีคำถามทางบวกได้แก่ข้อที่ 43 และ 44 ข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อที่ 42

กำหนดให้ผู้ตอบเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีความหมายเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
ไม่เคย	สมาชิกในครอบครัวไม่เคยทำพฤติกรรมเหล่านั้นเลย	1	4
นานๆ ครั้ง	สมาชิกในครอบครัวทำพฤติกรรมเหล่านั้นน้อยครั้งหรือแทบไม่ได้ทำเลย	2	3
บางครั้ง	สมาชิกในครอบครัวท่านทำพฤติกรรมเหล่านั้นบ้างบางครั้งหรือทำบ้างไม่ทำบ้าง แต่ไม่ได้ทำประจำจนเป็นนิสัย	3	2
ประจำ	สมาชิกในครอบครัวท่านทำพฤติกรรมเหล่านั้นแทบทุกวันหรือทำบ่อยๆ จนติดเป็นนิสัย	4	1

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนมารวมวิเคราะห์

โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมหารด้วยจำนวนข้อ และแบ่งเป็น 4 ช่วง จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีความหมายดังนี้

- 3.50-4.00 หมายถึง มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวเหมาะสมมาก
- 2.50-3.49 หมายถึง มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวเหมาะสม
- 1.50-2.49 หมายถึง มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวไม่เหมาะสม
- 1.00-1.49 หมายถึง มีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวที่ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม เป็นแบบสัมภาษณ์ของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดของ Schaefer et al. (1981) ลักษณะของแบบสัมภาษณ์เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ (5-point rating scale) มีค่าความเที่ยง .82 ภายหลังการหาค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ ได้ปรับปรุงข้อคำถามจากต้นฉบับเดิมดังนี้ มีการปรับรวมข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกันในข้อที่ 7-9 และตัดข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมออก 3 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 10,13 และ 15 คงเหลือข้อคำถามที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ 10 ข้อ จำแนกดังนี้

- 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 1-5 ข้อคำถามทางบวกได้แก่ข้อที่ 1,2,4 และ 5 ข้อคำถามทางลบได้แก่ข้อที่ 3
- 2) การสนับสนุนทางด้านข้อมูลข่าวสาร จำนวน 2 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 6-7 เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด
- 3) การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 8-10 เป็นข้อคำถามทางบวกทั้งหมด

กำหนดให้ผู้ตอบเลือกตอบได้ 1 คำตอบ โดยมีความหมายและเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ความหมาย	คะแนนทางบวก	คะแนนทางลบ
เป็นจริงทั้งหมด	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากที่สุด	5	1
เป็นจริงส่วนมาก	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเป็นส่วนมาก	4	2
เป็นจริงปานกลาง	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านปานกลาง	3	3
เป็นจริงเล็กน้อย	ข้อความในประโยคนั้นตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเล็กน้อย	2	4
ไม่เป็นจริงเลย	ข้อความในประโยคนั้นไม่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย	1	5

เป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านเลย

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ ค่าคะแนนที่เป็นไปได้อยู่ระหว่าง 15 ถึง 75 คะแนน แปลผลค่าคะแนนดังนี้

46-75 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมที่ดี

15-45 คะแนน หมายถึง ได้รับการสนับสนุนทางสังคมไม่ดี

ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว เป็นแบบสัมภาษณ์ของชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร (2549) ที่ดัดแปลงจากแบบสอบถามการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ Sunpaweravong (2006) ซึ่งสร้างขึ้นตามแนวคิดของ Brown et al. (1972) ใช้วัดการแสดงออกทางอารมณ์ของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ครอบคลุมองค์ประกอบการแสดงอารมณ์ 5 องค์ประกอบจำนวน 33 ข้อ โดยแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบและด้านบวก ลักษณะของแบบวัดเป็นแบบประมาณค่า 4 ระดับ (4-point rating scale) มีค่าความเที่ยง .89 ภายหลังการหาค่าความตรงตามเนื้อหาได้ปรับปรุงข้อคำถามจากต้นฉบับเดิมโดยมีการแก้ไขดังนี้ ปรับรวมข้อคำถามที่ซ้ำซ้อนกันในข้อที่ 1 และ 2 มีการปรับภาษาที่ใช้ในข้อที่ 12 และตัดข้อคำถามที่ไม่เหมาะสมออก 16 ข้อ ได้แก่ข้อที่ 4,7-9,11,13,15,20,24-25,27 และ 29-33 คงเหลือข้อคำถามในการศึกษาครั้งนี้จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วยการแสดงออกทางอารมณ์ด้านลบจำนวน 11 ข้อ ได้แก่

- 1) การวิพากษ์วิจารณ์ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 1-3
 - 2) การแสดงความไม่เป็นมิตร จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 4-8
 - 3) การแสดงความผูกพันทางอารมณ์ จำนวน 3 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 9-11
- และแบ่งเป็นการแสดงออกทางอารมณ์ด้านบวกจำนวน 5 ข้อ ได้แก่
- 4) การแสดงความชื่นชม จำนวน 1 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 16
 - 5) การแสดงความอบอุ่นเป็นมิตร จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 12-15

กำหนดให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกคำตอบได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

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

การคิดคะแนนทำโดย คิดคะแนนทุกข้อคำถาม แล้วนำคะแนนรวมมาวิเคราะห์ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และพิจารณาค่าเฉลี่ยโดยนำคะแนนรวมหาร

ด้วยจำนวนข้อ จัดระดับจากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด มีความหมายดังนี้

1.00-1.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสมมาก

1.50-2.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม

2.50-3.49 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม

3.50-4.00 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ที่ต้องปรับปรุง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity)

ผู้วิจัยนำเครื่องมือทุกชุดที่ผ่านการปรับปรุงตามคำแนะนำของอาจารย์ที่ปรึกษา พร้อมทั้งโครงร่างวิทยานิพนธ์ไปขอความอนุเคราะห์ในการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ความถูกต้อง ความชัดเจน เนื้อหาครอบคลุม และใช้ภาษาอย่างเหมาะสม โดยให้คะแนนความคิดเห็นเป็นระดับ 1-4 คะแนน และให้เขียนข้อเสนอแนะเพิ่มเติมในช่องว่างที่เว้นในแต่ละข้อ จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 8 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 2 ท่าน พยาบาลวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญด้านการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 3 ท่าน พยาบาลวิชาชีพมุสลิมผู้เชี่ยวชาญการดูแลผู้ป่วยมุสลิมในชุมชน 1 ท่าน และอิหม่ามประจำมัสยิดดารุลนาอิม 1 ท่าน

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) โดยค่าที่ยอมรับได้คือ มีค่า CVI 0.80 ขึ้นไป โดยใช้สูตร (บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์, 2547) ดังนี้

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

เมื่อแบ่งระดับความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิตามข้อคำถาม เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 4 หมายถึง คำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยม

ระดับที่ 3 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงเล็กน้อยจึงจะสอดคล้องกับค่านิยม

ระดับที่ 2 หมายถึง คำถามจำเป็นต้องได้รับการพิจารณาทบทวนและปรับปรุงอย่างมากจึงจะสอดคล้องกับค่านิยม

ระดับที่ 1 หมายถึง คำถามไม่มีความสอดคล้องกับค่านิยม

เมื่อนำมาวิเคราะห์ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิได้ค่าความตรงตามเนื้อหา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (CVI)

เครื่องมือ	ค่าความตรงตามเนื้อหา
แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง	.94
แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม	.94
แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา	.85
แบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว	.84
แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม	.95
แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว	.80

ข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้วิจัยสรุปได้ดังนี้

1. ข้อคำถามเรื่องเดียวกัน หากมีความซ้ำซ้อน ควรตัดออกและคงไว้เท่าที่จำเป็น
2. จำนวนข้อคำถามจำนวนมาก ควรปรับลดให้เหมาะสมในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง
3. การปรับปรุงเครื่องมือวิจัย ผู้วิจัยนำเครื่องมือแต่ละชุดมาปรับปรุงข้อคำถาม ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ โดยพิจารณาร่วมกับคำจำกัดความและกรอบแนวคิดในการวิจัยก่อนนำไปทดลองใช้ มีการปรับลดข้อคำถามในแต่ละส่วนของแบบสัมภาษณ์

2. การหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability)

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย โดยมีขั้นตอนดำเนินการ คือ นำข้อคำถามที่ได้รับคำแนะนำจากผู้ทรงคุณวุฒิ มาปรับปรุงร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา แล้วนำแบบวัดที่ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาที่ปรับปรุงแก้ไขเรียบร้อยแล้ว ไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึง ซึ่งไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคั้งนี้ ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา แบ่งเป็นผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำ 15 คน และผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำ 15 คน รวมจำนวน 30 คน หลังจากนั้นตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล แล้วแปลผลคะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์โปรแกรมสำเร็จรูป ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้นำเสนอในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือ	จำนวนข้อ ก่อน ตรวจสอบ คุณภาพ	จำนวนข้อ หลัง ตรวจสอบ คุณภาพ	ค่าความเที่ยง	
			ฉบับทดสอบ N = 30	ฉบับใช้ จริง N = 220
แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง	32	26	.98	.97
แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจ	25	21	.98	.92
แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา	18	16	.96	.93
แบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว	70	44	.92	.92
แบบสัมภาษณ์สนับสนุนสังคม	15	10	.96	.90
แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์	33	16	.96	.96

จากนั้นนำแบบวัดมาปรับปรุงอีกครั้งร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา โดยพิจารณาจากค่า Corrected Item Total Correlation โดยพิจารณาตัด หรือปรับปรุงข้อคำถามที่ไม่ดี การตัดข้อคำถาม โดยพิจารณาจากค่า Alpha if item deleted ตัดข้อคำถามที่เมื่อตัดออกแล้วแบบวัดมีค่าความเที่ยงเพิ่มขึ้น โดยไม่ทำให้โครงสร้างของเครื่องมือเสียไป

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ขั้นตอนการเตรียมผู้ช่วยวิจัย

1.1 ผู้วิจัยติดต่อผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 ท่าน ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพสำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต และอีกท่านเป็นพยาบาลที่ผ่านการอบรมเฉพาะทางจิตเวชและปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ซึ่งผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 ท่านเป็นผู้ช่วยรวบรวมข้อมูล

1.2 เตรียมผู้ช่วยวิจัย โดยอธิบายเรื่องที่วิจัย วัตถุประสงค์ของการวิจัย ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดเครื่องมือวิจัย การนำเครื่องมือวิจัยไปใช้ ความหมายและการให้คะแนนแบบสัมภาษณ์ทุกส่วนอย่างละเอียด รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ จากนั้นมีการทดลองรวบรวมข้อมูล เปรียบเทียบทำความเข้าใจและซักถามความคิดเห็นจากผู้ช่วยวิจัยทั้ง 2 ท่าน

1.3 วางแผนร่วมกับผู้ช่วยวิจัยในการเก็บรวบรวมข้อมูลในเวลาที่กำหนด

2. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ขอนหนังสือจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลศรีธัญญาและสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

2.2 ภายหลังได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้าส่วนงานวิจัยในโรงพยาบาล (ถ้ามี) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ ขั้นตอนและกำหนดการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.3 ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย แบ่งเป็นกลุ่มป่วยซ้ำและกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ เก็บข้อมูลจากผู้ป่วยทุกคนที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด

2.4 แนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ ขอความร่วมมือเข้าร่วมวิจัย พิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงว่ามีสิทธิ์ตอบรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อบริการที่ผู้ป่วยได้รับ

2.5 ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างที่ยินดีร่วมมือในการทำวิจัย ตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ทั้งหมด 7 ส่วน จำนวน 137 ข้อ ใช้เวลาในการตอบประมาณ 40 นาที โดยสร้างสัมพันธภาพพูดคุยในเรื่องทั่วไป จากนั้นเริ่มสัมภาษณ์จากแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา จากนั้นให้ผู้ป่วยได้หยุดพักชั่วคราว เมื่อผู้ป่วยพร้อมสัมภาษณ์ต่อด้วยแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม และแบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

2.6 เก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่วันที่ 2 กรกฎาคม 2555 – 16 สิงหาคม 2555 รวมเป็นเวลา 6 สัปดาห์ จนครบตามจำนวน 220 ชุด หลังจากนั้นนำแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ที่สมบูรณ์ไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยมีขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสัมภาษณ์จำนวน 220 ชุด
2. ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าทางสถิติ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ดังนี้

2.1 วิเคราะห์จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคล

2.2 วิเคราะห์ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมดูแลตนเอง

การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว จำแนกตามกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

2.3 ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล ปรากฏว่า การตรวจสอบการแจกแจงของตัวแปร มีเพียง 1 ตัวแปรที่พอจะอนุมานได้ว่า มีการแจกแจงเป็นแบบปกติ และการตรวจสอบความเท่ากันของความแปรปรวนร่วมของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม ปรากฏว่า ต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ภาคผนวก ค หน้าที่ 112) ฉะนั้นแทนที่จะใช้การวิเคราะห์จำแนกกลุ่มสมการเชิงเส้นตรง (Linear) ผู้วิจัยจึงเลือกใช้การวิเคราะห์จำแนกกลุ่มโดยการถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis) เนื่องจากผ่อนปรนเงื่อนไขดังกล่าว และมีวัตถุประสงค์การใช้สถิติคล้ายกันคือ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตาม และสร้างสมการถดถอยไปประมาณหรือทำนายค่าตัวแปรตาม (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551) ซึ่งการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกไม่มีเงื่อนไขเกี่ยวกับการแจกแจงปกติหลายตัวแปรของตัวแปรอิสระ และความแปรปรวนร่วมของแต่ละกลุ่มต้องเท่ากัน ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่สำคัญในการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม (Hair et al., 2010)

2.4 วิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม โดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 6 ขั้นตอน เรียงตามลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษารายละเอียดส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส จำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ เป็นจำนวน และร้อยละ

ตอนที่ 2 ศึกษายกป้องส่วนบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา จำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 3 ศึกษายกป้องแวดล้อม ได้แก่ กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม จำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 4 ศึกษายกป้องสิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว จำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตอนที่ 5 ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลที่วิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ตอนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม จำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามอายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ และสถานภาพสมรส

ตัวแปรจำแนก	กลุ่มป่วยซ้ำ (n=110)		กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ (n=110)		รวม(n=220)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ค่าเฉลี่ย (S.D.)	36.71	(8.63)	43.95	(9.12)		
17-26 ปี	16	14.50	2	1.80	18	8.20
27-36 ปี	39	35.50	22	20.00	61	27.70
37-46 ปี	36	32.70	46	41.80	82	37.30
47-56 ปี	19	17.30	29	26.40	48	21.80
57 ปีขึ้นไป	0	0.00	11	10.00	11	5.00
ระดับการศึกษา						
ไม่ได้เรียน	1	0.90	0	0.00	1	0.50
ประถมศึกษา	66	60.00	51	46.40	117	53.20
มัธยมศึกษา/ปวช	39	35.50	57	51.80	96	43.60
อนุปริญญา/ปวส.	4	3.60	2	1.80	6	2.70
ความเพียงพอของรายได้						
เพียงพอเหลือเก็บ	20	18.20	30	27.30	50	22.70
เพียงพอไม่เหลือเก็บ	30	27.30	64	58.20	94	42.70
ไม่เพียงพอ	60	54.50	16	14.50	76	34.60
สถานภาพสมรส						
โสด	51	46.40	47	42.70	98	44.50
หม้าย	7	6.40	5	4.50	12	5.50
หย่า	35	31.80	9	8.20	44	20.00
คู่	17	15.40	49	44.60	66	30.00

