

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์ตัวแปรที่คัดเลือกการเป็นสมาชิกกลุ่ม ของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ และจัดลำดับความสำคัญของตัวแปรที่สามารถจำแนก กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา
โรงพยาบาลศรีธัญญา โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลสวนปรุงและโรงพยาบาล
พระศรีมหาโพธิ์ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
จำนวนทั้งหมด 220 คน แบ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำจำนวนกลุ่มละ 110 คน
โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (Cluster Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์ที่ปรับปรุงมาจาก แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 7 ด้านคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 37 ข้อ และแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยการรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 19 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎี เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเวชของบุคลากรทีมสุขภาพจิต นำมาเป็นแนวทางในการสร้างเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้

แบบสัมภาษณ์มี 6 ส่วนคือ ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา แบบวัดความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และแบบวัดการแสดงอารมณ์ของครอบครัว หลังจากสร้างเครื่องมือเสร็จแล้วนำไปตรวจสอบ

ความตรงตามเนื้อหา โดยขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิในสาขาต่างจำนวน 10 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดสอบกับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งฉบับ .79 ซึ่งเป็นค่าความเที่ยงที่อยู่ในระดับต่ำ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มประชากรจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง ได้ค่าความเที่ยงของแบบสัมภาษณ์ดังนี้ แบบวัดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง .82 แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ .58 แบบวัดพฤติกรรมการใช้ยา .75 แบบวัดความสัมพันธ์ภายในครอบครัว .62 แบบวัดการแสดงอารมณ์ของครอบครัว .75 ความเที่ยงของเครื่องมือทั้งฉบับ .89

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกับผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 ท่าน ใช้เวลาเก็บข้อมูล 6 สัปดาห์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS ในการคำนวณหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์จำแนกเพื่อหาตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วย จิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำออกจากกันได้ โดยใช้ค่า Wilk' s Lambda และ Eigenvalue เป็นค่าเปรียบเทียบอำนาจจำแนก

สรุปผลการวิจัย

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ไม่มีคุณสมบัติมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 81.0 ส่วนด้านระดับการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการศึกษาในระดับการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุดร้อยละ 30.6 และเมื่อพิจารณาแยกแต่ละกลุ่มพบว่า กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย / ประกาศนียบัตร มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.7 และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีการศึกษาในระดับการศึกษามัธยมศึกษามากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 32.6

2. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำทุกตัวแปรย่อย และตัวแปรย่อยด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี

ส่วนด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง

สำหรับในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำพบว่า คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรย่อยส่วนมากอยู่ในระดับปานกลาง ดังนี้ ตัวแปรย่อยด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง และการดูแลตนเองด้านร่างกาย มีคะแนนเฉลี่ยในระดับดี ส่วนตัวแปรย่อยด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา มีคะแนนเฉลี่ยในระดับปานกลาง

3. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพทุกตัวแปรอยู่ในระดับดี และมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำทุกตัวแปรเช่นกัน สำหรับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ในตัวแปรด้านการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ อยู่ในระดับสูง ส่วนความเชื่อด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ มีความเชื่ออยู่ในระดับปานกลาง

4. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านพฤติกรรมการใช้ยา พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการปฏิบัติในระดับดี ($\bar{X} = 4.25$) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีการปฏิบัติในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.93$)

5. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.13$) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$)

6. คะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างด้านการแสดงอารมณ์ของครอบครัว พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการแสดงอารมณ์ในครอบครัวต่ำ ($\bar{X} = 4.57$) ซึ่งเป็นด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ในครอบครัวบ้างเล็กน้อย ($\bar{X} = 4.02$)

7. ผลการวิเคราะห์สัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนกตามวิธีตรง พบว่าตัวแปรจำแนกที่นำมาศึกษาทุกตัวแปร สามารถทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่มได้อย่างถูกต้องร้อยละ 78.6

8. ผลการวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยของตัวแปรจำแนก ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าตัวแปรจำแนกด้านสถานภาพสมรส การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การดูแลตนเองด้านร่างกาย การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติ

เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ พฤติกรรมการใช้ยา ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว และการแสดงอารมณ์ของครอบครัว มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนตัวแปรจำแนกด้านระดับการศึกษา การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม

9. จากการวิเคราะห์แบบขั้นตอน พบว่าตัวแปรที่มีอำนาจจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ มี 5 ตัวแปรได้แก่ การเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส (โสด ม่าย หย่า ร้าง) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ตามลำดับ

10. จากผลการวิเคราะห์ ได้สมการจำแนกประเภท 1 สมการที่มีอำนาจในการทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่มได้ในระดับปานกลางโดยดูได้จากค่า Wilks' Lambda (.649) และค่า Eigenvalue (.542) และพบว่าสมการจำแนกประเภทที่ได้ สามารถทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่มได้ถูกต้องตามสภาพความเป็นจริงที่กลุ่มเลือกร้อยละ 76.8 โดยทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่มของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำได้ร้อยละ 79.1 และทำนายการเป็นสมาชิกกลุ่มของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำได้ร้อยละ 74.5

จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่าครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ ร่วมกับมี / ไม่อยู่กับคู่สมรส และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำไม่รับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

อภิปรายผลการวิจัย

ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำออกจากกันได้มี 4 ตัวแปรตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส (โสด ม่าย หย่า ร้าง) การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ดังรายละเอียดดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากการวิเคราะห์พบว่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มของค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองด้านร่างกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่มีความแตกต่างกัน

1. การเตรียมการเผชิญปัญหา

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มได้เป็นอันดับแรก โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกเท่ากับ .561 ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ร่วมกับมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากผลการวิเคราะห์ แสดงว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นการอธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้ดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการค้นหาอาการนำของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการรับรู้ถึงปฏิกิริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และสามารถหาวิธีจัดการกับความทุกข์ทรมานนั้น โดยการค้นหาวิธีที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานด้วยการรักษาทางจิตเวช เพื่อไม่ให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก (Baker, 1995) กล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสป่วยซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีการเตรียมการเผชิญปัญหา

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นความพยายามของบุคคลในการการกระทำและคิดที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งความพยายามนี้ต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มากกว่าปกติ ซึ่งแหล่งประโยชน์เหล่านี้ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อถือในทางที่ดีและความหวัง ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะด้านสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 111) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมสามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ แสดงถึงลักษณะที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ คือผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาสามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ เป็นไปตามสมมติฐานของการวิจัยครั้งนี้

2. การพัฒนาการรู้จักตนเอง

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ จากผลการวิเคราะห์ด้วยวิธีตรงพบว่า มีสัมประสิทธิ์การจำแนกประเภทเท่ากับ .128 เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีแบบขั้นตอนพบว่า มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อนำมาหาคะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นทักษะการดูแลตนเองด้านจิตใจอย่างหนึ่ง เพื่อพัฒนาและคงไว้ซึ่งความตระหนักในตนเอง (Hill and Smith, 1990: 136) การพัฒนาการรู้จักตนเองช่วยให้บุคคลตระหนักถึงความเครียดที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ ทำให้สามารถควบคุมความเครียดให้อยู่ในภาวะปกติได้ ตลอดจนสามารถทำงานและติดต่อกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการค้นหาอาการนำของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่าผู้ป่วย จิตเภทที่สามารถรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง โดยรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ และพยายามค้นหาวิธีลดความทุกข์นั้นๆ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และยังพบอีกว่ามีผู้ป่วยจิตเภทหลายคนสามารถระบุอาการนำของการป่วยซ้ำได้ แต่มีผู้ป่วยจำนวนไม่มากนักที่รู้ว่าตนเองต้องการความรู้หรือความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง (Baker, 1995)

จากการศึกษาครั้งนี้อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มตระหนักถึงอาการป่วยของตนเองน้อย และไม่พยายามค้นหาความช่วยเหลือเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และจากการวิจัยครั้งนี้พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาการรู้จักตนเอง ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

3. การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.73$) ส่วนในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.20$) เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีตรง พบว่ามีสัมประสิทธิ์ของตัวแปรจำแนกเท่ากับ -0.081 ซึ่งเป็นค่าสัมประสิทธิ์ในการจำแนกประเภทที่ต่ำ ไม่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการทางสังคมอย่างหนึ่งที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน มีทั้งการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารทางลบ (Hill and Smith, 1990: 140) จากลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่นดังกล่าวมาแล้ว ทำให้มีความบกพร่องในการติดต่อสื่อสารได้ จากผลการวิจัยอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำมีการติดต่อสื่อสารไม่เหมาะสม และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้งสองกลุ่มได้

4. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.83$) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.88$) จากการวิเคราะห์ด้วยวิธีตรง พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรจำแนกเท่ากับ .221 เป็นค่าสัมประสิทธิ์ในการจำแนกที่อยู่ในระดับต่ำ ไม่สามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม เป็นปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านความรัก ความช่วยเหลือด้านการทำงาน สิ่งของ แรงงาน ด้านข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับข้อแนะนำที่จะนำไปใช้ในการแก้ปัญหา และด้านการประเมินค่า (House, 1981 อ้างในเสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวทิจ, 2539) ในผู้ป่วยจิตเภทการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเอง (เสาวลักษณ์ พิพัฒนาเวทิจ, 2539) แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องอาศัยระบบสนับสนุนทางสังคม มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ความรู้สึก การยอมรับตลอดจนสนับสนุนให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรม สุขภาพอย่างเหมาะสม แต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องของการติดต่อสื่อสาร ทำให้มีการแสดงความรู้สึกและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้

จากผลการวิจัยครั้งนี้สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำได้รับการสนับสนุนจากสังคมรอบข้างน้อย และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

5. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

จากผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.23$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยใน ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.84$) เช่นเดียวกัน เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีตรง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรจำแนกเท่ากับ -.168

การนับถือศาสนาเป็นความคิด ความเชื่อและเป็นจิตวิญญาณของบุคคลที่จะนับถือสิ่งที่ตนและสิ่งแวดล้อมที่ตนอาศัยอยู่มีความเคารพ ศรัทธา เป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นตัวแปรย่อยของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ที่แสดงถึงการมีการพัฒนาจิตใจทำให้มีความสงบ สามารถคิดแก้ไขปัญหาได้ด้วยการใช้สติ เป็นการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่น ในผู้ป่วยจิตเภทการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็น

การรู้จักปล่อยวาง ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และตระหนักถึงสภาพความเป็นจริงพร้อมที่จะแก้ไขปัญหา (จิตนา ยูนิพันธ์, 2534)

อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาในระดับต่ำ และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ไม่สามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มได้อย่างชัดเจน เป็นตัวแปรที่จำแนกผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำไม่ได้

6. การดูแลตนเองด้านร่างกาย

จากผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.15$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยกลุ่มที่ป่วยซ้ำ ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.61$) เช่นกัน เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีตรง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรจำแนกเท่ากับ .159 เป็นค่าสัมประสิทธิ์ในการจำแนกต่ำ ไม่สามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน

พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกาย ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรค หรือความพิการตลอดชีวิต (Hill and Smith, 1990: 394) การดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจและการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ตามสภาพที่เป็นจริงและเป็นการกระทำที่ตั้งใจ (Orem, 2001: 43) การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น ในการพัฒนาความสามารถเกี่ยวกับการทำหน้าที่ของบุคคล ในผู้ป่วยจิตเภทการดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นการดูแลตนเองเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงสามารถป้องกันอาการป่วยซ้ำได้

อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลตนเองด้านร่างกายไม่เหมาะสม และตัวแปรดังกล่าวไม่สามารถจำแนกกลุ่มได้

7. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นตัวแปรย่อยของพฤติกรรมการดูแลตนเองที่มีคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง และไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ย เมื่อนำมาวิเคราะห์ตามวิธีตรง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกเท่ากับ -.358

การวางแผนการใช้เวลา เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสนใจดูแลตนเองมากขึ้น นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน (Hill and Smith, 1990: 143) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง ที่พบว่ากลุ่มประชากรที่มีสุขภาพจิตปกติ มีค่าเฉลี่ยด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพสูงกว่าประชากรที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิต (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำใช้เวลาอย่างไม่เหมาะสม และพฤติกรรมดูแลตนเองด้านการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน ตัวแปรดังกล่าวไม่สามารถจำแนกกลุ่มได้

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน การเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองเพียงด้านเดียวที่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ และเป็นตัวแปรที่มีน้ำหนักการจำแนกมากเป็นอันดับแรก เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนพฤติกรรมดูแลตนเองด้าน การพัฒนาการรู้จัดตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การดูแลตนเองด้านร่างกาย การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม และการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้ อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้เหมาะสมกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ

พฤติกรรมการใช้ยา

พฤติกรรมการใช้ยา เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มได้เป็นอันดับที่ 2 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกเท่ากับ .552 และในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.5$) สูงกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ร่วมกับมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์อภิปรายได้ว่า พฤติกรรมการใช้ยา เป็นตัวแปรที่อธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำสามารถสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ สอดคล้องกับ Johnstone and Geddes (1994) ที่กล่าวว่า การรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี สอดคล้องกับ Horwathand and Cournos (1999) ที่พบว่า การรักษาด้วยยาเป็นการควบคุมอาการของโรควิธีเดียว ที่สามารถทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น และสอดคล้องกับ Sadock and Sadock (2000) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60 สามารถอยู่ในชุมชนได้หลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว

ผลการศึกษานี้พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาเป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้และมีน้ำหนักในการจำแนกมากเป็นอันดับที่ 2 โดยอธิบายได้ว่า

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีลักษณะของพฤติกรรมการใช้ยาดี คือมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนสามารถสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคล

ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรสมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษาไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่ม และไม่สามารถจำแนกกลุ่มได้ ดังรายละเอียด

1. สถานภาพสมรส

สถานภาพสมรส เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มเป็นอันดับที่ 3 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกเท่ากับ .300 ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่าไม่มีคู่สมรสมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 88.2 ร่วมกับมีค่าความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการวิเคราะห์อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ไม่มีคู่ / ไม่อยู่กับคู่สมรส เป็นส่วนใหญ่ ไม่สอดคล้องกับการพยากรณ์โรคที่กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายที่แต่งงานแล้วมีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่ได้แต่งงาน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 318)

ผลการศึกษาค้นพบว่า สถานภาพสมรสเป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ไม่มี / ไม่อยู่กับคู่สมรส มากที่สุด อภิปรายได้ว่า การมีคู่สมรสไม่ได้แสดงถึงการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ ตรงข้ามกับการไม่มีคู่สมรสกลับทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความตระหนักถึงการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดีกว่า อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่แต่งงานมีครอบครัวมีหน้าที่รับผิดชอบมากขึ้น ทำให้มีความเครียดซึ่งส่งผลต่อการป่วยซ้ำได้ ร่วมกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มี / ไม่อยู่กับคู่สมรส แต่อยู่กับครอบครัวที่มีการทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาและใช้แหล่งประโยชน์ภายนอกครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพิ่มขึ้น ใช้ประโยชน์จากเครือข่ายทางสังคม และแหล่งประโยชน์ในระบบสังคม เช่น ระบบสวัสดิการ การสังคมสงเคราะห์ และระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการอย่างหนึ่งของสมาชิกในครอบครัว (Friedman, 1986 อ้างในรุจา ภูโพบูลย์, 2541: 57) และผู้ป่วยส่วนมากเริ่มมีอาการตั้งแต่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 368; Sadock and Sadock, 2000: 1197) ดังนั้นลักษณะของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ นับเป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการป่วยซ้ำ และจากการที่เริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อยอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้แต่งงาน

ในการวิจัยครั้งนี้พบว่าสถานภาพสมรส สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน โดยผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำเป็นผู้ที่ ไม่มี / ไม่อยู่กับคู่สมรส เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2. ระดับการศึกษา

จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีการศึกษาในระดับการศึกษาภาคบังคับเป็นมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 30.6 ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับ มัธยมศึกษาตอนปลาย / ประกาศนียบัตรวิชาชีพ คิดเป็นร้อยละ 32.7 และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีการศึกษาระดับการศึกษาภาคบังคับมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.6 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง สภาพของผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีการศึกษาในระดับการศึกษาภาคบังคับร้อยละ 48.8 (ภัทรา ธิรลาภ, 2530) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมีการศึกษาในระดับการศึกษาภาคบังคับร้อยละ 48.0 (สุธีรา สุนทรระกุล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532)