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 37-46 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 37.3 รองลงมาเป็นอายุอยู่ในช่วง 27-36 ปี คิดเป็นร้อยละ 27.7 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 53.2 รองลงมาเป็นระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 43.6 ความเพียงพอของรายได้พบว่า เพียงพอไม่เหลือเก็บ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 42.7 รองลงมาเป็นไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 34.6 และมีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.5 รองลงมาเป็นคู่ คิดเป็นร้อยละ 30.0

เมื่อจำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม พบว่า กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 27-36 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 37-46 ปี คิดเป็นร้อยละ 32.7 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 35.5 ความเพียงพอของรายได้พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.4 ส่วนที่เพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาเป็นหย่า คิดเป็นร้อยละ 31.8

ส่วนกลุ่มไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 37-46 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองมาเป็นช่วงอายุ 47-56 ปี คิดเป็นร้อยละ 26.4 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 51.8 รองลงมาเป็นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้พบว่า เพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 58.2 ส่วนรองมาเป็นเพียงพอเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่ คิดเป็นร้อยละ 44.6 รองลงมาเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 42.7

เมื่อพิจารณาในตัวแปรจำแนกปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า อายุ ในกลุ่มป่วยซ้ำมีค่าเฉลี่ย 37 ปี และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำมีค่าเฉลี่ย 44 ปี ระดับการศึกษา กลุ่มป่วยซ้ำพบมากจบชั้นประถมศึกษา และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำพบมากจบชั้นมัธยมศึกษา/ปวช. ความเพียงพอของรายได้ กลุ่มป่วยซ้ำพบว่าไม่เพียงพอ และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำพบว่าเพียงพอไม่เหลือเก็บ สถานภาพสมรส กลุ่มป่วยซ้ำจะเป็นโสด และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำมีสถานภาพสมรสคู่

ตอนที่ 2 ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล จำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม และพฤติกรรมการใช้ยา และค่า t-test ระหว่างกลุ่ม

ตัวแปรจำแนก	กลุ่มป่วยซ้ำ (n=110)			กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ (n=110)			t
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ	
การดูแลตนเอง	75.42	17.43	2.9 (ปานกลาง)	117.75	6.53	4.5 (ดีมาก)	-23.849*
การปฏิบัติศาสนกิจ	54.90	11.21	2.6 (เหมาะสม)	80.97	5.47	3.8 (เหมาะสมมาก)	-21.912
พฤติกรรมการใช้ยา	37.29	9.45	2.8 (ปานกลาง)	61.27	2.40	4.7 (ดีมาก)	-25.781*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 5 พบว่า กลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรแตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยา อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลามมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับเหมาะสม

กลุ่มไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง และพฤติกรรมการใช้ยา อยู่ในระดับดีมาก และมีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติศาสนกิจอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ตอนที่ 3 ปัจจัยปกป้องแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 6 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามกิจวัตรสุขภาพ และการสนับสนุนทางสังคม และค่า t-test ระหว่างกลุ่ม

ตัวแปรจำแนก	กลุ่มป่วยซ้ำ (n=110)			กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ (n=110)			t
	X	S.D.	ระดับ	X	S.D.	ระดับ	
กิจวัตรสุขภาพ	135.72	12.90	3.2(เหมาะสม)	162.41	8.24	3.7(เหมาะสมมาก)	-18.280*
สนับสนุนสังคม	34.14	5.16	ดี	46.32	4.52	ดี	-18.606*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 6 พบว่า กลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรแตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยของกิจวัตรสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับเหมาะสม

กลุ่มไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี และมีค่าเฉลี่ยกิจวัตรสุขภาพครอบครัว อยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ตอนที่ 4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม จำแนกตามกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เป็นค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และค่า t-test ระหว่างกลุ่ม

ตัวแปรจำแนก	กลุ่มป่วยซ้ำ (n=110)			กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ (n=110)			t
	X	S.D	ระดับ	X	S.D.	ระดับ	
การแสดงอารมณ์	38.72	8.09	2.4(เหมาะสม)	21.88	6.15	6.15(เหมาะสมมาก)	17.370*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 7 พบว่า กลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของตัวแปรแตกต่างกัน ดังนี้

กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว อยู่ในระดับเหมาะสม

กลุ่มไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวอยู่ในระดับเหมาะสมมาก

ตอนที่ 5 ตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูลที่วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

จากการตรวจสอบความเหมาะสมของข้อมูล

1. ตัวแปรอิสระต้องเป็นตัวแปรต่อเนื่อง

ตัวแปรอิสระทั้งหมดที่ใช้ในงานวิจัย 10 ตัวแปร ในจำนวนนี้มี 9 ตัวแปรที่มีค่าต่อเนื่อง และมี 1 ตัวแปรที่มีค่าไม่ต่อเนื่อง ได้แก่ สถานภาพสมรส ซึ่งผู้วิจัยได้แปลงเป็นตัวแปลงหุ่น (Dummy variable)

2. ตัวแปรตามเป็นตัวแปรเชิงกลุ่ม

ผู้วิจัยกำหนดให้

กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมมีค่าเป็น 0

กลุ่มไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมมีค่าเป็น 1

3. ตัวแปรอิสระไม่มีความสัมพันธ์กันมากเกินไป (Multicollinearity)

ผลการวิเคราะห์ด้วยด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรของเพียร์สัน (รายละเอียดดังในตารางที่ 8)พบว่า ตัวแปรอิสระทุกตัวมีความสัมพันธ์กัน แต่ไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป (ไม่เกิน .90) ดังที่ สมประสงค์ เสนารัตน์(2554) กล่าวว่า ถ้ามีความสัมพันธ์กัน .80 ขึ้นไป แสดงว่ามีความสัมพันธ์สูงเกิดภาวะที่เรียกว่า Multicollinearity สอดคล้องกับ Tabachnick and Fidell (1996) กล่าวว่า Multicollinearity เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นเนื่องจากตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูง .90 ขึ้นไปทำให้การทำนายไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร

ตารางที่ 8 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระที่ใช้ในงานวิจัย 10 ตัวแปร

	อายุ	ระดับการศึกษา	รายได้	สถานภาพ	ดูแลตนเอง	ศาสนกิจ	ใช้จ่าย	กิจกรรมสุขภาพ	สังคม	แสดงอารมณ์
อายุ	1.000									
ระดับศึกษา	-.045	1.000								
รายได้	-.180*	-.126	1.000							
สถานภาพ	.352*	-.111	-.084*	1.000						
ดูแลตนเอง	.376*	.208*	-.458*	.052*	1.000					
ศาสนกิจ	.413*	.145*	-.338*	.177*	.750*	1.000				
ใช้จ่าย	.375*	.176*	-.374*	.090	.790*	.740*	1.000			
กิจกรรมสุขภาพ	.339*	.159*	-.329*	.107	.640*	.606*	.783*	1.000		
สังคม	.393*	.108*	-.410*	.221*	.719*	.649*	.741*	.721*	1.000	
แสดงอารมณ์	-.381*	-.115	-.435*	-.218*	-.709*	-.652*	-.792*	-.786*	-.766*	1.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตอนที่ 6 วิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic Regression Analysis)

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter

1) อายุ

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
อายุ	.091	.017	27.765	1	1.095	.000***
constant	-.3669	.711	26.626	1	.026	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	73	37	66.4
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	44	66	60.0
รวม			63.2

2) ระดับการศึกษา

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
ระดับการศึกษา	.440	.245	3.227	1	1.553	.072
constant	-1.093	.623	3.080	1	.335	.079

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter (ต่อ)

3) ความเพียงพอของรายได้

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
ความเพียงพอของรายได้	-.943	.201	22.040	1	.389	.000***
constant	2.003	.452	19.661	1	7.410	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	60	50	54.5
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	16	94	85.5
รวม			70.0

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter (ต่อ)

4) สถานภาพสมรส

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
โสด			27.833	3		.000
หม้าย	-.255	.619	.169	1	.775	.681
หย่า	-1.276	.425	9.023	1	.279	.003**
คู่	1.140	.347	10.825	1	3.128	.001**
constant	-.082	.202	.163	1	.922	.686

สถานภาพสมรสใช้โสด เป็นกลุ่มอ้างอิง

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	93	71	84.5
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	61	49	44.5
รวม			64.5

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter (ต่อ)

5) พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	8.14	.214	14.498	1	2.256	.000***
constant	-82.155	21.710	14.320	1	.000	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	107	3	97.3
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	1	109	99.1
รวม			98.2

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter (ต่อ)

6) การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
การปฏิบัติศาสนกิจอิสลาม	.279	.041	46.261	1	1.322	.000***
constant	-17.935	2.717	43.580	1	.000	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	88	22	80.0
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	7	103	93.6
รวม			86.8

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter (ต่อ)

7) พฤติกรรมการใช้ยา

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
พฤติกรรมการใช้ยา	.714	.137	27.354	1	2.042	.000***
constant	-38.046	7.514	25.636	1	.000	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	106	4	96.4
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	2	108	98.2
รวม			97.3

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter (ต่อ)

8) กิจวัตรสุขภาพครอบครัว

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
กิจวัตรสุขภาพครอบครัว	.204	.026	60.588	1	1.226	.000***
constant	-30.654	.3950	60.231	1	.000	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	99	11	90.0
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	18	92	83.6
รวม			86.8

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter (ต่อ)

9) การสนับสนุนทางสังคม

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
การสนับสนุนทางสังคม	.347	.041	70.068	1	1.415	.000***
constant	-13.908	1.672	69.191	1	.000	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	99	11	90.0
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	18	92	83.6
รวม			86.8

ตารางที่ 9 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี enter (ต่อ)

10) การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
การแสดงออกทางอารมณ์	-.271	0.34	63.359	1	.762	.000***
constant	8.220	1.056	60.621	1	3713.827	.000

*** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	96	14	87.3
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	15	95	86.4
รวม			86.8

จากตารางที่ 9 พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $Exp(B) = 1.095$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.095 เท่า และอายุทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 63.2

ความเพียงพอของรายได้ มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงลบ ค่า $Exp(B) = .178$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีรายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า .178 เท่า และความเพียงพอของรายได้ทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 70.0

สถานภาพสมรสคู่ มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $Exp(B) = 3.128$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคู่มีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 3.128 เท่า สถานภาพสมรสหย่า มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงลบ ค่า $Exp(B) = .279$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่หย่ามีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า .279 เท่า และสถานภาพสมรสทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 64.5

พฤติกรรมการดูแลตนเอง มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 2.256$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 2.256 เท่า และพฤติกรรมการดูแลตนเองทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 98.2

การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 1.322$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติศาสนกิจในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.322 เท่า และการปฏิบัติศาสนกิจสามารถทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 86.8

พฤติกรรมการใช้ยา มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 2.042$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 2.042 เท่า และพฤติกรรมการใช้ยาทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 97.3

กิจวัตรสุขภาพครอบครัว มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 1.226$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.226 เท่า และกิจวัตรสุขภาพครอบครัวทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 86.8

การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 1.415$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.415 เท่า และการสนับสนุนทางสังคมทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 86.8

การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงลบ ค่า $\text{Exp}(B) = .762$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวในระดับสูงมีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า .762 เท่า และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 86.8

ตารางที่ 10 การเรียงลำดับค่า Exp(B) ของตัวแปรวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกด้วยวิธี enter

ตัวแปร	B	S.E.	Wald	df	Exp(B)	Sig
สถานภาพสมรสคู่	1.140	.347	10.825	1	3.128	.001**
พฤติกรรมการดูแลตนเอง	8.14	.214	14.498	1	2.256	.000***
พฤติกรรมการใช้ยา	.714	.137	27.354	1	2.042	.000***
ระดับการศึกษา	.440	.245	3.227	1	1.553	.072
การสนับสนุนทางสังคม	.347	.041	70.068	1	1.415	.000***
การปฏิบัติศาสนกิจอิสลาม	.279	.041	46.261	1	1.322	.000***
กิจวัตรสุขภาพครอบครัว	.204	.026	60.588	1	1.226	.000***
อายุ	.091	.017	27.765	1	1.095	.000***
การแสดงออกทางอารมณ์	-.271	0.34	63.359	1	.762	.000***
ความเพียงพอของรายได้	-.943	.201	22.040	1	.389	.000***

จากตารางที่ 10 เมื่อพิจารณาค่า Exp(B) เรียงลำดับตัวแปรที่สามารถอธิบายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จากค่ามากที่สุดไปน้อยที่สุด ได้ดังนี้ 1) สถานภาพสมรสคู่ 2)พฤติกรรมการดูแลตนเอง 3) พฤติกรรมการใช้ยา 4)การสนับสนุนทางสังคม 5)การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม 6) กิจวัตรสุขภาพครอบครัว 7)อายุ 8)การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และ9)ความเพียงพอของรายได้

กรณีที่ ค่า $Exp(B) > 1$ แสดงว่า มีโอกาสเกิดการไม่ป่วยซ้ำมากกว่าการป่วยซ้ำ ยิ่งค่ามาก โอกาสยิ่งมากขึ้น ถ้าค่า $Exp(B) < 1$ แสดงว่า มีโอกาสเกิดการป่วยซ้ำมากกว่าการไม่ป่วยซ้ำ ยิ่งค่าน้อย โอกาสยิ่งมาก

ตารางที่ 11 การวิเคราะห์ตัวแปรทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ด้วยสถิติการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก ด้วยวิธี Stepwise

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

ขั้นที่ 1 Chi-square (Omnibus Tests of Model Coefficients) Model = 271.842 df = 1 sig = .000

Chi-square (Hosmer and Lemeshow Test) = 1.413 df = 8 sig = .994

-2 Log likelihood = 33.143 Cox&Snell R² = .709 Nagelkerke R² = .946

Constant = -38.046

ขั้นที่ 2 Chi-square (Omnibus Tests of Model Coefficients) Model = 304.985 df = 2 sig = .000

Chi-square (Hosmer and Lemeshow Test) = .000 df = 5 sig = .000

-2 Log likelihood = .000 Cox&Snell R² = .750 Nagelkerke R² = 1.000

Constant = -781.675

จากตารางที่ 11 พบว่า ตัวแปรทำนายตัวแรกและตัวเดียวที่ได้รับเลือกคือ พฤติกรรมการใช้ยา โดยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยามีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า Exp(B) = 2.042 แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมการใช้ยาในระดับสูงมีแนวโน้มจะไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 2.042 เท่า หรือหมายความว่า เมื่อคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ให้คงที่ จะทำให้อัตราส่วนของการไม่ป่วยซ้ำต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมเพิ่ม 2.042 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเดิม และสามารถเขียนสมการทำนายได้ดังนี้

$$\text{Log(odd ratio)} = -38.046 + .714 (\text{drug})$$

ตารางที่ 12 ร้อยละความถูกต้องของการทำนายด้วยสถิติโลจิสติก ด้วยวิธี Stepwise

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ไทยมุสลิม	ทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่ม		ร้อยละความ ถูกต้อง
	กลุ่มป่วยซ้ำ	กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	
กลุ่มป่วยซ้ำ	106	4	96.4
กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ	2	108	98.2
รวม	108	112	97.3

จากตารางที่ 12 พบว่า เมื่อนำข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมจำนวน 220 คน มาวิเคราะห์ด้วยสถิติโลจิสติก ด้วยวิธี Stepwise พบว่าตัวแปร 1 ตัว คือ พฤติกรรมการใช้ยา สามารถจำแนกความแตกต่างของกลุ่มป่วยซ้ำและกลุ่มไม่ป่วยซ้ำโดยรวมได้อย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 97.3

สมการทำนายจากตารางที่ 11 พบว่า สามารถทำนายกลุ่มป่วยซ้ำจำนวน 110 คน จะป่วยซ้ำจำนวน 106 คน และไม่ป่วยซ้ำจำนวน 4 คน สมการทำนายได้อย่างถูกต้องร้อยละ 96.4 ขณะเดียวกันสมการทำนายกลุ่มไม่ป่วยซ้ำจำนวน 110 คน จะไม่ป่วยซ้ำจำนวน 108 คน และป่วยซ้ำจำนวน 2 คน สมการทำนายได้อย่างถูกต้องร้อยละ 98.2

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อวิเคราะห์หาตัวแปร
จำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อวิเคราะห์ตัวแปร ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส
พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา
กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ที่
สามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

สมมติฐานการวิจัย

ตัวแปรสำคัญ 4 ตัวแปรหลัก ประกอบด้วย 10 ตัวแปรย่อย ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่
อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส 2) ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ได้แก่
พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม และพฤติกรรมการใช้ยา 3)
ปัจจัยปกป้องแวดล้อม ได้แก่ กิจวัตรสุขภาพครอบครัว และการสนับสนุนทางสังคม 4) ปัจจัยทาง
สิ่งแวดล้อม ได้แก่ การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่าง
กลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

ประชากรในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำ หมายถึง บุคคลที่นับถือศาสนาอิสลามได้รับการ
วินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 เป็นจิตเภท(F20) สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ที่ได้รับการ
รักษาอีกครั้งแบบผู้ป่วยใน หรือผู้ป่วยนอกที่กลับมามีอาการทางบวก ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน
และความคิดผิดปกติ หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อน ภายใน 6 เดือน (Lader, 1995;
Lamberti, 2001) โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (Brief Psychotic Rating Scales: BPRS)
พบอาการทางบวกอย่างใดอย่างหนึ่ง ได้แก่ หลงผิด ประสาทหลอน และความคิดผิดปกติ ตั้งแต่ 6
คะแนนขึ้นไป (The University of California: UCLA อ้างถึงใน เรณูการ์ ทองคำรอด, 2549)

ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ หมายถึง บุคคลที่นับถือศาสนาอิสลามได้รับการ
วินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 เป็นจิตเภท(F20)สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ที่รับการ

รักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่มีอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย (เพชร คันธสายบัว, 2544; จุฬาลักษณ์ ชำชอง, 2547)

กลุ่มตัวอย่าง

คือ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่มารับบริการแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก ในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ที่มีคุณสมบัติที่กำหนดไว้ กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จำแนกเพื่อให้ผลการวิจัยมีความน่าเชื่อถือ ควรเป็น 10-20 เท่าของจำนวนตัวแปร (Pilot, 1999) ในการวิจัยครั้งนี้มี 10 ตัวแปร ดังนั้นควรมีก่อนมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 200 คน เพื่อป้องกันข้อมูลตกหล่นสูญหายจึงควรเก็บรวบรวมข้อมูลเกินกว่าที่กำหนดไว้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 5 (เดชาวุธ นิตยสุทธิ, 2534) คิดเป็นจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 220 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ กลุ่มละ 110 คน

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ 1 ชุดแบ่งเป็น 7 ส่วน

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

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 26 ข้อ เป็นมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .98

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .98

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา ประกอบด้วย 2 ด้าน จำนวน 16 ข้อ เป็นแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .96

ส่วนที่ 5 แบบวัดกจิวัตรสุขภาพครอบครัว ประกอบด้วย 6 ด้าน จำนวน 44 ข้อ เป็น

มาตรฐานค่า 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .92

ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 3 ด้าน จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 5 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .96

ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ประกอบด้วย 5 ด้าน จำนวน 16 ข้อ เป็นมาตรฐานค่า 4 ระดับ จากคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุดไปมากที่สุด โดยค่าความเที่ยงของแบบสอบถามที่ทดลองใช้จำนวน 30 ชุด มีค่าความเที่ยง .96

การรวบรวมข้อมูล

รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมจำนวน 220 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มป่วยซ้ำ 110 คน และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ 110 คน ซึ่งในโรงพยาบาลศรีธัญญา และสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเอง ในโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ผู้วิจัยเดินทางไปเก็บแบบสัมภาษณ์ด้วยตนเองและให้ผู้ช่วยวิจัยเก็บข้อมูลให้หลังจากที่เตรียมผู้ช่วยวิจัยแล้ว ระหว่างวันที่ 2 กรกฎาคม 2555 – 16 สิงหาคม 2555 ซึ่งได้แบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนจำนวน 220 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

- นำข้อมูลมาทดสอบความเหมาะสมของลักษณะข้อมูลที่วิเคราะห์ด้วยสถิติการวิเคราะห์จำแนกกลุ่ม ซึ่งพบว่าข้อมูลไม่ตรงตามเงื่อนไขของการวิเคราะห์ด้วยสถิติจำแนกกลุ่ม ผู้วิจัยจึงเปลี่ยนมาใช้ในการวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)
- วิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของตัวแปรอิสระโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป และวิเคราะห์ตัวแปรโดยใช้สถิติวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก (Logistic regression analysis)

สรุปผลการวิจัย

- จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำ

1.1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำ

กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 27-36 ปีมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.5 รองลงมาอายุอยู่ในช่วง 37-46 ปีคิดเป็นร้อยละ 32.7 ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 60.0 รองลงมาเป็นมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 35.5 ความเพียงพอของรายได้พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 54.4 ส่วนที่เพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาเป็นหย่า คิดเป็นร้อยละ 31.8

1.2 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ

กลุ่มไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 37-46 ปีมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.8 รองมาเป็นช่วงอายุ 47-56 ปีคิดเป็นร้อยละ 26.4 ส่วนใหญ่มีระดับ การศึกษาระดับมัธยมศึกษา/ปวช. คิดเป็นร้อยละ 51.8 รองลงมาเป็นประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 46.4 ส่วนใหญ่ความเพียงพอของรายได้พบว่า เพียงพอไม่เหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 58.2 ส่วนรองมา เป็นเพียงพอเหลือเก็บ คิดเป็นร้อยละ 27.3 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสคู่และอยู่ร่วมกัน คิดเป็นร้อย ละ 44.6 รองลงมาเป็นโสด คิดเป็นร้อยละ 42.7

2. ตัวแปรที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เมื่อ วิเคราะห์สถิติโลจิสติก ด้วยวิธี Stepwise ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีจำนวน 1 ตัว แปรที่เข้ามาอันดับแรกและเป็นตัวเดียวที่เข้ามาคือ พฤติกรรมการใช้ยา ($Exp(B)=2.042$) โดย สามารถพยากรณ์การป่วยซ้ำได้ร้อยละ 97.3 (ตารางที่ 11)

3. สมการถดถอยโลจิสติกทำนายการไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมด้วยวิธี Stepwise คือ $\text{Log}(\text{odds ratio}) = -38.046 + .714 (\text{drug})$ ซึ่งสมการสามารถแสดงความแตกต่างของ กลุ่มป่วยซ้ำ และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 97.3 หากทำนายแบบแยกกลุ่ม ตัว แปรตัวนี้ ตัวสามารถทำนายกลุ่มป่วยซ้ำได้อย่างถูกต้องร้อยละ 96.4 และสามารถทำนายกลุ่มไม่ป่วย ซ้ำได้อย่างถูกต้องร้อยละ 98.2 (ตารางที่ 11)

อภิปรายผลการวิจัย

ตัวแปรสำคัญ 4 ตัวแปรหลัก ประกอบด้วย 10 ตัวแปรย่อยที่สามารถจำแนกความแตกต่าง ของกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมเมื่อวิเคราะห์สถิติโลจิสติก ด้วยวิธี stepwise มีจำนวน 1 ตัวแปรได้แก่ ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล ประกอบด้วยพฤติกรรมการใช้ยา ผลการวิจัยอภิปรายดังนี้

พฤติกรรมกรรมการใช้ยา

ตัวแปรพฤติกรรมกรรมการใช้ยา สามารถทำนายความแตกต่างระหว่าง 2 กลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($B = .714$) (ตารางที่ 10) สามารถอธิบายได้ว่า หากผู้ป่วยมีคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเพิ่มขึ้น 1 หน่วย โดยควบคุมตัวแปรอิสระหรือปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ให้คงที่ จะทำให้มีโอกาสของการไม่ป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมเพิ่มขึ้น 2.042 เท่า เมื่อเทียบกับคะแนนพฤติกรรมการใช้ยาเดิม ($\text{Exp}(B) = 2.042$) (ตารางที่ 10) ผลการวิจัยสอดคล้องกับผลการวิจัยของ วราภรณ์ ตั้งตรงไพโรจน์ (2542) ซึ่งพบว่าปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำของโรคจิตเภทในสถาบันประสาทวิทยาคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีพฤติกรรมกินยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำมากถึง 17.67 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรวิ คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ยา สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬาลักษณ์ ชำชอง (2547) ซึ่งพบว่า ประสิทธิภาพดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย การมีพฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษา เช่นเดียวกับผลการศึกษาของ สดใส คุ้มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย (2547) ที่พบว่าปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา คือ การมีพฤติกรรมกินยาที่ไม่สม่ำเสมอ นอกจากนี้ยังมีงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า พฤติกรรมการใช้ยามีผลต่อการป่วยซ้ำได้ดังเช่น ผลการวิจัยของ Jose, Ayuso, and Julia (1997) พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทคือ ขาดการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง

จากผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดีมาก โดยค่าเฉลี่ยรายด้านของกลุ่มไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม สูงกว่ากลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม และข้อที่มีค่าเฉลี่ยสูง คือ ความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากยา ($X = 37.57$) รองลงมา คือ การปฏิบัติตามแผนการรักษา ($X = 23.70$) (ภาคผนวก ค หน้า 125) อภิปรายได้ว่า ความสำเร็จของการบำบัดรักษาโรคจิตเภทคือ การรักษาด้วยยาและต้องมีการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา โดยยาจะช่วยควบคุมอาการด้านบวกและสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์, 2548; Schooler, 2006) โดยมุสลิมมีความเชื่อว่า การหายหรือไม่หายในการรักษาความเจ็บป่วยขึ้นกับพระประสงค์ของอัลลอฮ์ (ศรีสุดา วณาลีสิน, 2549) การใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมในช่วงถือศีลอดขึ้นกับความศรัทธาของผู้ป่วย เนื่องจากตามหลักศาสนา ถ้าเจ็บป่วยมากสามารถงดการถือศีลอดได้ เมื่อผู้ป่วยมีความศรัทธาเชื่อว่า อัลลอฮ์ประทานให้คนเจ็บป่วยหรือหายผ่านการบำบัดรักษาด้วยยา ทำให้ผู้ป่วยแสวงหาความรู้ในการดูแลรักษาตัวเองและรู้จักวิธีจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง (มนชัย โชะเสง, สัมภาษณ์,

20 ธันวาคม 2554)

ตัวแปรสำคัญ 4 ตัวแปรหลัก ประกอบด้วย 10 ตัวแปรย่อยที่ไม่สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้เมื่อวิเคราะห์สถิติโลจิสติกด้วยวิธี stepwise อาจเป็นเพราะว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงกับพฤติกรรมการใช้ยา ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า อิทธิพลของตัวแปรเหล่านั้นมีอิทธิพลโดยตรง แต่เป็นการส่งผ่านพฤติกรรมการใช้ยาเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการวิจัยทางการแพทย์ ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมด้วยสถิติโลจิสติกด้วยวิธี enter พบตัวแปรที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำและการไม่ป่วยซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีจำนวน 8 ตัวแปร เมื่อเรียงลำดับความถูกต้องของการทำนายกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำจากที่มีค่า $\text{Exp}(B)$ มากที่สุดไปน้อยที่สุด พบว่า 1)สถานภาพสมรสคู่ 2)พฤติกรรมดูแลตนเอง 3)การสนับสนุนทางสังคม 4)การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม 5)กิจวัตรสุขภาพครอบครัว 6)อายุ 7)การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว และ 8)ความเพียงพอของรายได้ โดยผู้วิจัยขออภิปรายผลตามลักษณะของปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคลประกอบด้วย อายุ ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพสมรส ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคลประกอบด้วย พฤติกรรมดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม ปัจจัยปกป้องแวดล้อมประกอบด้วย กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมประกอบด้วย การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ดังต่อไปนี้

ปัจจัยส่วนบุคคล

ตัวแปรอายุ ผลจากการวิเคราะห์พบว่า อายุ มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 1.095$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอายุมากขึ้นมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.095 เท่า และอายุสามารถทำนายโดยรวมได้ถูกต้องร้อยละ 63.2 จะเห็นได้ว่าตัวแปรอายุสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจนในเรื่องของตัวแปรอายุกับการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังเห็นได้จาก ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยจะมีปัญหาไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา ทำให้ขาดยาอาจเกิดการป่วยซ้ำได้ (Fleishchacher et al., 1994) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Coodin et al.(2004) พบว่า ผู้ป่วยที่อายุน้อยจะคิดค้นมากกว่าผู้ป่วยที่อายุมาก ขณะเดียวกันผู้ป่วยที่อายุมากกว่า 70 ปีจะมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมและแรงจูงใจค่อนข้างน้อย (กัมมันต์ พันธุมจินดา, 2530) แม้ว่าอายุจะเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง และพฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1995) จากผลการศึกษา (ตารางที่ 4) พบว่า ในกลุ่มป่วยซ้ำมีอายุเฉลี่ย 37 ปี และกลุ่มไม่

ป่วยช้ามีอายุเฉลี่ย 44 ปี จะเห็นได้ว่า กลุ่มไม่ป่วยช้ามีอายุมากกว่า อาจเป็นเพราะอายุมากทำให้มีความสามารถในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ใหญ่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในระดับสูง ซึ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นตามอายุ (Orem, 1995)

ตัวแปรความเพียงพอของรายได้ ผลจากการวิเคราะห์พบว่า ความเพียงพอของรายได้ มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงลบ ค่า $\text{Exp}(B) = .178$ แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทมีรายได้ไม่เพียงพอมีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า .178 เท่า และความเพียงพอของรายได้สามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 70 จะเห็นได้ว่าตัวแปรความเพียงพอของรายได้สามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิศสมร เดชดวง (2545) พบว่าสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำคือ มีความสัมพันธ์กับความเพียงพอของรายได้ และมีงานวิจัยหลายเรื่องพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มาตรวจตามนัดมีสาเหตุมาจากเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง และไม่มีเงิน (มาลี แจ่มพงษ์, 2542; อุไรวรรณ เหลืองไฟโรจน์ และคณะ, 2542; Taj and Khan, 2002; Compton et al., 2006) จากการศึกษา (ตารางที่ 4) พบว่า กลุ่มป่วยช้ามีรายได้ไม่เพียงพอ และกลุ่มไม่ป่วยช้าพบว่าเพียงพอไม่เหลือเก็บ จะเห็นได้ว่า กลุ่มป่วยช้ามีรายได้ไม่เพียงพอ ที่เป็นเช่นนั้นอาจเป็นเพราะตัวของผู้ป่วยไม่พร้อมในการประกอบอาชีพ หรือสังคมอาจไม่ให้โอกาสแก่ผู้ป่วยในการหารายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสดีศ คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย (2547) พบว่าปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา คือ การไม่มีอาชีพ

ตัวแปรสถานภาพสมรส ผลจากการวิเคราะห์พบว่า สถานภาพสมรสคู่ มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 3.128$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคู่มีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 3.128 เท่า และสถานภาพสมรสสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 64.5 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรสถานภาพสมรสสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรณพ ทองคำ(2546) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคือ โสด หรือไม่มีคู่ อาจเนื่องมาจากสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่แสดงว่า ผู้ป่วยมีการเกี่ยวพันทางสังคมย่อมมีการพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีครอบครัว (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536) จากการศึกษา (ตารางที่ 4) พบว่ากลุ่มป่วยซ้ำส่วนใหญ่เป็นโสด และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำมีสถานภาพสมรสคู่ ซึ่งผู้ป่วยทุกคนที่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่ามีการอยู่ร่วมกันกับคู่สมรส 4 วันหรือมากกว่าในแต่ละสัปดาห์ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่โสดทำให้

ขาดคนช่วยเหลือดูแล

ปัจจัยปกป้องส่วนบุคคล

ตัวแปรพฤติกรรมดูแลตนเอง ผลจากการวิเคราะห์พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 2.256$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 2.256 เท่า และพฤติกรรมดูแลตนเองสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 98.2 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรพฤติกรรมดูแลตนเองสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ อาจเป็นไปได้ว่า การดูแลตนเองถือได้ว่าเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เพื่อการทำหน้าที่และพัฒนาการของบุคคล เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กันทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ จะทำให้มีโอกาสน้อยมากที่จะกลับมาป่วยซ้ำ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมส่วนใหญ่ที่ศรัทธาจะมีวิถีชีวิตที่ตั้งอยู่ในกรอบศาสนาที่บัญญัติในคัมภีร์อัลกุรอาน ตั้งแต่ลืมตาจนหลับตา (ดาร์รงค์ แวอาลี, 2546) มุสลิมทุกคนที่มีศรัทธาต่ออัลลอฮ์ จะยอมรับต่อสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นว่า เป็นพระประสงค์ของอัลลอฮ์ ทำให้เข้าใจพร้อมที่จะเผชิญกับสิ่งที่เกิดขึ้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วยก็จะเป็นไปตามประสงค์ที่ต้องการให้ผู้ป่วยเข้ารับการรักษา การดูแลตนเองก็เป็นการปฏิบัติตามคำสอนของอัลลอฮ์ จากการศึกษา(ตารางที่ 5) พบว่า กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำ มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 6 ด้านได้แก่ การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การใช้เวลาว่าง การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองด้านร่างกาย

ตัวแปรการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 1.322$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติศาสนกิจในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.322 เท่า และการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลามสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 86.8 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลามสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ อธิบายได้ว่า อัลกุรอานได้กล่าวถึง ความเจ็บป่วยหรือโรคทางจิตใจว่าเป็นผลมาจากจิตใจของเขาปฏิเสธต่อหลักการสอนของอัลลอฮ์ ผู้นั้นย่อมได้รับการลงโทษจากอัลลอฮ์เกิดเจ็บป่วยได้ (มุหัมมัดคาอ็อะ เจะเลาะ, ม.ป.ป.) หากมุสลิมขาดศรัทธาต่ออัลลอฮ์และปฏิเสธการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติของอิสลาม ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความสำคัญอย่างยิ่งในอิสลาม

ยอมทำให้เกิดการเจ็บป่วยมากขึ้น จากการศึกษา (ตารางที่ 5) พบว่า กลุ่มป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม มีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลามอยู่ในระดับเหมาะสม และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำมีค่าเฉลี่ยของการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลามอยู่ในระดับเหมาะสมมาก ย่อมแสดงให้เห็นว่า กลุ่มไม่ป่วยซ้ำมีการปฏิบัติศาสนกิจในชีวิตประจำวันตามหลักปฏิบัติทั้ง 5 ประการ ได้แก่ การปฏิญาณตน การละหมาด การถือศีลอด การบริจาคทาน และการแสวงบุญฮัจญ์
ปัจจัยปกป้องแวดล้อม

ตัวแปรกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ผลจากการวิเคราะห์พบว่า กิจวัตรสุขภาพครอบครัว มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 1.226$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.226 เท่า และกิจวัตรสุขภาพครอบครัวสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 86.8 จะเห็นได้ว่า ตัวแปรกิจวัตรสุขภาพครอบครัวสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของอรณพ ทองคำ (2546) ที่ศึกษาเรื่องการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ พบว่าในภาพรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับดี แต่พบว่าการทำหน้าที่ด้านความผูกพันทางอารมณ์มีคะแนนต่ำสุด ปัญหาที่พบคือ สมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจกันและกัน จากการศึกษา (ตารางที่ 6) พบว่า กลุ่มป่วยซ้ำ มีค่าเฉลี่ยกิจวัตรสุขภาพครอบครัวอยู่ในระดับที่เหมาะสม และกลุ่มไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับเหมาะสมมาก แสดงให้เห็นว่า กลุ่มไม่ป่วยซ้ำมีกิจกรรมที่ปฏิบัติในครอบครัวตั้งแต่ต้นจนหลังทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย

ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคม ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การสนับสนุนทางสังคม มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงบวก ค่า $\text{Exp}(B) = 1.415$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการสนับสนุนทางสังคมในระดับสูงมีแนวโน้มไม่เกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า 1.415 เท่า และการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 86.8 แสดงว่า ตัวแปรการสนับสนุนทางสังคมสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ จากการทบทวนวรรณกรรมพบการศึกษาของไพลิน ปรัชญคุปต์ (2548) ที่กล่าวว่า หากครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุนทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้ และการศึกษาของสาดิส คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเลข (2547) พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลศรีธัญญา จากผลการศึกษา (ตารางที่ 6) พบว่ากลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้ง 2 กลุ่มมีค่าเฉลี่ยการสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับดี ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยไปร่วมทำละหมาดที่มัสยิดเป็นประจำทุกวัน วันละ 5 เวลา ซึ่งมีมัสยิดถือเป็นศูนย์กลางของการปรึกษาหารือ ช่วยเหลือกัน

ทั้งทางด้านเศรษฐกิจและสังคม ทั้งในเรื่องส่วนตัวและหมู่คณะ (เสาวนีย์ จิตต์หาวด, 2535)

ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

ตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ผลจากการวิเคราะห์พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว มีอิทธิพลต่อการไม่ป่วยซ้ำในเชิงลบ ค่า $\text{Exp}(B) = .762$ แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวในระดับสูงมีแนวโน้มเกิดการป่วยซ้ำสูงกว่า .762 เท่า และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวสามารถทำนายโดยรวมได้อย่างถูกต้องร้อยละ 86.8 แสดงว่า ตัวแปรการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวสามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ แต่ยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ จากการศึกษา (ตารางที่ 7) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมทั้งกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเฉลี่ยการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวอยู่ในระดับเหมาะสมและเหมาะสมมากตามลำดับ อาจเนื่องจากโครงสร้างของครอบครัวมุสลิมเป็นแบบครอบครัวขยาย ผู้อาวุโสจะได้รับความเคารพ มีการปรึกษาดูแลกันและกัน (จรัล มะลูลีม, 2541) ดังนั้นการแสดงออกทางอารมณ์ของทั้ง 2 กลุ่มจึงไม่แตกต่างกัน

โดยสรุปจากงานวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาสูงมีโอกาสไม่ป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น ซึ่งปัจจุบันปัญหาการป่วยซ้ำยังคงมีอยู่ อาจเป็นเพราะพยาบาลยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมการใช้ยาอย่างจริงจัง ดังนั้นบทบาทของพยาบาลควรเน้นในเรื่องการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลให้มีความรู้ความเข้าใจและเห็นความสำคัญในการใช้ยา เน้นการพัฒนาความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงจากการใช้ยา ส่งเสริมปัจจัยในการใช้ยาตามเกณฑ์ จากการทบทวนวรรณกรรมพบงานวิจัยหลายเรื่องกล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 4 ด้าน (Oehl et al., 2000) ดังนี้

1. ปัจจัยด้านผู้ป่วย ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไป ได้แก่ อายุ ซึ่ง Hoffman (1994) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่าจะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าผู้ป่วยที่มีอายุน้อยกว่า ในด้านเพศ พบว่า ผู้ป่วยเพศหญิงปฏิบัติตามแผนการรักษาดีกว่าผู้ป่วยเพศชาย (Agarwal et al., 1998) ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรงของโรค มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่จะมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Adams and Scott (2000) และเพชร คันทสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพ เป็นแรงกระตุ้นบุคคลให้ค้นหาทางที่จะหลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995) สอดคล้องกับการศึกษาของ เพชร คันทสายบัว (2544) พบว่า เมื่อผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณ

เสี่ยงในการป่วยซ้ำ จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความร่วมมือในการรักษามากขึ้น โดย Kaplan and Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของผู้ป่วยที่ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาคือ มีความคิดหลงผิดว่าตนเองไม่เจ็บป่วย และในกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ โดยอาการทางลบทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการปฏิบัติกิจวัตรต่างๆ และบกพร่องในการดูแลตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ Schulz (cited in Oehl et al., 2000) พบว่า ผู้ป่วยที่มีอาการทางลบ มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาที่ไม่ดี และผู้ป่วยมีการใช้แอลกอฮอล์ ซึ่งมีผลต่อการควบคุมตนเอง ทำให้เกิดพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลง ซึ่งในผู้ป่วยจิตเภทถ้ามีการใช้แอลกอฮอล์ จะมีผลในการเสริมฤทธิ์ของยารักษาทางจิตได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ Owen et al. (1996) ที่พบว่า ผู้ป่วยใช้แอลกอฮอล์จะมีพฤติกรรมการใช้ยาน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์

2. ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ ฐานะ เนื่องจากการรักษาโรคทางจิตเวชยังมีวงจำกัดในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้ป่วยต้องเดินทางเข้ามารับการรักษา ค่าใช้จ่ายง่ายในการเดินทาง ปัญหาการไม่เข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ อาจทำให้ผู้ป่วยต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเอง อีกทั้งการรักษาอาการทางจิตมีราคาแพง เมื่อมีปัญหาทางเศรษฐกิจ ทำให้ผู้ป่วยต้องหยุดใช้ยา หรือใช้ยาไม่สม่ำเสมอ (Kurmar and Sedgwick, 2001) การอยู่ร่วมกับครอบครัว ทำให้ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในเรื่องต่างๆ การมีผู้ดูแลด้านการใช้ยา ทำให้ผู้ป่วยได้รับยา ได้รับการตรวจตามนัดมีผลต่อการสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา (Oehl et al., 2000) ทักษะของสังคมและครอบครัว เช่น ผู้ป่วยถูกรังเกียจ มีแนวโน้มจะทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Oehl et al., 2000) และการมีการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวสูง ทำให้ผู้ป่วยมีความเครียดสูง ขาดแรงกระตุ้นในการรับการรักษา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรี กันธสายบัว (2544) ที่พบว่า ปัจจัยจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ คือ การแสดงออกทางอารมณ์ของครอบครัว

3. ปัจจัยด้านการรักษา ได้แก่ ความซับซ้อนของการรักษา วิธีการรักษา เช่น การฉีดยาทำให้มีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษามากกว่าการรับประทานยา (Kurmar and Sedgwick, 2001) ผู้ป่วยบางรายอาจทนต่อฤทธิ์ข้างเคียงจากยาไม่ได้ ส่งผลต่อการไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา ฤทธิ์ข้างเคียงจากยารักษาทางจิต เป็นสาเหตุแรกที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา (Del campo et al., 1983; Hoffman et al., 1994)

4. ปัจจัยด้านทีมสุขภาพ Kempinen et al. (2003) พบว่า สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพมีความสำคัญต่อการปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท โดยเป็นตัวพยากรณ์ที่ดีที่สุดอันดับแรก ซึ่งสัมพันธภาพที่สร้างความพึงพอใจแก่ผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี (Brannon and Feist, 1997 อ้างถึงใน สมัยพร อาษา, 2543)

นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาททวนะใช้ยาในผู้ป่วยโดยใช้หลัก 5 R ได้แก่ Right drug ให้ยาถูก

ชื่อและชนิด Right dose ให้ยาขนาดที่ถูกต้อง Right patient ให้ยาถูกต้องตรงกับผู้ป่วยแต่ละราย Right time ให้ยาตรงเวลา และ Right method ให้ยาถูกวิธีตามลักษณะของยาชนิดนั้น รวมทั้งเฝ้าระวังและติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินการใช้ยาของผู้ป่วย

และงานวิจัยครั้งนี้พบตัวแปรที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม แม้วังยังไม่สามารถเป็นตัวแปรจำแนกระหว่าง 2 กลุ่มได้ พยายามจึงควรให้การพยาบาลแบบองค์รวม คำนึงถึงความหลากหลายของวัฒนธรรม โดยนำตัวแปรพยาบาลสามารถจัดกระทำได้ ไปจัดกิจกรรมทางการพยาบาล ได้แก่ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเอง ส่งเสริมให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคม เมื่อผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมได้ปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม ให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล ส่งเสริมกิจวัตรสุขภาพครอบครัวและการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม รวมทั้งส่งเสริมให้มีการรวมกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีอาชีพ ได้เรียนรู้การประกอบอาชีพต่างๆ โดยพยาบาลเป็นผู้ประสานกับกรมพัฒนาฝีมือแรงงานมาสอนผู้ป่วย เพื่อเป็นการเพิ่มรายได้ให้กับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เพื่อการไม่ป่วยซ้ำ ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยา ในขณะที่เดียวกันควรให้การดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม ผสมผสานวัฒนธรรมครอบครัวกลุ่มการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง การสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม การมีกิจวัตรสุขภาพครอบครัวและการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม

ด้านการบริหาร

ควรมีการจัดระบบบริการที่ส่งเสริมพฤติกรรมการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงเดือนรอมฎอน

ด้านการวิจัย

ควรมีการศึกษาเชิงการทดลองเกี่ยวกับโปรแกรมการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม เพื่อพัฒนาโปรแกรมที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมอีก โดยมีการเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และคัดสรรปัจจัยจำแนกที่ไม่มีความสัมพันธ์กันสูงเกินไป วิเคราะห์ข้อมูลด้วย Discriminant Analysis

2. การเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ควรเลือกช่วงเวลาให้เหมาะสมโดยไม่ควรเก็บข้อมูลในช่วงเดือนรอมฎอน เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่มารับบริการในช่วงนี้ อาจทำให้ข้อมูลไม่สมบูรณ์

3. ปัจจัยทั้งหลายในงานวิจัยครั้งนี้ที่ไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ อาจเป็นเพราะว่า ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันสูงกับพฤติกรรมการใช้ยา ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่า อิทธิพลของตัวแปรเหล่านั้นมีอิทธิพลโดยตรง แต่เป็นการส่งผ่านพฤติกรรมการใช้ยา จึงเสนอแนะให้ศึกษา Casual model ของผู้ป่วยจิตเภททั้งในกลุ่มผู้ป่วยมุสลิมเปรียบเทียบกับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ หรือใช้การวิเคราะห์เส้นทาง (Path Analysis)

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กาญจนา รุ่งแก้ว. 16 สิงหาคม 2555. พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. **สัมภาษณ์.**
กัมมันต์ พันธุมจินดา. 2530. **ประสาทพื้นฐาน.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สีนประสิทธิ์การพิมพ์.
- กัลยา วานิชย์บัญชา. 2551. **การวิเคราะห์สถิติขั้นสูงด้วย SPSS for Windows.** พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- คุณท์ชลี เพียรทอง. 2547. **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เกษตรชัย และหิม. 2551. **การศึกษาวิถีชีวิตของเยาวชนไทยมุสลิมเพื่อการเสริมสร้างสันติสุขในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาอิสลามศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.
- เกษม ดันติผลาชีวะ. 2536. **โรคจิตเภท ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตเวชแห่งประเทศไทย.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. 2552. **การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: โรคเรื้อรัง.** สงขลา : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- คณะทำงานวิชาการและวิจัยสมาคมจันทร์เสี้ยวการแพทย์และสาธารณสุข. 2552. **การบูรณาการองค์ความรู้บทบัญญัติศาสนาอิสลามกับการสร้างเสริมสุขภาพ: สุขภาพจิต.** สงขลา : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- จรัล มะลูลีม. 2541. **เอเชียตะวันตกศึกษา: ภาพรวมทางสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร : สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทกานต์ กาญจนเวทวงศ์. 2549. **การพัฒนาแบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัวไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทนา ชุนฉาย. 2548. **การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. 2545. **พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท.** วิทยานิพนธ์

ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

จันทร์อัมพร รุณดี. 2544. การบริการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิในปี 2553.

วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินดารัตน์ พิมพ์ดีด. 2541. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2526. การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิต. วารสารการพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 3 (1) : 22-42.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทยภาคกลาง. รายงานการวิจัย.

จินตนา ยูนิพันธุ์. 2542. การพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (มกราคม-มิถุนายน) : 1-13.

จินตนา ยูนิพันธุ์ และนพรัตน์ ไชยขำนิ. 2547. การพยาบาลแบบองค์รวม: แนวคิด หลักการและแนวปฏิบัติ. เอกสารประกอบการอบรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.

จุฬาลักษณ์ ชำของ. 2547. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ชนมาภรณ์ พงศ์จันทร์เสถียร. 2552. ปัจจัยทำนายการแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทภาคใต้ตอนบน. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา 3 (2) : 42-56.

ชวาล แพร์ตกุล และคณะ. 2520. เทคนิคการเขียนข้อสอบ. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์คุรุสภา.

ชินานากู จิตตารมย์. 2545. ผลของการใช้โปรแกรมฝึกทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพต่อการสื่อสารในครอบครัวที่มีบุตรวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาหมาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

คลมนรรัตน์ บากา และแวอุเซ็ง มะแดเฮาะ. 2536. อิสลามศึกษาเบื้องต้น. ปัตตานี : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี.

ดำรงค์ แวอาลี. 2546. เยียวยาจิตใจด้วยอิสลาม. กรุงเทพมหานคร : โอ.เอส.พริ้นติ้ง เฮาส์.

ดำรงค์ แวอาลี. 2546. การให้บริการสุขภาพที่สอดคล้องกับบทบัญญัติอิสลาม. เอกสารประกอบการ

- บรรยายประชุมวิชาการเรื่องการจัดบริการสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม. 18-19 ธันวาคม 2546. ณ โรงเรียนตำรวจภูธรภาค 9 อำเภอเมืองเมือง จะยะลา.
- ดวงรัตน์ แซ่เตียว. 2546. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม การดูแลตนเองด้านสุขภาพกับภาวะสุขภาพของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศวันอารง ยีบาภา. 2549. การพัฒนาเครื่องมือวัดการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักการอิสลามในสาระการเรียนรู้อิสลามศึกษาช่วงชั้นที่ 2 กลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม หลักสูตรการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการวัดผลการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ทานตะวัน เข้มบุญเรือง. 2540. กรณีศึกษา: ผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ทูลกา บุปผาสังข์. 2545. ภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร, กระทรวง. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2554. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจสุขภาพจิตคนไทย พ.ศ. 2551-2553[ออนไลน์]. แหล่งที่มา: http://service.nso.go.th/nso/nso_center/project/search_center/23project-th.htm [2554, ธันวาคม 18].
- ธารินี ธาดาคุสิตตา และอุบลวรรณ ปิติพัฒนะ โฆษิต. 2547. กระบวนการสื่อสารผ่านชุดบะฮ์วันศุกร์ของชาวไทยมุสลิม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะนิเทศศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิปาตีเมาะ หะยีหามะ และอรอุษา ปุณยบุรณะ. 2549. การผสมผสานทางวัฒนธรรมขงชาวไทยพุทธชาวไทยเชื้อสายจีนและชาวไทยมุสลิม ในอำเภอเมือง จังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลลา.
- นุรุดดิน สาริมิง. 2540. แนวทางของศาสนาอิสลามเกี่ยวกับความตายและการปฏิบัติต่อคนไข้ในมรณวิถี. วารสารสงขลานครินทร์ 3 (มกราคม-เมษายน) : 75-91.
- บินมุสลิม. 2540. ปทานุกรม อหรับ-ไทย. กรุงเทพมหานคร : ศ.วงศ์เสงี่ยม.

- บุญใจ ศรีสถิตยัณราภรณ์. 2547. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางการแพทย์พยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : ยูแอนด์ ไอ อินเทอร์เน็ตมีเดีย.
- ประคอง กรรณสูต. 2542. **สถิติเพื่อการวิจัยทางสังคมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : ด้านสุทธการพิมพ์.
- ประเสริฐ วันแวงละ. 2544. **บนเส้นทางที่เธอ(เขา)แสวงหา. นิตยสารมุสลิมออนไลน์ [ออนไลน์]**. แหล่งที่มา: <http://www.thaiislamic.com/articlesshow.asp?kind=6&id=61012> [2553, มิถุนายน 20].
- ปริวัตร ไชยน้อย. 2546. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงเพ็ญ เขียมปัญญาวิช, นกวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สัทธิมงคล และถวิล นภาพงศ์สุริยา. 2542. **พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช**. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13 (กรกฎาคม-ธันวาคม) : 45-54.
- พิศสมร เดชดวง. 2545. **การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิริยาภรณ์ เชื้อหอม. 2548. **พฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ โรงพยาบาลสวนปรุง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย และคณะ. 2539. **วิจัยทางการแพทย์ : หลักการและกระบวนการ**. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : เทพการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. **การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ไพลิน ปรัชญคุปต์. 2548. **การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- พาริดา อิบราฮิม. 2546. **การจัดบริการสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม**. เอกสารประกอบการบรรยายประชุมวิชาการเรื่องการจัดบริการสุขภาพตามหลักศาสนาอิสลาม. 18-19 ธันวาคม 2546. ณ

- โรงเรียนตำรวจภูธรภาค 9 อำเภอเมือง จะยะลา.
- พาริดา อิบราฮิม. 2546. **ปฏิบัติการพยาบาลตามกรอบทฤษฎีการพยาบาล**. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพานิชย์.
- ภรดี ไชยสิน. 2545. **การแสดงออกทางอารมณ์ของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- มนชัย ไช้เฮง. 18 ธันวาคม 2554. **อิหม่ามประจำมัสยิดคารุลอับดะห์ จังหวัดยะลา**. สัมภาษณ์.
- มยุรี กัลป์วงษ์. 2552. **การสร้างแบบประเมินพฤติกรรมตนเองของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
- มานี ชูไทย. 2544. **อิสลาม: วิธีการดำเนินชีวิตที่พัฒนาคุณภาพชีวิต**. กรุงเทพมหานคร : ภาควิชาสุศึกษา คณะพลศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2544. **จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี**. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร : สวีชาญการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2548. **โรคจิตเภทและโรคจิตอื่นๆ**. ใน มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์(บรรณาธิการ), **จิตเวชศาสตร์รามาชิปดี**. กรุงเทพมหานคร : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิชย์. 2550. **จิตเวชศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร : บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.
- มาลี แจ่มพงษ์. 2542. **ปัจจัยที่มีผลต่อการผัดผ่อนพบแพทย์ครั้งแรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยาของผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล**. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- มาหะมะ เมาะมูลา. 2550. **การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในภาวะวิกฤติความไม่สงบ 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้**. รวมบทความและบทคัดย่อการจัดการระบบสุขภาพในความหลากหลายของวัฒนธรรมท่ามกลางภาวะวิกฤติ. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา.
- มุณีร(สมศักดิ์) มุหะหมัด. 2541. **หลักสูตรอิสลามศึกษา ระดับที่ 1**. กรุงเทพมหานคร : สมาคมนักเรียนเก่าศาสนวิทยา.

- มูลนิธิสารานุกรมวัฒนธรรมไทย ภาคใต้เล่มที่ 18. 2542. อัล-กูรอาน. กรุงเทพมหานคร : สยามเพรส แมนเนจเม้นท์.
- มูหมัดคาโอ๊ะ เจ๊ะเถาะ. ม.ป.ป. การดูแลสุขภาพเพื่อสร้างเสริมสุขภาพ. (อัครสำเนา)
- ยุวดี วงษ์แสง. 2548. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ยูซุฟ นิมะ และสุภัทร ฮาสุวรรณกิจ. 2551. การแพทย์และการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับวิถีมุสลิม. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา : สถาบันวิจัยระบบสุขภาพ ภาคใต้ มอ.
- รัชนิกร อุปเสน. 2541. การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- รัตน์ศิริ ทาโต. 2552. การวิจัยทางพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราตรี เครือวรรณ. 2552. การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. 2554. สรุปรายงานประจำปี. มปท.
- เรณูการ์ ทองคำรอด. 2549. ผลของการจัดกระทำแบบหลายปัจจัยต่อการกำเริบของอาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตครั้งแรก. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรลักษณ์ ปิ่นทอง. 2548. การศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดอ่างทอง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วรารณ พัฒนเวศน์. 2551. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการไม่มาตรวจตามนัดในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโรงพยาบาลแพร่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วรารณ ตั้งตรงไพโรจน์. 2542. ปัจจัยเสี่ยงในการเกิดเป็นซ้ำของโรคจิตเภทในสถาบันประสาทวิทยา. ใน รายงานการประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 5 ปี 2542. นนทบุรี : กรม

สุขภาพจิต.

วิลาวรรณ เทพโสธร. 2538. การศึกษาปัจจัยทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการครั้งแรกใน
โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. กรมสุขภาพจิต.

ศรีสุดา วนาลีสิน. 2549. วัฒนธรรมอิสลามที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท ความหมาย
สำหรับการดูแลผู้เป็นโรคจิตเภท ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลและกิจกรรมการดูแลผู้เป็น
โรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาคุชฎีบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาล(นานาชาติ) คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.

ศรีสุดา วนาลีสิน. 2550. การดูแลผู้เป็นโรคจิตเภทของสมาชิกครอบครัวตามมุมมองอิสลาม. **สงขลา
นครินทร์เวชสาร** 25 (กันยายน-ตุลาคม).

ศิริรณานันท์ พงษ์. 2542. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

เศรษฐพงศ์ บุญหมั่น. 2548. การศึกษาการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชชนนครินทร์. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สดีไสย์ คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย. 2547. รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยทางสังคมกับการกลับมา
รักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา.

สถิต วงศ์สุระประกิจ. 2542. ความต้องการการดูแลที่บ้านของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สมจิต หนูเจริญกุล. 2536. การดูแลตนเอง:ศาสตร์และศิลปะทางการแพทย์. พิมพ์ครั้งที่ 2.
กรุงเทพมหานคร : วิเจ พรินติ้ง.

สมประสงค์ เสนารัตน์. 2554. การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก. (อัคราณา)

สมภพ เรื่องตระกูล. 2549. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร : เรือนแก้วการพิมพ์.

สมัย อาชาล. 2543. ความเชื่อด้านสุขภาพและความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรค.
วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์ คณะ
พยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2541. สถิติของโรงพยาบาลจิตเวช. นนทบุรี : สำนักพัฒนา

สุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2548. เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.

สาธารณสุข, กระทรวง. กรมสุขภาพจิต. 2554. ข้อมูลสถิติผู้ป่วยนอกจิตเวช 8 โรค[ออนไลน์].

แหล่งที่มา: <http://www.dmh.moph.go.th/report/population/pop.asp> [2554, มิถุนายน 20].

สารุพร พุฒขาว. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สายรุ้ง จันทร์เส็ง. 2548. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุดรดิตถ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สินชัย วสุนทรธา. 2547. จิตเภท. กรุงเทพมหานคร : สามัญนิติบุคคล.

สุดาพร สถิตยยุทธการ. 2552. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยตนเองต่อการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุนันท์ จำรูญสวัสดิ์. 2536. ผลของการสร้างสัมพันธภาพ การสอนสุขภาพ และการให้กำลังใจผู้ผูกพันต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

สุนันท์ ทรงจรินทร์. 2548. การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีษะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สุธีรา สุนทรระกูล และมาลี แจ่มพงษ์. 2532. อิทธิพลของครอบครัวต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท: การศึกษาเฉพาะรายกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. รายงานการวิจัย.

เสาวนีย์ จิตต์หมวด. 2535. วัฒนธรรมอิสลาม. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์จันทู.

เสาวนีย์ จิตต์หมวด. 2541. การพัฒนาทางสังคมของกลุ่มชาติพันธุ์ชาวไทยมุสลิม. รายงานการวิจัย.

หงษ์ บรรเทียงสุข. 2545. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิต

เวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หทัยรัตน์ หาคำ. 2552. การส่งเสริมความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภทโดยการใช้การบำบัดเพื่อสร้างความร่วมมือในการรักษา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

หวันอัปดุลเลาะห์ ทรงเลิศ. 2546. ความแปลกแยกทางการเมืองของชาวไทยมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการเมืองและการปกครอง คณะรัฐศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อรรณพ ทองคำ. 2546. การทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อังคณา หมอนทอง. 2549. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความหวังกับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อัญชลี ศรีสุพรรณ. 2547. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

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

อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์ และคณะ. 2542. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลศรีธัญญา. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

ฮัมมุดะฮ์ อัปดุลอาญีย์. 2542. อิสลามและมุสลิม. ปัตตานี : สำนักงานวิชาการและบริการชุมชน วิทยาลัยอิสลามศึกษา.

ภาษาอังกฤษ

Adams, J., and Scott, J. 2000. Predicting medication adherence in severe mental disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101: 119-124.

Adelufosi, A.O., Adebawale, T.O., Abayomi, O., and Mosanya, J.T. 2012. Medication adherence

- and quality of life among Nigerian outpatients with schizophrenia. **General Hospital Psychiatry** 34 (12): 72-79
- Adewuya, A.O., Owoeye, O.A., and Erinfolami, A.R. 2009. Prevalence and correlates of poor medication adherence amongst psychiatric outpatients in southwestern Nigeria. **General Hospital Psychiatry** 31 (9): 167-174.
- Agarwal, R.M., et al. 1998. Non-Compliance with treatment in patients suffering From schizophrenia Astudy to evaluate possible contributing factors. **International Journal of social psychiatry** 44 (2): 92-106.
- Almond, S., Knapp, M., Francois, and Toumi, M. 2004. Relapse in schizophrenia: costs, clinical outcomes and quality of life. **British Journal of Psychiatry** 184: 346-356.
- American Holistic Nurse Association. 2012. **What is holistic Nurseing**[online]. Available from: <http://www.ahna.org/AboutUs/WhatisHolisticNursing/tabid/1165> [2012, March 6]
- Ashy, M.A. 1999. Health and illness from an Islamic perspective. **Journal of Religion And Health** 38 (3): 241-257.
- Baker, C. 1995. The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. **Archives of psychiatric nursing** 9 (5): 261-268.
- Bauer, A., Rosca, P., Grinshpoon, A., Khawaled, R., Mester, R., and Ponizovsky, A.M. 2006. Rehospitalizations among psychiatric patients whose first admission was involuntary: a 10-year follow-up. **Israel Journal of Psychiatry and Related Sciences** 43 (1): 57-64.
- Bethesda, D. 1999. **Schizophrenia**[online]. Available from: www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm Nation Institute of Mental Health [2011, June 2]
- Brown, G.W., Birley, J.L.T., and Wing, J.K. 1972. Influence of family life on the course of Schizophrenic disorders: A replication. **British Journal of Psychiatry** 121: 241-258.
- Burns, T., Fiander, M., and Audini, B. 2000. A Delphi approach to characterizing relapse as used in UK clinical practice. **International Journal of Social Psychiatry** 46 (3): 220-230.
- Coodin, S., et al. 2004. Patient factors associated with missed appointments in persons with schizophrenia. **Can J Psychiatry** 49 (2): 145-148.
- Compton, T. M., et al. 2006. Predictors of missed first appointments at community mental health centers after psychiatric hospitalization. **Psychiatric Service** 57 (4): 531-537.

- Cronenwett, L.R. 1985. Network structure, social support, and psychological outcomes of pregnancy. **Nursing Research** 34 (2): 93-102.
- Csernansky, J.G., and Suhuchart, E.K. 2002. Relapse and rehospitalisation rates in patients with schizophrenia: effects of second generation antipsychotics. **CNS Drugs** 16 (7): 473-484.
- Dean, K. 1981. Self-care response to illness. **A Selected Review : Social Science and Medicine**. 15A.
- Del Campo, E.J., et al. 1983. Rehospitalized schizophrenics: What they report about illness, treatment and compliance. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services** 21 (6): 29-33.
- Denham, S.A. 2002. Family routines: a structural perspective for viewing family health. **Advanced in Nursing Science** 24 (4): 60-74.
- Denham, S.A. 2003. **Family health: a framework for nursing**. Philadelphia: F.A. Davis Publisher.
- Farragher, B. 1999. Treatment compliance in the mental health service. **Irish Medication Journal** 92 (6): 1-3.
- Fenton, W.S., et al. 1997. Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. **Am J Psychiatry** 154: 199-204.
- Fleischhacher, W.W., Meise, U., Gunther, V., and Kurz, M. 1994. Compliance with antipsychotic drug Treatment: Influence of side effect. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 85 (382): 11-15.
- Gordon, T. 2000. **Parent Effectiveness Training**. 3th ed. New York: Three Rivers Press.
- Gumley, A., et al. 2006. Early intervention for relapse in schizophrenia: Impact of cognitive behavioural therapy on negative beliefs about psychosis and self-esteem. **British Journal of Clinical Psychology** 45: 247-260.
- Hair, J.F., et al. 2010. **Multivariate data analysis**. 7th ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Haque, A. 2004. Religion and mental health: The case of American Muslims. **Journal of Religion and Health** 43 (1): 45-58.
- Herz, M.I., and Melville, C. 1980. Relapse in schizophrenia. **American Journal of Psychiatry** 7: 801-805.

- Hill, L., and Smith, N. 1990. **Self-care nursing: Promotion of health**. 2nd ed. New Jersey: Appleton & Lange.
- Hoffman, H., et al. 1994. Age and other factors relevant to rehospitalization of schizophrenic out-patient. **Acta Psychiatrica Scandinavica** 89: 205-210.
- House, J.S. 1981. **Work stress and social support**. New Jersey: Prentice Hall.
- Hui, L.M.C. 2011. Relapse in schizophrenia. **Medical Bulletin** 16 (5): 8-9.
- Humbecq, G., et al. 2002. Expressed emotion in the resident-professional caregiver dyad: Are systems, coping and personality related? **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology** 37: 364-371.
- Janosik, E., and Green, E. 1992. **Family life: Process and practice**. Boston: Jones and Bartlett.
- Jonhson, B.S. 1993. **Psychiatric Mental Health Nursing**. 3th ed. Pennsylvania: J.B.Lippincott.
- Jose, L., Ayuso, G., and Julia, M.D.R.V. 1997. Factors influencing relapse in the long-term course of schizophrenia. **Schizophrenia Research** 28: 199-206.
- Kane, J.M., et al. 1983. Low-dose neuroleptic treatment of outpatient schizophrenics. **Archives of General Psychiatry** 40: 893-896.
- Kaplan, H.I., and Sadock, B.J. 1995. **Comprehensive textbook of psychiatry**. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Kennedy, M.G., Schepp, K.G., and O'Conner, F.W. 2000. Symptom self – management and relapse in schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 4 (6): 266-275.
- Kemppainen, J.H., et al. 2003. Psychiatric Nursing & Medication Adherence. **Journal of Psychosocial Nursing** 41 (2): 39-49.
- Kopelowicz, A., and Liberman, R.P. 1995. Biobehavioral treatment and rehabilitation of schizophrenia. **Harvard Review of Psychiatry** 3: 55-64.
- Kruse, R. G., and Rholand, M. B. 2002. Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital. **Psychiatric Services** 53: 473–475.
- Kurmar, S., and Sedgwick, P. 2001. Can the factors influencing medication: Compliance report from western populations be applied to an eastern Indian context. **Journal of Mental Health** 10 (3): 267-277.

- Lader, M. 1995. What is relapse in schizophrenia. **International Clinical Psychopharmacology** 9 (5): 5-9.
- Lamberti, J.S. 2001. Seven Keys to Relapse Prevention in Schizophrenia. **Journal of Psychiatric Practice** 7 (4): 253-259.
- Leininger, M. 1997. Overview of the theory of culture csre with the ethnonursing research method. **Journal of Transcultural Nursing** 8(2): 32-52.
- Leininger, M. 2001. **Transcultural nursing: concepts, theories and practice**. NY: John Wiley & Sons.
- Lieberman, J.A., et al. 1987. Prediction of relapse in schizophrenia. **Archives of General Psychiatry** 44: 597-603.
- Marder, S.R., et al. 1984. Costs and benefits of two dose of fluphenazine. **Archives of General Psychiatry** 41: 1025-1029.
- Meijel, B., Gaag, M., Kahn, S. R., and Grypdonck, H. F. M. 2003. Relapse prevention in patients with schizophrenia. **Archives of Psychiatric Nursing** 17 (3): 117-125.
- Moller, M.D., and Murphy, A. 1993. Relapse management in neurobiological disorders: The Moller-Murphy symptom management assessment tool. **Archives of Psychiatric Nursing** 7 (4): 226-235.
- Nuechterlein, M.E., et al. 1992. Developmental Processes in Schizophrenic Disorders: Longitudinal Studies of Vulnerability and Stress. **Archives of Schizophrenia Bulletin** 18 (3): 387-425.
- Oehl, M., Hummer, M., and Fleischhacker, W.W. 2000. Compliance with antipsychotic treatment. **Acta Psychiatrica Scandinavica**. 102 (Suppl.407): 83-86.
- Orem, D.E. 1991. **Nursing concepts of practice**. 4th ed. St.Louis: Mosby.
- Orem, D.E. 1995. **Nursing : Concept of Practice**. 5th ed. St. Louis: Mosby-year book.
- Orem, D.E. 2001. **Nursing concepts of practice**. 6th ed. St.Louis: A Harcourt Health Sciences.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. 1962. The brief psychiatric rating scale. **Psychological Rep** 10: 799-821.
- Owen, R.R., et al. 1996. Medical noncompliance and substance abuse among patients with

- schizophrenia. **Psychiatric Services** 47 (8): 853-858.
- Perkins, D.O., Johnson, J.L., Hamer, R.M., et al. 2006. Predictors of antipsychotic medication adherence in patients recovering from a first psychotic episode. **Schizophr Res** 83: 53-63.
- Pender, J.N. 1996. **Health Promotion in Nursing Practice**. Oxford: Bookcraft.
- Polit, D.F. 1999. **Data Analysis and Statistics for Nursing Research**. Singapore: Simon& Schuster.
- Rashidi, A., and Rajaram, S.S. 2001. Culture care conflicts among Asian-Islamic immigrant woman In US hospitals. **Holistic Nursing Practice** 16 (1): 55-64.
- Sadock, J.B., and Sadock, A.V. 2000. **Comprehensive Textbook of Psychiatry**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Schaefer, C., Colyne, C., and Lazarus, R.S. 1981. The health related functions of social support. **Journal of behavior medicine** 4: 381-406.
- Scott, B.R. 1986. **The Oxford Companion to Medicine**. New York: Oxford University Press.
- Schooler, N.R. 2006. Relapse prevention and recovery in the treatment of schizophrenia. **J Clin Psychiatry** 67 (5): 19-23.
- Sherif, Y., and Emad, S. 2011. **Spiritual healing in schizophrenia**[online]. Available from: http://www.scpnet.com/paper2_5.htm [2011, June 29]
- Stewart, M.J. 1993. **Integrating social support in nursing**. Newbury Park: Sage Publication.
- Sullivan, G., Well, K.B., Morgenstem,H., and Leake, B. 1995. Identifiable risk factor for rehospitalization:a case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. **American Journal of Psychiatry** 152: 1749-1756.
- Sunpaveerawong, J. 2006. **Development of the Thai Eepressed Emotion Scale for family caregiver of Schizophrenic patients**. Degree of doctor of Philosophy in Nursing. Prince of Songkla University.
- Tabachnick, B.G., and Fidell, L.S. 1996. **Using multivariate statistics**. 3rd ed. New York: HarpenCollins College Publishers.
- Taj, R., and Khan, S. 2002. **A study of reason of non-compliance to psychiatric treatment**. Department of Psychiatry. Islamabad: Pakistan Institute of Medical Sciences.

- Taylor, M.C. 1994. **Essentials of Psychiatric Nursing**. 4th ed. St.Louis: Mosby.
- Tilden, V.P. 1985. Issue of conceptualization and measurement of social support in construction of nursing theory. **Research in nursing and health** 8: 199-206.
- Vaughn, C.E., Snyder, K.S., Jones, S., Freeman, W.B., and Fallon, I.R.H. 1984. Family factors in schizophrenic relapse:a California replication of the British research on expressed emotion. **Archives of General Psychiatry** 41: 1169-1177.
- Vincent, C.K. 2004. **Study of Family Expressed Emotion and Relapse of Male Schizophrenia Patients in Singapore**[online]. Available from: www.scribd.com/doc [2011, June 29]
- Videbeck, S.L. 2001. **Psychiatric Mental Health Nursing**. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins.
- Wig, N.N., et al. 1987. Distribution of expressed emotion components among relatives of Schizophrenic patients in Aarhus and Chandigarh. **British Journal of Psychiatry** 151: 160-165.
- World Health Organization. 1992. **The ICD-10 Classification of mental and behavioral disorder: Clinical description and diagnostic guidelines**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2001. **Mental Health New understanding New Hope**. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. 2011. **Schizophrenia**[online]. Available from: www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en [2011, June 26]
- Zubin, J., and Spring, B. 1977. Vulnerability. A new view of schizophrenia. **Journal of Abnormal Psychology** 86: 103-126.
- Zubin, J., Steinhauer, S.R., and Condray, R. 1992. Vulnerability to relapse in schizophrenia. **British Journal of Psychiatry** 161: 13-18.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ

- | | |
|--------------------------------|---|
| 1. นายแพทย์เวทิส ประทุมศรี | นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ
โรงพยาบาลพุทธโสธร |
| 2. อาจารย์ ดร.รัชนิกร เกิดโชค | อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย |
| 3. อาจารย์ ดร.ศรีสุดา วนาลีสิน | อาจารย์ประจำภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิต
และจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัย
สงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ |
| 4. นางเพชรี คันธสายบัว | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา |
| 5. นางอำพัน หิรัญอุทก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลสามชุก |
| 6. นางนงนุช คะพิมพ์ภิบาลบุตร | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลแปลงยาว |
| 7. นางสุนีย์ มะเล็ก | พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
เฉลิมพระเกียรติ |
| 8. นายมนชัย โഴ๊ะเสง | นายก อบต.บึงน้ำรักษ์
และอิหม่ามประจำมัสยิดดารุลนาอีม |

ภาคผนวก ข
สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติที่ใช้ในการศึกษา

1. การคำนวณหาค่าความเที่ยงใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's coefficient) ดังนี้ (เพชรน้อย สិងห์ช่างชัย และคณะ, 2535 : 212)

$$\alpha = \frac{n}{n-1} \left[1 - \frac{\sum \sigma_i^2}{\sigma_x^2} \right]$$

α	=	ค่าความเที่ยงของเครื่องมือ
n	=	จำนวนข้อคำถามทั้งหมดในแบบวัด
σ_i^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนแต่ละข้อ
σ_x^2	=	ความแปรปรวนของคะแนนของผู้ตอบทั้งหมด

2. การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity index) โดยใช้สูตรดังนี้ (บุญใจ ศรีสถิตย์ นราภุร, 2547)

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

3. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ค่าเฉลี่ย (Mean) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณสูตร, 2542 : 68-69)

$$\bar{x} = \frac{\sum x}{N}$$

\bar{x} = ค่าเฉลี่ยหรือมัชฌิมเลขคณิต

$\sum x$ = ผลรวมของคะแนนทั้ง N จำนวน

N = จำนวนของคะแนนทั้งหมด

3.2 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) มีสูตรดังนี้ (ประคอง กรรณ
สูตร, 2542 : 70)

$$S.D. = \frac{\sqrt{n \sum X - (\sum X)^2}}{n(n-1)}$$

S.D = ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

$\sum X$ = ผลรวมของคะแนนแต่ละตัว

n = จำนวนตัวอย่างของประชากร

3.3 การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก มีขั้นตอนดังนี้ (กัลยา วานิชย์บัญชา, 2551 :
83)

1. เลือกตัวแปรอิสระที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม
2. ตรวจสอบคุณสมบัติของตัวแปรอิสระแต่ละตัว (multicollinearity)
3. สร้างสมการ Logistic response function ดังสมการ 1

$$\pi = P(Y = 1 | X_1 = x_1, \dots, X_p = x_p) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p}} \quad (1)$$

และสมการ 2

$$1 - \pi = P(Y = 0 | X_1 = x_1, \dots, X_p = x_p) = \frac{1}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p}} \quad (2)$$

เมื่อ π คือ ความน่าจะเป็นที่จะเกิด 1 และ $1 - \pi$ คือความน่าจะเป็นที่จะเกิด 0 และอัตราส่วนของความน่าจะเป็นที่จะเกิด 1 กับความน่าจะเป็นที่จะเกิด 0 เรียกว่า odds ratio แสดงได้ดังสมการ 3

$$\text{odds ratio} = \frac{\pi}{1 - \pi} = e^{\beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p} \quad (3)$$

สมการ 3 เป็นสมการที่ไม่ได้อยู่ในรูปเชิงเส้น ถ้าค่า odds ratio มีค่ามากกว่า 1 แสดงว่ามีโอกาสจะเกิด 1 มากกว่า 0 และสามารถแปลงให้อยู่ในรูปสมการเชิงเส้น ดังสมการ 4

$$\log(\text{odds ratio}) = \log\left(\frac{\pi}{1 - \pi}\right) = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_p x_p \quad (4)$$

4. ตรวจสอบความเหมาะสมของสมการ โดยพิจารณาค่า Nagelkerke R^2 และค่า Wald Statistics

ภาคผนวก ค
การวิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติม

1. ผลการตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของการใช้สถิติจำแนก ดังนี้

1.1 ผลการตรวจสอบการแจกแจงข้อมูล โดยใช้สถิติ Kolmogorov-smirnov

Test Statistics^a

		อายุ	ระดับ การศึกษา	รายได้	สถาน ภาพ	ดูแล ตนเอง	ศาสน กิจ	ยา	กิจวัตร	สังคม	อา รรมณ์
Most	Abs	.318	.145	.400	.291	.964	.782	.955	.791	.755	.736
Extre	olute										
me	Posit	.318	.145	0.000	.291	.964	.782	.955	.791	.755	0.000
Differ	ive										
ence	Neg	0.000	-.018	-.400	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	-.736
s	ative										
Kolmogorov-	Smirnov Z	2.360	1.079	2.966	2.157	7.147	5.798	7.079	5.866	5.596	5.461
Asymp. Sig.	(2-tailed)	.000	.195	.000	.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000

a. Grouping Variable: จำแนกกลุ่ม

1.2 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Box's M เพื่อหาค่าความแปรปรวนร่วมของตัวแปรอิสระ

Test Results

Box's M		357.691
F	Approx.	6.191
	df1	55
	df2	153469.754418823
	Sig.	.000

Tests null hypothesis of equal population
covariance matrices.

1.3 ผลการวิเคราะห์ด้วยสถิติ Collinearity เพื่อหาความสัมพันธ์ร่วมเชิงพหุเชิงเส้น

		Coefficients ^a						
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Tolerance	VIF
1	(Constant)	-2.482	.274		-9.049	.000		
	อายุของกลุ่มตัวอย่าง	-.001	.002	-.012	-.379	.705	.719	1.391
	ระดับการศึกษา	-.040	.025	-.045	-1.615	.108	.923	1.084
	ความเพียงพอรายได้	.044	.021	.065	2.107	.036	.740	1.352
	สถานภาพสมรส	.021	.011	.056	1.857	.065	.779	1.283
	t1selfcare	.005	.001	.238	3.832	.000	.183	5.466
	t2muslim	-3.312E-05	.002	-.001	-.017	.987	.318	3.145
	t3ยา	.027	.003	.574	9.043	.000	.175	5.713
	t4routine	.004	.001	.146	2.931	.004	.286	3.492
	t5social	.009	.003	.141	2.983	.003	.315	3.177
	t6express	.003	.002	.075	1.400	.163	.247	4.042

a. Dependent Variable: จำนวนกลุ่ม

ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ จำแนกตามตัวแปรพฤติกรรมการใช้ยา

ตัวแปรจำแนก	กลุ่มป่วยซ้ำ (n=110)		กลุ่มไม่ป่วยซ้ำ (n=110)		t
	X	S.D.	X	S.D.	
การปฏิบัติตามแผนการรักษา	14.29	4.21	23.70	1.40	-22.252*
ความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา	23.00	5.93	37.57	1.69	-24.779*
พฤติกรรมการใช้ยา โดยรวม	37.29	9.45	61.27	2.40	-25.781*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 13 พบว่า ค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านของพฤติกรรมการใช้ยาระหว่างกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยกลุ่มไม่ป่วยซ้ำพบว่ามีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตามแผนการรักษา และความสามารถในการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา สูงกว่ากลุ่มป่วยซ้ำ

2. การหาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ฉบับทดสอบ (N=30)

2.1 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. ดูแลตน	3.7667	1.2780	30.0
2. ดุ02	2.9000	1.2415	30.0
3. ดุ03	3.4000	1.0700	30.0
4. ดุ04	3.2333	1.2229	30.0
5. ดุ05	3.3667	1.6914	30.0
6. ดุ06	3.5333	1.1059	30.0
7. ดุ07	3.0000	1.5086	30.0
8. ดุ08	3.1333	1.4559	30.0
9. ดุ09	3.2333	1.3309	30.0
10. ดุ10	3.6333	1.4735	30.0
11. ดุ11	3.5667	1.5241	30.0
12. ดุ12	3.2333	1.5906	30.0
13. ดุ13	2.8667	1.3830	30.0
14. ดุ14	3.1333	1.3322	30.0
15. ดุ15	2.9333	1.4126	30.0
16. ดุ16	3.6000	1.4527	30.0
17. ดุ17	3.1000	1.7489	30.0
18. ดุ18	3.3667	1.7117	30.0
19. ดุ19	2.4667	1.1666	30.0
20. ดุ20	3.4667	1.6965	30.0
21. ดุ21	4.1000	1.0619	30.0
22. ดุ22	4.8333	.3790	30.0
23. ดุ23	3.4333	1.4547	30.0
24. ดุ24	4.0333	1.2172	30.0
25. ดุ25	2.9333	1.0807	30.0
26. ดุ26	3.2333	1.2507	30.0

N of Cases = 30.0

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.8735	.1437	3.0586	2.9149	21.2880	.4570

Reliability Coefficients 26 items

Alpha = .9823 Standardized item alpha = .9819

2.2 แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	อิสลาม	3.3667	.8087	30.0
2.	อิส2	2.7333	1.1121	30.0
3.	อิส3	3.1667	.9855	30.0
4.	อิส4	3.2000	.9248	30.0
5.	อิส5	3.1333	.8604	30.0
6.	อิส6	3.8667	.4342	30.0
7.	อิส7	3.1333	1.0743	30.0
8.	อิส8	2.9000	1.2415	30.0
9.	อิส9	2.8667	1.2521	30.0
10.	อิส10	2.9000	.9595	30.0
11.	อิส11	2.8667	1.2243	30.0
12.	อิส12	2.7667	1.1943	30.0
13.	อิส13	2.7333	1.1725	30.0
14.	อิส14	3.2000	.8867	30.0
15.	อิส15	2.7333	1.2299	30.0
16.	อิส16	2.9667	.8899	30.0
17.	อิส17	2.9000	1.1250	30.0
18.	อิส18	3.0667	.9803	30.0
19.	อิส19	3.3667	.7184	30.0
20.	อิส20	2.7667	1.0726	30.0
21.	อิส21	3.1000	1.0939	30.0

N of Cases = 30.0

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.0624	.1885	1.5678	1.3793	8.3171	.1389

Reliability Coefficients 21 items

Alpha = .9814 Standardized item alpha = .9814

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. ใช้ยา	3.9333	1.2847	30.0
2. ยา2	4.1333	.8996	30.0
3. ยา3	4.1667	.8743	30.0
4. ยา4	3.6667	1.5388	30.0
5. ยา5	3.8667	1.2794	30.0
6. ยา6	2.9333	1.4606	30.0
7. ยา7	3.0000	1.4856	30.0
8. ยา8	2.9333	1.3629	30.0
9. ยา9	4.1000	.9948	30.0
10. ยา10	4.3333	.9223	30.0
11. ยา11	4.5333	.5074	30.0
12. ยา12	4.3333	.8442	30.0
13. ยา13	3.7333	1.4368	30.0
14. รวมก้อน1	1.0000	.0000	30.0
15. รวมก้อน2	3.0000	.0000	30.0

* * * รวมก้อน1 has zero variance

* * * รวมก้อน2 has zero variance

N of Cases = 30.0

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.4078	.2575	2.3678	2.1103	9.1964	.4913

Reliability Coefficients 13 items

Alpha = .9641 Standardized item alpha = .9722

2.4 แบบวัดกิจกรรมสุขภาพครอบครัว

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. กิจวัตร	3.5000	.6823	30.0
2. กิจ2	3.8667	.3457	30.0
3. กิจ3	3.8333	.3790	30.0
4. กิจ4	3.1333	.8604	30.0
5. กิจ5	2.9667	.9994	30.0
6. กิจ6	3.5333	.6814	30.0
7. กิจ7	3.6667	.6609	30.0
8. กิจ8	3.6333	.7649	30.0
9. กิจ9	3.8333	.5307	30.0
10. กิจ10	3.8333	.5307	30.0
11. กิจ12	3.2667	.6397	30.0
12. กิจ13	3.3000	.8769	30.0
13. กิจ14	3.8667	.3457	30.0
14. กิจ15	3.9667	.1826	30.0
15. กิจ16	3.9000	.3051	30.0
16. กิจ17	3.9333	.2537	30.0
17. กิจ18	3.9000	.3051	30.0
18. กิจ19	3.8000	.6103	30.0
19. กิจ20	3.7333	.6397	30.0
20. กิจ21	3.8333	.4611	30.0
21. กิจ22	3.9333	.2537	30.0
22. กิจ23	2.7333	1.0148	30.0
23. กิจ24	3.1000	.9595	30.0
24. กิจ25	2.8000	1.2704	30.0
25. กิจ26	3.5333	.5074	30.0
26. กิจ27	3.7000	.4661	30.0
27. กิจ28	3.9000	.3051	30.0
28. กิจ29	3.8000	.4068	30.0
29. กิจ30	3.6667	.5467	30.0
30. กิจ31	3.7667	.5683	30.0
31. กิจ32	3.5667	.8172	30.0
32. กิจ33	3.6000	.7240	30.0
33. กิจ34	3.0000	.7878	30.0
34. กิจ35	3.0000	.7878	30.0
35. กิจ36	3.2667	.7849	30.0
36. กิจ37	3.8000	.4068	30.0
37. กิจ38	3.6000	.4983	30.0
38. กิจ39	3.8333	.3790	30.0
39. กิจ40	3.8333	.3790	30.0
40. กิจ41	3.8667	.3457	30.0
41. กิจ42	3.4000	.8550	30.0
42. กิจ43	3.2000	.9248	30.0
43. กิจ44	3.3667	.8503	30.0
44. กิจ11	4.0000	.0000	30.0

*** กิจ11 has zero variance
N of Cases = 30.0

Item	Variates	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
1	กิจ11	.4246	.0333	1.6138	1.5805	48.4138	.1134

Reliability Coefficients 43 items
Alpha = .9172 Standardized item alpha = .9188

2.5 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

	Mean	Std Dev	Cases
1. สังคม	3.7333	1.4126	30.0
2. สัง2	4.0333	1.1290	30.0
3. สัง3	3.6000	1.5447	30.0
4. สัง4	3.8667	1.2243	30.0
5. สัง5	4.1667	1.0532	30.0
6. สัง6	4.2667	.7849	30.0
7. สัง7	4.3333	.9589	30.0
8. สัง8	3.8000	1.3235	30.0
9. สัง9	4.2000	.9248	30.0
10. สัง10	4.0667	1.1121	30.0

N of Cases = 30.0

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.3644	.6161	2.3862	1.7701	3.8731	.3019

Reliability Coefficients 10 items

Alpha = .9638 Standardized item alpha = .9668

2.6 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

RELIABILITY ANALYSIS - SCALE (ALPHA)

		Mean	Std Dev	Cases
1.	อารมณ์คค	2.2333	1.1651	30.0
2.	คค2	2.2000	1.1567	30.0
3.	คค3	2.1000	1.0939	30.0
4.	คค4	1.8000	.8469	30.0
5.	คค5	1.5000	.6823	30.0
6.	คค6	1.8000	.9248	30.0
7.	คค7	1.6000	.7240	30.0
8.	คค8	1.9000	.9229	30.0
9.	คค9	1.8333	.9129	30.0
10.	คค10	1.6333	.8503	30.0
11.	คค11	2.8667	1.2243	30.0
12.	คค12	2.8667	1.1958	30.0
13.	คค13	2.7333	1.0483	30.0
14.	คค14	2.9333	.9803	30.0
15.	คค15	2.8333	1.2341	30.0
16.	คค16	2.8667	1.1958	30.0

N of Cases = 30.0

Item Variances	Mean	Minimum	Maximum	Range	Max/Min	Variance
	1.0502	.4655	1.5230	1.0575	3.2716	.1255

Reliability Coefficients 16 items

Alpha = -.4698 Standardized item alpha = .1358

ภาคผนวก ง
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (ตัวอย่าง)

แบบจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

คำชี้แจง แบบจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมนี้ประกอบด้วย

แบบวัด 7 ส่วนคือ

- ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป
- ส่วนที่ 2. แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- ส่วนที่ 3. แบบประเมินการปฏิบัติตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม
- ส่วนที่ 4. แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา
- ส่วนที่ 5. แบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว
- ส่วนที่ 6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม
- ส่วนที่ 7. แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

ส่วนที่ 1. แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป

คำชี้แจง กรุณาเติมข้อความลงในช่องว่าง และแล้วขีด \sqrt ใน () เพียงตัวเลือกเดียวที่ตรงกับความเป็นจริงของท่านมากที่สุด

1. อายุ.....ปี
2. ระดับการศึกษา

<input type="checkbox"/> ไม่ได้รับการศึกษา	<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	<input type="checkbox"/> มัธยมศึกษา / ปวช.
<input type="checkbox"/> อนุปริญญา / ปวส.	<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี
3. ความเพียงพอของรายได้

<input type="checkbox"/> เพียงพอเหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> เพียงพอไม่เหลือเก็บ	<input type="checkbox"/> ไม่เพียงพอ
---	--	-------------------------------------
4. สถานภาพสมรส

<input type="checkbox"/> โสด	<input type="checkbox"/> หม้าย	<input type="checkbox"/> หย่า	<input type="checkbox"/> คู่
------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	------------------------------

หากท่านตอบสถานภาพสมรส คู่ กรุณาขีด \sqrt ใน () ด้านล่าง

- | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> อยู่ร่วมกัน | <input type="checkbox"/> แยกกันอยู่ |
|--------------------------------------|-------------------------------------|

ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกิจกรรมที่ท่านทำมากน้อยเพียงใด แล้วขีด ✓
ในช่องที่ท่านได้กระทำกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

ประจำ	หมายถึง	กิจกรรมที่ทำเป็นประจำทุกวัน
บ่อยครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ทำบ่อยๆ เว้นบ้างเป็นบางวัน
บางครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมที่ทำเป็นบางครั้งเว้นระยะไปประมาณ 1 เดือน จึงทำอีกครั้ง
นานๆครั้ง	หมายถึง	กิจกรรมนั้นเว้นระยะไปนาน จึงทำอีก
ไม่เคยทำ	หมายถึง	ไม่เคยทำเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อยครั้ง	บางครั้ง	นานๆครั้ง	ไม่เคยทำ
1. ท่านตั้งใจที่จะทำงานหรือดำเนินชีวิตให้ดีขึ้น					
2. เมื่อท่านทำงานไม่สำเร็จ ท่านจะหาสาเหตุก่อนที่จะคิดว่าตนเองไม่เก่ง ไม่ดี					
3. ท่านค้นหาข้อบกพร่องของตนเองเพื่อแก้ไขให้ดีขึ้น					
.....					
.....					
25. เมื่อรู้สึกเครียดท่านหายใจเข้าออกลึกๆช้าๆเพื่อผ่อนคลาย					
26. ท่านปรึกษาแพทย์ พยาบาลทุกครั้งเมื่อมีปัญหาด้านร่างกาย					

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด

✓ ในช่องที่ท่านได้กระทำการกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

เป็นประจำ หมายถึง ปฏิบัติทุกวัน

บ่อยๆ หมายถึง ปฏิบัติ 4 ครั้งต่อสัปดาห์

นานๆครั้ง หมายถึง ปฏิบัติสัปดาห์ละครั้ง

ไม่ได้ทำ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ไม่ได้ ทำ	นานๆ ครั้ง	บ่อยๆ	เป็น ประจำ
1. ท่านระลึกถึงอัลลอฮตลอดเวลา หรือระลึกถึงอัลลอฮ สองคี่เดียว				
2. ท่านอ่านคัมภีร์อัล-กุรอานเป็นประจำทุกวัน				
3. ก่อนกระทำการสิ่งใด ท่านจะกล่าวพระนาม ของอัลลอฮทุกครั้ง				
.....				
.....				
.....				
20. ท่านศึกษาและค้นคว้าเกี่ยวกับการประกอบพิธีฮัจย์ หรืออุมเราะฮ์				
21. ท่านชวนเพื่อนๆ ไปเยี่ยมคนในหมู่บ้านที่กลับจาก การประกอบพิธีฮัจย์				

ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด
√ ในช่องที่ท่านได้กระทำกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

ประจำ หมายถึง ปฏิบัติเป็นประจำทุกวัน

บ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเกือบทุกวัน

บางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติเดือนละ 1 ครั้ง

นานๆครั้ง หมายถึง นานๆปฏิบัติครั้งหนึ่ง

ไม่เคยทำ หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย

ข้อความ	ประจำ	บ่อย ครั้ง	บาง ครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคย ทำ
1. ท่านเคยหยุดยาเองเมื่อคิดว่าอาการทางจิตดีขึ้น					
2. ท่านเคยลืมรับประทานยา					
3. ท่านเคยรับประทานยาเมื่อมีความจำเป็นเท่านั้น					
.....					
.....					
13. ท่านปรึกษากับทีมสุขภาพ เมื่อมีปัญหาหรือมีอาการผิดปกติจากการใช้ยา					

กรุณาขีด √ ใน () ด้านล่างที่ท่านได้กระทำกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

- ในช่วงเดือนรอมฎอนท่านรับประทานยาตรงตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง () ใช่ () ไม่ใช่
หากท่านตอบ ไม่ใช่ กรุณาทำต่อในข้อ 2.
- ท่านได้มีการปรับแผนการรับประทานยาด้วยตนเอง () ใช่ () ไม่ใช่
หากท่านตอบ ใช่ กรุณาทำต่อในข้อ 3.
- ท่านรับประทานยาอย่างไร.....

ส่วนที่ 5. แบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับพฤติกรรมในครอบครัวของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด ✓ ในช่องที่ท่านได้กระทำกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูกไม่เคย หมายถึง ครอบครัวของท่านไม่เคยทำพฤติกรรมเหล่านั้นเลย

นานๆครั้ง หมายถึง ครอบครัวของท่านทำพฤติกรรมเหล่านั้นน้อยครั้ง หรือแทบไม่ได้ทำเลย

บางครั้ง หมายถึง ครอบครัวของท่านทำพฤติกรรมเหล่านั้นบ้างบางครั้ง หรือทำบ้างไม่ทำบ้าง แต่ไม่ได้ทำเป็นประจำเป็นนิสัย

ประจำ หมายถึง ครอบครัวของท่านทำพฤติกรรมเหล่านั้นแทบทุกวันหรือทำบ่อยๆ จนติดเป็นนิสัย

กิจวัตรสุขภาพ	ไม่เคย	นานๆครั้ง	บางครั้ง	ประจำ
1. ในแต่ละวันคนในครอบครัวกินอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ประกอบด้วย ข้าว แป้ง, เนื้อสัตว์ นม ไข่, ไขมัน, ผัก ผลไม้, และน้ำ				
2. ครอบครัวของท่านล้างสารเคมีและสิ่งสกปรกออกจากผักสดและผลไม้ก่อนรับประทาน				
.....				
.....				
43. ครอบครัวของท่านจะไปรับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีแพทย์ หรือพยาบาลเป็นผู้ทำการรักษา				
44. ครอบครัวของท่านดูแลคนในครอบครัวที่เจ็บป่วยให้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือพยาบาล				

ส่วนที่ 6. แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึกของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงหรือความรู้สึก โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

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

ข้อความ	1	2	3	4	5
1. ท่านได้รับการดูแลช่วยเหลือเมื่อท่านไม่สบายใจ					
2. บุคคลรอบข้างทำให้ท่านรู้สึกว่าท่านมีความสำคัญต่อเขา					
3. ท่านรู้สึกอ้างว้างโดดเดี่ยว					
.....					
.....					
9. ท่านได้รับการช่วยเหลือให้ได้รับสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็น เช่น อาหาร เสื้อผ้าเวลาที่ท่านขาดแคลน					
10. มีผู้อำนวยการความสะดวกแก่ท่านในเรื่องพาหนะในการเดินทางมาพบแพทย์เมื่อท่านมีความต้องการ					

ส่วนที่ 7. แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อว่าตรงกับความคิดเห็นของท่านมากน้อยเพียงใด แล้วขีด

✓ ในช่องที่ท่านเห็นด้วยในกิจกรรมนั้น โดยไม่ต้องคำนึงถึงความผิดหรือถูก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุนามากที่สุด

เห็นด้วย หมายถึง เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุนามาก

ไม่เห็นด้วย หมายถึง ไม่ค่อยเห็นด้วยกับข้อความที่ระบุ

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง หมายถึง ไม่เห็นด้วยกับข้อความที่ระบุเลย

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
1. ครอบครัวของท่านไม่ชอบพฤติกรรมหลาย อย่างของท่าน				
2. ครอบครัวของท่านรู้สึกทุกข์ใจกับพฤติกรรม ของท่าน				
3. ครอบครัวของท่านแสดงให้ท่านรู้สึกว่าไม่ได้ ชื่นชมในสิ่งที่ท่านทำให้เลย				
.....				
.....				
15. ครอบครัวของท่านรู้สึกดีเมื่อเห็นท่านมี ความสุข				
16. คนในครอบครัวมองว่า ท่านเป็นคนไม่มีพิกัย กับใคร				

ภาคผนวก จ

**ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย**

ข้อมูลสำหรับกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ชื่อโครงการวิจัย การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

ชื่อผู้วิจัย นางนาถนภา วงษ์ศีล ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการ

สถานที่ติดต่อผู้วิจัย (ที่ทำงาน) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว

จังหวัดฉะเชิงเทรา (ที่บ้าน) 66/1885 ม.2 แขวงคูฝั่งเหนือ เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร 10530

โทรศัพท์มือถือ 084-664-0957 E-mail: nardnapa@hotmail.com.

1. ขอเรียนเชิญท่านเข้าร่วมในการวิจัย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการวิจัย มีความจำเป็นที่ท่านควรทำความเข้าใจว่างานวิจัยนี้ทำเพื่ออะไร หากท่านเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ท่านจะต้องทำอย่างไร รวมทั้งข้อดีและข้อเสียที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัย

2. โครงการวิจัยนี้ศึกษาเกี่ยวกับการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมเป็นอย่างไร

3. วัตถุประสงค์ของการวิจัย ได้แก่

3.1 เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้

สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเอง การปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในอิสลาม พฤติกรรมการใช้ยา กิจวัตรสุขภาพครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ที่สามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

3.2 เพื่อศึกษาลำดับความสำคัญของตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

4. รายละเอียดของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย คือผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ด้วย ICD 10 และมารับบริการในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิตที่ให้บริการจิตเวชผู้ใหญ่เขตภาคกลางและภาคใต้ กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยจำนวน 220 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิมกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำกลุ่มละ 110 คน คัดเลือกโรงพยาบาลแบบเฉพาะเจาะจง โดยเลือกโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลศรีธัญญา สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา และโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดแบบเจาะจง โดยคิดตามสัดส่วนจำนวนประชากรของแต่ละโรงพยาบาล คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด โดยใช้แบบ

ประเมินอาการทางจิตฉบับย่อที่มีคะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน เพื่อยืนยันว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาวะที่สามารถตอบแบบสัมภาษณ์ได้ และเก็บข้อมูลผู้ป่วยทุกรายที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนดและยินดีเข้าร่วมการวิจัยจนครบ 220 คน

5. กระบวนการการวิจัยที่กระทำต่อกลุ่มประชากรหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย เรื่องการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม ผู้วิจัยจะสัมภาษณ์ท่านโดยใช้แบบสอบถาม 7 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดพฤติกรรม การดูแลตนเอง ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติศาสนกิจตามหลักปฏิบัติในศาสนาอิสลาม ส่วนที่ 4 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา ส่วนที่ 5 แบบวัดกิจวัตรสุขภาพครอบครัว ส่วนที่ 6 แบบสัมภาษณ์การสนับสนุนทางสังคม ส่วนที่ 7 แบบวัดการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัว ผู้วิจัยคาดว่าจะไม่มีความเสี่ยงใดๆ เกิดขึ้นกับท่าน การนำเสนอจะนำเสนอเฉพาะเชิงวิชาการ และจะไม่ทำความเสียหายต่อท่านและบุคคลที่เกี่ยวข้อง ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

6. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัย คือ เป็นแนวทางสำหรับพยาบาลจิตเวช ในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

7. ประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับท่านในการวิจัยครั้งนี้ คือ

7.1 ท่านได้รับการประเมินอาการทางจิตด้วยแบบประเมินอาการทางจิตฉบับย่อ หากผลประเมินผิดปกติ จะส่งต่อข้อมูลเพื่อแจ้งแพทย์ผู้รักษาท่าน

8. ในกรณีระหว่างสัมภาษณ์ผู้ป่วยมีภาวะปัญหาทางจิตกำเริบมีแนวทางในการช่วยเหลือ

8.1 ยุติการสัมภาษณ์โดยทันที

8.2 ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นก่อน

8.3 ส่งต่อทั้งข้อมูลและผู้ป่วยให้กับพยาบาลประจำหน่วยงานนั้นรับทราบ

8.4 แจ้งให้แพทย์เจ้าของไข้รับทราบถึงอาการ หรือมีภาวะปัญหาทางจิตกำเริบ

9. หากท่านมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลา ได้ที่เบอร์โทร 084-6640957

10. ในการขอข้อมูลกลุ่มตัวอย่างจากเวชระเบียน ผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการศึกษา

11. ท่านมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย และสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา การกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใด ๆ ต่อท่าน

12. ในการวิจัยครั้งนี้มีของที่ระลึกเป็น ปากกาและสมุด ให้แก่ท่าน

ใบยินยอมของกลุ่มประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ทำที่

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วม โครงการวิจัย
ชื่อการวิจัย การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม
ชื่อผู้วิจัย นางนาถนภา วงษ์ศีล

ที่อยู่ติดต่อ 66/1885 ม.2 แขวงคูฝั่งเหนือ เขตหนองจอก กรุงเทพมหานคร

โทรศัพท์ 084-6640957

ข้าพเจ้า ได้รับทราบรายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียด
ขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้น
จากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และได้รับ
คำอธิบายจากผู้วิจัย จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว

ข้าพเจ้าจึงสมัครใจเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการ
วิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอมตอบคำถาม ตามแบบสอบถามจำนวน 7 ส่วน ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์
ประมาณ 40 นาที และได้ทราบถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้แล้ว

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล
ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆ ต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติตามข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ โดยจะ
นำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัว

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

ลงชื่อ.....

(.....)

(.....)

ผู้วิจัยหลัก/ผู้ช่วยวิจัย

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

พยาน

ภาคผนวก ฉ
ผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ที่ สธ ๐๘๐๗.๒๒/ ๑๘/๖๕๕๕

โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต
ถนนติวานนท์ จังหวัดนนทบุรี ๑๑๐๐๐คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
เอกสารรับรองโครงการวิจัย (ครั้งแรก)

ชื่อโครงการ : การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

รหัสโครงการ : Q 08/2555

หัวหน้าโครงการ / หน่วยงานที่สังกัด : นางนาถนภา วงศ์ศิลป์ / คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สถานที่ทำวิจัย : โรงพยาบาลศรีธัญญา

เอกสารที่รับรอง :

1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
2. โครงร่างการวิจัย Version ๒ (วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๕)
3. แบบสอบถาม Version ๒ (วันที่ ๑๗ มิถุนายน ๒๕๕๕)

วันที่รับรอง : วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕

วันหมดอายุ : วันที่ ๑ กรกฎาคม ๒๕๕๖

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลศรีธัญญา ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคน 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 ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕

ลงนาม
(นายศักดิ์ดา กาญจนาวโรจน์กุล)

ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา

วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๕



เอกสารรับรองโครงการวิจัย
โดย
คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

โครงการวิจัยเรื่อง : การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

ผู้ดำเนินการวิจัยโดย : นางนาถนภา วงษ์ศีล

สถานที่ดำเนินการวิจัย : สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

ระยะเวลาดำเนินการ : พฤษภาคม ๒๕๕๕ – สิงหาคม ๒๕๕๕

เอกสารที่อนุมัติ ๑. โครงการวิจัย
๒. หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัคร
๓. เอกสารแนะนำการเข้าร่วมการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ได้พิจารณาโครงการแล้ว
คณะกรรมการฯ พิจารณานุมัติในแง่จริยธรรมให้ดำเนินการศึกษาวิจัยเรื่องดังกล่าวได้ จึงเห็นสมควรให้ดำเนินการ
วิจัยเรื่องดังกล่าวข้างต้นได้

๔ ๖

(นายสินเงิน สุขสมปอง)
ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา



เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการทำวิจัยในมนุษย์

เลขที่ ๑/๒๕๕๕

คณะกรรมการวิจัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย โรงพยาบาลสวนสราญรมย์

ขอให้การรับรองว่า

ชื่องานวิจัย : การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม

ผู้วิจัยหลัก : นางนาถนภา วงศ์ศิลป์

หน่วยงาน : คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


เอกสารที่เกี่ยวข้อง :


1. โครงร่างงานวิจัย
2. ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
3. ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์
4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย


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

วันที่ยื่นพิจารณา : 1 มิถุนายน 2555 เลขที่งานวิจัยที่ยื่นพิจารณา : 12/2555

วันที่ได้รับการรับรอง : 2 กรกฎาคม 2555

ลงนาม  ประธานคณะกรรมการวิจัย
(นายแพทย์อิติพันธ์ ธาณรัตน์)

ลงนาม  ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
(นายอัครพงศ์ ถนิมพาสณ์)

ลงนาม  ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลสวนสราญรมย์
(นายแพทย์พงศ์เกษม ไข่มุกด์)

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางนาถนภา วงษ์ศีล เกิดวันที่ 7 กันยายน พ.ศ. 2522 ที่จังหวัดจันทบุรี สำเร็จการศึกษาพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากมหาวิทยาลัยบูรพา จังหวัดชลบุรี เกียรตินิยมอันดับ 2 ปี พ.ศ. 2545 ได้เข้ารับการศึกษาระดับปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2553 ปัจจุบันรับราชการในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ อำเภอบางน้ำเปรี้ยว จังหวัดฉะเชิงเทรา