จากผลการศึกษานี้ ระดับการศึกษาเป็นตัวแปรที่ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยด้านครอบครัว

จากผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยด้านการแสดงอารมณ์ของครอบครัวมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ ส่วนปัจจัยด้านความสัมพันธ์ภายในครอบครัว มีความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกัน แต่ไม่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ สามารถอภิปรายได้ดังนี้

1. การแสดงอารมณ์ของครอบครัว

การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มเป็นลำดับที่ 4 โดยมีสัมประสิทธิ์การจำแนกเท่ากับ .297 มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำ เป็นการอธิบายถึงลักษณะที่สำคัญอย่างหนึ่งของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ ที่ทำให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานโดยไม่มีอาการป่วยซ้ำ แตกต่างจาก

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ที่ครอบครัวมีการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยสูงกว่า สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติมีความรู้สึกรังเกียจน้อย สามารถอยู่บ้านได้นาน 7 - 24 เดือน มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ญาติมีความรู้สึกรังเกียจน้อยมากถึง 3 เท่า และผู้ป่วยจิตเภทที่มีญาติมีความรู้สึกรังเกียจน้อยสามารถอยู่บ้านได้นาน 24 เดือนขึ้นไป มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ญาติมีความรู้สึกรังเกียจน้อยมากถึง 2 เท่า (สุธีรา ฮุนตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์, 2532) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ลักษณะของผู้ป่วยและการแสดงอารมณ์เป็นปัจจัยเสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่พบว่า การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ครอบครัวมีการแสดงอารมณ์สูง มีความเสี่ยงในการป่วยซ้ำสูง เป็น 5 เท่าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ครอบครัวมีการแสดงอารมณ์ต่ำ และการแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวทำนายที่สำคัญต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการครั้งแรก (Linszen, et al., 1997) และสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การแสดงอารมณ์และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่พบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง ร่วมกับความผูกพันทางอารมณ์สูงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 75 ส่วนผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 67 นอกจากนี้ยังพบว่าบิดาที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง และมารดาที่มีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ (King and Dixon, 1999) และจากการศึกษาครั้งนี้พบว่าการแสดงอารมณ์ของครอบครัวเป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2. ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว

จากผลการวิจัยพบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.10$) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.32$) เมื่อนำมาการวิเคราะห์ด้วยวิธีตรง พบว่า มีค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรจำแนกเท่ากับ .201 อธิบายได้ว่าในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวดี แต่ตัวแปรดังกล่าวไม่สามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน เนื่องจากมีค่าสัมประสิทธิ์ในการจำแนกต่ำ

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว การตอบสนองที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ การตอบสนองด้านความรัก ความเอาใจใส่ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตใจ แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น เอาใจใส่ เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีสุขภาพดี บุคลิกภาพมั่นคง (Friedman, 1986 อ้างในรุจา ภูไพพุลย์, 2541: 53) สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ของครอบครัวกับการรักษาซ้ำของผู้ป่วย

จิตเภทผู้ใหญ่ ที่พบว่าในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่มีความสัมพันธ์กันเล็กน้อยร้อยละ 48.9 มีความสัมพันธ์กันปานกลางร้อยละ 42.2 และมีความสัมพันธ์กันมากที่สุดร้อยละ 1.1 (ดวงตา อุทุมพร, 2533) จากการศึกษา ดังกล่าวแสดงว่าผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ที่กลับมา รักษาในโรงพยาบาลซ้ำ มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวอยู่ในระดับน้อยและปานกลางเป็นส่วนใหญ่

ผลการวิเคราะห์พบว่า ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ก็ตาม ไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการวิเคราะห์พบว่า ตัวแปรด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ และด้านการรับรู้อุปสรรคของการป่วยซ้ำ มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ และการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ ไม่มีความแตกต่างกัน แต่การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำสามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มออกจากกันได้ เนื่องจากเมื่อตัดผลกระทบของตัวแปรตัวอื่นๆออกไปแล้ว ทำให้ตัวแปรดังกล่าวมีอำนาจในการจำแนกมากขึ้น จนสามารถจำแนกกลุ่มได้ สามารถอธิบายได้ดังนี้

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้าน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นตัวแปรที่มีอำนาจในการจำแนกกลุ่มเป็นลำดับสุดท้าย โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การจำแนกเท่ากับ $-.280$ ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ย และในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.55$) ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.27$)

จากผลการวิเคราะห์ที่อธิบายได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สามารถป้องกันการมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง และจากผลการวิเคราะห์ดังกล่าวเป็นการอธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วย จิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ คือผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มนี้ไม่มีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นเป็นความคาดหวังจากการปฏิบัติของบุคคลที่เป็นความเชื่อ มากกว่าความเป็นจริง (Walsh and Bernard, 1998: 103) และการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพตามความคาดหวัง เกิดจากการที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเอง ในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็น (Walsh and

Bernard, 1998: 103) ดังนั้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ ไม่มีความคาดหวังต่อการป้องกันการมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกตามความเป็นจริง รวมทั้งไม่เชื่อในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำอีกด้วย

และผลการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ย แต่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มออกจากกันได้ อธิบายได้ว่า ในระหว่างการวิเคราะห์เมื่อตัดผลกระทบของตัวแปรอื่นๆออกไปหมดแล้ว ทำให้ตัวแปรด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ มีอำนาจในการจำแนกมากขึ้น จนกระทั่งสามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

2. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

จากผลการวิจัยพบว่า การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.01$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยในกลุ่มผู้ป่วย จิตเภทที่ป่วยซ้ำซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.54$) เช่นเดียวกัน เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีตรง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรจำแนกเท่ากับ -0.048 อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำมีการรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำน้อย และตัวแปรจำแนกด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ไม่สามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เป็นการอธิบายถึงความคิดความเชื่อของบุคคลต่อโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพ มีอิทธิพลต่อการรับรู้ที่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจหรือความตระหนักถึงภาวะคุกคามต่อการเกิดโรค (Walsh and Bernhard, 1998: 102) ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ซึ่งมีผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวยุคและการประกอบอาชีพของผู้ป่วย การที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำได้ นับเป็นความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในการป้องกันการป่วยซ้ำ เพื่อสามารถอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข และจากการศึกษาเกี่ยวกับ การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความกลัวต่อการป่วยซ้ำ เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นพบหนทางที่จะหลีกเลี่ยงความเสี่ยง ต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Baker, 1995) การรับรู้ความเสี่ยงเป็นภาวะคุกคามอย่างหนึ่ง ที่ เป็นความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับความเปราะบางของสุขภาพ หรือความสามารถในการยอมรับความเจ็บป่วยของตนเอง (Walsh and Bernhard, 1998: 102-103)

จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำไม่สามารถอธิบายถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ ถึงแม้ว่าจะมีความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ยก็ตาม แตกต่างจากแนวคิดของ Videbeck (2001) ที่กล่าวว่า การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทสามารถทำได้โดย แนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงปัจจัยที่เสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ

3. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

จากผลการวิจัยพบว่า ในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 4.19$) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ ($\bar{X} = 3.56$) ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับดีเช่นเดียวกัน เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีตรง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรจำแนกเท่ากับ .179 อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีการรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ แต่ตัวแปรจำแนกดังกล่าวมีค่าสัมประสิทธิ์ในการจำแนกต่ำ ไม่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน

การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นการรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆ ที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริงที่ขัดขวางการปฏิบัติ การดูแลตนเอง ที่ถูกต้อง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม (Maiman and Baker, 1974: 19-20) ซึ่งการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำเป็นผลลัพธ์ของความคาดหวังของบุคคลในการปฏิบัติที่เป็นความเชื่อ มากกว่าความเป็นจริง (Walsh and Bernard, 1998: 103) ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท ถึงการกระทำที่ขัดขวางการดูแลตนเองในการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาโรจิต การไม่สามารถรับประทานยาตามแผนการรักษา การไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้เมื่อเริ่มมีอาการทางจิต และการไม่สามารถควบคุมการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัวได้

4. การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ มีคะแนนเฉลี่ยของการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดี ($\bar{X} = 3.55$) ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.38$) และไม่มี ความแตกต่างระหว่างกลุ่มของคะแนนเฉลี่ย เมื่อนำมาวิเคราะห์ด้วยวิธีตรง พบว่ามีค่าสัมประสิทธิ์ตัวแปรจำแนกตัวแปรเท่ากับ -.090 อธิบายได้

ว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการรับรู้ถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำ ตัวแปรดังกล่าวไม่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน ร่วมกับไม่สามารถนำมาจำแนกกลุ่มได้

การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ เป็นองค์ประกอบหนึ่งของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่เป็นการรับรู้ถึงระดับของความทุกข์ทรมาน จากการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก และเป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ ที่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจหรือความตระหนักต่อภาวะคุกคามที่บุคคลรับรู้จากความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเปราะบางของตนเองที่พัฒนามาจากความเจ็บป่วย (Walsh and Bernard, 1998: 102) ในผู้ป่วยจิตเภทเป็นความคิด ความเชื่อหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

จากผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา การแสดงอารมณ์ของครอบครัว สถานภาพสมรส และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ แสดงว่าตัวแปรดังกล่าวสามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำได้ เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยครั้งนี้

ส่วนพฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ และการดูแลตนเองด้านร่างกาย แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้าน การรับรู้ความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ร่วมกับปัจจัยด้านครอบครัวด้าน ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นตัวแปรที่ไม่สามารถจำแนกผู้ป่วยจิตเภททั้ง 2 กลุ่มได้ แสดงว่าตัวแปรเหล่านี้ไม่สามารถอธิบายลักษณะของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อย่างชัดเจน ไม่เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ ดังนี้

การให้การพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

โดยการวางแผนการสอนก่อนการจำหน่าย เริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยเตรียมผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องดังต่อไปนี้

1. จัดดำเนินกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเอง ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องในการป้องกันการป่วยซ้ำ

2. แนะนำให้ผู้ป่วยตระหนักและเข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีทักษะในการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

3. จัดดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มสมาชิก นำไปสู่การเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

4. ให้ความรู้แก่ครอบครัวเกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นทักษะในการสื่อสารภายในครอบครัวอย่างหนึ่ง และแสดงถึงการเผชิญปัญหาของครอบครัวที่อยู่กับผู้ป่วยจิตเภท รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

5. ในการพยาบาลผู้ป่วยที่อยู่กับคู่สมรส ควรเน้นการให้ความรู้แก่คู่สมรสในเรื่องปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ในด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม ร่วมกับพฤติกรรมและอารมณ์

สำหรับผู้ป่วยที่ไม่มีคู่สมรสหรือไม่อยู่กับคู่สมรส การให้การพยาบาลควรเน้นในด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา การตระหนักถึงการรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การให้การพยาบาลผู้ป่วยมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน

เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้นานยิ่งขึ้นและป่วยซ้ำลดลง การให้การพยาบาลควรคำนึงถึงปัจจัยดังต่อไปนี้

1. เน้นให้ผู้ป่วยรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการของตนเอง ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยสามารถระบุนอกอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ และสามารถหลีกเลี่ยงปัจจัยเหล่านั้นได้

2. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักบุคคลหรือองค์กร ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา

3. จัดดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท และกลุ่มสำหรับครอบครัว เพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสนับสนุนซึ่งกันและกันในระหว่างกลุ่มสมาชิก นำไปสู่การเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งกระตุ้นให้สมาชิกกลุ่มรับรู้ถึงประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. ปรับปรุงลักษณะการบริการพยาบาล ด้านการวางแผนก่อนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนกระทั่งจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยเน้นการให้การพยาบาลด้านการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ พฤติกรรมการใช้ยา ทักษะการเผชิญปัญหา และการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว

2. พัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ให้ครอบคลุมการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ พฤติกรรมการใช้ยา ทักษะการเผชิญปัญหา และการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว