

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท



นางสาววรรณ สอนศรี

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)

เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

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 University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2557

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELECTED FACTORS RELATED TO INSOMNIA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS

Miss Worawan Suansri



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 2014
Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท
โดย	นางสาววรรรณ สวนศรี
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้รับวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร.สุรพร ธนศิลป์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญพัทธ์ อุทิศ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
(อาจารย์ ดร.เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์)

.....กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
(อาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลลิขิต)

วรรณกรรม สนวนศรี : ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท (SELECTED FACTORS RELATED TO INSOMNIA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS) อ.ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์หลัก: อ. ดร.เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์, 174 หน้า.

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับและการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 165 คน คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท และแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย โดยเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .90, .71, .90, .96, .85, .76 และ .79 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สหสัมพันธ์ Eta และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว ผลการวิจัยพบว่า

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย=16.13, S.D.= 5.56)
2. อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .538, .561, .594 .209 และ .220 ตามลำดับ)
3. กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .378, .193$ และ $.269$ ตามลำดับ)
4. สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.349$)

สาขาวิชา การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ปีการศึกษา 2557

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก

5577313036 : MAJOR MENTAL HEALTH AND PSYCHIATRIC NURSING

KEYWORDS: INSOMNIA / SELECTED FACTORS RELATED / SCHIZOPHRENIC PATIENTS

WORAWAN SUANSRI: SELECTED FACTORS RELATED TO INSOMNIA OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS. ADVISOR: PENNAPA DANGDOMYOUTH, Ph.D., 174 pp.

The purpose of this research were to study the severity of insomnia of schizophrenic patients and relationships among selected factors including age, gender, depressive symptoms, cognitive, positive symptoms, negative symptoms, family relationship, type of anti-psychotic drugs, sleep hygiene practice, and insomnia of schizophrenic patients. The subjects composed of 165 schizophrenic patients with insomnia who were receiving service at the Out Patients Department of Lampang Hospitals, Vachiraphuket Hospitals, Chonburi Hospitals, and Nakhonpathom Hospitals. The research instruments consisted of the personal data record, Insomnia Severity Index, the sleep hygiene behavior, the family relationship questionnaire, the Calgary Depression Scale for Schizophrenia, the Thai Mini-Mental State Examination, the Thai Version of the Positive syndrome scale and the Thai Version of the Negative syndrome scale. All instruments were tested for content validity by professional experts. Reliability of instruments were reported by Cronbach's coefficient alpha as of .90, .71, .90, .96, .85, .76 and .79 respectively. Data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient, Eta, and One-way Analysis of Variance. The Major finding were as follows:

1. The severity of insomnia of schizophrenic patients were at the moderated level (mean = 16.13, S.D.= 5.56);
2. Age, gender, depressive symptoms, cognitive, and type of anti-psychotic drugs were significantly related to insomnia of schizophrenic patients at level of .05 (Eta = .538, .561, .594, .209, and .220 respectively);
3. Positive symptoms, negative symptoms and Sleep hygiene were positively correlated to insomnia of schizophrenic patients at level of .05 (r = .378, .193, and .269 respectively);
4. Family relationship were negatively correlated to insomnia of schizophrenic patients at level of .05 (r = -.349)

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

 Nursing Advisor's Signature

Academic Year: 2014

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความเมตตาเป็นอย่างยิ่งจากอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์อาจารย์ ดร.เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ ที่ชี้แนะแนวทางให้ข้อคิดเห็นในการค้นคว้า การแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆด้วยความเอาใจใส่ ตลอดจนการดูแลให้กำลังใจด้วยความห่วงใย ก่อให้เกิดพลังใจทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จได้เป็นอย่างดี ศิษย์รู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาที่อาจารย์มอบให้และขอกราบขอบพระคุณอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. เพ็ญพัทธ์ อูทิศ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และอาจารย์ ดร.ชูศักดิ์ ชัมภลิจิต กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รวมทั้งคณาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ในการให้คำแนะนำ ข้อคิดและข้อเสนอแนะ รวมทั้งให้กำลังใจในการทำวิทยานิพนธ์

ขอขอบพระคุณเจ้าของเครื่องมือทุกชุดที่ผู้ศึกษาได้นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ความกรุณาตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และโรงพยาบาลนครปฐม และเจ้าหน้าที่ทุกท่านที่กรุณาให้ความช่วยเหลือในการวิจัยครั้งนี้ รวมทั้งขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความสำคัญและให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลสำหรับวิจัยนี้

ขอขอบพระคุณ นายธานินทร์ พุทธจันทร์ หัวหน้าแผนกฉุกเฉิน รวมทั้งพี่ๆน้องๆและเพื่อนๆ แผนกฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระรามเก้าทุกคน ที่สนับสนุนช่วยเหลือ ให้เวลาทำให้มีโอกาสได้มาศึกษาเล่าเรียน และคอยให้กำลังใจด้วยดีเสมอมา ขอขอบคุณพี่ๆเพื่อนๆที่โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวงที่คอยห่วงใยและเป็นกำลังใจ ขอขอบคุณพี่ๆเพื่อนๆร่วมรุ่นทุกคน ที่คอยช่วยเหลือและเป็นกำลังใจที่ดี ที่ทำให้ผู้วิจัยได้รับมิตรภาพที่ดีงาม และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่คอยให้ความช่วยเหลือเป็นอย่างดีเสมอมา

ขอขอบคุณ นายปรัชญา สอาดบัว ผู้เป็นที่รักที่คอยให้คำแนะนำ ช่วยเหลือและคอยเป็นให้กำลังใจที่สำคัญด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณ คุณพ่อพรชัย สวนศรีและคุณแม่สุดดดา สวนศรี ผู้เป็นที่รักยิ่ง ที่ให้ความรัก ให้สติปัญญาและสิ่งดีงามแก่ผู้วิจัย รวมถึงครอบครัวสวนศรี ซึ่งเป็นกำลังใจที่สำคัญให้เกิดพลังมุ่งมั่น อดทนและฝ่าฟันอุปสรรคจนสำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

โดยคุณค่าและประโยชน์ที่มีอยู่ในวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบแด่บุพการี คณาจารย์ผู้ประสิทธิ์ประสาทวิชา ผู้มีพระคุณ และผู้ป่วยจิตเภททุกท่าน ขอให้มีความสุขกาย สุขภาพใจที่แข็งแรง สมบูรณ์ตลอดไป

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่ 1 บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
คำถามการวิจัย	8
วัตถุประสงค์การวิจัย	8
แนวเหตุผลและสมมติฐาน	8
ขอบเขตการวิจัย	14
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	15
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	18
บทที่ 2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท	20
2. ระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลศูนย์.....	30
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ.....	34
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	56
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	59
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	59
ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง.....	60
ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง.....	60

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การเก็บรวบรวมข้อมูล	75
การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง.....	77
การวิเคราะห์ข้อมูล	78
บทที่ 4 ผลการศึกษา.....	79
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ	103
สรุปผลการวิจัย.....	107
อภิปรายผลการวิจัย.....	109
ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้.....	118
รายการอ้างอิง	120
ภาคผนวก.....	136
ภาคผนวก ก รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ	137
ภาคผนวก ข เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ	139
ภาคผนวก ค เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย หนังสือยินยอมสมัครใจของผู้เข้าร่วม วิจัย	145
ภาคผนวก ง การคำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา.....	151
ภาคผนวก จ สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม	153
ภาคผนวก ฉ ตัวอย่างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	163
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	174

สารบัญตาราง

หน้า

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก จำแนกตามโรงพยาบาล.....	61
ตารางที่ 2 การปรับข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ	65
ตารางที่ 3 การปรับข้อความเดิมและข้อความใหม่ของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว	69
ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิต เภท จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการ เจ็บป่วย และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ (n=165).....	81
ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	84
ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของระดับของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	85
ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการนอนไม่หลับเมื่อแยกเป็นรายด้านของ อาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	86
ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิต เภท(n=165).....	87
ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการรู้จัก ของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	88
ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	89
ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	90
ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละ ของอาการทางบวก และทางลบของโรคจิตเภท.....	91
ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ ของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	92

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละ ของระดับของการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับของ ผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	93
ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	94
ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละ ของระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (n=165).....	96
ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที และค่านวณสหสัมพันธ์ Eta ของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ ภาวะซึมเศร้า และ ความสามารถในการรู้คิด	97
ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ การปฏิบัติตนด้าน สุขอนามัยการนอนหลับ สัมพันธภาพในครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วย จิตเภท.....	98
ตารางที่ 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวน และขนาดความสัมพันธ์ของอาการนอนไม่หลับของ ผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มอายุที่ต่างกัน	99
ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทรายคู่ตามกลุ่มอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe (n=165).....	100
ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวน ของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทระหว่าง ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับต่างกัน.....	101
ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทรายคู่ตามประเภท ของกลุ่มยาที่ได้รับ โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe (n=165).....	102

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 7 ต่อประชากร 1,000 ราย หรือประมาณ 24 ล้านคนทั่วโลก และพบมากเป็นอันดับ 1 ของโรคทางจิตเวชทั้งหมด (World Health Organization, 2013) ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาที่สำคัญทางด้านสาธารณสุขอย่างยิ่ง สำหรับประเทศไทยจากสถิติของกรมสุขภาพจิต พบความชุกของผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 6.1 และ 6.04 ต่อประชากร 1,000 ราย ในปี พ.ศ. 2554 และ 2555 ตามลำดับ จากจำนวนของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2555) เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มานaix หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากพยาธิสภาพของโรค สภาวะด้านจิตใจและสภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น การแสดงอาการหลงผิด อาการประสาทหลอน อารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์เฉยเมย อารมณ์ซึมเศร้า การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นลดลง หรือการถูกรบกวนจากสิ่งต่างๆ ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ไปขัดขวางทำให้ตารางเวลาของการนอนหลับ-การตื่นของผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงไปส่งผลกระทบต่อรูปแบบวงจรการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) พบว่าปัญหาของอาการนอนไม่หลับเป็นความแปรปรวนของการหลับ-ตื่นที่เกิดขึ้นมากที่สุดในผู้ป่วยจิตเภท (Raphael et al., 2012) และปัญหาของอาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติที่รบกวนผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก (Laura et al., 2011)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ Raphael et al. (2012) ในประเทศไนจีเรียพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความชุกของอาการนอนไม่หลับเป็นจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 20.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนมีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้าอนร้อยละ 21.2 การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยากร้อยละ 23.6 การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ร้อยละ 11.9 และมีการศึกษาพบว่า ความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทเกิดขึ้นในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (Ohayon, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงร้อยละ 68 และเพศชายร้อยละ 32 สำหรับในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท พบแต่เพียงการรายงานอาการนอนไม่หลับว่าพบร่วมกับปัญหาทางจิตเวช จากการศึกษาของปริยนันท์ สละสวัสดิ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูล อลักษณ์ (2553) พบว่าปัญหาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการเตือน (early warning

signs) ของการกลับป่วยซ้ำ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบมากเป็นอันดับ 1 (กรมสุขภาพจิต, 2550; โสธยา ศุภโรจน์, 2554) และจากการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่าอาการนอนไม่หลับ เป็นปัญหาด้านพฤติกรรมของอาการเตือนของการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เช่น อาการนอนไม่หลับหลายคืน การหลับช่วงหัวค่ำแล้วตื่นตี 2 ตี 3 เป็นประจำ การเดินไปเปิดๆปิดๆไฟ เดินไปมาในห้อง เป็นต้น และจากการศึกษานี้ได้รายงานปัญหาของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 66.7 (เปรียบเทียบ สละสวัสดิ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์, 2553) แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาอาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำที่พบได้บ่อยมาก

โดยทั่วไปวงจรการนอนหลับมี 2 ระยะคือ ระยะการนอนหลับชนิดไม่มีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว (non-rapid eye movement, NREM sleep) และการนอนหลับชนิดมีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว (rapid eye movement, REM sleep) ซึ่งระยะการนอนหลับชนิดไม่มีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็ว แบ่งออกเป็น NREM sleep ระยะที่ 1 ถึง 4 การนอนหลับในระยะ NREM sleep เกิดขึ้นประมาณร้อยละ 80 ถึง 85 ของระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมด วงจรการนอนหลับเริ่มต้นจาก NREM sleep ระยะที่ 1, 2 และหลับที่ลึกที่สุดในช่วง NREM sleep ระยะที่ 3 และ 4 รวมเรียกว่า slow wave sleep หรือ delta sleep จากนั้นจะเข้าสู่การนอนหลับในระยะ REM sleep ระยะต่างๆของการนอนหลับเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดคืน โดยปกติจะเกิดขึ้นเป็นวงจร 4 ถึง 5 วงจร และใช้เวลาวงจรละ 80 ถึง 100 นาที (Savard & Morin, 2001; สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) จากการศึกษาอาการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวทั้งระยะมีอาการและไม่มีอาการทางจิต พบว่าอาการนอนหลับโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทในระยะไม่มีอาการทางจิต สามารถพบวงจรการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งในระยะการนอนหลับชนิดไม่มีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็วและการนอนหลับชนิดมีการกลอกของลูกตาอย่างรวดเร็วเกิดขึ้นได้อย่างต่อเนื่องทำให้ผู้ป่วยสามารถนอนหลับสนิทตลอดคืน (Kathleen, 2006) ในการศึกษาที่ผ่านมาพบปัญหาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนและการตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (Kathleen, 2006; John, 2008) จากการศึกษาตัวแปรทางสรีรวิทยาขณะหลับ (Polysomnographic [PSG]) ของผู้ป่วยจิตเภทขณะผู้ป่วยมีอาการทางจิต (Acute psychotic) พบมีความผิดปกติของการนอนหลับในระยะ REM sleep สั้นลง ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมดลดลง (Total sleep times) และประสิทธิภาพของการนอนหลับลดลง (Sleep efficiency) (Monti and Monti, 2004; Kathleen, 2006; สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) แสดงให้เห็นว่าอาการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของอาการนอนหลับ

อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) หมายถึง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับตามการรับรู้ของบุคคล โดยมีอาการดังกล่าวต่อไปนี้อย่างน้อย

หนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ อาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) คือการใช้เวลาในการนอนจนกระทั่งหลับมากกว่า 30 นาที การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) คือภาวะเมื่อนอนหลับแล้วมีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ แล้วใช้เวลานานมากกว่า 15 นาทีในการเริ่มต้นการนอนใหม่อีกครั้ง การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (early morning awakening) คือ ภาวะที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมงโดยปราศจากการถูกปลุกและไม่สามารถนอนหลับต่อได้ ความผิดปกติของอาการนอนหลับนี้เป็นสาเหตุสำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน (distress) มีความรู้สึกไม่สดชื่นหลังตื่นนอน บกพร่องในการมีสัมพันธภาพทางสังคม และความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆลดลง (American Psychiatric Association, 2000; Glovinsky & Speilman, 2005)

อาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนของการนอนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมแอ่ง (Benca et al., 1992; Chouinard et al., 2004; John et al., 2005; Xiang et al., 2009) ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ มีอาการไม่สุขสบายต่างๆ อ่อนเพลีย ไม่สดชื่น บกพร่องทางความคิด ความจำ และกระบวนการเรียนรู้ลดลง ผลกระทบด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การขาดสมาธิ การขาดแรงจูงใจ มีอารมณ์แปรปรวน ขาดการปรับตัวในการทำงาน (Goder et al., 2004; Manoack et al., 2004) และทำให้เกิดความบกพร่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในระดับรุนแรง (Kenichi Kuriyama & Takuya Yoshiike, 2013) นอกจากนี้ปัญหาของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้เกิดความแปรปรวนของสภาวะร่างกายและจิตใจแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนลดลง ผู้ป่วยขาดความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้ (Xiang et al., 2009) ปัญหาอาการนอนไม่หลับเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภทเป็นความทุกข์ทรมาน (Distress) และเป็นสาเหตุของการกลับป่วยซ้ำ (ฐปณิต ศรีธรา และธนาณิลชัยโกวิทย์, 2543; Birchwood, et al., 2000; Tan & Ang, 2001 cited in John et al., 2005; Laura et al, 2011)

ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกนั้น เป็นผู้ที่ดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชน แม้จะได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง แต่เมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วมักไม่หายขาด ผู้ป่วยจะมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยบางรายเกิดความเบื่อหน่ายและท้อแท้ในการบำบัดการรักษา การขาดยาหรือหยุดยาเอง รวมถึงความยากลำบากในการเดินทางมาขอรับบริการ ส่งผลให้มีอาการทางจิตกำเริบเป็นช่วงๆ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544) โดยเฉพาะการเกิดอาการทางจิต (Psychotic Symptom) เช่น อาการหลงผิด หูแว่ว วุ่นวาย ก้าวร้าวหรือพูดแล้วคนอื่นฟังไม่เข้าใจ จนทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้ไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในเป็น

ระยะๆ โดยพบอัตราของการกลับป่วยซ้ำนี้สูงถึงร้อยละ 27.3 (Millier et al., 2011) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทจึงมีแนวโน้มของการเกิดอาการนอนไม่หลับอันเป็นผลของอาการทางจิตกำเริบได้สูง จึงทำให้อาการนอนไม่หลับกลายเป็นปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ตามแนวคิดของ Glovinsky & Speilman (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับอธิบายได้ว่า อาการนอนไม่หลับเป็นผลของปัจจัยต่างๆรวมกัน 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยโน้มนำ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นลักษณะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ และลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด ลักษณะนิสัยการทำงานในเวลากลางคืนจนติดคืนเป็นประจำ (night owls) ลักษณะนิสัยการตื่นนอนแต่เช้าตรู่เป็นประจำ (morning larks) และความวิตกกังวล เป็นต้น ปัจจัยกระตุ้นเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับชนิดเกิดขึ้นเร็ว ได้แก่ โรคที่เป็นอยู่ สัมพันธภาพในครอบครัวแบบขัดแย้ง ชนิดของยาที่ได้รับ ความเจ็บปวด การสูญเสียบุคคลที่รัก และความสับสนจากการเกษียณอายุการทำงาน เป็นต้น และปัจจัยคงอยู่ เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ และความเชื่อเกี่ยวกับการนอนหลับ เป็นต้น สำหรับการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยคัดสรรจากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศ ที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท อีกทั้งเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง

ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรู้คิด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

อายุ พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ (Xiang et al., 2009) ความผิดปกติของอาการนอนไม่หลับมีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกัน (Laura et al., 2011) เมื่ออายุมากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมองและกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกายเสื่อมลง ทำให้เมื่ออายุเข้าสู่วัยกลางคนและวัยสูงอายุส่งผลกระทบต่อรูปแบบการนอนเป็นแบบหลับตื่น นอนหลับไม่ต่อเนื่อง และเจ็บหลับในเวลากลางวันมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

เพศ ในการศึกษาที่ผ่านมาพบอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (Xiang et al., 2009) และจากการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงมากกว่าเพศชาย (Laura et al., 2011) เนื่องมาจากเพศหญิงมีความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยาประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่น การตั้งครรภ์ และระยะหมดประจำเดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนของรูปแบบการนอนได้มากขึ้น (Krishnan & Collop, 2006)

ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่มีลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ จิตใจกระวนกระวาย ความรู้สึกสับสน การตัดสินใจยากเกี่ยวกับสิ่งต่างๆทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและรบกวนการเข้าสู่การนอนหลับ (sleep onset) (Glovinsky & Speilman, 2005) วงจรการนอนหลับในระยะ slow wave sleep ในวงจรแรกของ NREM sleep ลดลง จึงทำให้อาการนอนหลับลึกลดลง ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง การตื่นนอนกลางดึก บ่อยขึ้น (Hatzinger et al., 2004) จากการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมาของ Xiang et al. (2009) พบว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้มีอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 1.56 เท่า เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน และพบภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ

ความสามารถในการรู้คิด พบว่าสิ่งกระตุ้นต่างๆในธรรมชาติมักมีอิทธิพลต่อความสามารถในการรู้คิด สำหรับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้ไม่สามารถใช้กระบวนการรู้คิดเพื่อจัดการกับสิ่งต่างๆได้ (Glovinsky & Speilman, 2005) สำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบมีความบกพร่องของสมาธิ ความจำที่ใช้ในการทำงาน (working memory) ภาษาและความฉลาดทางปัญญา (executive functions) (Green et al., 2000; Bryson, Whelahan, & Bell, 2001; Green, Kern, & Heaton, 2004) ความผิดปกติในเรื่องความสนใจ มักถูกชักจูงความสนใจไปสู่เรื่องอื่นได้ง่ายและไม่สามารถยับยั้งความคิดได้ (ยูรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) หากความรุนแรงของความบกพร่องของการรู้คิดสูงขึ้น ทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง และอาการนอนหลับลึกลดลง (Glovinsky & Speilman, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทของ Laura et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ

ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ และสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มอาการทางบวก พบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท (Xiang et al., 2009) เนื่องจากจากลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางบวก คือ ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านอาการทางจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน เป็นต้น และด้านอาการร่วนวาย (Disorganization dimension) ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมแปลกประหลาด เป็นต้น (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการผิดปกติเหล่านี้เนื่องมาจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงแสดงอาการทางบวก เกิดการไวเกินของสารสื่อประสาทชนิดโคลิเนอร์จิก (Cholinergic hypersensitivity) เป็นสาเหตุทำให้วงจรการนอนหลับในระยะ REM sleep ล้นลง (สมภพ เรือง

ตระกูล, 2550; Kathleen, 2006; Roger, 2006; Stefan, 2008; Wulff et al., 2010) อาการทางบวกจึงส่งผลต่อความแปรปรวนของวงจรการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท (Geoffry, 2011)

กลุ่มอาการทางลบ โดยพบว่ากลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท (Laura et al., 2011) เนื่องจากลักษณะเด่นของอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจและสิ้นหวัง (Lindenmayer & Khan, 2006) การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมเหล่านี้ อาจเป็นปัจจัยกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับได้ (Rotenberg, 2011) ขณะมีอาการทางลบจะพบความผิดปกติของวงจรการนอนหลับระยะ NREM sleep ในช่วง Slow wave sleep ลดลงอย่างมาก รวมทั้งเป็นสาเหตุทำให้ระยะ REM sleep สั้นลงด้วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550; Roger, 2006; Stefan, 2008)

ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ ยาหลักที่ใช้รักษาในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (First generation antipsychotics) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Second generation antipsychotics) และยาจิตเวชอื่นที่ใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เช่น กลุ่มยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drugs) และยาด้านอาการซึมเศร้า (Antidepressant drugs) (พิเชษฐ อดมรัตน์, 2552) ซึ่งมีกลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงแตกต่างกัน (Kathleen, 2006; Wanda, 2011) ยารักษาโรคจิตต่างกันส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน (Xiang et al., 2009; Laura et al., 2011) เนื่องจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาน้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (Seeman, 2002) เนื่องจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีความสามารถในการจับกับสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) ในสมองของผู้ป่วยจิตเภทได้มากพอเพื่อให้เกิดผลของการรักษาโรคจิตและปล่อยจากการจับได้เร็วพอที่จะไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยา (Stahl, 2001) ทำให้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่รบกวนอาการนอนหลับได้น้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (Kathleen, 2006) และยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drugs) เป็นกลุ่มยาช่วยลดผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดโคลิเนอร์จิก (Cholinergic) และอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ที่ตัวรับ (receptor) ในสมองจะทำให้ระดับโดปามีน (Dopamine) ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอนและพบวงจรการนอนหลับระยะ slow wave sleep เพิ่มขึ้น จึงทำให้อาการนอนหลับได้มากขึ้น (Deirdre & Kirk, 2011) ยาจิตเวชอื่นที่ใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ยาด้านอาการซึมเศร้า (Antidepressant drugs) ออกฤทธิ์ทำให้การนำสารสื่อประสาทชนิดนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และซีโรโทนิน (Serotonin) กลับเข้าสู่เซลล์ประสาท ทำให้ปริมาณของสารสื่อประสาทระหว่างเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น ดังนั้นส่วนใหญ่ยากลุ่มนี้จึงทำให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอนได้มาก (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2555: ออนไลน์) มีอาการ

นอนหลับลึกได้มากขึ้น และอาการนอนหลับระยะ REM sleep นานขึ้น (Rotenberg, 2011) สรุปได้ว่า ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน

สัมพันธภาพในครอบครัวแบบขัดแย้งและขาดความอบอุ่นเป็นสิ่งกระตุ้นที่มากกระทบผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันและคิดมากจนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (พระมหาชาติชาย ไบทัตทิมา และกิติพัฒน์ นนทปัทมดุษย์, 2548; Glovinsky & Speilman, 2005) เช่น ฤกษ์เกียรจ ถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นคนบ้าหรือโรคจิต จนถูกไล่ออกจากงานจึงขาดรายได้ในการดูแลครอบครัวและรักษาตนเอง ทำให้สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัว (พระมหาชาติชาย ไบทัตทิมา และกิติพัฒน์ นนทปัทมดุษย์, 2548) หรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ จะแสดงอาการหวาดระแวง ต่ำว่าสมาชิกในครอบครัว หรือมีพฤติกรรมแยกตัว ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว (อมรา ศิริกุล, 2556) ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันเพียงลำพัง จนก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยคิดมากจนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (พระมหาชาติชาย ไบทัตทิมา และกิติพัฒน์ นนทปัทมดุษย์, 2548; Glovinsky & Speilman, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritsner et al. (2004) และ Xiang et al. (2009) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนหลับดีและผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ พบมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน

ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ พบว่าการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับแตกต่างกันส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน (Laura et al., 2011) การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การตื่นนอนไม่เป็นเวลา รู้สึกเครียด โกรธหรืออารมณ์เสียใกล้เวลาเข้านอน มีการคิดวางแผนหรือกังวลในสิ่งต่างๆ ขณะอยู่บนที่นอน เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่รบกวนการนอนหลับทำให้การนอนหลับลดลง อาการนอนหลับเป็นแบบตื่นและไม่ต่อเนื่อง (Morin, 1993)

ปัญหาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลมาจากลักษณะของโรคจิตเภท การรักษาโรคจิตเภท และสัมพันธภาพทางสังคม (Kathleen, 2006; Shneerson, Ohayon, and Carskadon, 2008: online) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับความทุกข์ทรมานต่างๆตามมา ทั้งจากอาการไม่สุขสบายทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และขาดความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อมและสังคมของตนเอง ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผลกระทบจากอาการนอนไม่หลับนั้น เป็นปัญหาสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับป่วยซ้ำและรบกวนต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมากมาย และจากการทบทวนวรรณกรรมในประเทศไทยที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีการศึกษาถึงปัญหาการนอนไม่หลับและปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชจึงมีความสนใจศึกษาปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกใน

คลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลศูนย์ ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เนื่องจากเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ในระดับตติยภูมิ ที่เป็นเครือข่ายบริการสุขภาพจิตของโรงพยาบาลเฉพาะทางจิตเวช ซึ่งให้บริการผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ที่กระจายอยู่ในแต่ละภูมิภาค ได้ครอบคลุมทั้ง 4 มิติ จึงทำให้มีผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าถึงการบริการมากขึ้น และได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อขจัดปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับ และส่งเสริมคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

คำถามการวิจัย

1. ระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยคัดสรรด้านอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับและการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทอย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับและการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

แนวเหตุผลและสมมติฐาน

การศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิด The 3P Model of insomnia ของ Glovinsky & Speilman (2005) กล่าวไว้ว่า อาการนอนไม่หลับเป็นผลจากปัจจัยต่างๆรวมกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นลักษณะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ และลักษณะนิสัยส่วนบุคคล เป็นปัจจัยพื้นฐานที่อยู่ในตัวบุคคล ซึ่งทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับและโน้มนำให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้อย่างรวดเร็ว ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เป็นการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตประจำวันทำให้ขาดความสมดุลระหว่างเวลาการนอนหลับและการตื่น ทั้งจากเหตุการณ์กระตุ้นแบบทันทีและแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความแปรปรวนของการนอนหลับ และปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง และใช้การทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา เพื่อเลือกปัจจัยคัดสรร

ที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท และเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้

- 1) ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรู้คิด
- 2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับและสัมพันธภาพในครอบครัว และ
- 3) ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ โดยมีรายละเอียดของปัจจัยดังต่อไปนี้

1) ปัจจัยโน้มนำ (Predisposing factors) ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรู้คิด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับจำนวนเวลาที่ใช้ไปก่อนที่จะหลับ ความต่อเนื่องของอาการนอนหลับ และระยะเวลาของอาการนอนหลับ (Floyd et al., 2000) ความผิดปกติของอาการนอนหลับเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา ซึ่งเมื่อคนเราอายุมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาอาการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นตามอายุ (Floyd et al., 2000, Kim et al., 2000; Pallesen et al., 2001) การเปลี่ยนแปลงของอาการนอนหลับที่สำคัญ ประกอบด้วย การลดลงของอาการนอนหลับใน ระยะ Slow wave sleep การตื่นนอนกลางดึกบ่อยขึ้น การนอนหลับในระยะ REM sleep ลดลงเล็กน้อย และระยะเวลาทั้งหมดในการนอนลดลง (Prinz, 2004) และการศึกษาของ นงลักษณ์ อนันต์ อาจ (2550) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยโรคมะเร็งทางโลหิตวิทยา และการศึกษาของ Xiang et al. (2009) ในผู้ป่วยจิตเภทชาวจีน พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2001) เรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ปัญหาอาการนอนไม่หลับมีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกัน จึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

เพศ เพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับได้มากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่น การตั้งครรภ์ และระยะหมดประจำเดือน ซึ่งส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนของรูปแบบการนอน (Krishnan & Collop, 2006) จากการศึกษาทางระบาดวิทยาพบความชุกของอาการนอนไม่หลับในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (Ohayon, 1996; Saisunee Tubtimtes et al., 2009) พบอัตราส่วนของเพศหญิงต่อเพศชาย 1.6 : 1 (Lia et al., 2002) เพศหญิงระยะมีประจำเดือนพบมีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 70 โดยมีอาการนอนหลับในแต่ละเดือนลดลง 2.5 คืน และเพศหญิงที่กำลังตั้งครรภ์มีอาการนอนไม่หลับร้อยละ 80 (National Sleep Foundation, 1998) และจากการศึกษาอาการนอนไม่หลับจากการศึกษาตัวแปรทางสรีรวิทยาในขณะหลับ พบเพศหญิงมีอาการนอนหลับระยะ Delta activity ลดลงต่ำกว่าเพศชาย (Latta et al., 2006) สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทของ Xiang et al. (2009) พบความชุกของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย

สอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงร้อยละ 68 และเพศชายร้อยละ 32 สรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน

ภาวะซึมเศร้า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจอย่างมาก พบว่าเป็นสาเหตุหลักของอาการนอนไม่หลับมากที่สุดในบรรดาความผิดปกติทางสุขภาพจิต (Michael, 2009) ภาวะที่มีลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ จิตใจกระวนกระวาย ความรู้สึกสับสน การตัดสินใจยากเกี่ยวกับสิ่งต่างๆทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคตทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและรบกวนการเข้าสู่การนอนหลับ (sleep onset) (Glovinsky & Speilman, 2005) ภาวะซึมเศร้าทำให้วงจรการนอนหลับผิดปกติและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับได้มากขึ้น (Riemanm, Berger & Voderholzer, 2001) จากการศึกษาตัวแปรทางสรีรวิทยาในขณะหลับพบว่าขณะผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าทำให้วงจรการนอนหลับในระยะ slow wave sleep ในวงจรแรกของ NREM sleep ลดลงจากระยะเวลา 80-90 นาที เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลา 40-50 นาที ในการเข้าสู่การนอนหลับระยะ REM sleep ทำให้อาการนอนหลับลึกลดลง ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง การตื่นนอนกลางดึกบ่อยขึ้น มีอาการตื่นนอนเร็วกว่าปกติ จากการศึกษาที่ผ่านมาของ Xiang et al. (2009) พบว่า หากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้มีอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 1.56 เท่า เช่นเดียวกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน

ความสามารถในการรู้คิด สิ่งกระตุ้นต่างๆในธรรมชาติมักมีอิทธิพลต่อความสามารถในการรู้คิด สำหรับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิตจึงทำให้ไม่สามารถใช้กระบวนการรู้คิดเพื่อจัดการกับสิ่งต่างๆได้ (Glovinsky & Speilman, 2005) สำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด ซึ่งถือว่าเป็นอาการเฉพาะหลักอีกอาการหนึ่งที่สำคัญของโรคจิตเภท (ยूरชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) เช่น ความบกพร่องของสมาธิ ความจำ ด้านภาษาและการลงมือกระทำ ความจำที่ใช้ในการทำงาน (working memory) และความฉลาดทางปัญญา (executive functions) (Green et al., 2000; Green, Kern, & Heaton, 2004; Bryson, Whelahan, & Bell, 2001) มีความผิดปกติในเรื่องความสนใจ มักถูกชักจูงความสนใจไปเรื่องอื่นได้ง่ายและไม่สามารถยับยั้งความคิดได้ (ยूरชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์, 2552) ความผิดปกติต่างๆเหล่านี้ ส่งผลรบกวนอาการนอนหลับ ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับและหากความรุนแรงของความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง และจากการศึกษาตัวแปรทางสรีรวิทยาในขณะหลับ พบอาการนอนระยะหลับลึกลดลง (Glovinsky & Speilman,

2005) สอดคล้องกับการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทของ Laura et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน

2) ปัจจัยกระตุ้น (Precipitating factors) ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ และสัมพันธ์ภายในครอบครัว โดยมีรายละเอียด ดังนี้

กลุ่มอาการทางบวก จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท (Roger, 2006; Stefan, 2008; Wulff et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบกลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องมาจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงแสดงอาการทางบวก พบเกิดการไวเกินของสารสื่อประสาทชนิดโคลิเนอร์จิก (Cholinergic hypersensitivity) เป็นสาเหตุทำให้วงจรการนอนหลับในระยะ REM sleep สั่นลง (สมภพ เรืองตระกูล, 2550) เนื่องมาจากลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางบวกคือ ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านอาการทางจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน เป็นต้น และด้านอาการร่วนวาย (Disorganization dimension) ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมแปลกประหลาด (Lindenmayer & Khan, 2006) จากการมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน จนทำให้เกิดอาการหวาดระแวงส่งผลกระทบต่อวงจรการนอนหลับ ทำให้ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง (Kathleen, 2006) สรุปได้ว่า กลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มอาการทางลบ จากผลการศึกษาพบว่า กลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท (Roger, 2006; Stefan, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบกลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางลบ ทำให้เกิดความผิดปกติของวงจรการนอนหลับระยะ NREM sleep ในช่วง Slow wave sleep ระยะที่ 4 ลดลงอย่างมาก รวมทั้งเป็นสาเหตุทำให้ระยะ REM sleep สั่นลงอีกด้วย (Stefan, 2008; สมภพ เรืองตระกูล, 2550) ลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และกลุ่มอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ (Lindenmayer & Khan, 2006) การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมทางลบทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับได้ (Rotenberg, 2011) สรุปได้ว่า กลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ กลุ่มยาหลักที่ใช้รักษาโรคจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (First generation antipsychotics) ได้แก่ Chlorpromazine, Fluphenazine, Haloperidol, Flupenthixol เป็นต้น 2) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Second generation antipsychotics) ได้แก่ Quetiapine, Risperidone, Clozapine, Olanzapine เป็นต้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) และ 3) ยาจิตเวชอื่นที่เข้าร่วมในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท เช่น กลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต คือ ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) เช่น Benztropine, Trihexyphenidyl เป็นต้น และกลุ่มยาด้านอาการซึมเศร้า ได้แก่ ยากลุ่มแอนตี้ดีเพรสแซนต์ (Antidepressants) เช่น Amitriptyline, Fluoxetine, Sertraline เป็นต้น (Deirdre & Kirk, 2011) ยารักษาโรคจิตเภทมีกลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างกันและผลข้างเคียงแตกต่างกัน (Kathleen, 2006; Wanda, 2011) และส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน (Xiang et al., 2009; Laura et al., 2011) เนื่องจากยารักษาโรคจิตเภทยุคใหม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาชนิด extrapyramidal [EPS] เช่น อาการกล้ามเนื้อบิดเกร็ง อาการมึนงง เดินไปมา ย่ำเท้า แขนขา ลั่น อาการเดินตัวแข็ง หน้าตาเฉยเมย กลืนน้ำลายลำบาก การขยับของกล้ามเนื้อที่ควบคุมไม่ได้ บริเวณปาก ลิ้น ใบหน้า แขนขาและลำตัว เป็นต้น และผลข้างเคียงชนิด neuroleptic malignant syndrome [NMS] เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างมาก ไข้สูง ความดันโลหิตและชีพจรขึ้นๆลงๆ เป็นต้น (พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์, 2552) น้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (Seeman, 2002) เนื่องจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีความสามารถในการจับกับตัวรับสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) ในสมองของผู้ป่วยจิตเภทได้มากพอเพื่อให้เกิดผลการรักษาอาการผิดปกติทางจิตและปล่อยจากการจับได้เร็วพอที่จะไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยา (Stahl, 2001) ทำให้ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่บรรเทาอาการนอนหลับได้น้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (Kathleen and Benson, 2006)

จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเปลี่ยนยาในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจากยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเป็นยากลุ่มใหม่ ทำให้คุณภาพการนอนหลับสูงขึ้นได้ (Yamashita et al., 2004) และพบยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ได้แก่ ยา Olanzapine และ Risperidone ช่วยทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนหลับได้อย่างต่อเนื่องและช่วยให้การนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทสามารถเข้าสู่วงจรการนอนหลับได้เร็วกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ได้แก่ ยา Haloperidol (Rotenberg, 2011) ส่วนยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic) เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของสารสื่อประสาทชนิดโคลิเนอร์จิก (Cholinergic) และอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ที่ตัวรับในสมองจะทำให้ระดับสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน (Dopamine) ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอนและพบว่า วงจรการนอนหลับระยะ slow wave sleep เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จึงทำให้การนอนหลับได้มากขึ้น (Deirdre & Kirk, 2011) ส่วนยากลุ่มแอนตี้ดีเพรสแซนต์ (Antidepressants) เป็นยาด้านอาการซึมเศร้า ออกฤทธิ์ทำให้

การนำสารสื่อประสาทชนิดนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และซีโรโทนิน (Serotonin) กลับเข้าสู่เซลล์ประสาท (presynaptic neuron) ทำให้ปริมาณของสารสื่อประสาทระหว่างเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น ดังนั้นส่วนใหญ่อายกลุ่มนี้จึงมีฤทธิ์ทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนโดยเฉพาะยา Amitriptyline และ Doxepin จะทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนได้มาก (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2555: ออนไลน์) มีอาการนอนหลับลึกได้มากขึ้น และอาการนอนหลับระยะ REM sleep นานขึ้น (Rotenberg, 2011) สรุปได้ว่า ประเภทยากลุ่มยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือ ประเภทยากลุ่มยาที่ได้รับต่างกันจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน

สัมพันธภาพในครอบครัว ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น ถูกรังเกียจ ถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นคนบ้าหรือโรคจิต จนถูกไล่ออกจากงานจึงขาดรายได้ในการจุนเจือครอบครัวและรักษาตนเอง ทำให้สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง (พระมหาชาติชาย ไบทัตทิม และกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2548) หรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ แสดงอาการหวาดระแวง ต่ำว่าสมาชิกในครอบครัว มีพฤติกรรมแยกตัว ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว (อมรา ศิริกุล, 2556) ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคมซึ่งมีหน้าที่ดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท (สมส่วน สำราญพันธ์, 2547) สัมพันธภาพในครอบครัวที่ขาดความอบอุ่นนี้จึงเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่มาระทบผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน และก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยคิดมากจนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (พระมหาชาติชาย ไบทัตทิม และกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2548; Glovinsky & Speilman, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritsner et al. (2004) และ Xiang et al. (2009) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทผู้ที่มีอาการนอนหลับดีและผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ พบมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสภาพครอบครัวที่อบอุ่นมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมได้ เนื่องจากครอบครัวที่มีความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงความรังเกียจทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และทำให้อาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นอาการนำของอาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (สุพัฒนา เตชาติวงศ์ ณ อยุธยา, 2547: ออนไลน์) สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

3) ปัจจัยคงอยู่ (Perpetuating factors) ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับ (Tucker, 2007) บุคคลที่มีเวลาการนอนไม่สม่ำเสมอ การออกกำลังกายใกล้กับเวลานอน การใช้สารเสพติด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการนอนหลับ

สิ่งแวดล้อมในการนอนไม่เหมาะสม การทำกิจกรรมต่างๆในห้องนอน ซึ่งเป็นสิ่งที่รบกวนการนอนหลับมากกว่าการช่วยส่งเสริมการนอนหลับ (Morin, 1993; Spielman & Glovinsky, 2005) โดยผู้ที่นอนไม่หลับจะพยายามเข้านอนให้เร็วขึ้นและใช้เวลาบนเตียงนานขึ้นแม้ว่าจะนอนไม่หลับก็ตามทำให้การนอนหลับเป็นแบบตื่นและไม่ต่อเนื่อง (สุตารัตน์ ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา, 2548) รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มที่มีสารคาเฟอีน และการใช้สารนิโคติน ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ประสิทธิภาพและคุณภาพของการนอนหลับลดลง (Morin, Daley, & Ouellet, 2001) จากการศึกษาของ สุรางค์ เลิศศาธาร, อัครีย์ โรจนากาศ และสมพร จารุทิก (2546) พบว่าผู้ที่มีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 83 มีปัจจัยส่วนใหญ่จากความแปรปรวนของเวลานอนและเวลาดึนนอน การใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่างๆ การมีอารมณ์ตื่นเต้นหรืออารมณ์ไม่ดี ช่วงเวลาใกล้นอน การหลับในเวลากลางวัน สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน และการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยจิตเภทปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับไม่ดี ส่งผลต่อความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับสูงขึ้น (Laura et al., 2011) สรุปได้ว่า การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงตั้งสมมติฐานการวิจัย ดังนี้

1. เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด และชนิดของยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน
2. กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท
3. สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ สัมพันธภาพในครอบครัวและการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย คือ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) ตามตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) และมีปัญหาการนอนไม่หลับ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

ตัวแปรต้น คือ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ สัมพันธภาพในครอบครัว และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ

ตัวแปรตาม คือ อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความเจ็บป่วยทางจิตเวช ที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ที่มีอาการนอนไม่หลับที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลชลบุรี

อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ลักษณะการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภท โดยมีอาการดังกล่าวต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ การนอนหลับยากเมื่อผู้ป่วยเริ่มล้มตัวลงนอนจนกระทั่งหลับใช้เวลานานมากกว่า 30 นาที การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยากเมื่อนอนหลับแล้วมีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับแล้วใช้เวลานานมากกว่า 15 นาทีในการเริ่มต้นการนอนอีกครั้ง การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้เป็นการที่ผู้ป่วยตื่นนอนเร็วกว่าปกติอย่างน้อย 1 ชั่วโมงโดยปราศจากการถูกปลุกและไม่สามารถนอนหลับต่อได้ อาการต่างๆที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน รู้สึกไม่สดชื่น มีผลกระทบต่อการใช้สัมพันธภาพกับสังคม การประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิตประจำวัน สามารถประเมินได้จากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ตามแนวคิดของ Morin (1993) แปลเป็นภาษาไทยโดย พัทธิญา แก้วแพง (2547)

ปัจจัยนำเข้า หมายถึง ลักษณะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ และลักษณะนิสัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นส่วนที่เสี่ยงของการเกิดอาการนอนไม่หลับ ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วยอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรู้คิด ดังนี้

อายุ หมายถึง จำนวนอายุคิดเป็นจำนวนเต็มปี นับตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ตอบแบบสอบถามของผู้ป่วยจิตเภทโดยเศษของอายุมากกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี ได้จากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

เพศ หมายถึง ลักษณะที่แสดงความเป็นชายหรือหญิงของผู้ป่วยจิตเภทโดยแบ่งเป็น 2 กลุ่มได้แก่ เพศชายและเพศหญิง ประเมินจากแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ลักษณะทางอารมณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงถึงความเศร้าใจ หดหู่ใจ รู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า มีความคิดว่าตนเองผิดเนื่องจากถูกกล่าวหา ความรู้สึกสับสน ร้องไห้ง่าย เบื่อหน่าย ไม่สดชื่น สามารถประเมินได้จากแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Calgary Depression Scale for Schizophrenia) ที่สร้างขึ้นโดย Addington et al. (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2553)

ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง ระดับความสามารถของสมองของผู้ป่วยจิตเภท ด้านความรู้ ความเข้าใจด้านต่างๆ ได้แก่ การรับรู้ เวลา สถานที่ ความจำ ความตั้งใจ การคิดคำนวณ ความเข้าใจภาษา การแสดงออกทางภาษา และความสนใจ สามารถประเมินได้จากแบบทดสอบสภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination) ที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Folstein et al. (1975) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551)

ปัจจัยกระตุ้น หมายถึง สภาวะการณ์จากภายนอกตัวบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งจากเหตุการณ์กระตุ้นแบบทันทีและแบบค่อยเป็นค่อยไป ซึ่งเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดอาการนอนไม่หลับ ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ และสัมพันธภาพในครอบครัว ดังนี้

กลุ่มอาการทางบวก หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงออกถึงความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การสื่อสาร และพฤติกรรม สามารถประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทเฉพาะกลุ่มอาการทางบวกที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน คือ ด้านอาการทางจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และด้านอาการวุ่นวาย (Disorganization dimension) ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมแปลกประหลาด

กลุ่มอาการทางลบ หมายถึง อาการที่ผู้ป่วยจิตเภทขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรจะมี เช่น ด้านการพูด การไม่มีสมาธิ ขาดความคิดริเริ่มหรือยากที่จะทำงานได้อย่างต่อเนื่อง ในด้านการแสดงออกของอารมณ์ ความรู้สึก ไม่สามารถแสดงปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ แยกตัว อารมณ์เฉยเมย และ

ในด้านความต้องการสิ่งต่างๆ สามารถประเมินได้จากแบบประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท เฉพาะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่แปลเป็นภาษาไทยโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550)

ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ หมายถึง ยากลุ่มหลักที่ใช้รักษาผู้ป่วยจิตเภท แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก คือ 1) กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม เช่น Chlorpromazine, Fluphenazine, Haloperidol เป็นต้น หรือการได้รับกลุ่มยารักษาโรคจิตหลายกลุ่มร่วมกัน ได้แก่ กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมร่วมกับกลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต เช่น Benztropine, Trihexyphenidyl เป็นต้น กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมร่วมกับกลุ่มยาด้านอาการซึมเศร้า เช่น Amitriptyline, Fluoxetine, Sertraline เป็นต้น และกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมร่วมกับกลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและกลุ่มยาด้านอาการซึมเศร้า 2) กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เช่น Clozapine, Olanzapine, Sertindole เป็นต้น หรือการได้รับกลุ่มยารักษาโรคจิตหลายกลุ่มร่วมกัน ได้แก่ กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ร่วมกับกลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ร่วมกับกลุ่มยาด้านอาการซึมเศร้า และกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ร่วมกับกลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตและกลุ่มยาด้านอาการซึมเศร้า และ 3) กลุ่มยาอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมร่วมกับกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ หรือกลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิตร่วมด้วย ประเมินจากข้อมูลส่วนบุคคล

สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวที่ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ด้วยในปัจจุบัน โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมที่มีประโยชน์ร่วมกัน มีการสนทนา พูดคุย ปกป้องหรือกัน มีการแสดงออกซึ่งความรัก เอื้ออาทรต่อกันทั้งทางกาย วาจา และใจ การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว และการเคารพซึ่งกันและกัน สามารถประเมินได้จากแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ที่สร้างมาจากแนวคิดของ Friedman (1986) และของ Morrow & Wilson (1961) ที่แปลโดยนัยนา อินธิโชติ (2545)

ปัจจัยคงอยู่ หมายถึง ลักษณะที่สนับสนุนให้อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเป็นไปอย่างเรื้อรัง ในการศึกษาครั้งนี้ประกอบด้วย การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ ดังนี้

การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ หมายถึง การปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนด้านการนอนของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการเข้านอนและตื่นนอนในเวลาใกล้เคียงกัน การงีบหลับในเวลากลางวัน การทำกิจกรรมก่อนนอน เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การวางแผนงาน เล่นวิดีโอเกม เล่นอินเทอร์เน็ต เป็นต้น การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เหล้า เบียร์ เป็นต้น การสูบบุหรี่ การปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายไม่เหมาะสม เช่น การออกกำลังกายก่อนเข้านอน 1 ชั่วโมง หรือ การออกกำลังกายที่มากเกินไปจนรู้สึก

เหนื่อยล้า สามารถประเมินได้จากแบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับตามแนวคิดของ David, Jeff, & Robert (2006) แปลโดย นางลักษณ อนันตอาจ (2550)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลช่วยลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมคุณภาพและปริมาณของการนอนหลับให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ
2. เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิดและทฤษฎีต่างๆจากตำรา เอกสาร บทความวารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปลงสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ในการนำมาเป็นแนวทางในการศึกษา ซึ่งจะเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายของโรคจิตเภท
 - 1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท
 - 1.3 อาการของโรคจิตเภท
 - 1.4 การวินิจฉัยของโรคจิตเภท
 - 1.5 การดำเนินของโรคจิตเภท
 - 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. ระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลศูนย์
 - 2.1 ระบบบริการด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลศูนย์
 - 2.1 ทีมสุขภาพจิต
 - 2.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศูนย์
3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ
 - 3.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ
 - 3.2 ประเภทของการนอนไม่หลับ
 - 3.3 แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ
 - 3.4 สรีรวิทยาของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.5 อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.7 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.8 การประเมินอาการนอนไม่หลับ
 - 3.9 บทบาทพยาบาลในการดูแลอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายของโรคจิตเภท

สมภพ เรืองตระกูล (2545) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งมีระยะเวลาการเจ็บป่วยอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พิษจากยา หรือสารเสพติดที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

เพียรดี เปี่ยมมงคล (2553) กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ต่อความเป็นจริง อารมณ์และพฤติกรรม

อรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2554) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยจะไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

World Health Organization [WHO] (1992) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการที่แสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้ ด้านสติปัญญา การเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การสื่อสารการแสดงออกทางอารมณ์ และการขาดแรงจูงใจ โดยมักแสดงอาการปรากฏครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น และมีอาการอยู่นานอย่างน้อย 1 เดือน

Sadock & Sadock (2007) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการหลากหลายโดยมีความผิดปกติทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ ประสาทสัมผัส และพฤติกรรม มีอาการเกิดขึ้นตั้งแต่อายุน้อย และมีอาการดำเนินโรคอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า โรคจิตเภท หมายถึง ความเจ็บป่วยทางจิตที่มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งมีอาการแสดงอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้มีสาเหตุมาจากความเจ็บป่วยด้านร่างกาย โรคของสมอง พิษจากยาหรือสารเสพติด อาการแสดงเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตประจำวันและการทำหน้าที่ต่างๆของผู้ป่วย

1.2 สาเหตุของโรคจิตเภท (อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554) ดังนี้

1.2.1 ปัจจัยด้านพันธุกรรม (Genetic factors)

ได้มีการศึกษาทางด้านพันธุกรรมของบุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พบว่ามีการถ่ายทอดทางพันธุกรรม ในกลุ่มผู้ที่มีญาติพี่น้องป่วยด้วยโรคจิตเภทมีอัตราการเกิดโรคจิตเภทร้อยละ 10-16 และจากการศึกษาในฝาแฝดไข่ใบเดียวกันพบอัตราการเกิดโรคร้อยละ 35-38 ฝาแฝดไข่คนละใบมีอัตราการเกิดโรคร้อยละ 16 (Wilson & Kneisl, 1996 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญวัชชัย, 2554)

1.2.2 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors)

มีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับระดับโดปามีน (Dopamine) ในสมอง โดยมีข้อค้นพบ ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภทมีปริมาณสารโดปามีน (Dopamine) ในสมองมากเกินไป มีจำนวน post synaptic receptor มากเกินไป และมีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ

acetylcholine กับ inhibitory action ของ dopamine และ Gamma-amino butyric acid นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่า ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง มีระดับ monoamine oxidase ต่ำใน blood platelet แต่ไม่เป็นที่ยืนยันแน่ชัด

1.2.3 ปัจจัยด้านจิตใจ (Psychological factors)

1) จากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ และทฤษฎีจิตวิทยาพัฒนาการ พบว่าเป็นความผิดปกติจากพัฒนาการทางบุคลิกภาพของบุคคลในวัยเด็ก โดยเฉพาะในขวบปีแรกมีผลให้เกิดพยาธิสภาพส่วนที่ทำหน้าที่ในการปรับตัว การควบคุมพฤติกรรม และการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น โดยเฉพาะพัฒนาการด้านภาษา สติปัญญา การคิด ความจำ การตัดสินใจ ความสนใจและการรับรู้

2) ผู้ป่วยอาจมีการรับรู้และไวต่อความเครียดมากกว่าปกติ และสามารถตอบสนองต่อความเครียดได้ไม่ดี

3) ผู้ป่วยมีความขัดแย้งในจิตใจ ที่เกิดจากสัญชาตญาณธรรมชาติมีมากและไม่สามารถควบคุมได้ ขาดสำนึกในการควบคุมตนเอง และความรู้สึกผิด ชอบ ชั่ว ดี ชอบเอาชนะและขัดแย้งกับผู้อื่น เกิดความคับข้องใจและไม่แน่ใจ (ambivalence)

1.2.4 ปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม (Sociocultural factors)

จากการศึกษาพบว่า สภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมมีผลต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทก็คือประชากรที่มีฐานะยากจนป่วยเป็นโรคจิตเภทมากกว่าประชากรที่มีฐานะดี ประชากรที่ฐานะเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับสภาวะเครียดมากกว่าประชากรที่มีฐานะเศรษฐกิจสูง นอกจากนี้ยังมีรายงานพบว่า เด็กที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท มีบิดามารดาที่มีความขัดแย้งกัน พยายามดึงเด็กเข้ามาเป็นพวกของตน จนในที่สุดเด็กเกิดความลังเลไม่แน่ใจ ซึ่งเป็นอาการสำคัญของโรคจิตเภท หรือบิดามารดาที่เลี้ยงลูกแบบปกป้องมากเกินไป เด็กไม่สามารถพัฒนาบุคลิกของตนได้อย่างเหมาะสม

1.3 อาการแสดงของโรคจิตเภท (Lindenmayer & Khan, 2006)

1.3.1 กลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม สามารถเกิดขึ้นในช่วงใดของโรคก็ได้ ตั้งแต่ช่วงระยะอาการนำ ไปจนถึงช่วงที่มีอาการของโรคจิตระยะเฉียบพลัน และช่วงระยะหลงเหลืออาการ ซึ่งแบ่งลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่ ดังนี้ 1) อาการทางจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ 2) อาการร่วนวาย (Disorganization dimension) ได้แก่ disorganized behavior และ disorganized speech

- อาการหลงผิด (Delusion) คือ ความเชื่อที่ไม่เป็นความจริง หรือไม่มีหลักฐานสนับสนุน และเป็นความเชื่อที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ โดยความหลงผิดนี้ต้องแยกออกจากความเชื่อตามขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรมของผู้ป่วย ซึ่งเป็นความเชื่อที่เชื่อกันโดยทั่วไปในสังคมที่ผู้ป่วยอยู่ และไม่ส่งผลกระทบต่อชีวิตด้านต่างๆของผู้ป่วยเหมือนความหลงผิดที่เกิดในผู้ป่วยจิตเภท

ชนิดของอาการหลงผิด ได้แก่ อาการหลงผิดว่าถูกกลั่นแกล้งปองร้าย (Persecutory delusion) อาการหลงผิดว่าถูกพาดพิงถึง (delusion of reference) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกควบคุมจากอำนาจภายนอก (delusion of being controlled) อาการหลงผิดว่าตนเองถูกสอดแทรกความคิด (thought insertion) อาการหลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไป หรือกระจายออกนอกตัว (thought withdrawal and thought broadcasting) อาการหลงผิดเรื่องความรู้สึกผิดที่มากเกินไป (delusion of sin or guilt) อาการหลงผิดว่าตนมีอำนาจความสามารถหรือมีความสำคัญ (grandiose delusion) อาการหลงผิดที่เกี่ยวข้องกับศาสนา (religious delusion) และอาการหลงผิดทางกาย (somatic delusions)

- อาการประสาทหลอน (Hallucinations) เป็นการรับรู้โดยปราศจากสิ่งเร้าภายนอก ซึ่งต้องแยกออกจากการรับรู้ที่ผิดปกติ (abnormal sensory perception) ที่ผู้ป่วยแปลงสิ่งเร้าที่เข้ามาผิดหรือที่เรียกว่า illusion ชนิดของอาการประสาทหลอน ได้แก่ อาการหูแว่ว (auditory hallucinations) อาการเห็นภาพหลอน (visual hallucinations) อาการประสาทหลอนทางร่างกายและประสาทสัมผัส (somatic and tactile hallucinations) ประสาทหลอนในการได้กลิ่น (olfactory hallucination)

- Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ บางคนจู่ๆ ตะโกนร้อง โดยไม่มีสิ่งกระตุ้น

- Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็นโดยผ่านการสนทนา อาการที่แสดงออกนี้ต้องเป็นมากจนไม่สามารถสื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1.3.2 อาการทางลบ (Negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ หรือไม่แสดงอารมณ์ เป็นอาการที่คงอยู่นาน อาจจะได้ตั้งแต่ระยะอาการนำของโรคจิตเภท โดยอาการนี้อาจจะนำมานานก่อนที่จะมีอาการโรคจิต ปัจจุบันได้แบ่งอาการทางลบออกเป็น 2 ชนิด ได้แก่ ชนิดปฐมภูมิ และชนิดทุติยภูมิ ดังนี้

- 1) อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ (primary negative symptoms หรือ deficit symptoms) จะนำมาก่อนการเกิดโรคจิต และยังคงอยู่ระหว่างที่มีอาการโรคจิตหรืออาการบวก อาการเหล่านี้ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมยและจำกัด (flattening and narrowing of affect) พูดน้อย การขาดความกระตือรือร้น และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลงจากการศึกษาในระยะยาวสรุปอาการทางลบได้ดังนี้

- อาการทางลบซึ่งเป็นมาก่อนเริ่มป่วย (premorbid negative symptoms) จะเกิดอาการมาก่อนอาการโรคจิต และบ่งบอกว่าผู้ป่วยมีบุคลิกภาพเดิมก่อนป่วยไม่ดี
- อาการทางลบซึ่งเป็นพร้อมๆกับอาการโรคจิต (psychotic phase) ในช่วงระหว่างมีอาการโรคจิต ผู้ป่วยมีอาการลบร่วมไปด้วยพร้อมๆกัน
- อาการทางลบซึ่งยังคงอยู่ หลังมีอาการโรคจิตแล้ว (post psychotic deterioration component) อาการทางลบยังคงอยู่หลังจากอาการโรคจิตหายไป ทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพหรือการทำหน้าที่ต่างๆเสื่อมลงจากก่อนป่วย

2) อาการทางลบชนิดทุติยภูมิ (secondary negative symptoms หรือ non deficit symptoms) พบสัมพันธ์กับช่วงที่มีอาการโรคจิต อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ (demoralization) และเป็นผลข้างเคียงจากยา ซึ่งอาการทางลบชนิดทุติยภูมินี้ส่วนใหญ่จะหายไปเมื่อรักษาหรือแก้ที่สาเหตุ

1.4 การวินิจฉัยโรคจิตเภท

ในปัจจุบันเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทที่นิยมใช้ยังมีเพียง 2 เกณฑ์เท่านั้น คือ เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งฉบับที่ใช้ล่าสุดคือฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (4^{ed}, text revision) และเกณฑ์ขององค์การอนามัยโลกฉบับที่ 10 ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ (สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, 2552)

เกณฑ์ของสมาคมจิตแพทย์อเมริกันฉบับที่ 4 ปรับปรุงเนื้อหา (DSM-IV-TR) ประกอบด้วยเกณฑ์ ดังนี้ (American Psychiatric Association [APA], 2000)

1) มีอาการต่อไปนี้อย่างน้อย 2 อาการ และเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือน(อาจจะเป็นน้อยกว่า 1 เดือน ถ้าหากได้รับการรักษา)

1.1 หลงผิด (delusions)

1.2 ประสาทหลอน (hallucinations)

1.3 พูดผิดปกติสับสน (disorganized speech) เช่น พูดตลกๆหล่นๆ หรือพูดไม่ปะติดปะต่อ

1.4 มีพฤติกรรมสับสนอย่างชัดเจน (grossly disorganized behavior) หรือมีพฤติกรรม catatonia

1.5 มีอาการทางลบ (negative symptoms) เช่น สีหน้าไม่แสดงอารมณ์ (apathy) ไม่ค่อยพูดหรือพูดน้อย (alogia) หรือไม่มีความกระตือรือร้น (avolition)

หมายเหตุ อาการข้อ 1.1 หรือ 1.2 เพียงข้อเดียวก็อาจจะถือว่าครบเกณฑ์ สำหรับข้อ 1 นี้ แต่อาการหลงผิดต้องมีลักษณะแปลกประหลาด (bizarre delusion) หรืออาการประสาทหลอนต้องเป็นเสียงที่คอยวิพากษ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วย หรือเป็นเสียงอย่างน้อยสองเสียงที่สนทนาเกี่ยวกับผู้ป่วย

2) มีความบกพร่องในด้านสังคมหรืออาชีพนับตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการไม่สบาย ซึ่งจะมีช่วงเวลาหนึ่งที่ยาวนานพอสมควรที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำหน้าที่ที่สำคัญได้ เช่น การทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรือดูแลตนเอง ความสามารถในการทำหน้าที่เหล่านี้จะต่ำกว่าเมื่อก่อนป่วยอย่างมาก ถ้าผู้ป่วยเป็นเด็กหรือวัยรุ่น อาการไม่สบายของผู้ป่วยจะต้องเป็นมาก จนทำให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ด้านการเรียนหรือด้านอาชีพต่ำกว่าที่คาดไว้ หรือรบกวนต่อการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น

3) ระยะเวลาที่ผู้ป่วยต้องมีอาการตามที่กล่าวข้างต้น เป็นนานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ในช่วงระยะเวลา 6 เดือนนี้ ประกอบด้วย ระยะเวลาที่มีอาการรุนแรงจนเข้ากับเกณฑ์ข้อแรก 1 เดือนหรืออาจน้อยกว่า ถ้าการรักษาได้ผล) และระยะอาการนำของโรค (prodromal symptoms) หรือระยะอาการหลงเหลือ (residual symptoms) ผู้ป่วยอาจมีอาการทางลบหรือมีอาการในข้อ 1 เพียง 1 อาการหรือมากกว่าก็ได้ แต่จะไม่รุนแรงเท่ากับอาการในข้อ 1 ในระยะเกิดอาการโรคจิต ตัวอย่างเช่น ผู้ป่วยมีเพียงความเชื่อที่ดูประหลาดหรือมีเพียงการรับรู้สัมผัสที่ผิดปกติ เป็นต้น

4) จะต้องไม่ใช่ schizoaffective disorder และจะต้องไม่ใช่ความผิดปกติทางอารมณ์ กล่าวคือ ต้องวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทออกจาก schizoaffective disorder และความผิดปกติทางอารมณ์ที่มีอาการของโรคจิตร่วมด้วย โดยจะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทก็ต่อเมื่อ

4.1 ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง 4 สัปดาห์ตามเกณฑ์ข้อแรก ผู้ป่วยจะต้องไม่มีอาการของ Major depressive episode หรือ manic episode หรือ mixed episode

4.2 ถ้ามี mood episode เกิดขึ้นในระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงระยะเวลาทั้งหมดของ mood episode จะต้องน้อยกว่ามากเมื่อเทียบกับระยะเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตในข้อแรก ร่วมกับระยะอาการหลงเหลือรวมกัน

5) อาการไม่สบายของผู้ป่วยจะต้องไม่เกิดจากสารเสพติด (หรือยาที่ใช้แล้วทำลายสุขภาพ หรือยาที่ใช้ในทางการแพทย์) หรือโรคทางกาย

6) ถ้าผู้ป่วยเคยเป็น autistic disorder หรือ pervasive development disorder มาก่อน จะวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทเพิ่มอีกอย่างหนึ่งก็ต่อเมื่อมีอาการหลงผิดหรืออาการประสาทหลอนอย่างชัดเจนอย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าถ้าการรักษาได้ผลดี)

นอกจากนี้ได้กำหนดให้ระบุการดำเนินโรคไว้ด้วย เมื่อผู้ป่วยมีอาการไม่สบายมา 1 ปีแล้ว โดยนับตั้งแต่ระยะที่มีอาการ DSM-IV ได้แบ่งการดำเนินโรคออกเป็น 6 ชนิด ดังนี้

1) มีอาการเป็นพักๆ โดยมีอาการหลงเหลือคั่นอยู่ระหว่างการเจ็บป่วยครั้งก่อนกับการป่วยครั้งนี้ (episodic with interepisode residual symptoms) ถ้าในระยะอาการหลงเหลือมีอาการทางลบเป็นอาการเด่นร่วมด้วย ให้ระบุว่าเป็น with prominent negative symptoms

2) มีอาการเป็นพักๆ โดยไม่มีอาการหลงเหลือคั่นอยู่ระหว่างการป่วยครั้งก่อนกับการป่วยครั้งนี้ (episodic with no interepisode residual symptom)

3) มีอาการอย่างต่อเนื่อง (continuous) หมายความว่า ตลอดเวลาหรือเกือบตลอดเวลาของการดำเนินของโรค ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงที่เข้ากับเกณฑ์การวินิจฉัยข้อแรกและถ้ามีอาการทางลบเป็นอาการเด่นร่วมด้วย ให้ระบุว่า with prominent negative symptom

4) เป็นครั้งเดียวและมีอาการของโรคสงบลงบางส่วน (single episode in partial remission)

5) เป็นครั้งเดียวและอาการของโรคทั้งหมดสงบลง (single episode in full remission)

6) แบบอื่นๆ หมายความว่า การดำเนินโรคของผู้ป่วยแตกต่างจากที่กล่าวไว้

เกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) ประกอบด้วยเกณฑ์ ดังนี้ (World Health Organization [WHO], 1992)

1. การมีความคิดสะท้อน (Thought echo), มีผู้นำความคิดมาใส่ให้ (thought insertion), มีผู้ถอนความคิดไป (thought withdrawal) และความคิดของตนถูกเปิดเผยแพร่กระจายออกไป (thought broadcasting) เป็นกลุ่มอาการที่แสดงว่ามีความผิดปกติของความคิด

2. Delusion of control, influence หรือ passivity เป็นอาการหลงผิดว่าการเคลื่อนไหวของแขน ขา ความคิด การกระทำ หรือการรับรู้ความรู้สึก ถูกควบคุมโดยอำนาจภายนอก ส่วน delusional perception เป็นอาการหลงผิดเกี่ยวกับสิ่งที่ได้รับรู้จริงๆ เช่น เห็นแพทย์ขยับจมูกไปมา ผู้ป่วยหลงผิดว่าการกระทำเช่นนี้หมายถึง ผู้ป่วยต้องไปบำบัดความใคร่ด้วยตนเอง เป็นต้น

3. มีเสียงหลอนหรือเสียงแว่วที่คอยวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือหูแว่วได้ยินเสียงพูดหลายเสียงกำลังวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับผู้ป่วย หรือเป็นเสียงหลอนที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

4. อาการหลงผิดอย่างอื่นโดยที่อาการหลงผิดนั้นเป็นอยู่เรื่อยๆ และไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมในบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่และเป็นไปไม่ได้ เช่น สร้างเอกลักษณ์ทางศาสนา หรือเอกลักษณ์ทางการเมือง หรือหลงผิดว่าตนเองมีอำนาจหรือพลังเหนือมนุษย์ เช่น มีความสามารถที่จะควบคุมอากาศหรือกำลังสนทนากับมนุษย์ต่างดาว เป็นต้น

5. มีอาการประสาทหลอนอยู่เรื่อยๆ โดยจะเป็นชนิดใดก็ได้ แต่ส่วนมากแล้วจะเป็นประสาทหลอนทางหู และต้องเป็นร่วมกับอาการหลงผิด โดยอาการหลงผิดอาจจะเป็นแล้วหายไปอย่างรวดเร็วหรืออาการหลงผิดเป็นแบบไม่เต็มรูปแบบ หรืออาการประสาทหลอนนั้น เกิดขึ้นทุกวัน เป็นเวลาหลายสัปดาห์หรือหลายๆเดือน

6. กระแสความคิดแตกกระจาย หรือผู้ป่วยเติมความคิดไปมากจนทำให้ความคิดมีลักษณะไม่เชื่อนัยกัน หรือพูดไม่ตรงประเด็น

7. มีพฤติกรรมแบบ catatonia เช่น ทำท่าค้างอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนานๆ หรือทำท่าแข็งทื่อเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) ทำท่าต่อต้าน (negativism) หรือเป็นใบ้ (mutism) หรือมีพฤติกรรมนิ่งเสมือนไม่มีชีวิต

8. มีอาการทางลบ เช่น สีหน้าทื่อไม่แสดงอารมณ์ พูดน้อยมาก การตอบสนองทางอารมณ์ไม่เหมาะสม และความสามารถทางสังคมลดลงจนส่งผลให้ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม ทั้งนี้ต้องแน่ใจว่าอาการในข้อนี้ไม่ได้เกิดจากอารมณ์เศร้าหรือยารักษาโรคจิต

9. มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากในพฤติกรรมส่วนบุคคล และเป็นการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง เช่น เปลี่ยนแปลงไปสู่การไม่สนใจ ไม่มีเป้าหมายในชีวิต เกียจคร้าน หมกมุ่นกับตนเอง แยกตัวออกจากสังคม เป็นต้น

การวินิจฉัยโรคจิตเภทว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทตาม ICD-10 เมื่อผู้ป่วยมีอาการข้อที่ 1 ถึงข้อ 4 ข้อใดข้อหนึ่งอย่างชัดเจน ถ้าหากอาการไม่ชัดเจนนักก็ให้มีอาการ 2 ข้อหรือมากกว่า แต่หากมีอาการตามข้อ 5 ถึงข้อ 8 จะต้องมีอาการอย่างน้อย 2 ข้อ ซึ่งอาการตามเกณฑ์เหล่านี้ต้องเป็นนานอย่างน้อย 1 เดือนหรือมากกว่า ถ้าผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์ดังกล่าวแต่เป็นน้อยกว่า 1 เดือน ไม่ว่าจะเป็นการรักษาแล้วหรือไม่ก็ตามให้วินิจฉัยว่าเป็น acute schizophrenia-like psychotic disorder แต่หากมีอาการนั้นอยู่นานกว่า 1 เดือนจึงวินิจฉัยเป็น โรคจิตเภท

ถ้าผู้ป่วยมีอาการของโรคซึมเศร้าหรืออาการของแมนีอย่างรุนแรงร่วมด้วย จะไม่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จนกว่าจะแน่ใจว่ามีอาการของโรคจิตเภทเป็นก่อนอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนดังกล่าว

สำหรับในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้การวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) ที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชัชวาลย์เกิด โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลชลบุรี

1.5 การดำเนินของโรคจิตเภท (ธวัชชัย สีสหนาจ, 2552)

สามารถแบ่งการดำเนินโรคได้เป็น 2 ช่วงตามระยะเวลา ดังนี้

1.5.1 การดำเนินของโรคระยะต้น ซึ่งประกอบด้วย 3 ระยะ คือ

1.5.1.1 ระยะก่อนป่วย (premorbid) เป็นช่วงระยะเวลาที่มีความบกพร่องเล็กน้อยไม่ชัดเจนของ cognitive function ได้แก่ ระดับเชาว์ปัญญา (IQ) ความใส่ใจ (attention) ความจำที่เกี่ยวกับการพูด (verbal memory) หน้าที่ด้านการบริหาร (executive function) และ motor skills ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำหน้าที่ทางสังคมและการศึกษาเล่าเรียน โดยเฉลี่ยแล้วความบกพร่องเหล่านี้มีเพียงเล็กน้อย เป็นมาตั้งแต่เกิด มีลักษณะคงที่ หรือมี

อาการไม่ชัดเจน (Fuller et al., 2002; Niemi et al., 2003; Zammit et al., 2004 อ้างถึงใน ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2552)

1.5.1.2 ระยะเวลาการนำ (prodromal) เป็นระยะที่นำมาก่อนที่จะเกิดอาการโรคจิต ในระยะนี้บุคคลจะมีลักษณะทั้งทางด้านพฤติกรรมและประสบการณ์เบี่ยงเบนไปจากปกติที่เป็นอยู่เดิม (Yung & McGorry, 1996 อ้างถึงใน ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2552) เช่น มีอารมณ์ซึมเศร้า วิดกกังวล แยกตัวออกจากสังคม มีการเปลี่ยนแปลงของกระบวนการความคิด (thought process) และเนื้อหาความคิด (thought content) ความสนใจลดลง ซึ่งเป็นอาการที่เปลี่ยนไปจากปกติแต่ยังไม่ถึงขั้นที่มีอาการหลงผิด (subdelusional change) อาการผิดปกติเริ่มเกิดขึ้นหลังเข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ (puberty) โดยเฉลี่ยใช้เวลา 2 ถึง 5 ปี การทำหน้าที่ เช่น ด้านการเรียน การทำงาน หรือการดำรงชีวิตในสังคม จะบกพร่องอย่างชัดเจนและเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ และเป็นปัญหาที่นำผู้ป่วยมาพบแพทย์ได้บ่อย (Addington & Addington, 2002 อ้างถึงใน ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2552)

1.5.1.3 ระยะเวลาการโรคจิต (psychotic หรือ active phase) เป็นระยะแสดงอาการโรคจิต โดยจะแสดงในช่วงวัยรุ่นตอนปลายหรือผู้ใหญ่ตอนต้น ผู้ป่วยประมาณร้อยละ 75 มีการเกิดโรคระหว่างช่วงอายุ 15 ถึง 30 ปี (Heiden & Hafner, 2000 อ้างถึงใน ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2552) และครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคจิตเภทจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปเป็นเวลาหลายเดือนถึงหลายปี ส่วนผู้ป่วยอีกครั้งหนึ่งอาการจะเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในเวลาไม่กี่วันหรือไม่กี่สัปดาห์ (Harrison et al., 2001 อ้างถึงใน ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2552) โดยระดับความรุนแรงของอาการต่างๆของโรคทั้งกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ อาการด้านการรู้คิด และอาการด้านอารมณ์ มีความแตกต่างกันได้มากในผู้ป่วยแต่ละราย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1.5.2 การดำเนินของโรคระยะยาว ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีการดำเนินของโรคเรื้อรังและเกิดขึ้นระยะยาวแตกต่างกัน สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีการฟื้นตัวกลับมา จะต้องมีอาการของโรคสงบ (remission) ของอาการของโรค และมีการทำหน้าที่ทางสังคม รวมทั้งการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเต็มที่ แต่ไม่จำเป็นต้องกลับไปสู่ระยะเดิมก่อนการป่วย พบว่าผู้ป่วยร้อยละ 9 ถึง 38 มีการฟื้นตัวกลับมาหลังจากมีการเกิดโรคหนึ่งครั้งหรือหลายครั้ง และสามารถฟื้นตัวกลับมาหลังจากป่วยมาเป็นระยะเวลานานด้วย (Harrison et al., 2001 อ้างถึงใน ธวัชชัย ลีพพานาจ, 2552) แต่หากมีความเรื้อรังของอาการของโรค จะพบการฟื้นตัวกลับมาในผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงพบน้อยมาก

1.6 การรักษาโรคจิตเภท

1.6.1 การรักษาด้วยยา (มานโซซ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) การรักษาด้วยยาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจสำคัญของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆนั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

ยากลุ่มรักษาโรคจิตเภท ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่มหลัก (พิเชษฐ อุดมรัตน์, 2552) ดังนี้

1.6.1.1 ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (First generation antipsychotics) ได้แก่ Trifluoperazine, Pimozide, Chlorpromazine, Fluphenazine, Haloperidol, Flupenthixol เป็นต้น ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมถูกนำมาใช้รักษาโรคจิตเภทมานานหลายสิบปี สามารถลดกลุ่มอาการทางบวก (positive symptom) (Sadock and Sadock, 2003) เช่น อาการหลงผิด หวาดระแวง ประสาทหลอนและกระวนกระวาย (agitation) ได้ดีในโรคจิตเภท เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้น dopamine receptors ในสมองเป็นหลัก (Dopamine receptor antagonists)

1.6.1.2 ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Second generation antipsychotics) เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นทั้งตัวรับสารโดปามีน (dopamine receptors) และตัวรับสารซีโรโทนิน (serotonin receptor) โดยมีประสิทธิภาพในการรักษาเท่าเทียมกับยารักษาโรคจิตรุ่นแรก แต่เกิดผลข้างเคียงของยาชนิด extrapyramidal น้อยกว่า และบางการศึกษาพบว่ากลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทจะตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ได้ดีกว่ากลุ่มเดิม ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น (Van & Marder, 2005)

1.6.1.3 กลุ่มยารักษาโรคจิตอื่นๆ ได้แก่ ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drugs) และยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drugs) ดังนี้

- ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drugs) เป็นกลุ่มยาที่ช่วยลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ได้แก่ Benztropine, Trihexyphenidyl เป็นต้น ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของสารอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ที่ตัวรับในสมองจะทำให้ระดับสารสื่อประสาทชนิดสารโดปามีน (Dopamine) ลดลง (Deirdre & Kirk, 2011)

- ยากลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drugs) เป็นยาต้านอาการซึมเศร้า ส่วนใหญ่ออกฤทธิ์ทำให้การนำสารสื่อประสาทชนิดนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และซีโรโทนิน (Serotonin) กลับเข้าสู่เซลล์ประสาท ทำให้ปริมาณของสารสื่อประสาทระหว่างเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น แบ่งออกเป็น 4 กลุ่มใหญ่ ดังนี้ (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2555: ออนไลน์)

(1) ยากลุ่มไตรไซคลิก (Tricyclic Antidepressants [TCA]) ได้แก่ imipramine, amitriptyline, nortriptyline, clomipramine และ doxepin

(2) ยากลุ่มโมโนเอมีนออกไซด์เดสอินฮิบิเตอร์ (Monoamine oxidase inhibitor) ได้แก่ moclobemide เป็นต้น

(3) ยากลุ่มซีเลคทีฟซีโรโทนินรีอัพเทคอินฮิบิเตอร์ (selective serotonin reuptake inhibitors [SSRI]) มีด้วยกันทั้งหมด 5 ชนิด ได้แก่ fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine,

sertraline และ citalopram เป็นต้น ออกฤทธิ์โดยการยับยั้งการนำสารสื่อประสาทเข้าสู่เซลล์ประสาท(reuptake) เฉพาะระบบซีโรโทนิน (serotonin)

(4) ยากลุ่มใหม่ (new generation) ได้แก่ mianserin, trazodone, tianeptine, bupropion และล่าสุด ได้แก่ venlafaxine และ mirtazapine เป็นต้น

1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy [ECT]) (สุขเจริญญ์ ตั้งวงษ์ไชย, 2552)

การรักษาด้วยไฟฟ้าหรือรักษาแบบกระตุ้นให้ชักด้วยไฟฟ้านั้น เป็นวิธีการรักษาโรคจิตเวชด้วยการใช้กระแสไฟฟ้ากระตุ้นสมองผ่านขั้วไฟฟ้า (electrode) ที่วางบริเวณศีรษะของผู้ป่วย เพื่อเหนี่ยวนำให้เกิดการชัก ซึ่งเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพที่ดีที่สุดวิธีหนึ่งในการรักษาอาการโรคจิตที่ต้องการผลการรักษาแบบเร่งด่วน ซึ่งอาจทำแบบวางยาสลบ (modified) หรือไม่วางยาสลบก็ได้ (unmodified) ก็ได้ การรักษาด้วยไฟฟ้ามักจะทำติดต่อกัน 3 ครั้งต่อสัปดาห์

1.6.3 การรักษาด้านจิตสังคม (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555)

การรักษาทางจิตสังคมเป็นส่วนสำคัญของการรักษาอย่างยิ่ง เนื่องมาจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะผู้ป่วยอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่หากไม่ได้รับการช่วยเหลือแก้ไข เช่น อาการทางลบ ผู้ป่วยจะท้อแท้หมดกำลังใจ มักไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ดังนั้นผู้รักษาจึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมเพื่อให้การช่วยเหลือได้ในทุกด้าน การบำบัดที่มีกนิยมใช้มีดังนี้

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามเป็นจริงและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในสถานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่ตนมันทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำแก่ครอบครัว (psychoeducation or family counseling) ผู้ปกครองมักกล่าวโทษตนเองว่าเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดีจึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต หรือบางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกดดัน ดังนั้นการทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค รวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติตนผู้ป่วย สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ได้แก่ การจัดกิจกรรมต่างๆภายในหอผู้ป่วย การจัดสิ่งแวดล้อมในหอ

ผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมในบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ป่วย ซึ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด (เพชร คันธสายบัว, 2550) หลักการพยาบาลมีดังนี้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2554)

1.7.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการดูแลตนเองและภาวะด้านสุขอนามัยไม่ดี ดังนั้นในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นจากการส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขภาพอนามัยทั่วไป

1.7.2 การพยาบาลด้านความคิด เป็นสิ่งที่ผู้ให้การพยาบาลควรทำคือ การหาความหมายของความคิด ซึ่งได้จากการสนทนากับผู้ป่วย การสังเกตพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก และสิ่งสำคัญที่พยาบาลที่พยาบาลต้องทำ คือ การให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง

1.7.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติต่างๆ ควรเสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.7.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข ซึ่งผู้ป่วยอาจจะมีความวิตกกังวลที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านที่ยังเหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมพื้นฐาน ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลรอบข้างรังเกียจผู้ป่วย

2. ระบบบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลศูนย์

2.1 ระบบบริการด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลศูนย์

โรงพยาบาลศูนย์ในประเทศไทยที่ให้บริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ในเขตสาธารณสุขทั้ง 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ รวมทั้งหมด 20 แห่ง ประกอบด้วย (สารานุกรมเสรี, 2558: online)

ภาคเหนือ 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลอุตรดิตถ์ จังหวัดอุตรดิตถ์

ภาคกลาง 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยมราช จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา

ภาคตะวันออก 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง

ภาคใต้ 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต

องค์การอนามัยโลกได้กำหนดปัญหาของโรคจิตเภทเป็นปัญหาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชที่สำคัญและเร่งด่วน โดยสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละภูมิภาค โดยพัฒนาระบบบริการด้านสุขภาพจิตของโรงพยาบาลศูนย์ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการบริการได้สะดวกและมีมาตรฐาน ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้ (สุวัฒน์ มหัตนรินทร์กุล, 2555)

2.1.1 ด้านบุคลากร การบริการของโรงพยาบาลศูนย์มีทีมบุคลากรจากสุขภาพจิตที่มีความรู้พื้นฐานและทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างพอเพียง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีมาตรฐาน โดยมีพยาบาลผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชผ่านการอบรมหลักสูตรเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช (หลักสูตร 4 เดือน) หรือจบการศึกษาระดับปริญญาโทสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จิตแพทย์เป็นผู้ทำหน้าที่บำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลให้เป็นไปอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ และมีทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เข้ามาร่วมดูแลและรับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชของโรงพยาบาลตามความจำเป็นและบริบทของโรงพยาบาล

2.1.2 ด้านสถานที่บริการ มีการจัดคลินิกสุขภาพจิตและจิตเวชแยกเฉพาะเป็นสัดส่วนที่งานผู้ป่วยนอก โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว และความปลอดภัยต่อทั้งผู้รับบริการและผู้ให้บริการ มีหอผู้ป่วยเฉพาะสำหรับผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งเครื่องมือและอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่จำเป็น

2.1.3 ด้านระบบบริการ

- โรงพยาบาลศูนย์สามารถให้การตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคทางจิตเวชได้ครอบคลุมและถูกต้องทั้ง 8 โรค คือ โรคจิตเภท ผู้ป่วยสารเสพติด โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน ผู้ป่วยระบบประสาท ผู้ป่วยฆ่าตัวตาย และปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ รวมทั้งสามารถให้การรักษาแบบผู้ป่วยในได้ทั้งในกรณีที่มีอาการซับซ้อนและไม่ซับซ้อน

- ทีมสุขภาพจิตสามารถบูรณาการการดูแลทางสังคมและจิตใจ เข้าไปอยู่ในงานประจำของงานบริการทุกส่วนของโรงพยาบาล โดยใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจถึง

ปัจจัยต่างๆ ทางสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

- การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิตให้กับผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ป่วย ประชาชนที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและประชาชนที่จัดอยู่ในกลุ่มปกติ โดยเปิดโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายเข้ามามีส่วนร่วมในงานจิตเวชของโรงพยาบาล

- มีการวางแผนบริหารจัดการระบบยา โดยกำหนดให้มียาจิตเวชสำรองไว้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาล และสำรองไว้สนับสนุนหน่วยงานอื่นๆ ที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และหน่วยบริการปฐมภูมิที่เป็นลูกข่าย เป็นต้น มีระบบควบคุมการกระจายยา การจัดเก็บที่มีประสิทธิภาพ และติดตามความคลาดเคลื่อนจากการใช้ยาของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาที่มีคุณภาพอย่างถูกต้อง อีกทั้งมีการบันทึกประวัติการใช้ยาจิตเวช วิเคราะห์ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้ยาและวางแผนการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย

2.1.4 ด้านการส่งต่อ มีการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนแก่หน่วยบริการที่มีลักษณะเฉพาะในระดับสูงขึ้น โดยการสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย รวมทั้งส่งต่อข้อมูลที่เป็นจำเป็นให้กับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

2.1.5 ด้านการติดตามดูแล มีระบบการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล และติดตามไปในชุมชนได้มากกว่าร้อยละ 80 และสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.2 ทีมสุขภาพจิต

กรมสุขภาพจิตได้กำหนดบทบาทหน้าที่การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของทีมสุขภาพจิตในแต่ละวิชาชีพ ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2551)

2.2.1 แพทย์ มีบทบาทในการวินิจฉัยโรคเน้นการรักษาด้วยยา การรักษาด้วยไฟฟ้า การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค ให้การรักษา ประเมินการใช้ยา ติดตามและควบคุมอาการทางจิต ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาต่อเนื่องกับผู้ป่วย

2.2.2 พยาบาล มีบทบาทบำบัดทางการพยาบาล ประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วย ญาติและผู้ดูแล เพื่อนำมาหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย โดยให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล เน้นให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบและปลอดภัย การทำหน้าที่ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพจิตเพื่อการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้าน และการให้การปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนในเครือข่าย

2.2.3 เภสัชกร มีบทบาทหน้าที่ในการติดตามผลหลังการใช้ยา การปรึกษากับแพทย์ พยาบาล และเภสัชกร มีการวางแผนในกา จำหน่าย ให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา

2.2.4 นักจิตวิทยา มีบทบาทในการประเมินทางจิตวิทยา โดยใช้เครื่องมือทางจิตวิทยา การสัมภาษณ์เพื่อหาสาเหตุของการเจ็บป่วย ให้การบำบัดทางจิตรายบุคคล มีการประเมินสภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยเป็นหลัก การทำกลุ่มจิตวิเคราะห์ และการทำกลุ่มภาพสะท้อน

2.2.5 นักสังคมสงเคราะห์ มีบทบาทในการประเมินปัญหาทางสังคมสาเหตุการเจ็บป่วยหรือการป่วยซ้ำ เพื่อเป็นข้อมูลเกี่ยวกับการรักษาและการวางแผนในการจำหน่าย การให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิในการรักษาพยาบาลที่พึงได้รับตามกฎหมาย การร่วมกันวางแผนกับทีมสหวิชาชีพในการประเมินครอบครัว มีการติดตามเยี่ยมบ้านกับทีมสหวิชาชีพ ส่งเสริมให้มีการจ้างงานในชุมชน รวมถึงการจัดตั้งองค์กรเครือข่าย ชมรมญาติเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำต่อไป

2.3 บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศูนย์

บทบาทพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลศูนย์ มีเป้าหมายในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมการป้องกันการกลับป่วยซ้ำของโรคจิตเภท โดยใช้กระบวนการพยาบาลให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต, 2556) ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งเชิงรับในโรงพยาบาลและการให้บริการเชิงรุก ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2551)

2.3.1 พยาบาลมีบทบาทในการบำบัดทางการพยาบาล โดยมีหน้าที่ประเมินสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทให้ครอบคลุมทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ รวมถึงความเสี่ยง และข้อจำกัดต่างๆ ของครอบครัวและผู้ดูแล เพื่อนำมาวางแผนหาแนวทางในการดูแลผู้ป่วย

2.3.2 ปฏิบัติการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลให้มีความสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายของการพยาบาล คือ การช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี มีการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การกระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัด การบำบัดทางจิตแบบรายบุคคลและรายกลุ่ม การลดความตึงเครียดหรือความตึงเครียด ส่งผลให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้สึกผ่อนคลาย

2.3.3 การส่งเสริมสุขภาพให้แก่ผู้ป่วยจิตเภท เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติและการคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี

2.3.4 พยาบาลมีบทบาทหน้าที่ในการประสานความร่วมมือกับทีมสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์เภสัชกร นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อร่วมกันการติดตามดูแลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลไปในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และสามารถสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2.3.5 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ โดยครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

2.3.6 การจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนแก่เครือข่ายผู้ดูแล เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล และการให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยของชุมชนในเครือข่าย เพื่อส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ซึ่งทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทยิ่งขึ้น

2.3.7 พยาบาลมีบทบาทในการส่งต่อผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนไปยังหน่วยบริการที่มีลักษณะเฉพาะในระดับสูงขึ้น โดยการสื่อสารปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ชัดเจน โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ รวมทั้งการรับส่งต่อข้อมูลที่จำเป็นให้กับโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

3. แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับ

3.1 ความหมายของอาการนอนไม่หลับ

American Psychiatric Association (2000) ได้ให้ความหมายว่า อาการนอนไม่หลับ (Insomnia) คือ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (early morning awakening) โดยมีอาการอย่างน้อย 1 เดือน ความแปรปรวนของการนอนหลับอาจมีความเกี่ยวข้องกับความอ่อนล้าในเวลากลางวัน เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความทุกข์ทรมาน (distress) บกพร่องทางสังคม บกพร่องในการประกอบอาชีพ หรือการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ

Glovinsky & Speilman (2005) ได้ให้ความหมายว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึง อาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) คือการใช้เวลาในการนอนจนกระทั่งหลับมากกว่า 30 นาที และการตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) คือภาวะเมื่อนอนหลับแล้วมีอาการตื่นเป็นระยะในช่วงที่นอนหลับ แล้วใช้เวลา นานมากกว่า 10 นาที ในการเริ่มต้นการนอนใหม่อีกครั้ง ซึ่งเป็นความบกพร่องของความต่อเนื่องของการนอนหลับและการนอนหลับลึกลดลง ทำให้มีอาการไม่สดชื่นหลังตื่นนอน จึงเป็นความผิดปกติทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ เรียกได้ว่า การนอนหลับล้มเหลว (broken sleep)

Banno & Kryger (2006) กล่าวว่า อาการนอนไม่หลับมีลักษณะอาการ ได้แก่ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง และการมีคุณภาพการนอนลดลง แม้จะมีเวลาสำหรับการนอนมากก็ตาม และได้รับผลเนื่องมาจากการนอนหลับในช่วงเวลากลางวัน เพราะความอ่อนล้า ความง่วง มีอารมณ์แปรปรวน การบกพร่องของความคิด และการขาดปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและการไม่ได้ประกอบอาชีพ

World Health Organization (2007) ได้ให้ความหมายว่า อาการนอนไม่หลับเป็นลักษณะอาการนอนหลับไม่เพียงพอทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ ประกอบด้วย การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) การตื่นเร็วกว่าปกติ (early morning awakening) อาการนอนไม่หลับเกิดขึ้นได้บ่อยมากในผู้ป่วยที่มีความเจ็บป่วยทางจิตและความเจ็บป่วยทางกายต่างๆ

Passarelle & Doung (2008) ได้ให้ความหมายว่า อาการนอนไม่หลับได้จากบอกกล่าว ของความผิดปกติของการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการนอน เป็นผลเนื่องจากความอ่อนล้าในช่วงกลางวัน ความหงุดหงิดและการมีสมาธิลดลง

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสรุปได้ว่า อาการนอนไม่หลับ หมายถึงการเปลี่ยนแปลงของการนอนหลับทั้งด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับตามการรับรู้ของบุคคล โดยมีอาการดังกล่าวต่อไปนี้อย่างน้อยหนึ่งอาการ หรือมากกว่าหนึ่งอาการในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ได้แก่ การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ อาการต่างๆ ที่เกิดขึ้นส่งผลให้เกิดความทุกข์ทรมาน และมีผลกระทบต่อการใช้สัมพันธภาพกับสังคม การประกอบอาชีพ และการดำเนินชีวิตประจำวัน

3.2 ประเภทของการนอนไม่หลับ แบ่งประเภทของการนอนไม่หลับไว้ 3 ระบบ ดังนี้

3.2.1 ประเภทของการนอนไม่หลับแบ่งตามลักษณะอาการอาการนอนไม่หลับแบ่งเป็น 4 ลักษณะ ประกอบด้วย การนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอน (difficulty initiating sleep) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (difficulty maintaining sleep) การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (early morning awakening) และมีอาการง่วงนอนแม้จะนอนหลับเพียงพอ (non restorative sleep)

3.2.2 ประเภทของการนอนไม่หลับแบ่งตามระยะเวลาการเกิดอาการเป็นวิธีการแบ่งประเภทของการนอนไม่หลับตามระยะเวลา เพื่อบ่งชี้ อาการนอนไม่หลับแบบหลับเรื้อรัง (long-term) หรืออาการนอนไม่หลับแบบไม่เรื้อรัง (transient) สำหรับอาการนอนไม่หลับแบบเรื้อรังนั้นจะระยะเวลาของจะมีอาการนอนไม่หลับเป็นเวลา 1 เดือนขึ้นไป ส่วนอาการนอนไม่หลับแบบไม่เรื้อรังหรือแบบสั้น เกิดขึ้นได้บ่อยโดยมีระยะเวลาอาการนอนต่อเนื่องกันน้อยกว่า 2 สัปดาห์ เป็นผล

เนื่องจากได้รับการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมกิจกรรมทางสังคม เช่น การทำงานเป็นกะ การสูญเสียของคนทีรัก หรือเสียงดังรบกวน เป็นต้น (National Institutes of Health, 2005)

3.2.3 ประเภทของอาการนอนไม่หลับแบ่งตามสาเหตุของการเกิดโรค ได้แก่

อาการนอนไม่หลับชนิดปฐมภูมิ (primary insomnia) คืออาการนอนไม่หลับที่ไม่ได้มีสาเหตุมาจากโรคทางจิตเวชหรือโรคทางกายใดๆ แต่เป็นความผิดปกติของการนอนโดยตรงและตอบสนองต่อการรักษา โรคที่พบบ่อย ได้แก่ obstructive sleep apnea [OSA] และ restless leg syndrome (พิเชษ อุดมรัตน์, 2548; Doghrmji, 2006)

อาการนอนไม่หลับชนิดทุติยภูมิ (secondary insomnia) คืออาการนอนไม่หลับที่มีสาเหตุมาจากโรคทางจิตเวชโรคทางกาย หรือการใช้สารเสพติด National Institutes of Health (2005) ได้เรียกความผิดปกติของการนอนไม่หลับชนิดนี้ว่า Comorbid insomnia (Doghrmji, 2006)

3.3 แนวคิดทฤษฎีการนอนไม่หลับ

แนวคิดทฤษฎีการนอนไม่หลับ ถูกสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Spielman (1986) กล่าวไว้ว่า อาการนอนไม่หลับ เป็นผลจากปัจจัยต่างๆรวมกัน 3 ปัจจัย ได้แก่ ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) และปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) ซึ่งได้ตรวจสอบหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งหมดจากทั้งผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและมีความเจ็บป่วยในหลากหลายกลุ่ม

แนวคิดทฤษฎีการนอนไม่หลับนี้ได้รับการพัฒนาฉบับล่าสุดถูกเรียกว่า The 3P Model of Insomnia (Glovinsky & Speilman, 2005) ใช้หาสาเหตุหรือปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับอย่างเป็นหมวดหมู่ ซึ่งประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลัก ดังนี้

(1) ปัจจัยโน้มนำ (predisposing factors) เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นลักษณะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ และลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่อยู่ในตัวบุคคล ที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ และโน้มนำให้เกิดอาการนอนไม่หลับได้อย่างรวดเร็ว เช่น เพศ อายุ ในวัยเด็กมีลักษณะอาการนอนหลับดีหรือไม่ดี อาจต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบันได้ หรืออาจเป็นลักษณะที่รับมาโดยอ้อมที่นำไปสู่อาการนอนไม่หลับ เช่น การตื่นตัวมากเกินไปที่แสดงออกทางร่างกาย (physical hyperarousal) การตื่นตัวมากเกินไปที่แสดงออกทางความรู้สึก (cognitive hyperarousal) การทำงานในเวลากลางคืนจนตีกตื้น (night owls) การตื่นนอนแต่เช้าตรู่ (morning larks) มีความวิตกกังวล หรือมีอาการซึมเศร้า

(2) ปัจจัยกระตุ้น (precipitating factors) เป็นปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งกระตุ้นให้เกิดอาการนอนหลับแปรปรวน ปัจจัยกระตุ้นนี้เป็นการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้ขาดสมดุลของเวลาการนอนหลับและการตื่น ทั้งจากเหตุการณ์กระตุ้นแบบทันทีที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เช่น ความเจ็บปวดจากภาวะหมอนรองกระดูกเคลื่อนทับเส้นประสาท การรักษาที่ได้รับ

การสูญเสียบุคคลที่รัก การสับสนจากการเกษียณอายุการทำงาน หรือมีความวิตกกังวลจากการต้องออกจากงานเดิมและการต้องรับผิดชอบงานใหม่ เป็นต้น และเหตุการณ์กระตุ้นแบบค่อยๆเกิดขึ้น เช่น ความเครียดเมื่อชีวิตคู่ล้มเหลว การเรียนตึกซ้ำชั้น ผลกระทบจากการใช้ยาหรือสารเสพติด เป็นต้น

(3) ปัจจัยคงอยู่ (perpetuating factors) เป็นปัจจัยที่ทำให้การนอนหลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง โดยปัจจัยเหล่านั้น ได้แก่ การมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการนอนหลับหรือการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับไม่ดี เช่น การใช้เวลาอยู่บนเตียงนานเกินไป การใช้เตียงหรือห้องนอนสำหรับคิดถึงปัญหาต่างๆ รวมถึงการปฏิบัติตนไม่สอดคล้องกับการนอนหลับที่ดี เช่น การดื่มกาแฟ การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา และการรีบหลับในเวลากลางวัน เป็นต้น

ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการนอนไม่หลับ The 3P Model of Insomnia ของ Glovinsky & Spielman (2005) เพราะเป็นแนวคิดที่กล่าวถึงปัจจัยในการนำไปสู่อาการนอนไม่หลับไว้อย่างชัดเจน และเป็นแนวคิดที่ได้รับความนิยมมากที่สุด ทำให้เกิดความเข้าใจในการศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการตรวจสอบหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับทั้งหมด ทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดีและผู้ที่มีความเจ็บป่วยในหลากหลายกลุ่ม

3.4 สรีรวิทยาของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

การควบคุมการนอนหลับเป็นวงจรที่มีความซับซ้อน มีการศึกษาพบความผิดปกติของโครงสร้างสมองของผู้ป่วยจิตเภท ช่องว่างในสมองขยายใหญ่กว่าปกติ และมีความผิดปกติของสารเคมีของเซลล์ในสมอง จึงส่งผลทำให้สมองส่วน brain stem ที่ควบคุมวงจรการนอนหลับระยะ NREM sleep และ REM sleep cycle ผิดปกติ (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550)

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาพบว่าอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากสารสื่อประสาทที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับหลายชนิดเข้ามาเกี่ยวข้อง ชนิดที่สำคัญที่สุดในผู้ป่วยจิตเภทคือ สารอะซีทิลโคลีน (acetylcholine) ซึ่งเกิดจากการกระตุ้นไวเกินของสารสื่อประสาทโคลิเนอร์จิก (cholinergic hypersensitivity) ซึ่งถูกปล่อยออกมาจากเซลล์ประสาทที่อยู่ในส่วน dorsal tegmentum จึงเป็นสาเหตุทำให้วงจรการนอนหลับใน REM latency ของผู้ป่วยจิตเภทสั้นลง (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550 Jaime et al., 2013) และพบว่าสมองของผู้ป่วยจิตเภทมีการทำงานไวเกินของสารโดปามีน โดยสมองผลิตและหลั่งสารสื่อประสาทโดปามีนเพิ่มขึ้นบริเวณ striatum แล้วจับกับตัวรับสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) เพิ่มขึ้น และยังพบความบกพร่องของปริมาณสารเมลาโทนิน (melatonin) ในสมองของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำหน้าที่ยับยั้งการสร้างและปล่อยสารโดปามีนลดลง จึงเป็นสาเหตุทำให้วงจรการนอนหลับในระยะ NREM sleep ระยะที่ 3 และ 4 สั้นลง ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมดลดลง (Total sleep times) และประสิทธิภาพของการนอนหลับลดลง (Sleep efficiency) (Carlsson et al., 2001; Abi-Dargham, 2004; Jaime et al., 2013; Maysah, 2013)

3.5 อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท

การนอนหลับและการตื่นเป็นธรรมชาติที่สำคัญของชีวิตมนุษย์ที่สลับและหมุนเวียนกันไปเป็นวงจร 1 ใน 3 ของชีวิต (สุรชัย เกื้อศิริกุล, 2555) การนอนเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานในการมีสุขภาพดีและคุณภาพชีวิตที่ดี วงจรการนอนหลับมีความเกี่ยวข้องกับการทำงานของระบบประสาท ระบบต่อมไร้ท่อและปัจจัยต่างๆที่ควบคุมโดยระบบประสาทส่วนกลาง อาการนอนไม่หลับจึงส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตมากมาย (Vene et al., 2004)

อาการนอนไม่หลับในผู้ป่วย เป็นความผิดปกติที่สำคัญทำให้ผู้ป่วยเกิดความทุกข์ทรมาน อาจไม่มีอาการแสดงออกทางด้านร่างกายชัดเจน แต่ผู้ป่วยมักมีอาการแสดงออกทางด้านอารมณ์ที่ผิดปกติ และทำให้เกิดความวิตกกังวล จนกระทั่งผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับรุนแรง อาการนอนไม่หลับมักเป็นอาการนำ (Prodromal symptoms) ของการกลับป่วยซ้ำ (Chemerinski et al., 2002; Monti & Monti, 2004) จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทของ Raphael et al. (2012) พบความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไนจีเรียเป็นจำนวนมาก คิดเป็นร้อยละ 20.1 สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีนมีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนร้อยละ 21.2 การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยากร้อยละ 23.6 การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ร้อยละ 11.9 สำหรับในประเทศไทยมีการรายงานพบว่า ปัญหาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการเตือน (early warning signs) ของการกลับป่วยซ้ำที่พบมากเป็นอันดับ 1 จากการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ญาติผู้ป่วยและจิตแพทย์ พบปัญหาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 66.7 (ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลัยณ์, 2553) แสดงให้เห็นว่าในผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาอาการนอนไม่หลับเป็นจำนวนมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงร้อยละ 68 และเพศชายร้อยละ 32

จากหลายการศึกษาอาการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวทั้งในขณะมีอาการและระยะไม่มีอาการทางจิต จากการศึกษาตัวแปรทางสรีรวิทยาขณะหลับ (Polysomnographic [PSG]) ของผู้ป่วยจิตเภทขณะมีอาการทางจิต พบมีความผิดปกติของอาการนอนหลับในระยะ REM sleep สั้นลง ระยะเวลาของการนอนหลับทั้งหมดลดลง (Total sleep times) และประสิทธิภาพของการนอนหลับลดลง (Sleep efficiency) (Monti & Monti, 2004; Kathleen, 2006; สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) นอกจากนี้ยังพบว่าระยะเวลาการเริ่มต้นในนอนหลับ (Sleep onset latency) มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการรู้คิด ซึ่งมีการศึกษาเพื่อยืนยันการมีประสิทธิภาพของอาการนอนหลับลดลงจากสาเหตุของอาการทางจิตกำเริบ (Zarcone & Benson, 1997) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีความบกพร่องเรื่องการตีความสิ่งต่างๆ และการตอบสนองบกพร่อง รวมทั้งไม่สามารถคิด

อย่างเป็นทางการเป็นผลเนื่องจากอาการนอนหลับระยะ slow wave sleep ลดลง (Goder et al., 2004) ส่วนความแปรปรวนของการนอนหลับระยะ REM sleep ของผู้ป่วยจิตเภทน้อยกว่าในระยะ slow wave sleep

ในการศึกษาที่ผ่านมาพบช่วงของอาการนอนหลับระยะ REM sleep ของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตลดลงระดับปานกลางร้อยละ 5 และระยะเวลาของการเข้านอนจนกระทั่งหลับลึก (REM latency) ลดลงมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิต (Monti & Monti, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของ Poulin et al. (2003) พบอาการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทระยะ REM sleep มีความสัมพันธ์ทางลบกับกลุ่มอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ กลไกการเกิดการนอนหลับระยะ REM latency สิ้นลง มีต้นเหตุมาจากความผิดปกติของการไวเกินของสารสื่อประสาทชนิดโคลิเนอร์จิก (Cholinergic hypersensitivity) ดังนั้นการรักษาผู้ป่วยจิตเภทด้วยยา กลุ่มแอนตี้โคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drugs) จะทำให้ระยะเวลาในการเข้าสู่การนอนระยะ REM sleep นานขึ้น แต่ไม่นานเท่าคนปกติ และพบวงจรการนอนหลับระยะ NREM sleep ในช่วง Slow wave sleep ระยะที่ 4 ลดลงประมาณร้อยละ 50 และความลึกของคลื่นเดลต้า (delta wave) น้อยลงด้วย (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2550)

3.6 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยได้คัดเลือกตัวแปรจากแนวคิดของ Glovinsky & Spielman (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยในต่างประเทศที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งมีรายละเอียดต่อไปนี้

3.6.1 ปัจจัยโน้มนำ(predisposing factors)

1) อายุ

ราชบัณฑิตยสถาน (2555) ให้ความหมายไว้ว่า อายุ หมายถึง ระยะเวลาที่คนคนหนึ่งมีชีวิตอยู่นับตั้งแต่เกิดมา หน่วยของอายุจะใช้เป็นวันเดือน หรือ ปี ก็ได้ แต่เมื่อใช้หน่วยใดแล้ว จะนับอายุเต็มหน่วยนั้น เช่น อายุ 1 วัน หมายถึงมีอายุครบ 1 วันบริบูรณ์ ถ้ายังไม่ครบ 1 วัน เรียกว่ามีอายุ 0 วัน กล่าวอีกนัยหนึ่ง เมื่อนับอายุด้วยหน่วยใดแล้ว จะนับอายุเป็นจำนวนของหน่วยนั้น เมื่อครบรอบวันเกิดครั้งสุดท้าย

สารานุกรมเสรี (2556) ให้ความหมายไว้ว่า อายุคือการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่เปลี่ยนไปตามกาลเวลา โดยมากจะนับเป็นจำนวนเต็มปี หรือเป็นเดือนสำหรับเด็กเล็ก

สรุปได้ว่าอายุ หมายถึง ระยะเวลาของชีวิตนับตั้งแต่แรกเกิด โดยส่วนใหญ่จะนับหน่วยของอายุเป็นปี หรือเป็นเดือนในเด็กเล็ก

ความสัมพันธ์ของอายุกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

อายุมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของอาการนอนไม่หลับตั้งแต่ระยะการเริ่มต้นเข้านอน อาการนอนหลับอย่างต่อเนื่อง และระยะเวลาของอาการนอนหลับ ระยะเวลาในการนอนหลับทั้งหมด รวมทั้งความสามารถในการเข้านอนจนกระทั่งหลับลดลงเมื่ออายุมากขึ้น (Floyd et al., 2000) สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมานั้นมีการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบว่า ปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทมีความแตกต่างกันในช่วงอายุที่ต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบว่าอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 เนื่องจากเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างของสมองและกระบวนการเมตาบอลิซึมของร่างกายเสื่อมลงทำให้เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนและวัยสูงอายุ มักส่งผลกระทบต่อรูปแบบการนอนเป็นแบบหลับตื่น นอนหลับไม่ต่อเนื่อง และเจ็บหลับในเวลา กลางวันมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) จึงเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของอายุ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน

2) เพศ

ราชบัณฑิตยสถาน (2527) ให้ความหมายไว้ว่า เพศ หมายถึง รูปลักษณะที่แสดงให้รู้ว่าเป็น หญิงหรือเป็นชาย ในคำว่า สตรีเพศ บุรุษเพศ

สารานุกรมเสรี (2556) ให้ความหมายไว้ว่า เพศ หมายถึง ลักษณะทางชีววิทยาของบุคคล ที่ แบ่งเป็นเพศหญิง และเพศชาย

สรุป เพศ หมายถึง ลักษณะทางสรีระวิทยาของบุคคล ที่บ่งชี้ว่าบุคคลนั้นเป็นเพศชาย หรือ เพศหญิง

ความสัมพันธ์ของเพศกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

เพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับได้มากกว่าเพศชาย เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยา เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยาและสภาพจิตใจในเพศหญิงและเพศชายต่างกัน ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่นสำหรับเพศหญิง ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจาก อาการปวดประจำเดือน การคัดตึงเต้านม และการถูกรบกวนจากสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียด เกิดขึ้นในเพศหญิงได้ง่ายกว่าเพศชาย การตั้งครรภ์ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพ มากมาย เช่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดท้อง ตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดแสบยอดอก และ ความรู้สึกไม่สบายจากทารกดิ้นในครรภ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ง่าย มีความวิตกกังวล เกี่ยวกับการคลอดบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ระยะหมดประจำเดือน ผู้ป่วยจะแสดงอาการที่เป็นผลมา จากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกง่าย ผิวหนัง บางลง คั้นตามร่างกาย อารมณ์หงุดหงิดง่าย การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพ

และปริมาณของการนอนหลับ ซึ่งส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนของรูปแบบการนอน (Krishnan & Collop, 2006) สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบความชุกของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงเพศหญิงร้อยละ 68 และเพศชายร้อยละ 32 จึงเป็นที่น่าสนใจในการศึกษาถึงความสัมพันธ์ของเพศกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน

3) ภาวะซึมเศร้า

Beck et al. (1979) กล่าวว่าภาวะซึมเศร้าเกิดจากการคิดที่บิดเบือนไปในทางลบของบุคคล ทั้งต่อตนเอง สิ่งแวดล้อมหรือโลก และอนาคตของเขา ความคิดที่บิดเบือนไปในทางลบเหล่านี้ จะมีลักษณะเนื้อหาของความคิดที่บิดเบือนไป คือ การสรุปความโดยปราศจากหลักฐานที่เพียงพอ การเลือกสนใจคิดเฉพาะด้านลบ การคิดการแปลความเกินกว่าพื้นฐานความเป็นจริง การขยายต่อเติม หรือการตัดทอนเรื่องราว การคิดเอนเอียงไปเกี่ยวข้องกับเหตุการณ์ที่ไม่เกี่ยวข้องกับตนเอง และการคิดเพียงด้านใดด้านหนึ่งมากกว่าการคิดถึงข้อมูลที่สมบูรณ์ทั้งหมด

ภิญโญภัส พันธุ์ดนตรี (2554) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าเป็นอารมณ์ในแง่ลบ เช่น โศกเศร้า เสียใจ โดดเดี่ยว เชื่องช้า มีความคิดในทางด้านลบต่อตนเอง เช่น ตำหนิตนเอง ต้องการที่จะหลีกหนี และลงโทษตนเองหรืออยากตาย มีอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ สูญเสียแรงขับทางเพศ มีกิจกรรมต่างๆ เปลี่ยนไปจากเดิม เช่น กิจกรรมทางกายลดน้อยลง และเชื่องช้า

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2554) ให้ความหมายภาวะซึมเศร้าว่า เป็นการที่บุคคลมีความผิดปกติทางอารมณ์ อย่างเด่นชัดโดยแสดงออกถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติร้องมากปฏิเสธสังคม กับผู้อื่น อ่อนเพลีย ไม่มีแรง หดหู่ใจ และอยากตาย

สรุป ภาวะซึมเศร้า หมายถึง ความผิดปกติทางอารมณ์ไปในด้านลบต่อตนเองและสิ่งแวดล้อม ทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต โดยแสดงอาการถึงอารมณ์เศร้ามากผิดปกติ ได้แก่ อาการร้องไห้เศร้า โศก หลีกหนีสังคม หดหู่ใจ กล่าวโทษตนเอง และความรู้สึกอยากตาย

ความสัมพันธ์ของภาวะซึมเศร้ากับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจ พบว่าเป็นสาเหตุหลักของอาการนอนไม่หลับมากที่สุดในการบรรเทาความผิดปกติทางสุขภาพจิต (Michael, 2009) ลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ ความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สับสน เบื่อหน่าย การตัดสินใจยากเกี่ยวกับสิ่งต่างๆทั้งในอดีต ปัจจุบัน และอนาคต เหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นการรบกวนความรู้สึกและความคิด ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดแรงผลักดันและแสดงอาการเปลี่ยนแปลงที่ผิดปกติทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิดและร่างกาย ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา จากการศึกษาของปริยนันท์ สละสวัสดิ์ (2546) พบ

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความชุกของภาวะซึมเศร้าร้อยละ 36 และการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทพบการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบว่า หากผู้ป่วยจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้มีอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 1.56 เท่า เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินอาการซึมเศร้า

ประเภทที่ 1 แบบวัดอาการซึมเศร้าโดยแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ประเมิน

1) Hamilton Rating Scale for Depression [Ham-D] สร้างขึ้นครั้งแรกในปี 1960 ใช้วัดระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าในผู้ใหญ่ และเพื่อแบ่งกลุ่มผู้ป่วยโรคซึมเศร้าตามลำดับความรุนแรงของโรค และเป็นประโยชน์ในการติดตามประเมินผลการรักษา แปลเป็นฉบับภาษาไทย โดยมานิช หล่อตระกูล, ปราโมช สุคนิชย์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง (2539)

2) Montgomery-Asberg Depression Rating Scale [MADRS] สร้างขึ้นโดยมอนท์โกเมอรี และแอสเบอร์ก (Montgomery & Asberg, 1979) ซึ่งมีจุดประสงค์เพื่อประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะซึมเศร้า ใช้ในการประเมินการเปลี่ยนแปลงในการรักษาและเป็นเครื่องมือสำหรับแพทย์หรือผู้ประเมินที่ไม่ได้ผ่านการอบรมเฉพาะทางด้านจิตเวช แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย รณชัย คงสกุล และคณะ (2539) มีข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือต้องใช้การสัมภาษณ์ประกอบการสังเกตสภาพจิตจึงจะได้ผลที่สมบูรณ์ เหมาะกับการประเมินในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Calgary Depression Scale for Schizophrenia) ที่สร้างขึ้นโดย Addington et al. (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2553) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ โดยสามารถแยกอาการซึมเศร้าออกจากอาการทางจิตด้านลบ หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาต้านอาการทางจิตด้วย

ประเภทที่ 2 การประเมินภาวะซึมเศร้า โดยการประเมินตนเอง (Self-report) ซึ่งนิยมใช้อย่างแพร่หลาย เนื่องจากประหยัดเวลาในการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลซ้ำได้

1) Beck Depression inventory [BDI] สร้างขึ้นโดย Beck ในปี 1961 ได้มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง เป็นคำถามเกี่ยวกับทางด้านจิตใจและร่างกาย เป็นแบบประเมินที่ใช้ง่าย ประเมินซ้ำได้ ใช้ประเมินระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้าซึ่งแบ่งเป็น 5 ระดับได้แก่ ภาวะซึมเศร้าในช่วงปกติ

อาการซึมเศร้าระดับเล็กน้อย ภาวะซึมเศร้าระดับปานกลาง ภาวะซึมเศร้าระดับมาก และภาวะซึมเศร้าระดับรุนแรง (ลัดดา แสนสีหา, 2536)

2) Zung Self-Rating Depression Scale [Zung SDS] สร้างขึ้นโดย Zung (1982) สร้างขึ้นมาเพื่อประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้า เน้นการประเมินความไม่สมดุล ด้านอารมณ์ ด้านร่างกาย ด้านระบบประสาท ข้อจำกัดของประเมินนี้ไม่สามารถประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของภาวะซึมเศร้าได้ดีเท่าที่ควร ไม่สามารถแยกภาวะซึมเศร้าที่เกิดจากภายในตัวเอง และภาวะซึมเศร้าที่เป็นผลมาจากสถานการณ์ได้ และขาดการประเมินด้านพฤติกรรมและสังคม

3) แบบประเมินอาการซึมเศร้าในชุมชน (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale [CES-D] พัฒนาขึ้นโดยสถาบันสุขภาพจิตแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา แบบประเมินนี้สร้างมาเพื่อประเมินอาการซึมเศร้า เกี่ยวกับความรู้สึก และพฤติกรรม เน้นการประเมินด้านการรู้คิด (Cognitive belief) ด้านอารมณ์ความรู้สึก (Affect feelings) ด้านพฤติกรรม (Behavioral manifestation) และด้านอาการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย (Somatic disturbance) ข้อจำกัดของแบบประเมินนี้ คือไม่สามารถแยกได้ว่าภาวะซึมเศร้าที่เกี่ยวข้องกับอาการทางจิต หรือเป็นผลมาจากอาการเจ็บป่วยอย่างอื่น

4) Thai Geriatric Depression Scale [TGDS] หรือแบบวัดความซึมเศร้าในผู้สูงอายุ พัฒนาขึ้นในปี 2537 มีรากฐานมาจาก Yasavage et al (1978) ได้รับการแปลเป็นภาษาไทยโดย อรรพรรณ ลีทองอินทร์ (2535) แบบประเมินนี้เหมาะในการใช้ในการแยกโรคและภาวะซึมเศร้า

4) ความสามารถในการรู้คิด

นงนภัส พันธุ์แจ่ม (2549) กล่าวว่าความสามารถในการรู้คิด หมายถึง การทำงานของสมอง ด้านปัญญาในระดับสูง เกี่ยวข้องกับความรู้ เซาว์ปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การรับรู้ เรียนรู้ การคิดวิเคราะห์ห้อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหา การใช้สัญลักษณ์ การคิดฝัน โดยมีการจำแนกข้อมูลของสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกร่างกาย และมีการตัดแปลงข้อมูลในการแสดงออกอย่างเหมาะสม หากมีการบกพร่องด้านการรู้คิดจะส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันและทำให้มีปัญหาการฟื้นฟูสภาพ

สมศรี ปานพันธุ์โพธิ์ (2555) กล่าวว่า ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง การทำงานของสมองด้านปัญญาในระดับสูงที่เกี่ยวข้องกับความรู้ เซาว์ปัญญา ความฉลาด จินตนาการ การรับรู้ การเรียนรู้ ความจำ การคิดวิเคราะห์ห้อย่างมีเหตุผล การวางแผน การแก้ปัญหา โดยมีการจำแนกข้อมูลของสิ่งเร้าจากภายในและภายนอกร่างกายเพื่อตัดแปลงอย่างเหมาะสม

สรุป ความสามารถในการรู้คิด หมายถึง กระบวนการทำงานของสมองทางด้านสติปัญญา ที่เกี่ยวข้องของกับระดับความรู้ ความฉลาด เซาว์ปัญญา ความคิด ความจำ และการจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆ

ความสัมพันธ์ของความสามารถในการรู้คิดกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

สิ่งกระตุ้นต่างๆในธรรมชาติก็มีอิทธิพลต่อความสามารถในการรู้คิด สำหรับบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้ไม่สามารถใช้กระบวนการรู้คิดเพื่อจัดการกับสิ่งต่างๆได้ (Glovinsky & Speilman, 2005) สำหรับผู้ป่วยจิตเภท พบเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด ซึ่งถือว่าเป็นอาการเฉพาะหลักอีกอาการหนึ่งที่สำคัญของโรคจิตเภท (ยูริชชา ปรีชา และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2553) ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับ และหากความรุนแรงของความสามารถในการรู้คิดสูงขึ้น ทำให้อาการนอนหลับไม่ต่อเนื่อง และอาการนอนหลับลึกลดลง (Glovinsky & Speilman, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทของ Laura et al. (2011) พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีการบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ลบอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินความสามารถในการรู้คิด

Mini-Mental State Examination [MMSE] เป็นแบบประเมินสมรรถภาพสมอง พัฒนาขึ้นโดย Folstein et al (1975) ประกอบไปด้วยการประเมิน 6 ด้านคือ การรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall) แบบประเมินนี้ได้รับความนิยมใช้คัดกรองโรคสมองเสื่อมมากที่สุด และพัฒนาเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ.2551 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เรียกว่า แบบประเมิน Thai Mini-Mental State Examination (TMSE)

3.6.2 ปัจจัยกระตุ้น(precipitating factors)

1) กลุ่มอาการทางบวก

สมภพ เรืองตระกูล (2549) ให้ความหมายของกลุ่มอาการทางบวกคือ การแสดงออกในด้านความผิดปกติ ได้แก่ ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของคำพูด ขาดความเชื่อมโยงของเหตุผลไม่ลำดับความคิดตามขั้นตอน ดังนั้นเวลารับฟังหรือตอบคำถามไม่ค่อยเข้าใจ หรือฟังไม่รู้เรื่อง ความผิดปกติของพฤติกรรม โดยมีพฤติกรรมวุ่นวาย จนถึงกระวนกระวายอย่างรุนแรงและไม่สนใจตนเอง

พิเชษฐ์ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (2552) กล่าวว่า กลุ่มอาการทางบวกเป็นอาการของโรคจิตเภท ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พฤติกรรมแปลกประหลาด การแสดงอารมณ์ของผู้ป่วยจะไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ ไม่สัมพันธ์กับความคิดหรือคำพูด และการเผชิญความเครียดไม่เหมาะสม

Lindenmayer & Khan (2006) กล่าวว่า ลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางบวกคือ ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ Disorganization dimension ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมแปลกประหลาด

สรุป กลุ่มอาการทางบวก หมายถึง ลักษณะการแสดงออกของความผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภททางบวก ซึ่งเป็นอาการที่มักเกินปกติ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ด้านอาการทางจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน เป็นต้น และด้านอาการร่วนวาย (Disorganization dimension) ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมแปลกประหลาด เป็นต้น

ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

กลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท (Roger, 2006; Stefan, 2008; Wulff et al., 2010) เนื่องจากลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางบวกคือ ผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ อาการทางจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ อาการร่วนวาย (Disorganization dimension) ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมแปลกประหลาด (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากกลุ่มอาการทางบวกเหล่านี้อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ เช่น การแสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวง มีความกลัวและเกิดความรู้สึกต่อต้านถึงการถูกคุกคามจากผู้อื่น ส่งผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Roger, 2006; Stefan, 2008; Wulff et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบกลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงแสดงอาการทางบวก พบการไวเกินของสารสื่อประสาทชนิดสารโคลิเนอร์จิก (Cholinergic hypersensitivity) เป็นสาเหตุทำให้วงจรการนอนหลับในระยะ REM sleep สั่นลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินอาการทางบวกทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

แบบประเมินอาการทางบวกทางลบในผู้ป่วยจิตเภท Brief Psychiatric Rating Scale สร้างโดย Overall & Gorham (1962) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆของอาการทางจิต โดยประกอบด้วย 18 คำถาม เกณฑ์การให้

คะแนนมี 7 ระดับ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่ามีกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการใช้แบบประเมินและกลุ่มอาการอื่นๆของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบคอบ

แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (PASS-T) เป็นแบบวัดเฉพาะกลุ่มอาการทางบวก (Positive symptoms) ของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน

2) กลุ่มอาการทางลบ

มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์ (2548) กล่าวว่ากลุ่มอาการทางลบเป็นอาการแสดงของโรคจิตเภท แสดงออกในด้านความผิดปกติ ได้แก่ 1) Alogic พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ 2) Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา แม้ว่าบางครั้งจะยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง แต่โดยรวมแล้วการแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก 3) Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจในเรื่องการแต่งตัว 4) Asociality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก

Lindenmayer & Khan (2006) กล่าวว่า ลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง และอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ

สรุป กลุ่มอาการทางลบ หมายถึง ลักษณะการแสดงออกของความผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภททางลบ ซึ่งเป็นอาการที่ขาดไปจากปกติ แบ่งเป็น 2 ด้าน คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง และกลุ่มอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ

ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า กลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท (Roger, 2006; Stefan, 2008) เนื่องมาจากลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พูดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆในสังคมลดลง และกลุ่มอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมทางลบเหล่านี้ อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดและคิดมากจนส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบกลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มอาการทางลบทำให้เกิดความผิดปกติของวงจรการนอนหลับระยะ NREM sleep ในช่วง Slow wave sleep ระยะที่ 4 ลดลงอย่าง

มาก และระยะ REM sleep สั้นลง (Stefan, 2008; สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดอาการนอนไม่หลับ

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า กลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินอาการทางลบทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย (NASS-T) เป็นแบบวัดเฉพาะกลุ่มอาการทางลบ (Negative symptoms) ของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิท และคณะ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน

3) ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ

พิเชษฐ อุตุรัตน์ (2552) กล่าวว่า กลุ่มยาหลักที่ใช้รักษาโรคจิตเภท ได้แก่ ยากลุ่ม Antipsychotic ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มย่อย คือ ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (First generation antipsychotics) ได้แก่ Chlorpromazine, Fluphenazine, Haloperidol, Flupenthixol เป็นต้น และยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Second generation antipsychotics) ได้แก่ Quetiapine, Remoxipride, Clozapine, Olanzapine เป็นต้น

จิตติมา สงวนวิชัยกุล และคณะ (2556) กล่าวว่า รูปแบบการสั่งยารักษาโรคจิตให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทั้งชนิดยาฉีดและยากิน ได้แก่ ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม (First generation antipsychotics) ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Second generation antipsychotics) และยาจิตเวชอื่นใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กลุ่มยาแก้ซึมเศร้า (Antidepressants) กลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (Anticholinergic) ยาทำให้อารมณ์คงที่ (Mood stabilizers) เป็นต้น

สรุป ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ คือ รูปแบบยาที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับเพื่อการรักษาโรคจิตเภท ได้แก่ ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และยาจิตเวชอื่นใช้ร่วมในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ กลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต และกลุ่มยาด้านซึมเศร้า เป็นต้น

ความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ยามิกลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างกันและผลข้างเคียงแตกต่างกัน (Kathleen, 2006; Wanda, 2011) กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ถูกนำมาใช้รักษาโรคจิตเภทมานานหลายสิบปี สามารถลดกลุ่มอาการทางลบได้ดี (Sadock & Sadock, 2003) เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับสารโดปามีน (dopamine receptors) ในสมองเป็นหลัก ส่วนกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นทั้งตัวรับสารโดปามีน (dopamine receptors) และตัวรับสารซีโรโทนิน (serotonin receptor) แม้ว่ายาทั้ง 2 กลุ่มต่างสามารถจับกับตัวรับโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) ซึ่งทำให้เกิดผลข้างเคียงชนิด extrapyramidal [EPS] เพิ่มขึ้นได้ แต่ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ในขนาดยาที่ใช้รักษาจะเกิดผลข้างเคียงเหล่านี้น้อยกว่า (Seeman, 2002) ผลข้างเคียงในการเกิด

extrapyramidal นั้นเกิดจากการที่ยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมมีความสามารถในการจับกับตัวรับโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) ได้แน่นโดยสารโดปามีน (dopamine) ในร่างกายไม่สามารถเข้าแทนที่ได้ ขณะที่ยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่สามารถจับกับตัวรับโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) อย่างหลวมๆและมีความสามารถในการปล่อยออกจากตัวรับโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) ได้เร็ว (Kapur & Seeman, 2000) ซึ่งเป็นคุณสมบัติที่ดีของยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ในการจับกับตัวรับโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) ได้มากพอเพื่อให้เกิดผลการรักษาโรคจิตและปล่อยจากการจับได้เร็วพอที่จะไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยา (Stahl, 2001) และพบว่ากลุ่มยาที่ออกฤทธิ์โดยการปิดกั้นตัวรับสารซีโรโทนิน (serotonin receptor) ทำให้อาการนอนหลับในระยะ slow wave sleep เพิ่มขึ้นนั่นคือ ยากลุ่มรักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ (Yamashita et al., 2005) และจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการเปลี่ยนยาในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจากยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิมเป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ทำให้คุณภาพการนอนหลับสูงขึ้นได้ (Yamashita et al., 2004) ยากลุ่มลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต (Anticholinergic drugs) เป็นกลุ่มยาที่ออกฤทธิ์ยับยั้งการหลั่งของสารโคลิเนอร์จิก (Cholinergic) และสารอะซิติลโคลีน (Acetylcholine) ที่ตัวรับ (receptor) ในสมองจะทำให้ระดับสารโดปามีน (Dopamine) ลดลง ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกง่วงนอนและพบว่าวงจรการนอนหลับระยะ slow wave sleep เพิ่มขึ้น จึงทำให้อาการนอนหลับได้มากขึ้น (Deirdre & Kirk, 2011) ส่วนกลุ่มแอนตี้ดีเพรสแซนต์ (Antidepressant drugs) เป็นยาต้านอาการซึมเศร้า ออกฤทธิ์ทำให้การนำสารสื่อประสาทนอร์เอพิเนฟริน (Norepinephrine) และซีโรโทนิน (Serotonin) กลับเข้าสู่เซลล์ประสาท ทำให้ปริมาณของสารสื่อประสาทระหว่างเซลล์ประสาทเพิ่มขึ้น ยากลุ่มนี้ส่วนใหญ่จึงทำให้ผู้ป่วยง่วงนอนได้มาก (โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์, 2555: ออนไลน์) มีอาการนอนหลับลึกได้มากขึ้น และอาการนอนหลับระยะ REM sleep นานขึ้น (Rotenberg, 2011)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน

4) สัมพันธภาพในครอบครัว

นิตยา คชภักดี (2545) ได้ให้ความหมายของไว้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การเกี่ยวข้องปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวที่เพิ่มความผูกพัน เคารพรัก และเอื้ออาทรต่อกัน ซึ่งประเมินได้จากพฤติกรรม การสื่อความหมาย มีส่วนร่วมปรึกษาหารือ ตัดสินใจ และทำกิจกรรมในบรรยากาศที่สงบสุข

เล็ก สมบัติ (2549) สรุปว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความรัก ความเข้าใจความผูกพัน ซึ่งเป็นอารมณ์และความรู้สึกต่างๆที่สมาชิกในครอบครัวมีให้ต่อกันแน่นแฟ้นของระบบครอบครัว ก่อให้เกิดการเกื้อกูลและการช่วยเหลือซึ่งกันระหว่างสมาชิกอาจกล่าวได้ว่าเป็นการร่วมทุกข์และร่วมสุข

ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ (2546) ได้ให้ความหมายไว้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง ความสัมพันธ์ ความใกล้ชิดคุ้นเคยกันตามบทบาทที่คนเรามีต่อสมาชิกในครอบครัว ถ้าความสัมพันธ์เป็นไปในลักษณะปรองดองรักใคร่กลมเกลียวกัน ถือว่าเป็นสัมพันธภาพที่ดี แต่ถ้าเป็นความขัดแย้งหรือรู้สึกไม่ดีต่อกัน ถือว่าเป็นสัมพันธภาพที่ไม่ดี

สรุป สัมพันธภาพในครอบครัว หมายถึง การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพแบบรักใคร่ปรองดองกัน ถือเป็นสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว ก่อให้เกิดความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน แต่ถ้าเป็นแบบขัดแย้ง ทำให้สมาชิกในครอบครัวเกิดความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกัน ถือว่าสัมพันธภาพในครอบครัวไม่ดี

ความสัมพันธ์ของสัมพันธภาพในครอบครัวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทต้องเผชิญเหตุการณ์การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม เช่น ถูกรังเกียจ ถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นคนบ้าหรือโรคจิต จนถูกไล่ออกจากงานจึงขาดรายได้ในการจุนเจือครอบครัวและรักษาตนเอง ทำให้สูญเสียสัมพันธภาพในครอบครัว เนื่องจากเกิดความขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเองลดลง (พระมหาชาติชาย ไบทัตทิม และกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2548) หรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตกำเริบ แสดงอาการหวาดระแวง ต่ำว่าสมาชิกในครอบครัว มีพฤติกรรมแยกตัว ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว (อมรา ศิริกุล, 2556) ครอบครัวเป็นหน่วยทางสังคม ซึ่งมีหน้าที่ดูแลและใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภท (สมส่วน สำราญพันธ์, 2547) สัมพันธภาพในครอบครัวที่ขาดความอบอุ่นนี้เป็นสิ่งกระตุ้นที่มากระทบผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดัน และก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยคิดมาก จนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (พระมหาชาติชาย ไบทัตทิม และกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์, 2548; Glovinsky & Speilman, 2005) สอดคล้องกับการศึกษาของ Ritsner et al. (2004) และ Xiang et al., (2009) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนหลับดีและผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ พบมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสภาพครอบครัวที่อบอุ่นมีแนวโน้มให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมได้ เนื่องจากครอบครัวมีความเข้าใจ เห็นใจ และยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงความรู้สึกรังเกียจทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และทำให้อาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นอาการนำของอาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (สุพัฒนา เดชาติวงศ์ ณ อยุธยา, 2547: ออนไลน์)

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

การวัดสัมพันธภาพในครอบครัวไทย ใช้แบบประเมินซึ่งแปลมาจากแบบประเมิน Family Attachment Changeability Index 8 [FACI8] (McCubbin, Thompson, & McCubbin (1996); ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ, 2547; ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ, 2546) ซึ่งใช้ในการประเมินการทำหน้าที่ของครอบครัวโดยใช้สองตัวชี้วัดคือ ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน ความร่วมมือและการปรับตัวของสมาชิกในครอบครัว

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวที่สร้างมาจากแนวคิดของ Friedman (1986) และของ Morrow & Wilson (1961) พัฒนาโดยนัยนา อินธิโชติ (2545) ซึ่งใช้ประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวครอบคลุมการให้ความรัก ความห่วงใยอาทร การพักผ่อนหย่อนใจร่วมกันในครอบครัว การเคารพซึ่งกันและกัน และการปรองดองระหว่างสมาชิกในครอบครัว

3.6.3 ปัจจัยคงอยู่(perpetuating factors)

การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ

Monk et al. (2002) ได้ให้ความหมายไว้ว่า การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ หมายถึง การปฏิบัติกิจวัตรหรือแบบแผนการดำเนินชีวิตของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับและการตื่น สุขลักษณะในการนอนเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการนอนเป็นประจำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การทำงาน การพักผ่อน เป็นต้น

อมรรัตน์ อินทร์แย้ม (2553) กล่าวว่า การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ คือการปฏิบัติตนด้านการนอน เป็นปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมและการฝึกปฏิบัติ ที่มีผลต่อระยะเวลาการนอนและคุณภาพการนอนหลับ บุคคลที่มีเวลาการเข้านอนที่ไม่แน่นอนไม่สม่ำเสมอ บุคคลที่ชอบทำกิจกรรมอื่นในห้องนอน เช่น การดูโทรทัศน์ การทำงานในห้องนอนเป็นสิ่งที่อาจรบกวนการนอนหลับมากกว่าการส่งเสริมการนอนหลับ รวมทั้งการรับประทานอาหารและสารอาหารบางชนิดที่มีผลต่อการนอนหลับ ได้แก่ คาเฟอีน อาหารจำพวกถั่ว ผักดิบและของหมักดอง เป็นต้น

สรุป การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ หมายถึง การปฏิบัติตนในด้านต่างๆในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติตนด้านการนอน ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการเข้านอนและตื่นนอนในเวลาใกล้เคียงกัน การงีบหลับในเวลากลางวัน การทำกิจกรรมก่อนนอน เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การวางแผนงาน เล่นวิดีโอเกม เล่นอินเทอร์เน็ต เป็นต้น การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร ได้แก่ การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เช่น ชา กาแฟ เครื่องดื่มชูกำลัง เหล้า เบียร์ เป็นต้น การสูบบุหรี่ การปฏิบัติตนด้านการออกกำลังกายไม่เหมาะสม

ความสัมพันธ์ของการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับ (American Academy of Sleep Medicine, 2005; Tucker, 2007) จากการศึกษาของ สุรางค์ เลิศคาธารและคณะ (2546) ศึกษาการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับในผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาอนไม่หลับ เรื้อรัง พบว่า มีกลุ่มของผู้ที่นอนหลับไม่ดิร้อยละ 83 มีสาเหตุส่วนใหญ่มาจากการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับไม่เหมาะสมที่พบมาก ได้แก่ มีกิจกรรมที่ตึงเครียดไม่ผ่อนคลายก่อนเข้านอน การเข้านอนและตื่นนอนไม่เป็นเวลา ใช้เวลาอยู่บนเตียงนอนมากเกินไป มีสิ่งเร้าที่รบกวนขณะหลับ เป็นต้น ผู้ป่วยที่มีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ดีมีอัตราการนอนหลับที่ดีขึ้นมากกว่าผู้มีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนไม่ดี 3.67 เท่า สำหรับการศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทของ Laura et al. (2011) พบว่าการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับไม่ดีส่งผลต่อความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับสูงขึ้น

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่า การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

การประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ

แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep Hygiene Index) ที่สร้างมาจากแนวคิดของ David, Jeff, & Robert (2006) โดยนงลักษณ์ อนันตอาจ (2550) ใช้ประเมินเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอน ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นนอนในเวลาใกล้เคียงกัน การนอนหลับในเวลากลางวัน กิจกรรมที่ทำก่อนเข้านอน การดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนและแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม การสูบบุหรี่ การใช้ยานอนหลับ ความสม่ำเสมอของการออกกำลังกาย

แบบสอบถามความตระหนักเรื่องสุขอนามัยการนอนหลับและระดับการปฏิบัติเพื่อสุขอนามัยการนอนหลับ (Sleep Hygiene Index Awareness and Practice Scale) สร้างโดย Lack & Robert (1986) ใช้ประเมินเกี่ยวกับประสบการณ์ด้านการปฏิบัติตนในการนอนหลับ ได้แก่ การงีบหลับเวลากลางวัน ความกังวลขณะเข้านอน การออกกำลังกายก่อนเข้านอน เป็นต้น

3.7 ผลกระทบของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท

อาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนของการนอนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Benca et al., 1992; Chouinard et al., 2004; John et al., 2005; Xiang et al., 2009) จากการศึกษาของ John et al. (2005) พบความสัมพันธ์ของอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท

ผลกระทบต่อร่างกาย ได้แก่ มีอาการไม่สุขสบายต่างๆ จากอาการนอนไม่หลับทำให้อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นผลจากการทำงานเพิ่มขึ้นของระบบประสาทซิมพาเทติก (Sympathetic nerves system) และจากการลดลงของระบบประสาทพาราซิมพาเทติก (Parasympathetic nerves system) ส่งผลต่อระบบการไหลเวียนเลือดผิดปกติ นอกจากนี้การนอนไม่หลับยังส่งผลกระทบต่อการทำงานของคลื่นสมองเบต้าเอนเซฟาโลแกรม (Beta electroencephalogram) เพิ่มขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น บกพร่องของการรู้คิด ความจำ กระบวนการเรียนรู้ลดลง สมาธิลดลง มีความรู้สึกเฉยเมย และปฏิกิริยาตอบสนองช้าต่อสิ่งเร้ากว่าปกติ เป็นต้น และจากการศึกษาของ Ritsner et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนหลับดีและผู้ที่มีการนอนหลับไม่ดี จะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนหลับดีจะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านร่างกายสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการนอนหลับไม่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบว่าอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศจีนระหว่างเมืองฮ่องกงและเมืองปักกิ่งแตกต่างกันส่งผลต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลกระทบต่อสุขภาพจิต ได้แก่ การขาดสมาธิ การขาดแรงจูงใจ มีอารมณ์แปรปรวน หงุดหงิดง่าย (Goder et al., 2004; Manoack et al., 2004) มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการนอนหลับของตน ความรู้สึกอ่อนล้า มีอารมณ์ซึมเศร้า (American Psychiatric Association, 2000) และทำให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันระดับรุนแรง (Kenichi & Takuya, 2013) จากการศึกษาของ Ritsner et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการนอนหลับดีและมีการนอนหลับไม่ดี จะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีการนอนหลับดีจะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่มีการนอนหลับไม่ดี

ผลกระทบต่อสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชนลดลง ผู้ป่วยขาดความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้ (Xiang et al., 2009) พบว่าปัญหาการนอนไม่หลับเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภทก่อให้เกิดเป็นความทุกข์ทรมาน (Distress) จากการศึกษาของ Ritsner et al. (2004) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนหลับดีและที่มีอาการนอนไม่หลับ จะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนหลับดีจะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพจิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมและสัมพันธภาพกับสิ่งแวดล้อมสูงกว่ากลุ่มที่มีอาการนอนหลับไม่ดี นอกจากนี้การนอนไม่หลับยังเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบได้ (Tan & Ang, 2001 cited in John et al., 2005; Laura et al, 2011)

3.8 การประเมินอาการนอนไม่หลับ

การประเมินอาการนอนไม่หลับมีหลายวิธี ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มใหญ่ ได้แก่ การประเมินอาการนอนไม่หลับทางจิตพิสัย (Subjective insomnia assessment) และการประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective insomnia assessment) มีรายละเอียดดังนี้

3.8.1 การประเมินอาการนอนไม่หลับทางจิตพิสัย (Subjective insomnia assessment) ได้แก่

แบบสัมภาษณ์ (Clinical Interview) มีความสำคัญมากที่สุดในการประเมินอาการนอนไม่หลับ เนื่องจากเป็นข้อมูลที่ใช้เป็นสมมติฐานหลักทางการแพทย์เพื่อช่วยค้นหาสาเหตุของการเกิดโรคและเป็นข้อมูลสำคัญในการนำมาวางแผนการรักษา แบบสัมภาษณ์ช่วยประเมินปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับได้ครอบคลุม รวมถึงประวัติอาการนอนหลับในอดีต การประเมินการใช้สารเสพติด ประเมินความเจ็บป่วยทางกายและความเจ็บป่วยทางจิต (Edinger & Mean, 2005)

แบบสอบถามอาการนอนไม่หลับ (Self-report Questionnaire) เป็นแบบสอบถามที่ให้ผู้ป่วยเลือกตอบหรือเติมคำ ประเภทของคำถามนั้นขึ้นอยู่กับเรื่องที่ต้องการประเมิน ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพการนอนหลับ (Sleep Quality) ระยะเวลาในการนอนหลับ (Sleep duration) ความแปรปรวนของการนอนหลับ (Sleep disturbance) ระยะเวลาในการนอนไม่หลับ (Sleep latency) การทำหน้าที่ของร่างกายในเวลากลางวัน (Daytime function) ความตื่นตัวในเวลากลางวัน (Daytime alertness) เป็นต้น เครื่องมือที่ใช้ประเมินได้แก่ Pittsburgh Sleep Quality Index, Insomnia Severity Index, Athens insomnia scale เป็นต้น

แบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) เป็นแบบประเมินอาการนอนไม่หลับโดยเฉพาะ ซึ่งมีความสอดคล้องกับการวินิจฉัยอาการนอนไม่หลับตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน (DSM-IV) และใช้ในการวัดระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ ระยะเวลาเมื่อเริ่มต้นเข้านอนจนกระทั่งหลับ ความต่อเนื่องในการนอนหลับ ความยากในการนอนหลับ ความพึงพอใจต่อรูปแบบการนอนในปัจจุบัน ผลกระทบของการนอนต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ลักษณะความบกพร่องของการนอนหลับ และระดับของความสนใจต่อสาเหตุของอาการนอนไม่หลับ (Smith & Wegener, 2003)

การบันทึกแบบแผนการนอนหลับประจำวัน (Sleep Diaries) เป็นการบันทึกแบบแผนการหลับและตื่นในแต่ละวัน ได้แก่ ระยะเวลาที่นอนหลับในแต่ละวัน ระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ความถี่ของการตื่นกลางดึก การตื่นเช้ากว่าปกติ ระยะเวลาที่สับสนในช่วงกลางวัน (Redeker & Hilkert, 2005) สมุดบันทึกแบบแผนการนอนหลับประจำวันมีความสำคัญอย่างยิ่งในการประเมินและการรักษาอาการนอนไม่หลับ ข้อมูลที่ได้ใช้สำหรับวางแผนการรักษา ร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้การรักษา ผู้ป่วยควรบันทึกข้อมูลแบบแผนการนอนหลับประจำวันเป็น

เวลาติดต่อกันอย่างน้อย 1 สัปดาห์ โดยบันทึกระยะเวลาการนอนแต่ละคืน เวลาตื่นนอน เวลาที่ใช้ตั้งแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับ ความถี่และระยะเวลาที่ตื่นนอนกลางดึก เวลาตื่นนอน การจับหลับในเวลากลางวัน และการรับประทานยา

3.8.2 การประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยเครื่องมือทางวิทยาศาสตร์ (Objective insomnia assessment) ได้แก่

Polysomnography หรือ PSG คือการตรวจตัวแปรทางสรีรวิทยาหลายชนิดอย่างต่อเนื่องขณะหลับ เช่น การตรวจการเปลี่ยนแปลงของระบบทางเดินหายใจ ระบบประสาทและกล้ามเนื้อ ระบบการทำงานของหัวใจ เป็นมีความละเอียดมากที่สุด ในการตรวจจะมีอุปกรณ์ electrode หรือ catheter ติดไว้ตามส่วนต่างๆของ เพื่อให้ทำอ่านและแปลผลที่บันทึกได้ว่าขณะนั้นอาการนอนหลับของผู้ป่วยอยู่ในระยะใด เช่น เป็นระยะที่มีการเคลื่อนไหวของลูกตารวดเร็ว หรือเป็นระยะไม่มีการเคลื่อนไหวของลูกตา (Beck et al., 2004, พิเชษฐ อุตมรัตน์, 2548)

Actigraphy คือ การตรวจตัวแปรทางสรีรวิทยาการนอนหลับ เป็นอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ขนาดเล็ก ที่สามารถจัดเก็บข้อมูลได้และมีความทันสมัยมีขนาดเล็กคล้ายนาฬิกาข้อมือ โดยสามารถบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง เครื่องจะบันทึกข้อมูลและแปลผล ส่งมายังคอมพิวเตอร์ เพื่อแปลผลคะแนนความผิดปกติของการนอนหลับและตื่นของผู้ป่วย (Acebo, 2006)

ซึ่งในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้เลือกใช้การประเมินอาการนอนไม่หลับทางจิตพิสัย (Subjective insomnia assessment) ชนิดแบบประเมินความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ของ Morin (1993) ในการวัดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งจัดเป็นเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้วัดครอบคลุมวัตถุประสงค์การวิจัย มีความเที่ยง (validity) และความตรง (reliability) ที่ดีสอดคล้องกับเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10)

3.9 บทบาทพยาบาลในการดูแลอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการดูแลในการส่งเสริมคุณภาพและปริมาณการนอนหลับที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานและการกลับป่วยซ้ำลดลง (Birchwood, et al., 2000) พยาบาลซึ่งเป็นบุคคลสำคัญที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยนอนหลับได้ดีขึ้น โดยการประเมินอาการนอนไม่หลับ ความต้องการในการนอนหลับและปัจจัยต่างๆที่ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยแต่ละราย เพื่อนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น บทบาทพยาบาลในการดูแลอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท มีดังต่อไปนี้ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2554)

1) การส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทด้านร่างกาย ได้แก่ แนะนำให้ผู้ป่วยนอนและตื่นให้ตรงเวลา เพื่อลดการรบกวนการนอนหลับในคืนถัดไป ส่งเสริมให้ผู้ป่วยถ่ายปัสสาวะก่อนเข้านอนเพื่อลดการตื่นนอนจากการปวดถ่ายปัสสาวะในเวลากลางคืน แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มนมแทนเครื่องดื่มอื่น ๆ ก่อนเข้านอนเนื่องจากนมมีสารแอลทริปโทเฟน (L-tryptophan) ซึ่งเป็นสารจาก

ธรรมชาติที่ช่วยให้ง่วงนอนและนอนหลับได้เร็ว หลีกเลี่ยงพฤติกรรมต่างๆที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับ เช่น การงีบหลับในเวลากลางวันเป็นสาเหตุรบกวนต่อความสามารถในการนอนหลับในเวลากลางคืนได้ หลีกเลี่ยงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ และหลีกเลี่ยงการรับประทานช็อคโกแลตและโกโก้เนื่องจากมีฤทธิ์กระตุ้นประสาท ซึ่งมีผลรบกวนการนอนหลับ โดยทำให้เข้าสู่การนอนหลับช้าและลดระยะเวลาการนอนหลับในแต่ละคืน หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ แม้ระยะแรกแอลกอฮอล์จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการง่วง แต่การนอนหลับเป็นแบบตื่นเนื่องจากเมื่อแอลกอฮอล์ย่อยสลาย ร่างกายจะหลั่งสารแคทีโคลามีน (Catecholamine) ทำให้หัวใจเต้นเร็ว ปวดศีรษะ และนอนหลับฝันร้าย ส่งผลให้ผู้ป่วยตื่นง่ายในเวลากลางคืนและงีบหลับในเวลากลางวันเพิ่มขึ้น หลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่เป็นเวลาอย่างน้อย 30 นาทีก่อนเข้านอน เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทส่วนกลางทำให้รบกวนการนอนหลับ หลีกเลี่ยงการออกกำลังกายอย่างหนักอย่างน้อย 2 ชั่วโมงก่อนเข้านอนเนื่องจากเป็นการกระตุ้นร่างกาย ทำให้การนอนหลับถูกรบกวนเมื่อถึงเวลาเข้านอน (Judith & Sheila, 2005; สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

2) การส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทด้านจิตใจและอารมณ์ ได้แก่ การฝึกคลายกล้ามเนื้อ การฝึกหายใจ การนวด การทำสมาธิ การปรับวิธีคิดโดยการมองโลกในแง่ดี ทำให้ผู้ป่วยผ่อนคลายช่วยลดความเครียดและสามารถนอนหลับได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) และการใช้ยานอนหลับตามแผนการรักษาของแพทย์ จะช่วยให้หลับง่ายและเร็วขึ้น รวมทั้งการนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง หากต้องการหยุดยาให้ปรึกษาแพทย์เนื่องจากหากหยุดยาทันทีจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนได้ (Judith & Sheila, 2005) และส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกปลอดภัยขณะหลับ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยหลับสนิทตลอดคืน (Hodgson, 1991)

3) การส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยโรคจิตเภทด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ จัดสิ่งแวดล้อมช่วยส่งเสริมการนอนหลับ เช่น จัดเครื่องนอน หมอนให้สะอาดและมีขนาดเหมาะสม เปิดไฟสลัว จัดห้องนอนให้มีอากาศถ่ายเทดี ไม่มีเสียงดังรบกวน เป็นต้น เพื่อลดปัจจัยกระตุ้นภายนอกที่รบกวนการนอนหลับ และหลีกเลี่ยงการทำกิจกรรมอื่นบนเตียงนอน เช่น การโทรศัพท์ การทำงานต่างๆ เป็นต้น (Judith & Sheila, 2005; สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

การส่งเสริมการนอนหลับทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ และสิ่งแวดล้อมเหล่านี้ ถือเป็นบทบาทที่อิสระที่สำคัญของพยาบาลทุกคนในการปฏิบัติการพยาบาลและพัฒนาคุณภาพการพยาบาล เพื่อลดอาการนอนไม่หลับและส่งเสริมการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทให้ดียิ่งขึ้น

4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุรางค์ เลิศชาธาร และคณะ (2546) ศึกษาพฤติกรรมนิสัยด้านสุขอนามัยการนอนหลับในผู้ป่วยจิตเวชที่นอนไม่หลับเรื้อรัง โดยติดตามพฤติกรรมนิสัยและกิจวัตรประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับตลอด 24 ชั่วโมง เป็นระยะเวลา 3 เดือนของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาทางจิตเวช พบว่า ผู้ป่วย 14 ราย (ร้อยละ 19) มีพฤติกรรมนิสัยและกิจวัตรในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอนและการตื่นอยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม จัดเป็นกลุ่มที่มีสุขอนามัยที่ดี และผู้ป่วย 60 ราย (ร้อยละ 81) จัดเป็นกลุ่มที่มีสุขอนามัยการนอนไม่ดี นอกจากนี้ยังศึกษาพบพฤติกรรมและกิจวัตรประจำวันที่ไม่เหมาะสม รบกวนต่อการนอนหลับที่ดี ได้แก่ การมีกิจกรรมตึงเครียด ไม่ผ่อนคลายในช่วง 1 ชั่วโมงก่อนเข้านอน จำนวน 43 ราย (ร้อยละ 71.6 ของผู้ที่มีสุขอนามัยการนอนไม่ดี) ส่วนใหญ่มีกิจกรรมที่ตึงเครียด ได้แก่ การทำงานใช้สมอง ครุ่นคิดเรื่องกังวล ดูทีวีหรือฟังข่าวจนเข้านอน การเข้านอน-ตื่นนอนไม่เป็นเวลา จำนวน 42 ราย (ร้อยละ 70) การใช้เวลานอนอยู่บนเตียงนอนมากเกินไป จำนวน 35 ราย (ร้อยละ 58.3) ได้แก่การนอนดูโทรทัศน์ นอนอ่านหนังสือเป็นต้น มีสิ่งเร้าที่รบกวนขณะเข้านอนหรือขณะหลับ จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 35) การงีบหลับในเวลากลางวันเป็นประจำจำนวน 18 ราย (ร้อยละ 20) การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์หรือสารคาเฟอีน การสูบบุหรี่ ในช่วงเย็นจนถึงก่อนนอนเป็นประจำ จำนวน 16 ราย (ร้อยละ 26.6)

Ritsner et al. (2004) ศึกษาความสัมพันธ์ของคุณภาพชีวิตกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 145 ราย ประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยแบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index พบว่าคุณภาพการนอนหลับไม่มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนหลับดีและผู้ที่มีอาการนอนไม่หลับ จะมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($t=4.8, 6.0, 5.0$ และ 5.9 ตามลำดับ $p<.01$) และพบว่าคุณภาพการนอนหลับมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าและอาการข้างเคียงจากการได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=0.35$ และ $0.43, p<.01$)

John, Lysaker, & Mayeda (2005) ศึกษาคุณภาพของการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทและความสัมพันธ์ของคุณภาพการนอนหลับกับคุณภาพชีวิตและการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างจำนวน 29 ราย ประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยแบบประเมิน Pittsburgh Sleep Quality Index และ Insomnia Severity Index ร่วมกับการตรวจตัวแปรทางสรีรวิทยาการนอนหลับด้วยเครื่อง Actigraphy พบว่าอาการนอนไม่หลับมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.493, p<.01$) และการเผชิญปัญหาด้านบวกมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ($r=-0.594, p<.01$)

และจากการบันทึกตัวแปรทางสรีรวิทยาการนอนหลับ พบความผิดปกติของการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทมีระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง

Xiang et al. (2009) ศึกษาความชุก ความสัมพันธ์ของอาการนอนไม่หลับและผลกระทบของอาการนอนไม่หลับต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลในเมืองฮองกงและเมืองปักกิ่ง ประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีน จำนวน 505 คน ประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยแบบประเมิน Insomnia Severity Index ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนหลับยากเมื่อเริ่มต้นเข้านอนร้อยละ 21.2 การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยากร้อยละ 23.6 การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ร้อยละ 11.9 สรุปได้ว่าอายุ ความรุนแรงของอาการทางบวก ความรุนแรงของอาการทางลบ ภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

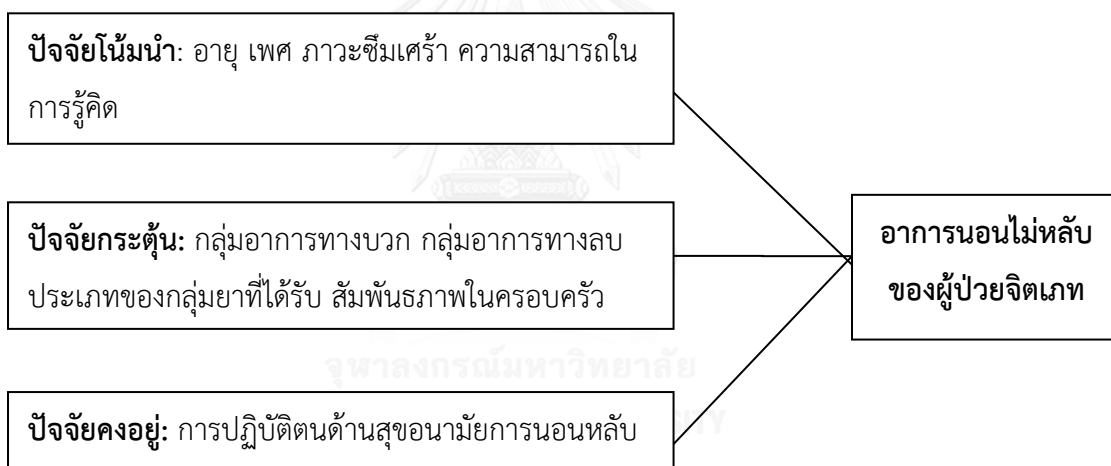
Raphael et al. (2012) ศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเวชในประเทศไนจีเรีย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการคงที่และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 184 ราย ในจำนวนนี้มีผู้ป่วยจิตเภททั้งหมด 66 ราย พบอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด ร้อยละ 89.4 สรุปได้ว่าความแตกต่างของความผิดปกติทางจิต อายุแตกต่างกันส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X^2 = 8.762$ และ 2.456 ตามลำดับ $p < .05$)

Kenichi Kuriyama & Takuya Yoshike (2013) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายกับอาการนอนไม่หลับ พบว่าอาการนอนไม่หลับเรื้อรังเป็นความแปรปรวนของการนอนหลับ การใช้เวลาดังแต่เข้านอนจนกระทั่งหลับนานกว่าปกติ การนอนหลับไม่ต่อเนื่องหรือไม่สามารถนอนหลับได้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความอ่อนล้า มีอารมณ์แปรปรวน ขาดแรงจูงใจและความสนใจในสิ่งต่างๆ ขาดสมาธิและความจำลดลง ซึ่งความผิดปกติจากอาการนอนไม่หลับเหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกาย (Impairments of Daytime Functioning [IDFs]) ผู้ป่วยขาดการปรับตัวในการทำงานและการมีสัมพันธภาพทางสังคมลดลง นอกจากนี้ยังพบว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยโรคจิตเวชบ่อยมาก และสาเหตุให้เกิดความบกพร่องในการทำหน้าที่ของร่างกายในระดับรุนแรง

Laura et al. (2011) ศึกษาอาการนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยโรคจิตเภท ในประเทศสหรัฐอเมริกา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก จำนวน 175 ราย ประเมินอาการนอนไม่หลับด้วยแบบประเมิน Insomnia Severity Index ผลการศึกษาพบว่า เพศต่างกันส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน และอายุ ภาวะซึมเศร้า การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ การบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับ และพบว่าความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับส่งผลต่อคุณภาพชีวิตแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 8.52$, $p < .05$)

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรที่คาดว่าจะมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท และเป็นปัจจัยที่สามารถจัดกระทำเพื่อป้องกันและลดปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยใช้บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชชั้นสูง โดยคัดสรรตัวแปรที่ส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับแบ่งเป็น 3 ปัจจัย ตามแนวคิดของ Glovinsky & Speilman (2005) ประกอบด้วย ปัจจัยโน้มนำ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล เป็นลักษณะทางชีวภาพ กรรมพันธุ์ และลักษณะนิสัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรู้คิด ปัจจัยกระตุ้น เป็นปัจจัยให้เกิดอาการนอนไม่หลับชนิดเกิดขึ้นเร็ว ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ และสัมพันธภาพในครอบครัว และปัจจัยคงอยู่ เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ ซึ่งแสดงในตารางภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย ดังนี้



บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

วิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) ตามตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) และมีอาการนอนไม่หลับ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดเลือกของการวิจัย (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) ตามตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) วัยผู้ใหญ่ ที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง
2. ได้รับการประเมินจากผู้วิจัยเบื้องต้นว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) โดยประเมินจากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ตามแนวคิดของ Morin (1993) ที่ปรับปรุงมาจาก พัทริญา แก้วแพง (2547) คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการนอนไม่หลับมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน (ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับขึ้นไป)
3. สามารถพูดคุยโต้ตอบ อ่านและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้
4. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยการเซ็นชื่อยินยอมในการให้ข้อมูล

กำหนดคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างในการคัดออกของการวิจัย (Exclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้เข้าร่วมวิจัยขอถอนตัวออกจากการวิจัยในระหว่างการดำเนินการสัมภาษณ์
2. ผู้เข้าร่วมวิจัยมีอาการทางกายและทางจิตกำเริบที่เป็นอุปสรรคในระหว่างดำเนินการวิจัย

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีวิธีการคำนวณ โดยใช้สูตร Thorndike(1987 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้

$$N = 10k + 50 \text{ (เมื่อ } N = \text{ขนาดกลุ่มตัวอย่าง } k = \text{จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา)}$$

$$N = (10 \times 10) + 50 = 150 \text{ คน}$$

การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ = 150 คน ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10% ของกลุ่มตัวอย่าง เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูลหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 165 คน

ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

1. คัดเลือกโรงพยาบาล โดยเริ่มจากผู้วิจัยสำรวจรายชื่อโรงพยาบาลศูนย์ของประเทศไทย ในเขตสาธารณสุขทั้ง 4 ภาค ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้ พบมีจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมด 20 แห่ง โดยมีเกณฑ์คุณสมบัติในการเป็นสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ มีคลินิกจิตเวชที่ให้บริการผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก และเป็นโรงพยาบาลที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการศึกษาวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนด ประกอบด้วย ภาคเหนือมี 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลพุทธชินราช จังหวัดพิษณุโลก โรงพยาบาลลำปาง จังหวัดลำปาง โรงพยาบาลเชียงใหม่ประชานุเคราะห์ จังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ จังหวัดนครสวรรค์ และโรงพยาบาลอุดรดิตถ์ จังหวัดอุดรดิตถ์ ภาคกลางมี 5 แห่ง คือ โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี โรงพยาบาลสระบุรี จังหวัดสระบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดสุพรรณบุรี โรงพยาบาลนครปฐม จังหวัดนครปฐม และโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ภาคตะวันออกมี 4 แห่ง คือ โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี โรงพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี และโรงพยาบาลระยอง จังหวัดระยอง ภาคใต้มี 6 แห่ง คือ โรงพยาบาลมหาราช นครศรีธรรมราช จังหวัดนครศรีธรรมราช โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา โรงพยาบาลยะลา จังหวัดยะลา โรงพยาบาลตรัง จังหวัดตรัง และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จังหวัดภูเก็ต จากนั้นคัดเลือกโรงพยาบาลในแต่ละภาคโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple Random Sampling) ใช้การสุ่มแบบไม่แทนที่ด้วยวิธีจับฉลาก โดยสุ่มรายชื่อ

โรงพยาบาลศูนย์ของแต่ละภาค ภาคละ 1 แห่งได้โรงพยาบาลศูนย์ทั้งหมดจำนวน 4 แห่ง ประกอบด้วย ภาคเหนือ คือโรงพยาบาลลำปาง ภาคกลาง คือโรงพยาบาลนครปฐม ภาคตะวันออก คือโรงพยาบาลชลบุรี และภาคใต้ คือโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

2. ผู้วิจัยกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ตามรายงานประจำปี 2556 และประมาณการจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการนอนหลับ (ประชากรวิจัย) ร้อยละ 80 ของจำนวนประชากร เนื่องจากประชากรของแต่ละโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เท่าเทียมกัน ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกจำแนกตามโรงพยาบาล

โรงพยาบาล	จำนวนประชากร	ประมาณการจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาการนอนหลับ	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง
โรงพยาบาลลำปาง	3,552 คน	2,842 คน	55 คน
โรงพยาบาลนครปฐม	1,826 คน	1,461 คน	29 คน
โรงพยาบาลชลบุรี	2,000 คน	1,600 คน	31 คน
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	3,200 คน	2,560 คน	50 คน
รวม	10,578 คน	8,463 คน	165 คน

3. ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างในแต่ละโรงพยาบาลแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจนกระทั่งครบจำนวนทั้งสิ้น 165 คน ตามสัดส่วนประชากรและกลุ่มตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งมีวิธีดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

3.1 ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยจิตเภทกับทุกโรงพยาบาลที่ได้จากการสุ่มเป็นสถานที่ในการดำเนินการเก็บข้อมูล ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลชลบุรีและโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

3.2 ดำเนินการคัดเลือกผู้ป่วยที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของทุกโรงพยาบาลที่มีข้อมูลการวินิจฉัยโรคจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) จากแฟ้มประวัติผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) เมื่อผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูลในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2557 โดยผู้วิจัยเป็นผู้ประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) ของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ตามแนวคิดของ Morin (1993) ที่

ปรับปรุงมาจาก พัทธิญา แก้วแพง (2547) โดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนอาการนอนไม่หลับมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนขึ้นไป (ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับขึ้นไป) เพื่อเป็นกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ การดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจะกระทำภายหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของแต่ละโรงพยาบาล ผู้วิจัยจะเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ จนครบจำนวน 165 คน ตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละโรงพยาบาล มีรายละเอียดดังนี้

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลชลบุรี ในระหว่างวันที่ 3-7 พฤศจิกายน 2557 วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.

โรงพยาบาลลำปาง ในระหว่างวันที่ 10-14 พฤศจิกายน 2557 วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในระหว่างวันที่ 17-21 พฤศจิกายน 2557 วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.

โรงพยาบาลนครปฐม ในระหว่างวันที่ 24-28 พฤศจิกายน 2557 วันจันทร์-วันศุกร์ เวลา 8.00-16.00 น.

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามมีทั้งหมด 8 ส่วนซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย 2 ส่วนย่อย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะให้เลือกตอบข้อความ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย เป็นต้น โดยให้ผู้ป่วยเป็นผู้กรอกข้อมูลด้วยตนเอง และข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของกลุ่มยาทางจิตเวชที่ได้รับการรักษาโรคจิตเภท ซึ่งผู้วิจัยเป็นผู้กรอกข้อมูลโดยศึกษาจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

ใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ที่สร้างมาจากแนวคิดของ Morin (1993) โดยพัทธิญา แก้วแพง (2547) ผู้วิจัยนำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ การวัดโดยประเมินอาการนอนไม่หลับทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าสู่การนอนหลับยาก การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ และผลกระทบของอาการนอนไม่หลับต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นต้น โดยข้อคำถามใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) จากเส้นตรง ซึ่งมีคะแนนตั้งแต่ 0-4 คะแนน จำนวน 7 ข้อคำถาม โดยมีลักษณะดังนี้

ข้อที่ 1-3 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่มี” ปลายด้านขวาสุดมีคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “รุนแรงมากที่สุด”

ข้อที่ 4 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “พึงพอใจมาก” ปลายด้านขวาสุดมีคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “ไม่พอใจมากที่สุด”

ข้อที่ 5 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่มีผลเลย” ปลายด้านขวาสุดมีคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “มีผลมากที่สุด”

ข้อที่ 6 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “สังเกตไม่เห็นเลย” ปลายด้านขวาสุดมีคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “เห็นชัดมากที่สุด”

ข้อที่ 7 ประเมินโดยลักษณะข้อคำถามแบบประมาณค่าเชิงเส้นตรง โดยปลายด้านซ้ายสุดมีค่าคะแนนเท่ากับศูนย์และมีคำกำกับว่า “ไม่เลย” ปลายด้านขวาสุดมีคะแนนเท่ากับ 4 และมีคำกำกับว่า “มากที่สุด”

ประเมินอาการนอนไม่หลับ ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 7 ข้อคำถาม ดังนี้

1. การเข้าสู่การนอนหลับยาก ประกอบด้วยคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1
2. การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 2
3. การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3
4. มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ข้อ ได้แก่ ข้อที่ 4, 5, 6 และ 7

เกณฑ์การแปลผลคะแนน แปลคะแนนอาการนอนไม่หลับจากคะแนนที่ได้ คะแนนรวมทั้งหมด 28 คะแนน โดยแบ่งระดับอาการนอนไม่หลับ ดังนี้ (Morin, 1993)

คะแนนรวม	ความหมาย
0-7 คะแนน	ผู้ป่วยไม่มีอาการนอนไม่หลับเลย (no clinically significant insomnia)
8-14 คะแนน	ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ (subthreshold insomnia)
15-21 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง (clinical insomnia, moderate severity)

คะแนนรวม	ความหมาย
22-28 คะแนน	ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง (clinical insomnia, severe)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบประเมินอาการนอนไม่หลับนี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา และข้อเสนอแนะปรับปรุง โดยจัดทำเป็นตารางให้ผู้ทรงคุณวุฒิแสดงระดับความคิดเห็น แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

คะแนน 1	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆ ไม่สอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 2	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามน้อย
คะแนน 3	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆ ค่อนข้างสอดคล้องกับคำนิยาม
คะแนน 4	หมายถึง	คำถามในข้อนั้นๆ สอดคล้องกับคำนิยามมาก

ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความเข้าใจง่ายและกระชับของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์นรางกูร, 2553) โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

ในการวิจัยครั้งนี้คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ โดยรวมได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา

วิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับคำนิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 1-3 และ 5-7 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่ไม่ค่อยหลับ	1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่นอนไม่ค่อยหลับ
2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นขึ้นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่กลับไม่หลับ	2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่นอนไม่หลับ
3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นเร็วเกินไป	3. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นนอนเร็วเกินไป
5. ท่านพบว่าปัญหาการนอนส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่าน(เช่น ความเหนื่อยล้าช่วงกลางวัน ความสามารถในการทำงาน อารมณ์ สมาธิ ความจำ เป็นต้น)	5. ท่านพบว่าปัญหาการนอนส่งผลกระทบต่อ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่านในปัจจุบัน (เช่น ความเหนื่อยล้าช่วงกลางวัน ความสามารถในการทำงานประจำวัน อารมณ์ สมาธิ ความจำ เป็นต้น)
6. ท่านสังเกตเห็นชัดว่าปัญหาการนอนส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของท่าน	6. ท่านสังเกตเห็นได้ชัดว่าปัญหาการนอนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของท่าน
7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหุดหู่แค่นั้นกับการนอนไม่หลับ	7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหุดหู่กับปัญหาการนอนไม่หลับของท่านในปัจจุบัน

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) การวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีขั้นตอนดังนี้

1. ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา ซึ่งมีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง แต่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 30 คน ในระหว่างวันที่ 20-24 และ 27-28 ตุลาคม 2557

2. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้รับกลับมา แล้วลงคะแนนเพื่อเตรียมข้อมูลให้มีความสมบูรณ์ตามที่กำหนดไว้

3. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งค่าที่ยอมรับได้อยู่ระหว่าง คือ .70-.80 (Devis, 1999 อ้างถึงใน อารีย์วรรณ อ่วมธานี, 2554) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 แสดงผลในภาคผนวก จ หน้า 149

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ

ใช้แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ ที่สร้างมาจากแนวคิดของ David, Jeff, & Robert (2006) โดยนงลักษณ์ อนันตอาจ (2550) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ เนื้อหาของแบบประเมินครอบคลุมเกี่ยวกับพฤติกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับ ได้แก่ ความสม่ำเสมอของการนอนและการตื่นในเวลาใกล้เคียงกัน การงีบหลับในเวลากลางวัน การทำกิจกรรมก่อนเข้านอน การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่หรือการใช้นอนหลับ และความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย

เกณฑ์การให้คะแนน แบบประเมินนี้ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) มี 5 อันดับคะแนน แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1-5 คะแนน โดยการแบ่งการปฏิบัติตนออกเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย ปฏิบัติน้อยที่สุด มีรายละเอียดดังนี้
 ปฏิบัติมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 80 – 100%
 ปฏิบัติมาก (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 60 – 79%
 ปฏิบัติปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 40 – 59%
 ปฏิบัติน้อย (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 20 – 39%
 ปฏิบัติน้อยที่สุด (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านเลยหรือตรงกับกับการปฏิบัติตนของท่าน 0 – 19%

ข้อคำถามแบ่งเป็นข้อความทางลบ 9 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 11 และ 12 และเป็นข้อความทางบวก 3 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2 และ 10 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
ปฏิบัติมากที่สุด	5	1
ปฏิบัติมาก	4	2
ปฏิบัติปานกลาง	3	3
ปฏิบัติน้อย	2	4
ปฏิบัติน้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับเท่ากับ 60 คะแนน คิดคะแนนรวมของทุกข้อคำถามแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย ด้วยการนำคะแนนเต็ม

หารด้วยจำนวนข้อ แปลผลโดยกำหนดคะแนนรวมของการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับสุขอนามัยการนอนหลับ ออกมาเป็น 3 ระดับ ดังนี้ (Best, 1777 อ้างถึงใน หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์, 2540)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
1.00 - 2.33	การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับอยู่ในระดับดี
2.34 - 3.66	การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง
3.67 - 5.00	การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้น ผู้วิจัยนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับนี้สามารถวัดความตรงตามค่านิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความเข้าใจง่ายและกระชับ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับได้เท่ากับ .91 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยามเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 1 จากข้อคำถามเดิม “ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน” แก้เป็น “ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือเวลาใกล้เคียงกันทุกวัน”

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .71 แสดงผลในภาคผนวก จ หน้า 150

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

ใช้แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวสร้างมาจากแนวคิดของ Friedman (1986) และของ Morrow & Wilson (1961) พัฒนาโดยนัยนา อินธิโชติ (2545) เนื้อหาของแบบประเมินครอบคลุมเกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพในครอบครัว ได้แก่ ความรักความอบอุ่นในครอบครัว ความเอาใจใส่ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน และการมีปฏิสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน แบบประเมินนี้ใช้มาตรวัดแบบใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) มี 5 อันดับคะแนน แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 1 - 5 คะแนน โดยการแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด

ข้อคำถามแบ่งเป็นข้อความทางลบ 4 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 5, 6, 13 และ 18 และเป็นข้อความทางบวก 16 ข้อ ได้แก่ ข้อคำถามที่ 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 14, 15, 16, 17, 19 และ 20 โดยกำหนดให้ผู้ตอบเลือกได้ 1 คำตอบ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ค่าคะแนนทางบวก	ค่าคะแนนทางลบ
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
เห็นด้วยน้อยที่สุด	1	5

เกณฑ์การแปลผลคะแนน คะแนนรวมของสัมพันธภาพในครอบครัว เท่ากับ 100 คะแนน คิดคะแนนรวมของทุกข้อคำถามแล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยด้วยการนำคะแนนเต็มหารด้วยจำนวนข้อ แปลผลโดยกำหนดคะแนนเฉลี่ยของสัมพันธภาพในครอบครัวออกมาเป็น 5 ระดับ ดังนี้ (ประคองกรรณสูตร, 2542)

คะแนนเฉลี่ย	ความหมาย
4.50 - 5.00	มีสัมพันธภาพในครอบครัวมากที่สุด
3.50 - 4.49	มีสัมพันธภาพในครอบครัวมาก
2.50 - 3.49	มีสัมพันธภาพในครอบครัวปานกลาง
1.50 - 2.49	มีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อย
1.00 - 1.49	มีสัมพันธภาพในครอบครัวน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว มาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวนี้สามารถวัดความตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความเข้าใจง่ายและกระชับ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวได้เท่ากับ .85 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับปรุงข้อคำถาม ข้อ 7 และ 20 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การปรับข้อคำถามเดิมและข้อคำถามใหม่ของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

ข้อคำถามเดิม	ข้อคำถามใหม่
7. ท่านมั่นใจว่าสมาชิกในครอบครัวจะดูท่านเป็นอย่างดี	7. ท่านมั่นใจว่าสมาชิกในครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี
20. สมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาท่านเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน เช่น การซ่อมแซมสิ่งของ เครื่องใช้ที่ชำรุด การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ หรือการคิดรายการอาหารประจำวัน	20. สมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาท่านเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน เช่น การซ่อมแซมสิ่งของ เครื่องใช้ที่ชำรุด การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ หรือการคิดรายการอาหารประจำวัน การซื้อของใช้

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .90 แสดงผลในภาคผนวก จ หน้า 151

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

ใช้แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Calgary Depression Scale for Schizophrenia) ที่สร้างขึ้นโดย Addington et al. (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2553) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะ โดยสามารถแยกอาการซึมเศร้าออกจากอาการทางจิตด้านลบ หรืออาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นจากยาต้านอาการทางจิตด้วย โดยทำการสัมภาษณ์ข้อคำถามที่ 1 ถึง 8 และจากการสังเกตผู้ป่วย ในข้อคำถามที่ 9 และให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ โดยมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 0-27 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน แบบประเมินนี้ใช้มาตรวัดแบบมาตราส่วน (rating scale) มี 4 อันดับ คะแนน แต่ละข้อมีค่าคะแนนตั้งแต่ 0-3 คะแนน โดยการแบ่งออกเป็นระดับต่างๆ ได้แก่ ไม่มีอาการซึมเศร้า อาการซึมเศร้าเล็กน้อย อาการซึมเศร้าปานกลาง อาการซึมเศร้ารุนแรง

เกณฑ์การแปลผลคะแนน นำคะแนนที่ได้มาบวกกัน ถ้าได้คะแนนรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 5 คะแนน แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า ถ้าได้คะแนนน้อยกว่า 5 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยไม่มีอาการซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทมาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทนี้ สามารถวัดความตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ โดยส่วนใหญ่เป็นการปรับภาษาให้มีความเข้าใจ

ง่ายและกระชับ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงแก้ไขข้อคำถามตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อให้ข้อคำถามมีความสอดคล้องกับค่านิยมเชิงปฏิบัติการมากขึ้น โดยปรับปรุงตัวเลือกในข้อคำถาม ข้อ 9 จากข้อตัวเลือกเดิม “1. เล็กน้อย ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าและเสียใจในบางขณะของการสัมภาษณ์ แต่อารมณ์ปกติเมื่อพูดถึงเรื่องที่ไม่เศร้า” แก้เป็น “1. เล็กน้อย ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าและเสียใจในบางขณะของการสัมภาษณ์ แต่สามารถมีอารมณ์ปกติเมื่อพูดถึงเรื่องที่ไม่เศร้า”

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .96 แสดงผลในภาคผนวก จ หน้า 153

ส่วนที่ 6 แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination, TMSE)

ใช้แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทยที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Folstein et al. (1975) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยคณะกรรมการจัดทำแบบทดสอบสมรรถภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย พ.ศ. 2551 โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ใช้ในการทดสอบสมรรถภาพของสมองในเชิงปริมาณ เพื่อเป็นแบบตรวจหาความบกพร่องในการทำงานของสมองด้านความรู้คิด 6 ด้าน คือ การรับรู้เวลา สถานที่ (Orientation) การจดจำ (Registration) ความตั้งใจ (Attention) การคำนวณ (Calculation) การใช้ภาษา (Language) และการระลึกได้ (Recall)

แบบทดสอบนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ด้านจำนวน 30 ข้อ โดยมีหลักเกณฑ์การให้คะแนนแต่ละด้าน ดังนี้

- 1) ด้าน Orientation เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการรับรู้ ประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม 6 คะแนน
- 2) ด้าน Registration เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการจดจำ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน
- 3) ด้าน Attention เป็นการทดสอบเกี่ยวกับความใส่ใจ ประกอบด้วย 5 ข้อคำถาม 5 คะแนน
- 4) ด้าน Calculation เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการคิดคำนวณ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน

- 5) ด้าน Language เป็นการทดสอบเกี่ยวกับภาษา ประกอบด้วย 10 ข้อคำถาม 10 คะแนน
- 6) ด้าน Recall เป็นการทดสอบเกี่ยวกับการระลึกได้ ประกอบด้วย 3 ข้อคำถาม 3 คะแนน
- เกณฑ์การแปลผลคะแนน ดังนี้ นำคะแนนที่ได้มาบวกกัน โดยคะแนนเต็มทั้งหมดเท่ากับ 30 คะแนน หากได้คะแนนรวมน้อยกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด หากได้คะแนนรวมมากกว่า 23 คะแนน แสดงว่า ผู้ป่วยมีความสามารถในการรู้คิดปกติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบทดสอบสภาพสมองไทยมาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบทดสอบสภาพสมองไทยนี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบสภาพสมองไทยได้เท่ากับ .86

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบทดสอบสภาพสมองไทยโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .85 แสดงผลในภาคผนวก จ หน้า 154

ส่วนที่ 7 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

ใช้แบบวัดเฉพาะกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน ใช้วัดอาการทางบวก (Positive symptoms) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีข้อคำถาม 7 ข้อ ได้แก่ 1) อาการหลงผิด 2) ความคิดสับสน 3) อาการประสาทหลอน 4) อาการตื่นเต้นกระวนกระวาย 5) คิดว่าตนมีความสามารถพิเศษเกินความเป็นจริง 6) รู้สึกหวาดระแวงว่ามีมุ้งร้าย 7) ความรู้สึกที่ไม่เป็นมิตร

เกณฑ์การให้คะแนน โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1-7 คะแนน ตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

- คะแนน 1 ไม่มีอาการ
- คะแนน 2 มีอาการขั้นต่ำสุด
- คะแนน 3 มีอาการเล็กน้อย
- คะแนน 4 มีอาการปานกลาง
- คะแนน 5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- คะแนน 6 มีอาการรุนแรง
- คะแนน 7 มีอาการรุนแรงมาก

เกณฑ์การแปลผลคะแนน Positive Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite scale ได้โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite scale เป็นบวก (>0) จะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางบวก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทยมาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาลทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทยนี้สามารถวัดความตรงตามคำนิยามเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ควรใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย และผู้ประเมินควรมีความเชี่ยวชาญในการให้คะแนนแยกระดับของความรุนแรงอาการทางบวกของโรคจิตเภท การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทยได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อประเมินกลุ่มอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างแม่นยำโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทยโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .76 แสดงผลในภาคผนวก จ หน้า 156

ส่วนที่ 8 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

ใช้แบบวัดเฉพาะกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่แปลโดย ธนา นิลชัย โกวิทย์และคณะ (2550) ซึ่งเป็นเครื่องมือวัดอาการทางจิตที่มีคุณภาพสูงและได้มาตรฐาน วัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางลบ (Negative symptoms) โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย มีข้อความ 7 ข้อ ได้แก่ 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ 2) มีอารมณ์เฉยเมย 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง 4) แยกตัวออกจากสังคม 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม 6) การสนทนาเกิดขึ้นอย่างไม่เป็นธรรมชาติ 7) การคิดอย่างตายตัวโดยไม่ยอมเปลี่ยนความคิด

เกณฑ์การให้คะแนน โดยให้ค่าคะแนนเป็น 1-7 คะแนน ให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิตมีหลักเกณฑ์ ดังนี้

- คะแนน 1 ไม่มีอาการ
- คะแนน 2 มีอาการขั้นต่ำสุด
- คะแนน 3 มีอาการเล็กน้อย
- คะแนน 4 มีอาการปานกลาง
- คะแนน 5 มีอาการค่อนข้างรุนแรง
- คะแนน 6 มีอาการรุนแรง
- คะแนน 7 มีอาการรุนแรงมาก

การแปลผลคะแนน Negative Scale จะมีคะแนนได้ตั้งแต่ 7-49 นอกจากนี้ยังสามารถคิดคะแนนของ Composite scale ได้โดยนำคะแนนของ Negative Scale มาลบออกจากคะแนน Positive Scale ซึ่งจะได้คะแนนตั้งแต่ -42 ถึง +42 การแปลผลคะแนน ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite scale เป็นลบ (<0) จะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางลบ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ผู้วิจัยนำแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทยมาตรวจสอบความเหมาะสมของข้อความ ความครอบคลุมของเนื้อหาและการใช้ภาษา แล้วนำมาปรับปรุงให้เหมาะสมกับการนำไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยนำไปขอความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ประกอบด้วย จิตแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล

ทางด้านจิตเวช จำนวน 2 ท่าน และพยาบาลผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช (APN) จำนวน 2 ท่าน

เมื่อตรวจสอบความสมบูรณ์ของเนื้อหาว่าแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทยนี้สามารถวัดความตรงตามค่านิยมเชิงปฏิบัติการใช้ในการศึกษาหรือไม่ ความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความชัดเจน และความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ตลอดจนการจัดลำดับของเนื้อหา ซึ่งผู้วิจัยได้รับข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิ ควรใช้การสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย และผู้ประเมินควรมีความเชี่ยวชาญในการให้คะแนนแยกระดับของความรุนแรงอาการทางลบของโรคจิตเภท การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index [CVI]) ซึ่งค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทยได้เท่ากับ 1.00 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์เพื่อประเมินกลุ่มอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างแม่นยำโดยการสัมภาษณ์ร่วมกับการสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย

การตรวจสอบค่าความเที่ยง (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่มีคุณสมบัติเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงของแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทยโดยหาค่าความสอดคล้องภายในด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ซึ่งได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .79 แสดงผลในภาคผนวก จ หน้า 157

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยขอหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

2. ขั้นตอนการ

2.1 เมื่อได้หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยส่งหนังสือดังกล่าวพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ฉบับสมบูรณ์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และ

โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล

2.2 ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้างานคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และนัดหมายวันเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในช่วงเข้าก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.3.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ประเมินอาการนอนไม่หลับกับกลุ่มตัวอย่างทุกรายด้วยตนเอง โดยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับที่ปรับปรุงมาจาก พัทริญา แก้วแพง (2547) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีมีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนขึ้นไป (ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับขึ้นไป) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวัน ผู้วิจัยจะเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทตามคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) จนครบจำนวน 165 คน ตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละโรงพยาบาล

2.4 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์จากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.5 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องตรวจของแพทย์ และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 1-4 ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยในกรณีที่ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถาม

ให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจแล้วจึงตอบแบบสอบถาม ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 5-8 ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 50 นาที

2.6 หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 165 ฉบับ หลังจากนั้นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ภายหลังจากการที่ผู้วิจัยได้รับอนุญาตให้ทำวิจัย โดยผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลลำปาง เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2557 โรงพยาบาลชลบุรี เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ.2557 โรงพยาบาลนครปฐมเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2557 และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2557 ผู้วิจัยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก โดยแจ้งให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาของการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิประโยชน์ที่กลุ่มตัวอย่างพึงได้รับ ได้แก่ การได้รับความเคารพในเกียรติของความเป็นมนุษย์ การพิทักษ์สิทธิในการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคลจากการเข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้ และหากมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับรุนแรง ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อเพื่อเข้าพบจิตแพทย์ รวมทั้งประโยชน์ของการนำข้อมูลจากการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลในอนาคต และผู้วิจัยชี้แจงให้ทราบถึงสิทธิในการยอมรับหรือปฏิเสธการตอบแบบสอบถามครั้งนี้โดยไม่มีผลต่อการรักษาของแพทย์และพยาบาลแต่อย่างใด ขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย พร้อมทั้งให้ลงลายมือชื่อในใบยินยอม ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆและไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับ รวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัยสามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรงและเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ

2. ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. ศึกษาค่าคะแนนกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำมาเปรียบเทียบเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด

4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิดกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยสถิติทดสอบหาค่าที่ (Independent t-test) และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ สัมพันธภาพในครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับกับอายุของผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA) และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta

7. ศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับกับประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับของผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA) และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta

โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเปรียบเทียบค่า r โดยการแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ดังนี้ (Davis, 1992 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552)

เมื่อ r มีค่า $> .70$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูงมาก

เมื่อ r มีค่า $.50 - .69$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์สูง

เมื่อ r มีค่า $.30 - .49$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ปานกลาง

เมื่อ r มีค่า $.10 - .29$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์ต่ำ

เมื่อ r มีค่า $.01 - .09$ แสดงว่า ระดับความสัมพันธ์แทบไม่สัมพันธ์กันเลย

บทที่ 4

ผลการศึกษา

วิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research) เพื่อศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด ประสิทธิภาพของกลุ่มยาที่ได้รับ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการขอความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามจำนวน 165 คน ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลศูนย์ของประเทศไทย ในเขตสาธารณสุขทั้ง 4 ภาค ได้แก่ โรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 8 ส่วน ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินพฤติกรรม การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย และแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ผู้วิจัยแบ่งการนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล เป็นลำดับดังนี้

ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ และร้อยละ แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 4

ตอนที่ 2 ศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 5-7

ตอนที่ 3 ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 8-16

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนของอาการนอนไม่หลับจำแนกตามเพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) และและคำนวณสหสัมพันธ์ Eta แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 17

ตอนที่ 5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ สัมพันธภาพในครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation) แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 18

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มอายุของผู้ป่วยจิตเภท และคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับระหว่างกลุ่มของชนิดของยาที่ได้รับของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA) และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูลในตารางที่ 19-22



ตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ

ผลการศึกษาข้อมูลส่วนบุคคลแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท จำแนกตามเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ (n=165)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน	ร้อยละ
เพศ			
ชาย		83	50.30
หญิง		82	49.70
อายุ			
20 - 29 ปี		38	23.00
30 - 39 ปี		44	26.70
40 - 49 ปี		42	25.50
50 - 59 ปี		41	24.80
สถานภาพสมรส			
โสด		88	53.30
คู่		42	25.50
หย่าร้าง		15	9.10
หม้าย		10	6.10
แยกทางกันอยู่		10	6.10
ระดับการศึกษา			
ไม่ได้เรียน		8	4.80
ประถมศึกษา		66	40.00
มัธยมศึกษาตอนต้น		28	17.00
มัธยมศึกษาตอนปลาย		16	9.70
ปริญญาตรี		30	18.20
สูงกว่าปริญญาตรี		17	10.30
อาชีพ			
ไม่มีอาชีพ		78	47.30

ตารางที่ 4 (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
รับจ้าง	52	31.50
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	5	3.00
ธุรกิจส่วนตัว	4	2.40
ทำสวน/ทำนา/ทำไร่	12	7.30
ค้าขาย	12	7.30
อื่นๆ	2	1.20
ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย (ปี) $\bar{X} = 11.90$ S.D. = 8.64		
Max 37 ปี Min 1 ปี		
ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ		
ประเภทกลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิม	81	49.10
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิม	6	3.60
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิม & ยาลดอาการข้างเคียงยารักษาโรคจิต	32	19.40
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิม & ยาต้านอาการซึมเศร้า	21	12.70
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิม & ยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต & ยาต้านอาการซึมเศร้า	22	13.30
ประเภทกลุ่มยาโรคจิตกลุ่มใหม่	50	30.30
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มใหม่	5	3.00
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มใหม่ & ยาลดอาการข้างเคียงยารักษาโรคจิต	20	12.10
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มใหม่ & ยาต้านอาการซึมเศร้า	12	7.30
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มใหม่ & ยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต & ยาต้านอาการซึมเศร้า	13	7.90
ประเภทกลุ่มยาอื่นๆ	34	20.60
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิม & กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มใหม่	14	8.50
- กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิม & กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มใหม่ & ยาลดอาการข้างเคียงยารักษาโรคจิต	20	12.10

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน ส่วนใหญ่ที่พบเป็นเพศชายจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 50.3 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 26.7 รองลงมา มีอายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 24.8 และอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 23.0 ตามลำดับ ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดมากที่สุด จำนวน 88 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 47.3 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.90 ปี และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับการรักษาโรคจิตเภทมากที่สุด คือ ประเภทกลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิม จำนวน 81 คน คิดเป็นร้อยละ 49.10



ตอนที่ 2 ศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 5-7

ตารางที่ 5 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

อาการนอนไม่หลับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่นอนไม่ค่อยหลับ	2.48	1.07	ปานกลาง
2.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่นอนไม่หลับ	2.29	1.02	ปานกลาง
3.ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านตื่นนอนเร็วเกินไป	1.91	1.09	ปานกลาง
4.ความพึงพอใจกับสภาพการนอนของท่านในปัจจุบัน	2.39	0.94	ปานกลาง
5.ท่านพบว่าปัญหาการนอนส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของท่านในปัจจุบัน (เช่น ความเหนื่อยล้าช่วงกลางวัน ความสามารถในการทำงานประจำวัน อารมณ์ สมาธิ ความจำ เป็นต้น)	2.45	0.95	ปานกลาง
6.ท่านสังเกตเห็นได้ชัดว่าปัญหาการนอนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของท่าน	2.35	1.03	ปานกลาง
7.ท่านรู้สึกกังวลหรือหดหู่กับปัญหาการนอนไม่หลับของท่านในปัจจุบัน	2.26	0.99	ปานกลาง
อาการนอนไม่หลับโดยรวม	16.13	5.57	ปานกลาง

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน มีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับเท่ากับ 16.13 (S.D.= 5.57) แสดงว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 6 จำนวน และร้อยละ ของระดับของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

ระดับของอาการนอนไม่หลับ	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ	55	33.30
มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง	82	49.70
มีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง	28	17.00

จากตารางที่ 6 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับระดับปานกลาง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 49.70 รองลงมาคือ อยู่ในระยะเริ่มของการมีอาการนอนไม่หลับ จำนวน 55 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงจำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 17.00 ตามลำดับ



ตารางที่ 7 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการนอนไม่หลับเมื่อแยกเป็นรายด้านของอาการนอนไม่หลับ ของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

ลักษณะของอาการนอนไม่หลับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
การเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep)	2.48	1.07	ปานกลาง
การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Difficulty in maintaining sleep)	2.29	1.02	ปานกลาง
การตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening)	1.91	1.09	ปานกลาง
มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน	2.37	.98	ปานกลาง

จากตารางที่ 7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาอาการนอนไม่หลับเมื่อแยกเป็นรายด้าน ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางทั้งหมด พบว่ามีปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยากมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 (S.D.= 1.07) รองลงมาคือ การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 (S.D.= 1.02) และการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 (S.D.= 1.09) ตามลำดับ และพบว่าอาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (S.D.= .98)

ตอนที่ 3 ศึกษาภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้ สถิติ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษาภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัวและการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทแสดงผลการ วิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 8-16

ตารางที่ 8 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
มีภาวะซึมเศร้า	92	55.80
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	73	44.20
ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท $\bar{X} = 7.50$ S.D. = 5.93		

จากตารางที่ 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 92 คน คิด เป็นร้อยละ 55.80 และไม่มีภาวะซึมเศร้า จำนวน 73 คน คิดเป็นร้อยละ 44.20 โดยมีคะแนนเฉลี่ย ของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทเท่ากับ 7.50 (S.D. = 5.93)

ตารางที่ 9 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

ความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
บกพร่อง (ต่ำกว่า 23 คะแนน)	20	12.10
ปกติ (สูงกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน)	145	87.90
ความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท $\bar{X} = 23.98$ S.D. = 5.65		

จากตารางที่ 9 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความสามารถในการรู้คิดปกติ(มีคะแนนสูงกว่าหรือเท่ากับ 23 คะแนน) จำนวน 145 คน คิดเป็นร้อยละ 87.90 และมีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด (มีคะแนนต่ำกว่า 23 คะแนน) จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 12.10 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการรู้คิดเท่ากับ 23.98 (S.D.= 5.65) ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับความสามารถในการรู้คิดปกติ

ตารางที่ 10 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของกลุ่มอาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท(n=165)

อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. อาการหลงผิด	2.04	2.10	ต่ำ
2. อาการประสาทหลอน	3.68	2.25	ปานกลาง
3. ความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง	1.31	1.20	ไม่มีอาการ
4. ความคิดรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย/คิดว่าคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน	3.44	2.30	เล็กน้อย
5. ความคิดสับสน พูดไม่เป็นเรื่องเดียวกัน พูดหลากหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน	1.96	1.74	ต่ำ
6. ตื่นเต้น กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง	2.01	1.74	ต่ำ
7. พฤติกรรมไม่เป็นมิตร	2.08	1.76	ต่ำ
อาการทางบวกของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม	16.52	9.57	ต่ำ

จากตารางที่ 10 พบว่า กลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 16.52 (S.D. = 9.57) ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ โดยรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.68 (S.D. = 2.25) รองลงมาคือ ความคิดรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย/คิดว่าคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.44 (S.D. = 2.30) พฤติกรรมไม่เป็นมิตร มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.08 (S.D. = 1.76) อาการหลงผิดมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.04 (S.D. = 2.10) ตื่นเต้น กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.01 (S.D. = 1.74) ความคิดสับสน พูดไม่เป็นเรื่องเดียวกัน พูดหลากหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.96 (S.D. = 1.74) และความคิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.31 (S.D. = 1.20) ตามลำดับ

ตารางที่ 11 แสดงค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ	3.67	2.28	ปานกลาง
2. การไม่แสดงอารมณ์	3.06	2.21	เล็กน้อย
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง	3.19	2.23	เล็กน้อย
4. อาการแยกตัวจากสังคม	2.94	2.22	เล็กน้อย
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม	2.84	2.70	เล็กน้อย
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สิ้นไหว อย่างต่อเนื่อง	1.87	1.64	ต่ำ
7. ยึดมั่นในความคิดตนเอง	2.12	1.70	ต่ำ
อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทโดยรวม	19.69	10.95	เล็กน้อย

จากตารางที่ 11 พบว่า อาการทางลบของโรคจิตเภท มีคะแนนเฉลี่ยรวมเท่ากับ 19.69 (S.D.= 10.95) ซึ่งอยู่ในระดับเล็กน้อย โดยรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.67 (S.D.= 2.28) รองลงมาคือ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.19 (S.D.= 2.23) การไม่แสดงอารมณ์ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.06 (S.D.= 2.21) อาการแยกตัวจากสังคมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.94 (S.D.= 2.22) มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรมมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.84 (S.D.= 2.70) ยึดมั่นในความคิดตนเองมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.12 (S.D.= 1.70) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สิ้นไหวอย่างต่อเนื่องมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.87 (S.D.= 1.64) ตามลำดับ

ตารางที่ 12 จำนวน และร้อยละ ของอาการทางบวก และทางลบของโรคจิตเภท

อาการทางบวก และทางลบของโรคจิตเภท	จำนวน	ร้อยละ
อาการทางบวก	79	47.9
อาการทางลบ	86	52.1

จากตารางที่ 12 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการทางลบของโรคจิตเภท จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 52.1 และมีอาการทางบวกของโรคจิตเภท จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 47.9



ตารางที่ 13 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือเวลาใกล้เคียงกันทุกวัน	2.84	1.44	ปานกลาง
2. ท่านตื่นนอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน	2.84	1.41	ปานกลาง
3. ก่อนเริ่มเข้านอนท่านใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ วางแผนการทำงาน การเงิน อย่างไม่อย่างหนึ่งหรือมากกว่า	4.25	1.03	ไม่ดี
4. ก่อนเข้านอนท่านทำกิจกรรมต่างๆที่ทำให้ตื่นตัว เช่น เล่นอินเทอร์เน็ต เล่นวิดีโอเกม วางแผนการทำงาน เป็นต้น	3.11	1.50	ปานกลาง
5. ท่านเข้านอนด้วยความรู้สึกเครียด โกรธ วิตกกังวล หรือซึมเศร้า	3.52	1.37	ปานกลาง
6. ท่านงีบหลับในเวลากลางวันนานมากกว่า 30 นาที	3.37	1.41	ปานกลาง
7. ท่านนอนในห้องที่มีแสงสว่างมาก เสียงดัง อุณหภูมิร้อนหรือหนาวเกินไป อย่างไม่อย่างหนึ่งหรือมากกว่า	2.51	1.43	ปานกลาง
8. ก่อนเข้านอน 4 ชั่วโมงท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์เป็นส่วนผสม เช่น ชา กาแฟ ซ็อกโกแลต น้ำอัดลม เครื่องดื่มชูกำลัง เหล้า เบียร์ ไวน์ เป็นต้น	2.99	1.49	ปานกลาง
9. ท่านสูบบุหรี่ก่อนเข้านอน	2.52	1.67	ปานกลาง
10. ท่านออกกำลังกายในช่วงก่อนเที่ยงสม่ำเสมอ	2.41	1.46	ปานกลาง
11. ก่อนเข้านอน 1 ชั่วโมงท่านออกกำลังกายจนเหงื่อออก	2.28	1.32	ดี
12. ท่านใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยให้นอนหลับ	3.88	1.39	ไม่ดี
การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับโดยรวม	3.05	0.58	ปานกลาง

จากตารางที่ 13 พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยรวมการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับเท่ากับ 3.05 (S.D.= .58) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยรายข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ก่อนเริ่มเข้านอนท่านใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ วางแผนการทำงาน การเงิน อย่างไม่อย่างหนึ่งหรือมากกว่า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 4.25 (S.D.= 1.03) อยู่ในระดับไม่ดี รองลงมาคือ การใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยให้นอนหลับ มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.88 (S.D.= 1.39) อยู่ในระดับไม่ดี และการเข้านอนด้วยความรู้สึกเครียด โกรธ วิตกกังวล หรือซึมเศร้า มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.52 (S.D.= 1.37) อยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ

ตารางที่ 14 จำนวน และร้อยละ ของระดับของการปฏิบัติด้านสุขอนามัยการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

ระดับการปฏิบัติด้านสุขอนามัยการนอนหลับ	จำนวน	ร้อยละ
การปฏิบัติด้านสุขอนามัยการนอนหลับระดับไม่ดี	13	7.90
การปฏิบัติด้านสุขอนามัยการนอนหลับระดับปานกลาง	121	73.30
การปฏิบัติด้านสุขอนามัยการนอนหลับระดับดี	31	18.80

จากตารางที่ 14 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการปฏิบัติด้านสุขอนามัยการนอนหลับอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 73.30 รองลงมาคือ การปฏิบัติด้านสุขอนามัยการนอนหลับอยู่ในระดับดี จำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 18.80 และการปฏิบัติด้านสุขอนามัยการนอนหลับอยู่ในระดับไม่ดี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 7.90 ตามลำดับ



ตารางที่ 15 ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ของสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท (n=165)

สัมพันธภาพในครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
1. สมาชิกในครอบครัวสนใจเข้ามาพูดคุย ซักถามความเป็นอยู่ของท่าน	2.76	1.13	ปานกลาง
2. ครอบครัวของท่านมีความรักและความอบอุ่น	3.02	1.07	ปานกลาง
3.สมาชิกในครอบครัวจะปลอบใจและให้กำลังใจท่านเป็นอย่างดีเมื่อท่านรู้สึกท้อแท้หรือผิดหวัง	2.64	1.09	ปานกลาง
4.สมาชิกในครอบครัวแสดงความห่วงใยท่านโดยจะพูดคุยซักถาม และให้คำแนะนำเมื่อท่านมีเรื่องไม่สบายใจ	2.73	1.16	ปานกลาง
5.ท่านรู้สึกน้อยใจต่อท่าที คำพูดหรือวิธีที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อท่าน	2.95	1.28	ปานกลาง
6. สมาชิกในครอบครัวมักใช้คำพูดหรือแสดงกิริยาท่าทางที่ทำให้ท่านรู้สึกผิด	2.88	1.21	ปานกลาง
7. ท่านมั่นใจว่าสมาชิกในครอบครัวจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	2.93	1.05	ปานกลาง
8. เมื่อมีเวลาว่างท่านกับสมาชิกในครอบครัวมักจะพูดคุยกันเสมอ	2.76	1.22	ปานกลาง
9. เมื่อสมาชิกในครอบครัวไปเที่ยวมักจะชวนท่านไปด้วยทุกครั้ง	2.51	1.23	ปานกลาง
10.สมาชิกในครอบครัวห่วงใยท่านจนทำให้ท่านมีกำลังใจในการบำบัดรักษา	2.85	1.11	ปานกลาง
11.ครอบครัวให้การช่วยเหลือด้านการเงินแก่ท่านอย่างเพียงพอ	2.75	1.13	ปานกลาง
12.สมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่รับฟังความคิดเห็นของท่าน	2.50	1.14	ปานกลาง
13.สมาชิกในครอบครัวไม่เปิดโอกาสให้ท่านมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาต่างๆในครอบครัว	2.98	1.20	ปานกลาง

ตารางที่ 15 (ต่อ)

สัมพันธภาพในครอบครัว	\bar{X}	S.D.	ระดับ
14. สมาชิกในครอบครัวพุดจาด้วยถ้อยที่ถ้อยอาศัยต่อท่านและพุดจาด้วยถ้อยที่ถ้อยอาศัยซึ่งกันและกัน	2.75	0.99	ปานกลาง
15. สมาชิกในครอบครัวดูแลเอาใจใส่ต่อท่านและมีการเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน	2.83	1.05	ปานกลาง
16. ครอบครัวเป็นสถานที่ที่ให้ความสุขความสบายใจแก่ท่าน	2.78	1.06	ปานกลาง
17. สมาชิกในครอบครัวเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อท่านและเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ซึ่งกันและกัน	2.83	0.94	ปานกลาง
18. สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการกระทำที่ท่านคิดว่ามีเหตุผลหรือถูกต้อง	3.12	1.00	ปานกลาง
19. สมาชิกในครอบครัวให้ความสำคัญกับท่านเหมือนคนอื่นๆในครอบครัว	2.87	0.98	ปานกลาง
20. สมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาท่านเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน เช่น การซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ที่ชำรุด การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ หรือการคิดรายการอาหารประจำวัน การซื้อของใช้	2.53	1.08	ปานกลาง
สัมพันธภาพในครอบครัวโดยรวม	2.79	0.67	ปานกลาง

จากตารางที่ 15 พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยรวมของสัมพันธภาพในครอบครัวเท่ากับ 2.79 (S.D.= .67) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง โดยรายชื่อที่มีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดคือ สมาชิกในครอบครัวไม่เห็นด้วยกับการกระทำที่ผู้ป่วยจิตเภทคิดว่ามีเหตุผลหรือถูกต้อง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.12 (S.D.= 1.00)

ตารางที่ 16 จำนวน และร้อยละ ของระดับของสัมพันธภาพในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท(n=165)

ระดับสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
น้อยที่สุดหรือไม่มีเลย	2	1.20
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับน้อย	44	26.70
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับปานกลาง	85	51.50
สัมพันธภาพในครอบครัวระดับมาก	34	20.60

จากตารางที่ 16 พบว่ากลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 51.50 รองลงมาคือ สัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อย จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 และสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับอยู่ในระดับมาก จำนวน 34 คน คิดเป็นร้อยละ 20.60 และสัมพันธภาพในครอบครัวอยู่ในระดับน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 1.20 ตามลำดับ

ตอนที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนของอาการนอนไม่หลับจำแนกตามเพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด โดยใช้สถิติทดสอบค่าที (Independent t-test) และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta

ผลการศึกษาระหว่างปัจจัยคัดสรร แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 17

ตารางที่ 17 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบค่าที และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta ของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรู้คิด

ปัจจัยคัดสรร	n	คะแนนอาการนอนไม่หลับ				Eta
		\bar{X}	S.D.	t	p-value	
เพศ				-8.630	.000	.561
ชาย	83	13.04	3.11			
หญิง	82	19.27	5.77			
ภาวะซึมเศร้า				7.823	.000	.594
มีภาวะซึมเศร้า	93	18.63	5.57			
ไม่มีภาวะซึมเศร้า	73	12.99	3.65			
ความสามารถในการรู้คิด				2.113	.046	.209
บกพร่อง	20	19.25	7.25			
ปกติ	145	15.70	5.18			

จากตารางที่ 17 พบว่า คะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง (\bar{X} = 19.27) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย (\bar{X} = 13.04) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = -8.630) แสดงให้เห็นว่าเพศสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง (Eta = .561)

คะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า (\bar{X} = 18.63) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า (\bar{X} = 12.99) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 7.823) แสดงให้เห็นว่าภาวะซึมเศร้าสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง (Eta = .594)

คะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด (\bar{X} = 19.25) สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการรู้คิดปกติ (\bar{X} = 15.55) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (t = 2.113) แสดงให้เห็นว่าความสามารถในการรู้คิดที่ต่างสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ (Eta = .209)

ตอนที่ 5 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ สัมพันธภาพในครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษาระหว่างปัจจัยคัดสรร แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 18

ตารางที่ 18 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) ระหว่างกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ สัมพันธภาพในครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยคัดสรร	ค่าสัมประสิทธิ์ (สหสัมพันธ์เพียร์สัน) (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
อาการทางบวกของโรคจิตเภท	.378	.000	ปานกลาง
อาการทางลบของโรคจิตเภท	.193	.013	ต่ำ
การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ	.269	.000	ต่ำ
สัมพันธภาพในครอบครัว	-.349	.000	ปานกลาง

จากตารางที่ 18 พบว่า อาการทางบวกของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .378$)

อาการทางลบของโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .193$)

การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269$)

สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.349$)

ตอนที่ 6 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับกับอายุของผู้ป่วยจิตเภท และคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับกับประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้สถิติวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One way Analysis of Variance: ANOVA) และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta

ผลการศึกษาระหว่างปัจจัยคัดสรร แสดงผลการวิเคราะห์ไว้ในตารางที่ 19-22

ตารางที่ 19 การวิเคราะห์ความแปรปรวน และขนาดความสัมพันธ์ของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มอายุที่ต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	D.F.	MS	F	p-value	Eta
ระหว่างกลุ่ม	853.010	3	284.337	10.817	.000	.538
ภายในกลุ่ม	4232.056	161	26.286			
รวม	5085.067	164				

จากตารางที่ 19 พบว่า ค่า F-test = 10.817 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่าปฏิเสธสมมติฐานที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มอายุ 4 กลุ่ม (อายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี อายุ 40-49 ปี และอายุ 50-59 ปี) ไม่ต่างกัน และพบว่าค่าสหสัมพันธ์ Eta ระหว่างกลุ่มอายุกับคะแนนอาการนอนไม่หลับมีค่าเท่ากับ .538

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละกลุ่มอายุแบบรายคู่ด้วยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 20

ตารางที่ 20 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทรายคู่ตามกลุ่มอายุ โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe (n=165)

อายุ	อายุ	\bar{X}	Mean Difference	S.D.	p-value
20 - 29 ปี	30 - 39 ปี	15.05	-.888	1.14	.894
	40 - 49 ปี	15.26	-1.104	1.15	.819
	50 - 59 ปี	20.02	-5.866	1.15	.000
30 - 39 ปี	20 - 29 ปี	14.16	.888	1.14	.894
	40 - 49 ปี	15.26	-.216	1.11	.998
	50 - 59 ปี	20.02	-4.979	1.11	.000
40 - 49 ปี	20 - 29 ปี	14.16	1.104	1.15	.819
	30 - 39 ปี	15.05	.216	1.11	.998
	50 - 59 ปี	20.02	-4.762	1.13	.001
50 - 59 ปี	20 - 29 ปี	14.16	5.866	1.15	.000
	30 - 39 ปี	15.05	4.979	1.11	.000
	40 - 49 ปี	15.26	4.762	1.13	.001

จากตารางที่ 20 พบว่า กลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มอายุ 30-39 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นตามลำดับ และพบว่า 3 กลุ่มอายุแรก มีค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับไม่แตกต่างกัน ส่วนกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีค่าเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับมากกว่า 3 กลุ่มแรกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 21 การวิเคราะห์ความแปรปรวน ของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับต่างกัน

แหล่งความแปรปรวน	SS	D.F.	MS	F	p-value	Eta
ระหว่างกลุ่ม	245.922	2	122.961	4.116	.018	.220
ภายในกลุ่ม	4839.145	162	29.871			
รวม	5085.067	164				

จากตารางที่ 21 พบว่า ค่า F-test = 4.116 มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แสดงว่า ปฏิเสธสมมติฐานที่ระบุว่าค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ 3 กลุ่ม (ประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม ประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และประเภทกลุ่มยาอื่นๆ) ไม่ต่างกัน และพบว่าค่าสหสัมพันธ์ Eta ระหว่างประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับกับคะแนนอาการนอนไม่หลับมีค่าเท่ากับ .220

ผลการทดสอบค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในแต่ละประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับแบบรายคู่ด้วยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe ดังแสดงข้อมูลในตารางที่ 22

ตารางที่ 22 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทรายคู่ตามประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ โดยวิธีการวิเคราะห์ของ Scheffe (n=165)

ประเภทกลุ่มยาที่ได้รับ	ประเภทกลุ่มยาที่ได้รับ	\bar{X}	Mean Difference	S.D.	p-value
กลุ่มยาเดิม	กลุ่มยาใหม่	14.54	2.769	.98	.021
	กลุ่มยาอื่นๆ	15.68	1.632	1.12	.346
กลุ่มยาใหม่	กลุ่มยาเดิม	17.31	-2.769	.98	.021
	กลุ่มยาอื่นๆ	15.68	-1.136	1.22	.646
กลุ่มยาอื่นๆ	กลุ่มยาเดิม	17.31	-1.632	1.12	.346
	กลุ่มยาใหม่	14.54	1.136	1.22	.646

จากตารางที่ 22 พบว่า ประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม มีค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุด รองลงมาคือ ประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตอื่นๆ และประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ตามลำดับ และพบว่า ประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตอื่นๆ และประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ มีค่าเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับไม่แตกต่างกัน ส่วนประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม มีค่าเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับมากกว่าประเภทกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

วิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ (Descriptive Correlational Research Design) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทและศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

สมมติฐานการวิจัย

1. เพศ อายุ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน
2. กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท
3. สัมพันธภาพในครอบครัว มีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) ตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก ฉบับที่ 10 (ICD 10) ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวช ของโรงพยาบาลศูนย์ทั้ง 4 ภาคของประเทศไทย ได้แก่ ภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคใต้

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท (Schizophrenia disorder) มีอาการนอนไม่หลับ ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง จำนวน 55 คน โรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 29 คน โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 31 คน และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 55 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 165 คน ได้รับการคัดเลือกให้เป็นกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้ป่วยจิตเภท มีอายุระหว่าง 20 - 59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง สามารถพูดคุยโต้ตอบ อ่านและฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง สื่อสารให้ผู้อื่นเข้าใจได้ ได้รับการประเมินจากผู้วิจัยว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ (Insomnia) โดยประเมินจากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ตามแนวคิดของ Morin (1993) ที่ปรับปรุงมาจาก พัทริญา แก้วแพง (2547) คัดเลือกผู้ป่วยที่มี

คะแนนอาการนอนไม่หลับมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน (ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับขึ้นไป) และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้มีวิธีการคำนวณ โดยใช้สูตร Thorndike (1987 อ้างถึงในรัตนศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้ $N = 10k + 50$ (เมื่อ $N =$ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง $k =$ จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา) การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร ดังนั้นขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ = 150 คน เนื่องจากป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10% ของการคำนวณ ในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 165 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 8 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ลักษณะให้เลือกตอบข้อความ ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับประเภทของกลุ่มยาทางจิตเวชที่ได้รับรักษาโรคจิตเภท

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index) ที่สร้างมาจากแนวคิดของ Morin (1993) โดยพัทริญา แก้วแพง (2547) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ ที่สร้างมาจากแนวคิดของ David, Jeff, & Robert (2006) โดยนงลักษณ์ อนันตอาจ (2550) มีข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว ที่สร้างมาจากแนวคิดของ Friedman (1986) และของ Morrow & Wilson (1961) พัฒนาโดยนัยนา อินธิโชติ (2545) มีข้อคำถามทั้งหมด 20 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท (Calgary Depression Scale for Schizophrenia) ที่สร้างขึ้นโดย Addington et al. (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2553) มีข้อคำถามทั้งหมด 9 ข้อ

ส่วนที่ 6 แบบทดสอบสภาพสมองไทยสร้างขึ้นจากแนวคิดของ Folstein et al. (1975) พัฒนา โดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551) มีข้อคำถามทั้งหมด 30 ข้อ

ส่วนที่ 7 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

ส่วนที่ 8 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย ที่สร้างขึ้นตามแนวคิดของ Kay et al. (1987) ที่แปลโดย ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) มีข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

คุณภาพของเครื่องมือ

แบบประเมินส่วนที่ 2-8 ผู้วิจัยได้ปรับปรุงและได้รับการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับจำนวน 5 ท่าน ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบประเมินส่วนที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 เท่ากับ 1.00, .91, .85, 1.00, .86, 1.00 และ 1.00 ตามลำดับ แล้วนำข้อเสนอแนะจากผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และหาค่าความเที่ยงด้วยการนำไปทดลองใช้กับกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยจำนวน 30 คน นำไปคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินส่วนที่ 2, 3, 4, 5, 6, 7 และ 8 เท่ากับ .90, .71, .90, .96, .85, .76 และ .79 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ

ผู้วิจัยขอหนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยเพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เสนอผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต

2. ขั้นดำเนินการ

2.1 เมื่อได้หนังสือขอเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยและหนังสือขอเสนอโครงการวิจัยจากคณบดี คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยส่งหนังสือดังกล่าวพร้อมโครงร่างวิทยานิพนธ์ ฉบับสมบูรณ์ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยและขอรับการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของแต่ละโรงพยาบาล และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำปาง เมื่อวันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ.2557 โรงพยาบาลชลบุรี เมื่อวันที่ 27 ตุลาคม พ.ศ.2557 โรงพยาบาลนครปฐมเมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ.2557 และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เมื่อวันที่ 11 พฤศจิกายน พ.ศ.2557

2.2 ภายหลังจากการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนและได้รับการอนุญาตให้เก็บรวบรวมข้อมูลของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้วิจัยขออนุญาตเข้าพบหัวหน้างานคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี

โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย และขอความร่วมมือในการทำวิจัย และนัดหมายวันเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัย

2.3 ผู้วิจัยดำเนินการประสานงานกับหัวหน้าคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลนครปฐม และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

2.3.1 เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในช่วงเข้า ก่อนที่ผู้ป่วยจะเข้ารับการรักษา เพื่อดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้

2.3.2 ผู้วิจัยดำเนินการสัมภาษณ์ประเมินอาการนอนไม่หลับกับกลุ่มตัวอย่างทุกราย โดยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับที่ปรับปรุงมาจาก พัทรีญา แก้วแพง (2547) โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนขึ้นไป (ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับขึ้นไป) และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวัน ผู้วิจัยจะเลือกเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเวชตามคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) จนครบจำนวน 165 คน ตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละโรงพยาบาล

2.5 ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยชี้แจงประโยชน์จากการวิจัยพร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูลและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

2.5 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลที่ละ 1 ราย โดยจัดให้กลุ่มตัวอย่างนั่งอยู่ในห้องที่เตรียมไว้ซึ่งเป็นห้องตรวจของแพทย์ และมีความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยอธิบายและชี้แจงเกี่ยวกับการตอบแบบสอบถามในการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 1-4 ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยในกรณีที่ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ฟังจนเข้าใจแล้วจึงตอบแบบสอบถาม ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 5-8 ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์ และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 50 นาที

2.6 หลังจากเก็บข้อมูลเรียบร้อยแล้ว ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์ จำนวน 165 ฉบับ หลังจากนั้นแบบสอบถามที่มีความสมบูรณ์แล้ว นำไปวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

หลังจากรวบรวมข้อมูลได้ครบตามต้องการแล้ว ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ตามลำดับดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ข้อมูลลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ นำมาแจกแจงความถี่และหาค่าร้อยละ
2. ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับและอาการนอนไม่หลับของกลุ่มตัวอย่างนำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
3. ศึกษาค่าคะแนนกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ โดยหาค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานแล้วนำมาเปรียบเทียบเกณฑ์ของแต่ละแบบวัด
4. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิดกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยสถิติทดสอบค่าที และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
5. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ สัมพันธภาพในครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท วิเคราะห์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05
6. ศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับกับอายุของผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA) และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta
7. ศึกษาการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับกับประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับของผู้ป่วยจิตเภท โดยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว (One-way Analysis of Variance: ANOVA) และคำนวณสหสัมพันธ์ Eta

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปผลการวิจัยได้ ดังนี้

1. ข้อมูลส่วนบุคคล จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 165 คน ส่วนใหญ่ที่พบเป็นเพศชายจำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 50.30 มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีมากที่สุดจำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 26.70 รองลงมาคืออายุอยู่ในช่วง 40-49 ปี จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 25.50 อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 24.80 และอายุอยู่ในช่วง 20-29 ปี จำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 23.00 ตามลำดับ สถานภาพสมรสโสดมากที่สุด จำนวน 88 คน คิด

เป็นร้อยละ 53.30 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด จำนวน 66 คน คิดเป็นร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ จำนวน 78 คน คิดเป็นร้อยละ 47.30 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.90 ปี และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับมากที่สุด คือ กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิมร่วมกับกลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต จำนวน 32 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40

2. ข้อมูลอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับเท่ากับ 16.13 (S.D.= 5.56) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อแบ่งเป็นรายมิติย่อยของอาการนอนไม่หลับพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยากมากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 (S.D.=1.07) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 (S.D.=1.02) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และปัญหาการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 (S.D.=1.09) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ และพบว่าอาการนอนไม่หลับมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.37 (S.D.=.98)

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

3.1 เพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ($\text{Eta} = .561$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง ($\bar{X} = 19.27$) สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ($\bar{X} = 13.04$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3.2 ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ($\text{Eta} = .594$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 18.63$) สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{X} = 12.99$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3.3 ความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ ($\text{Eta} = .209$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด ($\bar{X} = 19.25$) สูงกว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการรู้คิดปกติ ($\bar{X} = 15.55$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3.4 อาการทางบวกของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .378$, $p\text{-value} = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.5 อาการทางลบของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .193$, $p\text{-value} = .013$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.6 การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269$, $p\text{-value} = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2

3.7 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.349$, $p\text{-value} = .000$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3

3.8 ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มอายุ 30-39 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 10.817$, $\eta^2 = .538$) โดยในกลุ่มที่มีอายุ 50-59 ปี มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับมากที่สุด ($\bar{X} = 20.02$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอายุ 40-49 ปี ($\bar{X} = 15.26$) กลุ่มอายุ 30-39 ปี ($\bar{X} = 15.05$) และกลุ่มอายุ 20-29 ปี ($\bar{X} = 14.16$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

3.9 ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับของผู้ป่วยจิตเภทต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และกลุ่มยาอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.116$, $\eta^2 = .220$) โดยในกลุ่มที่ได้รับกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับมากที่สุด ($\bar{X} = 17.31$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มยาอื่นๆ ($\bar{X} = 15.68$) และกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ($\bar{X} = 14.54$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูล ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอภิปรายผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษาระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

จากผลการศึกษาพบว่า อาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับเท่ากับ 16.13 (S.D.= 5.56) เมื่อแบ่งตามระดับของอาการนอนไม่หลับ พบผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 82 คน คิดเป็นร้อยละ 49.7 รองลงมาคือ อยู่ในระยะเริ่มของการมี

อาการนอนไม่หลับ และมีอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรง จำนวน 55 คน และ 28 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 และ 17 ตามลำดับ อภิปรายได้ว่า จากผลการศึกษาพบกลุ่มตัวอย่างที่มีอาการนอนไม่หลับส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสโสด และไม่ได้ประกอบอาชีพ โดยบุคคลที่ไม่มีคู่วิวิต และไม่มีภาระหน้าที่ อาจก่อให้เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง ทำให้ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดเพียงลำพัง คิดมาก มีความรู้สึกหดหู่ใจและนำไปสู่ปัญหาการนอนไม่หลับตามมา จากผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบว่าอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาจากจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 175 คน ส่วนใหญ่มีปัญหาอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลางมากที่สุดเช่นเดียวกัน

เมื่อพิจารณาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเป็นรายด้านในแต่ละมิติย่อย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep) มากที่สุด โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.48 (S.D.=1.07) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาคือ การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (Difficulty in maintaining sleep) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.29 (S.D.=1.02) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง และปัญหาการตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening) โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 (S.D.=1.09) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ตามลำดับ โดยแบบแผนการนอนหลับและระยะเวลาการเข้าสู่การนอนหลับตามการรับรู้ของแต่ละบุคคล ซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงของลักษณะอาการนอนไม่หลับทั้งทางด้านปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับ ความผิดปกติของอาการนอนไม่หลับที่เกิดขึ้นก่อให้เกิดความทุกข์ทรมาน ทำให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง ประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ซึ่งจากผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าอาการนอนไม่หลับส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.36 (S.D.=.98) ซึ่งเมื่อพิจารณาผลกระทบจากอาการนอนไม่หลับแยกเป็น 4 ด้านได้แก่ ความพึงพอใจกับสภาพการนอนในปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.39 (S.D.=.94) ปัญหาการนอนส่งผลกระทบต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.45 (S.D.=.95) ปัญหาการนอนส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.35 (S.D.=1.04) และความรู้สึกกังวลหรือหดหู่กับปัญหาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.26 (S.D.=.99) จากผลการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับ Xiang et al. (2009) และ John et al. (2005) พบว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนของการนอนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาอาการนอนไม่หลับเรื้อรัง ทำให้ประสิทธิภาพในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองลดลง

จากผลการวิจัยดังกล่าวอธิบายได้ว่า อาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนของการนอนที่เกิดขึ้นได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งแบ่งลักษณะอาการนอนไม่หลับออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยาก (Difficulty in initiating sleep) การตื่นนอนกลางดึกแล้วหลับต่อยาก (Difficulty in maintaining sleep) การตื่นเร็วกว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ (Early morning awakening) นอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นว่าอาการนอนไม่หลับนั้นส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต การดำเนินชีวิตประจำวัน ระดับความพึงพอใจกับสภาพการนอน และความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรด้านอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม คือ อายุ 20-29 ปี อายุ 30-39 ปี อายุ 40-49 ปี และอายุ 50-59 ปี มีอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 10.817$, $\eta^2 = .538$) โดยในกลุ่มที่มีอายุ 50-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับมากที่สุด รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 40-49 ปี กลุ่มอายุ 30-39 ปี และกลุ่มอายุ 20-29 ปี ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับจำนวนเวลาที่ใช้ไปก่อนที่จะหลับ ความต่อเนื่องของอาการนอนหลับ และระยะเวลาของอาการนอนหลับ (Floyd et al., 2000) ความผิดปกติของอาการนอนหลับเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เสื่อมลง ซึ่งเมื่อคนเราอายุมากขึ้นเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดปัญหาอาการนอนหลับเพิ่มมากขึ้นตามอายุ (Floyd et al., 2000; Kim et al., 2000; Pallese et al., 2001) อภิปรายได้ว่าการเปลี่ยนแปลงของอาการนอนหลับตามการเปลี่ยนแปลงของอายุที่มากขึ้นนั้น อาจเนื่องมาจากเมื่อผู้ป่วยมีสภาพร่างกายเสื่อมลง จะแสดงอาการทางกายที่รบกวนต่อการนอนหลับได้มากมาย มักมีอาการนอนหลับๆตื่นๆ เช่น อาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ขากระตุก เหน็บ เหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอ่อนเพลียแล้วทำให้การนอนหลับไม่ต่อเนื่องและไม่สดชื่นหลังตื่นนอน เป็นต้น และเมื่ออายุสูงขึ้นมักมีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินกิจวัตรในชีวิตประจำวัน เช่น ช่วงเวลาการตื่นนอนเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยอยู่บ้านมากขึ้น การเดินทางออกนอกบ้านลดลง ออกสังคมน้อยลง มีการสูญเสียของคนในครอบครัวและเพื่อนฝูงมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่อวงจรการนอนหลับของร่างกาย ซึ่งปรับตามวิถีชีวิตและพฤติกรรมในแต่ละวัน ทำให้เวลาของการนอนหลับ-การตื่นแปรปรวนไป ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบว่าอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทชาวจีนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอายุที่มากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) เรื่องอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ปัญหาอาการนอนไม่หลับมีความแตกต่างกัน

ในช่วงอายุที่ต่างกัน จึงสรุปได้ว่า อายุมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน โดยในกลุ่มที่มีอายุ 50-59 ปี มีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับมากที่สุด

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ($\text{Eta} = .561$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า เพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับได้มากกว่าเพศชาย อภิปรายได้ว่า เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมักมีการยอมรับและมีการพิจารณาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยการควบคุมอารมณ์มากกว่าการใช้อารมณ์และความรู้สึก (Thoits, 1995; Patterson & Semple, 1997 อ้างถึงใน พชรพร ผู้ปฏิเวธ, 2554) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับได้ดีกว่าเพศหญิง

อีกทั้งมีความแตกต่างทางด้านสรีรวิทยาและสภาพจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงและเพศชายต่างกัน ประกอบด้วย การเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในช่วงวัยรุ่นสำหรับเพศหญิง ทำให้ผู้ป่วยถูกรบกวนจากอาการปวดประจำเดือน การคัดตึงเต้านม และการถูกรบกวนจากสิ่งต่างๆที่ก่อให้เกิดความเครียดเกิดขึ้นในเพศหญิงได้ง่ายกว่าเพศชาย การตั้งครรภ์ ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงทางกายภาพมากมาย เช่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย ปวดท้อง ตะคริว คลื่นไส้ อาเจียน อาการปวดแสบขยอก และความรู้สึกไม่สบายจากทารกดิ้นในครรภ์ รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ได้ง่าย มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดบุตรและการเลี้ยงดูบุตร ระยะเวลาประจำเดือน ผู้ป่วยจะแสดงอาการที่เป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมนในร่างกาย ทำให้เกิดอาการร้อนวูบวาบ เหงื่อออกง่าย ผิวหนังบางลง ค้นตามร่างกาย อารมณ์หงุดหงิดง่าย การเปลี่ยนแปลงต่างๆเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพและปริมาณของการนอนหลับ ทำให้เกิดความแปรปรวนของรูปแบบการนอน (Krishnan & Collop, 2000) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบว่าความชุกของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสาธารณรัฐประชาชนจีนเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาพบความชุกของอาการนอนไม่หลับระดับรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงร้อยละ 68 และเพศชายร้อยละ 32

สรุปได้ว่า เพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าเพศชาย

2.2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง ($\text{Eta} = .594$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่ง

สอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจอย่างมาก ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของอาการนอนไม่หลับมากที่สุดในบรรดาความผิดปกติทางสุขภาพจิต (Michael, 2009) อภิปรายได้ว่า ลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ ความรู้สึกสิ้นหวัง รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า สับสน เปื่อหน่าย การตัดสินใจยากเกี่ยวกับสิ่งต่างๆทั้งในอดีต ปัจจุบันและอนาคต เหล่านี้เป็นปัจจัยกระตุ้นการรบกวนความรู้สึกและความคิด ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดแรงผลักดัน แสดงอาการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านอารมณ์ พฤติกรรม ความคิดและร่างกาย ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา ภาวะซึมเศร้าทำให้วงจรการนอนหลับผิดปกติและระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับได้มากขึ้น (Riemanm, Berger & Voderholzer, 2001) จากการศึกษาตัวแปรทางสรีรวิทยาในขณะที่หลับพบว่าขณะผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้าทำให้วงจรการนอนหลับในระยะ slow wave sleep ในวงจรแรกของ NREM sleep ลดลงจากระยะเวลา 80-90 นาที เปลี่ยนแปลงเป็นระยะเวลา 40-50 นาที ในการเข้าสู่การนอนระยะ REM sleep ทำให้อาการนอนหลับลึกลดลง ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดลดลง การตื่นนอนกลางดึกบ่อยขึ้น และอาการตื่นนอนเช้ากว่าปกติ (Hatzinger et al., 2004) และจากการศึกษาที่ผ่านมาของ Xiang et al. (2009) พบว่า หากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีภาวะซึมเศร้าเพิ่มขึ้น 1 หน่วย ทำให้มีอาการนอนไม่หลับเพิ่มขึ้น 1.56 เท่า เช่นเดียวกันกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีระดับภาวะซึมเศร้าที่แตกต่างกัน และพบว่าภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการรู้คิดกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าความสามารถในการรู้คิดที่ต่างกันสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ ($\eta^2 = .209$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด สูงกว่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการรู้คิดปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่าบุคคลที่มีความผิดปกติทางจิต ทำให้ไม่สามารถใช้กระบวนการรู้คิดเพื่อจัดการกับสิ่งต่างๆได้ (Glovinsky & Speilman, 2005) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทพบเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด ซึ่งถือว่าเป็นอาการเฉพาะหลักอีกอาการหนึ่งที่สำคัญของโรคจิตเภท เช่น ความบกพร่องของสมาธิ ความจำ ด้านภาษาและการลงมือกระทำ ความจำที่ใช้ในการทำงาน ความฉลาดทางปัญญา ความผิดปกติในเรื่องความสนใจ มักถูกชักจูงความสนใจไปเรื่องอื่นได้ง่ายและไม่สามารถยับยั้งความคิดได้ (ยุรัชชา ปรีชา และพิเชษฐ อุดมรัตน์, 2553) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถที่จะทำงานให้สำเร็จ และทำให้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง (จำลอง ดิษยวาณิช และพริ้มเพรา ดิษยวาณิช,

2545) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดมาก จึงมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับได้มากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทของ Laura et al. (2011) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า ความสามารถในการรู้คิด มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดมีอาการนอนไม่หลับมากกว่าผู้ที่มีความสามารถในการรู้คิดปกติ

2.4 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอาการทางบวกของโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .378, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 สามารถอภิปรายได้ว่า เนื่องมาจากลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางบวกคือผู้ป่วยมักมีความผิดปกติของระบบความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ อาการทางจิต (Psychotic dimension) ได้แก่ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน และ อาการร่วนวาย (Disorganization dimension) ได้แก่ การพูดไม่เป็นเหตุเป็นผล ไม่ปะติดปะต่อ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมแปลกประหลาด (Lindenmayer & Khan, 2006) ซึ่งอาการที่เกิดขึ้นจากอาการทางบวกเหล่านี้ อาจส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ เช่น การแสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยหวาดระแวงจากการได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย หรือฆ่าผู้อื่น และ หลงผิดว่าผู้อื่นจะมาทำร้ายตน จนทำให้ผู้ป่วยมีความกลัวและเกิดความรู้สึกต่อต้านถึงการถูกคุกคามจากผู้อื่น ส่งผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Roger, 2006; Stefan, 2008; Wulff et al., 2010) สอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบกลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท เนื่องมาจากความผิดปกติของสารเคมีในสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงแสดงอาการทางบวก เกิดการไวเกินของสารสื่อประสาทชนิดโคลิเนอร์จิก (Cholinergic hypersensitivity) เป็นสาเหตุทำให้วงจรการนอนหลับในระยะ REM sleep สั่นลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) จากการมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน จนทำให้เกิดอาการหวาดระแวง ส่งผลรบกวนต่อวงจรการนอนหลับ ทำให้ระยะเวลาการนอนหลับทั้งหมดของผู้ป่วยจิตเภทลดลง

สรุปได้ว่า กลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2.5 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าอาการทางลบของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .193, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 2 อภิปรายได้ว่า ลักษณะเด่นของกลุ่มอาการทางลบ แบ่งออกเป็น 2 ชนิด คือ อาการ

ทางลบชนิดปฐมภูมิ ได้แก่ ภาวะสิ้นยินดี อารมณ์เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และการเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในสังคมลดลง และกลุ่มอาการทางลบชนิดทุติยภูมิ ได้แก่ อารมณ์ซึมเศร้า หรือภาวะหมดกำลังใจ การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมทางลบเหล่านี้ เป็นอาการที่คงอยู่นานและไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา ทำให้การดำเนินของโรคเป็นไปอย่างเรื้อรัง (Lindenmayer & Khan, 2006) อาจเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเครียดและคิดมากจนส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่ากลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท (Roger, 2006; Stefan, 2008) และจากการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบกลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เกิดความผิดปกติของวงจรการนอนหลับระยะ NREM sleep ในช่วง Slow wave sleep ระยะที่ 4 ลดลงอย่างมาก รวมทั้งเป็นสาเหตุทำให้ระยะ REM sleep สั้นลงอีกด้วย (Stefan, 2008; สมภพ เรื่องตระกูล, 2550)

สรุปได้ว่า กลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2.6 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลทำให้เกิดปัญหาอาการนอนไม่หลับ (Tucker, 2007) อภิปรายได้ว่า การปฏิบัติตนในด้านต่างๆ ในชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการเข้านอนและตื่นนอน การงีบหลับในเวลากลางวัน การทำกิจกรรมก่อนนอน เช่น ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ การวางแผนงาน เล่นวิดีโอเกม เล่นอินเทอร์เน็ต เป็นต้น การปฏิบัติตนด้านการรับประทานอาหาร การสูบบุหรี่ และการออกกำลังกาย สุขอนามัยการนอนหลับเป็นสิ่งที่บุคคลปฏิบัติเป็นประจำจนเป็นกิจวัตรประจำวัน ซึ่งการควบคุมวงจรของการนอนหลับและการตื่นของร่างกายขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆ เช่น อุณหภูมิของร่างกาย ระดับของฮอร์โมน แสงสว่าง เป็นต้น ดังนั้นกระบวนการทางสรีรวิทยาของการนอนหลับและการตื่นจึงมีความสัมพันธ์กับเวลาในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคล ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับไม่เหมาะสมกับการนอนหลับที่ดี จะรบกวนต่อจังหวะชีวภาพของการนอนหลับและการตื่น ทำให้เกิดผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง

จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมนิสัย และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่รบกวนต่อการนอนหลับหลายอย่าง ได้แก่ ก่อนเริ่มเข้านอนผู้ป่วยใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่างๆ เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ อ่านหนังสือ วางแผนการทำงาน การเงิน ซึ่งมักดูจนเข้านอนและเลยเวลาที่เข้านอนเป็นประจำ ทำให้ช่วงเวลาในการเข้านอนและการตื่นเปลี่ยนแปลงมาก การเข้านอนหลับเป็นประจำ

อย่างต่อเนื่องจนทำให้เกิดอาการตื่นตระหนก การเข้านอนด้วยความรู้สึกเครียด โกรธ วิตกกังวล หรือ ซึมเศร้า ทำให้ผู้ป่วยคิดมากและรบกวนต่อการเข้าสู่การเริ่มต้นการนอนหลับ โดยผู้ป่วยจะใช้เวลาในการพยายามนอนไปเรื่อยๆบนเตียงนอนแม้ว่าจะนอนไม่หลับก็ตามทำให้การนอนหลับเป็นแบบตื่นและไม่ต่อเนื่อง (สุตารัตน์ ชัยอาจ และพวงพะยอม ปัญญา, 2548) ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความวิตกกังวลเมื่อถึงเวลาเข้านอนให้คืนถัดๆไปว่าจะมีอาการนอนไม่หลับอีก การออกกำลังกายใกล้กับเวลานอน และสิ่งแวดล้อมในการนอนไม่เหมาะสม เช่น แสงสว่าง เสียงดัง อุณหภูมิที่ร้อนหรือหนาวเกินไป เป็นต้น ซึ่งเป็นสิ่งเร้าที่รบกวนขณะเข้านอนหรือขณะหลับมากกว่าการช่วยส่งเสริมการนอนหลับ (Morin, 1993; Spielman & Glovinsky, 2005) รวมทั้งการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารคาเฟอีนหรือแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ที่มีสารนิโคติน ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทส่วนกลาง ทำให้ปริมาณและคุณภาพของการนอนหลับลดลง (Morin, Daley, & Ouellet, 2001) สาเหตุของการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดีของกลุ่มตัวอย่าง อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ยังขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ถูกต้อง ซึ่งความรู้และระดับการศึกษาที่มากขึ้นมีส่วนช่วยให้เกิดการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ดีได้ (สุรางค์ เลิศคชาธาร, อัครีย์ โรจนากาศ, และสมพร จารุทิกกร, 2546) ซึ่งจะเห็นได้จากผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา ร้อยละ 40 จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีวิธีปฏิบัติตัวในเรื่องสุขอนามัยการนอนหลับไม่ดี

การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรางค์ เลิศคชาธาร, อัครีย์ โรจนากาศ และสมพร จารุทิกกร (2546) พบว่าผู้ที่มีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับไม่ดี ร้อยละ 83 มีปัจจัยส่วนใหญ่มากจากความแปรปรวนของเวลานอนและเวลาที่ตื่นนอน การใช้เตียงนอนในการทำกิจกรรมต่างๆ การมีอาการตื่นตื่นหรืออารมณ์ไม่ดีช่วงเวลาใกล้นอน การหลับในเวลากลางวัน สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม การดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของสารแอลกอฮอล์หรือคาเฟอีน และการสูบบุหรี่ และจากการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบว่าความบกพร่องของปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับของผู้ป่วยจิตเภทส่งผลต่อความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับสูงขึ้น

สรุปได้ว่า การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2.7 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างสัมพันธภาพในครอบครัวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.349, p < .05$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 3 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า สัมพันธภาพในครอบครัวที่ขาดความอบอุ่นเป็นสิ่งกระตุ้นที่มากกระทบผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับ

สถานการณ์ที่กดดัน และก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยคิดมากจนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (พระมหาชาติชาย ไบทัตทิม และกิติพัฒน์ นนทปัทมะคุลย์, 2548; Glovinsky & Speilman, 2005) อภิปรายได้ว่า ครอบครัวเป็นหน่วยเล็กๆทางสังคมที่มีความสำคัญที่สุดเป็นสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกนึกคิด การมองโลก การมองตนเอง และเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการนอนหลับ (Jennifer & Sarah, 2012) ลักษณะของความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่มีความเหนียวแน่น มีความรักใคร่ปรองดองและให้ความช่วยเหลือเกื้อกูลซึ่งกันและกัน มักทำให้เกิดสัมพันธภาพอันดีในครอบครัว ซึ่งกลไกของการมีสัมพันธภาพในครอบครัวแบบสนับสนุนนี้จะส่งผลต่อความคิด อารมณ์ และความรู้สึก ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีชีวิตอยู่อย่างมีความสุข และส่งเสริมการเกิดสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี ดังนั้นสัมพันธภาพในครอบครัวที่ดีจึงเป็นปัจจัยกระตุ้นที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับได้น้อยลง

ส่วนสัมพันธภาพในครอบครัวแบบขัดแย้ง จะเป็นแหล่งความเครียดขนาดใหญ่ส่งผลกระทบต่ออารมณ์และความรู้สึกในด้านลบ ซึ่งมีอิทธิพลทำให้การเริ่มต้นการเข้าสู่การนอนหลับได้ยากและอาการนอนหลับได้ไม่ต่อเนื่อง (Hall et al., 2000) รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตกำเริบ แสดงอาการหวาดระแวง ต่ำว่าสมาชิกในครอบครัว มีพฤติกรรมแยกตัว ทำให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการเข้าร่วมกิจกรรมของครอบครัว (อมรา ศิริกุล, 2556) จึงส่งผลกระทบต่อการใช้สัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว สอดคล้องกับทบทวนวรรณกรรมของ Ritsner et al. (2004) และ Xiang et al. (2009) พบว่าระหว่างผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนหลับดีและผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับ พบมีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างสมาชิกในครอบครัวแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสภาพครอบครัวที่อบอุ่นมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคมได้ เนื่องจากครอบครัวที่มีความเข้าใจและยอมรับผู้ป่วย ไม่แสดงความรังเกียจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ และทำให้อาการนอนไม่หลับซึ่งเป็นอาการนำของอาการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทลดลงได้ (สุพัฒนา เตชาติวงศ์ ณ อยุธยา, 2547: ออนไลน์)

สรุปได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2.8 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับของผู้ป่วยจิตเภทต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และกลุ่มยาอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.116$, $Eta = .220$) โดยในกลุ่มที่ได้รับกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม มีค่าคะแนนเฉลี่ยอาการนอนไม่หลับมากที่สุด ($\bar{X} = 17.31$) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มยาอื่นๆ ($\bar{X} = 15.68$) และกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ ($\bar{X} = 14.54$) ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัยข้อที่ 1 และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ยารักษา

โรคจิตเภทมีกลไกการออกฤทธิ์ที่ต่างกันและผลข้างเคียงแตกต่างกัน (Kathleen, 2006; Wanda, 2011) และส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน (Xiang et al., 2009; Laura et al., 2011)

อภิปรายได้ว่า เนื่องมาจากยารักษาโรคจิตเภตกุ่มใหม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาชนิด extrapyramidal [EPS] เช่น อาการกล้ามเนื้อบิดเกร็ง อาการผุดลุกผุดนั่ง เดินไปมา ย่ำเท้า แขนขา ลั่น อาการเดินตัวแข็ง หน้าตาเฉยเมย กลืนน้ำลายลำบาก การขยับของกล้ามเนื้อที่ควบคุมไม่ได้ บริเวณปาก ลิ้น ใบหน้า แขนขาและลำตัว เป็นต้น และผลข้างเคียงชนิด neuroleptic malignant syndrome [NMS] เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างมาก ไข้สูง ความดันโลหิตและชีพจรขึ้นๆลงๆ เป็นต้น (พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันท์, 2552) น้อยกว่ายารักษาโรคจิตเภตกุ่มเดิม (Seeman, 2002) เนื่องมาจากยารักษาโรคจิตเภตกุ่มใหม่มีความสามารถในการจับกับตัวรับสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน 2 (Dopamine-2 receptors) ในสมองของผู้ป่วยจิตเภทได้มากพอเพื่อให้เกิดผลการรักษา อาการผิดปกติทางจิตและปล่อยจากการจับได้เร็วพอที่จะไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยา (Stahl, 2001) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเภตกุ่มใหม่รบกวนอาการนอนหลับได้น้อยกว่ากลุ่มยารักษาโรคจิตเภตกุ่มเดิม (Kathleen and Benson, 2006) จึงเป็นที่มาของผล การศึกษาที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกลุ่มยารักษาโรคจิตเภตกุ่มเดิมมีอาการนอนไม่หลับมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับกลุ่มยารักษาโรคจิตเภตกุ่มใหม่และกลุ่มยาอื่นๆ

สรุปได้ว่า ประเภทยากลุ่มยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากผลการศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท สามารถนำมาสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆได้ดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. จากผลการศึกษาพบว่าอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง และส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชจึงควรตระหนักในปัญหานี้ของผู้ป่วยจิตเภท และพัฒนากระบวนการคัดกรอง เพื่อป้องกันการเกิดอาการนอนไม่หลับ และจัดปัจจัยที่อาจนำไปสู่ปัญหาอาการนอนไม่หลับในระดับรุนแรงขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละราย

2. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยโน้มนำที่ส่งผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรู้คิด เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิต เวช ควรมีบทบาทในการคัดกรองและหากกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิต เภท โดยเฉพาะในกลุ่มวัยกลางคนเพศหญิง ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดอาการนอนไม่หลับได้

มากกว่าวัยผู้ใหญ่ตอนต้น เนื่องจากปัญหาอาการนอนไม่หลับจะสูงขึ้นตามอายุที่มากขึ้นและพบอาการนอนไม่หลับในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย รวมทั้งควรให้ความสำคัญกับการประเมินภาวะซึมเศร้าและความสามารถในการรู้คิดของผู้ป่วย โดยใช้แบบประเมินที่ได้มาตรฐาน และเน้นการจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการจัดการกับอารมณ์ซึมเศร้าและส่งเสริมทักษะการรู้คิดของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมการนอนหลับที่ดี

3. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยกระตุ้นที่ส่งผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางบวกของโรคจิตเภท และอาการทางลบของโรคจิตเภท เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรสร้างความตระหนักกับบุคคลในครอบครัวให้มีส่วนร่วมในการเป็นแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ให้การดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยจิตเภทอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกอบอุ่นและเกิดกำลังใจเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดต่างๆที่เป็นปัจจัยรบกวนอาการนอนไม่หลับ รวมทั้งควรจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท สามารถประเมินอาการและจัดการกับอาการทางบวกและอาการทางลบที่เกิดขึ้น ส่งเสริมการตระหนักรู้ในตนเอง เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการดูแลตนเองและการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาอาการนอนไม่หลับตามมา

4. จากผลการวิจัยพบว่า ปัจจัยคงอยู่ที่ส่งผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ เป็นต้น ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชควรมีการจัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยจิตเภทตระหนักถึงความสำคัญของการมีสุขอนามัยการนอนหลับที่ดี และให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อส่งเสริมการนอนหลับ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการนำผลการวิจัย เกี่ยวกับปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท กลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภท การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น ไปศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2. ควรมีการนำผลการวิจัยไปศึกษาวิจัยเชิงทดลอง เพื่อลดปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท โดยนำปัจจัยที่พบว่ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท กลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภท การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ และสัมพันธภาพในครอบครัว เป็นต้น ไปพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดไม่หลับให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กรมสุขภาพจิต. (2550). **สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต**. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสุขภาพจิต. (2551). **รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2550**. นนทบุรี: กองแผนงาน.กรมสุขภาพจิต.
- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2555). **ผู้ป่วยทางสุขภาพจิตของประเทศไทย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.dmh.go.th/report/report1.asp\[1พฤศจิกายน2556\]](http://www.dmh.go.th/report/report1.asp[1พฤศจิกายน2556])
- กันตพร ยอดไชย. (2547). **ปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพการนอนหลับของผู้ป่วยโรคหัวใจที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จำลอง ดิษยวาทิช และพริ้มเพรา ดิษยวาทิช. (2545). **ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ**. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ช่อผกา พิษพันธ์ไพศาล. (2544). **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้สึกไม่แน่นอนในความเจ็บป่วย เหตุการณ์ที่คุ้นเคยและคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยภาวะหัวใจวายที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ฐนันท์ ศรีธรา และธนาณิลชัยโกวิทย์. (2543). **Preventing Relapse in Schizophrenia: PRELAPE**. กรุงเทพมหานคร: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี. (อัดสำเนา)
- ฐิติมา สงวนวิชัยกุล, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล และพงศธร พหลภาคย์. (2556). **รูปแบบการสังยา รักษาโรคจิตให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่รักษาอยู่ในโรงพยาบาลศรีนครินทร์**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 58(1): 41-56.
- ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์. (2540). **การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.dmhweb.go.th/sranrom/community_psy/hhc.2.htm0\[10 มิถุนายน 2555\]](http://www.dmhweb.go.th/sranrom/community_psy/hhc.2.htm0[10 มิถุนายน 2555])
- ธวัชชัย ลีพานาจ. (2552). **การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค**. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกานนท์(บรรณาธิการ), **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า119-134. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

- ธนา นิลชัยโกวิท, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศม มาณิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอองค์ และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2550). **Positive and Negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย(PANSS-T)**. กรุงเทพมหานคร: เจนเซ่น-ซีแลก.
- นิตยา คชภักดี. (2545). **การศึกษาเพื่อพัฒนาตัวชี้วัด "ครอบครัวอยู่ดีมีสุข"**. กรุงเทพฯ: สถาบันแห่งชาติเพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว มหาวิทยาลัยมหิดล.
- นัยนา อินธิโชติ. (2545). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล สัมพันธภาพในครอบครัว การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ความเข้มแข็ง และการปรับตัวของเยาวชนผู้เสพยาบ้า แขนงผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลรัฐญารักษ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงนภัส พันธุ์แจ่ม. (2549). **ผลของโปรแกรมฟื้นฟูสภาพร่วมกับการบริหารสมองต่อการทำหน้าที่ด้านการรู้คิด และความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยบาดเจ็บที่ศีรษะ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นงลักษณ์ อนันต์อาจ. (2550). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคเมเร็งทางโลหิตวิทยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพวรรณ เอกสุวีรพงษ์ และนารัต เกษตรทัต. (2550). **ปัจจัยที่มีผลต่อความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วยในโรคจิตเภท ณ.โรงพยาบาลสวนสราญรมย์**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 52(4): 412-428.
- บุรินทร์ สุรอรุณสัมฤทธิ์ และเบญจพร ปัญญาญง. (2557). **การพัฒนาระบบบริการสุขภาพสาขาสุขภาพจิตและจิตเวชในเขตสุขภาพ**. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย**, 22(3): 142-156.
- บุญใจ ศรีสถิตนรากร. (2553). **ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์ (THE METHODOLOGY IN NURSING RESEARCH)**. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เบ็ญจมาศ พฤกษ์กานนท์ และคณะ. (2556). **ขนาดปัญหาและช่องว่างการเข้าถึงบริการของผู้มีปัญหสุขภาพจิตและจิตเวช ในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร)**. [online]. แหล่งที่มา: www.ucbp.net/wp-content/uploads/2014/02/2-2554-สุขภาพจิต.pdf[10 มิถุนายน2558]
- ประคอง กรรณสูตร. (2542). **สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่3. กรุงเทพฯ: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์. (2541). **ภาคีเพื่อการส่งเสริมสุขภาพ**. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.

- ปริญนันท์ สละสวัสดิ์. (2546). **ความชุกของภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทเรื้อรัง สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ปริญนันท์ สละสวัสดิ์ และวัฒนาภรณ์ พิบูลลาภรณ์. (2553). **การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท**. กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พระมหาชาติชาย ไบทัตทิม และกิติพัฒน์ นนทปัทมะดุลย์. (2548). **บูรณาการทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทหลังการบำบัดรักษา: การดำเนินชีวิตในสังคมของผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา**. เอกสารคำสอนวิชาการวิจัยเชิงคุณภาพในงานสังคมสงเคราะห์ คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- พชรพร ผู้ปฏิเวธ. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พัทธิญา แก้วแพง. (2547). **ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยโรคเมเร็งวัยผู้ใหญ่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พิเชษ อุดมรัตน์. (2548). **การวินิจฉัยและการรักษาปัญหาการนอน**. สงขลา: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิเชษฐ อุดมรัตน์. (2552). **หลักทั่วไปในการรักษา**. ใน พิเชษฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์ (บรรณาธิการ), **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า135-150. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- พิเชษ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันนท์. (2552). **ตำราโรคจิตเภท**. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- เพชร คันธสายบัว. (2550). **บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท**. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา**, 1(2550): 131-137.
- เพียรดี เปี่ยมมงคล. (2553). **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต**. กรุงเทพฯ: ธรรมสาร.
- ภิญญ์นภัส พันธุ์ดนตรี. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนภาคกลาง**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- มาโนช หล่อตระกูล, ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และจักรกฤษณ์ สุขยิ่ง. (2539). **การพัฒนาแบบวัด Hamilton Rating Scale for Depression ฉบับภาษาไทย**. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 41(4): 235-246.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2544). **จิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่2(เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพฯ: ปิยอนต์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2548). **ตำราจิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่2 (เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. (2555). **ตำราจิตเวชศาสตร์รามาริบัติ**. พิมพ์ครั้งที่3 (เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพฯ : ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุรัชชา ปรีชา และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2552). อาการและอาการแสดง. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์(บรรณาธิการ). ใน **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า 77-100. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). **การวิจัยทางการแพทย์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2555). **การใช้ภาษาไทย**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: www.royin.go.th/upload246/FileUpload/2146_3750.pdf[1เมษายน2556]
- ราชบัณฑิตยสถาน. (2527). **คลังความรู้**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.royin.go.th/th/knowledge/detail.php?ID=1251>[1เมษายน2556]
- โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์. (2555). **คู่มือยาจิตเวชชุมชน**. [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: [http://www.skph.go.th/skph/home.php?body=tab\[31มีนาคม2557\]](http://www.skph.go.th/skph/home.php?body=tab[31มีนาคม2557])
- รณชัย คงสกนธ์และคณะ. (2546).การพัฒนาแบบประเมิน Montgomery Asberg Depression RatingScale [MADRS] ฉบับภาษาไทย.วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 48: 211-218.
- ลัดดา แสนสีหา. (2536). **ความซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติทางลบของวัยรุ่นตอนปลาย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ลัดดา เหมาะสุวรรณ และคณะ. (2547). สภาวะสุขภาพและสังคมของเด็กไทย **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการวิจัยพัฒนาการแบบองค์รวมของเด็กไทย:ปัจจัยคัดสรรด้านครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดู**. กรุงเทพมหานคร : สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- เล็ก สมบัติ. (2549). **รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์ โครงการภาวะการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในปัจจุบัน**. กรุงเทพมหานคร : บริษัท มิสเตอร์ก๊อปปี (ประเทศไทย) จำกัด.
- วรุณศิริ ปราณิธรรม. (2546). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่มีการอดกั้นทางเดินหายใจขณะหลับ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เวนิช บุราชรินทร์. (2554). **ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทใน**

- ชุมชน.** วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ. (2546). **รายงานการวิจัย โครงการพัฒนาระดับสติปัญญาเด็กวัยต่างๆ ของประเทศ.** สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน: มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์. **The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia [CDSS)].** [ออนไลน์]. 2553. แหล่งที่มา: www.ucalgary.ca/cdss/files/cdss/thai.pdf [31 มีนาคม 2557]
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). **โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม.** กรุงเทพมหานคร: ซีจี พูล จำกัด
- สารานุกรมเสรี. (2556). **เพศภาวะ.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B9%80%E0%B8%9E%E0%B8%A8%E0%B8%A0%E0%B8%B2%E0%8%A7%E0%B8%B0>[1 เมษายน 2556]
- สารานุกรมเสรี. (2556). **อายุ.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://th.wikipedia.org/wiki/%E0%B8%AD%E0%B8%B2%E0%B8%A2%E0%B8%B8>[1 เมษายน 2556]
- สุดาร์ตน์ ชัยอาจ และพวงพยอม ปัญญา. (2548). การนอนไม่หลับและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง. **วารสารสภาการพยาบาล**, 20(2): 1-12.
- สุพัฒนา เดชาดิวงค์ ณ ออยุธยา. (2547). **จิตเภท.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.dmh.go.th/news/view.asp?id=1000>[15 กุมภาพันธ์ 2557]
- สุวัฒน์ มหัตถ์นิรันดร์กุล. (2555). **แนวทางการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับ รพศ., รพท., รพช. และ PCU.** เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรุง.
- สุรัชย์ เกื้อศิริกุล. (2555). **นอนไม่หลับหรือไม่ยอมนอน.** [ออนไลน์]. แหล่งที่มา: <http://www.manarom.com/article-detail.php?id=112>[15 กุมภาพันธ์ 2557]
- สุรางค์ เลิศคชาธาร, อัครีย์ โรจนากาศ และสมพร จารุทกร. (2546). การศึกษาพฤติกรรมนิสัยด้านสุขอนามัยการนอนในผู้ป่วยจิตเวชที่นอนไม่หลับเรื้อรัง. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 48(1): 3-12.
- สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว. (2554). **การพยาบาลจิตเวช.** พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล. (2552). การวินิจฉัยโรคการจำแนกแยกโรค. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์

และสรยุทธ วาสิกนันทน์(บรรณาธิการ), **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า 101-118. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

สุวิมล โภคาลัย. (2546). **ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับคุณภาพการนอนหลับในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ มหาวิทยาลัยมหิดล.

สุขเจริญ ตั้งวงษ์ไชย. (2552). การรักษาด้วยไฟฟ้าและการรักษาทางชีวภาพด้วยวิธีอื่นๆ. ใน พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์(บรรณาธิการ), **ตำราโรคจิตเภท**, หน้า 239-253. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2545). **ตำราจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่7. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2549). **คู่มือจิตเวชศาสตร์**. พิมพ์ครั้งที่9. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เรือนแก้ว.

สมภพ เรื่องตระกูล. (2550). **ความผิดปกติของการนอนหลับ:การประเมินและการรักษา**. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.

สมส่วน สำราญพันธ์. (2547). การศึกษาการทำหน้าที่ของสมาชิกครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท: ศึกษาเฉพาะกรณีสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา. **วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา**.

สมศรี ปานพันธ์โพธิ์. (2555). **ผลของการฝึกกีฬาภูมิปัญญาไทย ต่อพุทธิปัญญาในผู้สูงอายุ**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาวิทยาศาสตร์การกีฬา คณะวิทยาศาสตร์การกีฬา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

โสธยา ศุภโรจน์. (2554). **ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

หนึ่งฤทัย แก่นจันทร์. (2540). **การรับรู้บทบาทกับภาวะการควบคุมโรคของผู้ป่วยเบาหวานชนิดไม่พึ่งอินซูลิน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

อารีย์วรรณ อ่วมธานี. (2554). **การพัฒนาเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์**. กรุงเทพมหานคร: มิสเตอร์ก๊อปปี.

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2554). **การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช**. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

อรวรรณ สี่ทองอินทร์. (2535). **ผลของการทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้สูงอายุที่ซึมเศร้าในบ้านพักคนชราณกบฏโยเซฟ จังหวัดขอนแก่น**. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต, สาขาวิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- อรสา วัฒนศิริ และเสาวภา ศรีภูสิตโต. (2556). การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดย
ทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร. **วารสารกองการพยาบาล**, 40(1):
67-83.
- อมรา ศิริกุล. (2556). การใช้มาตรฐานการพยาบาลในชุมชนในผู้ป่วยจิตเวช: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคจิต
เภทที่มีความคิดหวาดระแวง. **วารสารโรงพยาบาลพิจิตร**, 28(1): 81-92.
- อมรรัตน์ อินทร์แย้ม. (2553). **ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับความกังวลของผู้ป่วยโรคลมชัก**. วิทยานิพนธ์
ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต, สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

ภาษาอังกฤษ

- Abi-Dargham. (2004). A. Do we still believe in the dopamine hypothesis? New data
bring new evidence. **International journal neuropsychopharmacology**;
7(Suppl.1): S1-5.
- Acebo, C. (2006). Actigraphy. In T.Lee-Chiong(ed.), **Sleep: A comprehensive
handbook**, p. 1035. Hoboken, N.J.: Wiley and Sons.
- Addington, J. and Addington, D. (2002). Cognitive functioning in first-episode
schizophrenia. **Journal of Psychiatry Neurosci**, 27: 188-192.
- American Psychiatric Association [APA]. (2000). **Diagnostic and statistical manual of
mental disorders**. 4th ed. Washing DC: American Psychiatric Association.
- American Academy of sleep Medicine. (2005). **The International Classification of
Sleep Disorder: Diagnostic and Coding Manual**. 2nd ed. Westchester:
American Academy of sleep Medicine.
- Banno, K. and Kryger, M.H. (2006). Comorbid Insomnia. **Sleep Medicine Clinics**, 1(3):
367-374.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., and Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of
depression**. New York: Guilford.
- Beck, S.L., Schwartz, A.L., Towsley, G., Dudley, W., and Barsevick, A. (2004).
Psychometric evaluation of the Pittsburgh sleep quality index in cancer
patients. **Journal of Pain and Symptom Management**, 27(2): 140-148.
- Benca, R.M., Obermeyer, W.H., Thisted, R.A., and Gillin, J.C. (1992). Sleep and
psychiatric disorders: meta-analysis. **Journal archives of general psychiatry**,
49: 651-668.

- Birchwood, M., Spencer, E., and McGovern, D. (2000). Schizophrenia: early warning signs. **Advances in Psychiatric Treatment**, 6: 93-101.
- Bryson G., Whelahan H., and Bell M. (2001). Memory and executive function impairments in deficit syndrome schizophrenia. **Psychiatry Research**, 102:29-37.
- Carrol, L. (2004). Classification of sleep disorders. In M.H.Silber; L.E.Krahn, and T.I. Morgenthaler (eds.), **Sleep medicine in clinical practice**, pp.27-30. London: Taylor and francis.
- Carlsson, A., Waters, N., Holm-Waters, S., Tedraff, S., Nilsson, M., and Carlsson, M.L. (2001). Interactions between monoamines, glutamate, and GABA in schizophrenia: New evidence. **Annual Review of Pharmacology and Toxicology**, 41: 237-60.
- Chemerinski, E., and others. (2002). Insomnia as a predictor for symptom worsening following antipsychotic withdrawal in schizophrenia. **Comprehensive Psychiatry**, 43: 393-396.
- Cho, Y.W., Shin, W.C., Yun, C.H., Hong, S.B., Kim, J., and Earley, C.J. (2009). Epidemiology of insomnia in Korean adults: prevalence and associated factors. **Journal of Clinical Neurology**, 5(1): 20-23.
- Chouinard, S., Poulin J., Stip, E., and Godbout, R. (2004). Sleep in untreated patients with schizophrenia: a meta-analysis. **Journal of Schizophrenia Bulletin**, 30: 957-967.
- David, F. Mastin, Jeff Bryson, and Robert Corwyn. (2006). Assessment of Sleep Hygiene Using the Sleep Hygiene Index. **Journal of Behavioral Medicine**, 29(3): 223-227.
- Devis, R.F. (1999). **Scale development: Theory and applications**. Newbury Park: Sage.
- Deirdre, A. Conroy and Kirk, J. Brower. (2011). **Alcohol, Toxin, and medications as a cause of sleep dysfunction**. In Sleep Disorders, pp 588-612. China: Elsevier.
- Doghrmji, K. (2006). The epidemiology and diagnosis of insomnia. **The American journal of managed care**, 12(8): S214-S220.
- Edinger, J.D. and Means, M.K. (2005). Overview of insomnia: Definitions, epidemiology, differential diagnosis, and assessment. In M.H.Kryger; T. Roth and W.C. Dement

- (eds.), **Principles and Practice of sleep medicine**, pp.702-704. Philadelphia: Elsevier saunders.
- Fuller, R., Nopoulos, P., Arndt, S., O'Leary, D., Ho, B.C., and Andreasen, N.C. (2002). Longitudinal assessment of premorbid cognitive functioning in patients with schizophrenia through. Examination of standardized scholastic test performance. **American Journal of Psychiatry**, 159: 1183-1189.
- Floyd, J.A., Medler, S.M., Ager, J.W., and Janisee, J.J. (2000). Age-related changes in initiation and of sleep: A meta-analysis. **Research in Nursing&Health**, 23: 106-117.
- Geoffry, P.M. (2011). Sleep in Psychiatric-Mental Health Settings. In Nancy S. Redeker and Geoffry, P.M.(eds.), **Sleep disorders and sleep promotion in nursing practice**. New York: Springer Publishing Company.
- Goder, R., and others. (2004). Impairment of visuospatial memory is associated with decreased slow wave sleep in schizophrenia. **Journal of psychiatric research**, 38: 591-599.
- Glovinsky, P., and Spielman, A. (2005). **The insomnia answer**. New York: Penguin Group.
- Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., and Mintz, J. (2000). Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff". **Schizophrenia Bull**, 26:119-36.
- Green M.F., Kern R.S., and Heaton R.K. (2004). Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia: implications for MATRICS. **Schizophrenia Research**, 72:41-51.
- Hatzinger, M., and others. (2004). EEG sleep profiles in treatment course and long-term outcome of major depression: association with DEX/CRH-test response. **Journal of Psychiatric Research**, 38: 453-465.
- Hall, Martica., and others .(2000). Symptoms of stress and depression as correlates of sleep in Primary Insomnia. **Psychosomatic Medicine**, 62: 227-230.
- Herdegen, J.J. **Inadequate sleep hygiene**. [online]. 2009. Available from: <http://www.medlink.com/medlinkcontent.asp>[2014, March 2]
- Hodgson, L.A. (1991). Why do we need sleep relating theory to nursing practice. **Journal of Advance Nursing**, 16(2): 1503-1510.

- Jaime, M.M., and others. (2013). Sleep and circadian rhythm dysregulation in schizophrenia. **Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry**, 43: 209-216.
- John R. Hofstetter, Paul H. Lysaker, and Aimee R. Mayeda. (2005). Quality of sleep in patients with schizophrenia is associated with quality of life and coping. **Journal of Biomed central psychaitry**, 5(13): 1-5.
- Jennifer A. Ailshire and Sarah A. Burgard. Family Relationships and Troubled Sleep among U.S. Adults: Examining the Influences of Contact Frequency and Relationship Quality. **Journal of Health and Social Behavior**, 53(2): 248-262.
- John R. Hofstetter and Aimee R. Mayeda. (2008). Quality of life in schizophrenia. In J.C. Verster and others. (eds), **Sleep and Quality of life in clinical medicine**, pp.299-311. New Jersey: Humana Press.
- Judith M. Schultz and Sheila L. Videbeck. (2005). **Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans**. 7th. United states of America: Quebecor World Dubuque.
- Kapur, S. and Seeman, P. (2000). Antipsychotic agents differ in how fast they come off the dopamine D2 receptors: Implications for atypical atypical antipsychotic action. **Journal Psychiatry Neuroscience**, 25: 161-166.
- Kay, S.R., Fiszbein, A., and Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndromes Scale[PANSS] for schizophrenia. **Schizophrenia Bulletin**, 13(2): 261-276.
- Kim, K. and others. (2000). An epidemiological study of insomnia among the Japanese general population. **Sleep**, 23(1): 41-47.
- Krishnan, V., and Collop, N.A. (2006). Gender difference differences in sleep disorders. **Current Opinion in Pulmonary Medicine**, 12(6): 383-389.
- Kenichi Kuriyama and Takuya Yoshiike. (2013). Multiple causality in the impairment of daytime functioning associated with insomnia: is it time to reconsider insomnia subtypes. **Journal of sleep disorder&therapy**, 2(3): 1-2.
- Kathleen L. Benson. (2006). Sleep in schizophrenia: Impairment, correlation, and treatment. **Psychiatric clinics of north America**, 29: 1033-1045.
- Latta, F., and others. (2006). Sex differences in delta and alpha EEG activity in healthy older adults. **Sleep**, 28(12): 1525-1534.

- Lindenmayer and Khan. (2006). **Psychopathology**, 187-211, cited in Lieberman, J.A., Stroup, T.S., and Perkins, D.O., eds. **Text book of Schizophrenia**. Washington DC: American Psychiatric Publishing.
- Linton, S.J. (2004). Does work stress predict insomnia? A prospective study. **British Journal of health psychology**, 9(2): 127-136.
- Lia, R.H., Winga, Y.K., Hob, S.C., and Fong, S.Y.Y. (2002). Gender differences in insomnia-a study in the Hong Kong Chinese population. **Journal of Psychosomatic Research**, 53(1): 601-609.
- Laura B. Palmese and others. (2011). Insomnia is frequent in schizophrenia and associated with night eating and obesity. **Journal of schizophrenia research**, 133: 238-248.
- Lunttdt, L. (2006). Understanding sleep and insomnia. **Advanced Studies in Medicine**, 6(10D): S1024-S1032.
- Lymberis, G. (2000). Sleep and Rest. In H. Harkreader(ed.), **Fundamentals of nursing: Caring and clinical judgment**, pp. 1136-1157. Philadelphia: W.B.Saunders.
- Manoach, D.S., Cain, M.S., Vangel, M.G., Khurana, A., Goff, D.C., and Stickgold, R. (2004). A failure of sleep-dependent procedural learning in chronic, medicated schizophrenia. **Journal of biological psychiatry**, 56: 951-956.
- Maysah Faisal Al-Mulla. (2013). Sleep Patterns in Patients with Schizophrenia: A Review. **International Journal of Scientific Study**, 1(2): 62-64.
- McCubbin, H.I., Thompson, A.I., and McCubbin, M.A. (1996). **Family Assessment : Resiliency, coping and adaptation-inventories for research and practice**. Wisconsin : The University of Wisconsin.
- Michael Berk. (2009). Sleep and depression. **Australian Family Physician**, 38(5): 302-304.
- Millier, A., and others. (2011). Relapse according to antipsychotic treatment in schizophrenic patients: a propensity-adjusted analysis. **BMC psychiatry**, 11: 1-9.
- Muller, M.J., and others. (2004). Subchronic effect of olanzapine on sleep in schizophrenic patients with predominantly negative symptoms. **Pharmacopsychiatry**, 37: 157-162.

- Monk and others. (2002). A simple way to measure daily lifestyle regularity. **European sleep research society**, 11: 183-190.
- Morin, C. M. (1993). **Insomnia: Psychological assessment and management**. New York: The Guilford Press.
- Morin, C.M., Daley, M., and Ouellet, M.C. (2001). Insomnia in adults. **Current Treatment Options in Neurology**, 3: 9-18.
- Monti, J.M., Monti, D. (2004). Sleep in schizophrenia patients and the effects of antipsychotic drug. **Sleep Medicine Reviews**, 4: 263-276.
- Morphy, H., Dunn, K.M., Lewis, M., Boardman, H.F., and Croft, P.R. (2007). Epidemiology of insomnia: A longitudinal study in a UK population. **Sleep**, 30(3): 274-280.
- National Sleep Foundation. (1998). **Poll on Women and Sleep**. National Sleep Foundation: Washington DC.
- National Institutes of Health. (2005). National Institutes of Health State of the Science conference statement on manifestations and management of chronic insomnia in adults. **Sleep**, 28(9): 1049-1057.
- Niemi, L.T., Suvisaari, J.M., Tuulio-Henriksson, A. and Lonnqvist, J.K. (2003). Childhood developmental abnormalities in schizophrenia: evidence from high-risk studies. **Schizophrenia research**, 60: 354-360.
- Ohayon, M. (1996). Epidemiological study on insomnia among in the general population. **Sleep**, 19(3suppl): S7-S15.
- Ohayon, M.M. and Reynolds, C.F. (2009). Epidemiological and clinical relevance of insomnia diagnosis algorithms according to the DSM-IV and the International Classification of Sleep Disorders (ICSD). **Journal of Sleep Medicine**, 10: 952-960.
- Overall, J.E., and Gorham, D.R. (1962). **Brief psychiatric rating scale**. **Psychological Report**, 10: 799-812.
- Ozminkowski, R.J., Wang, S., and Walsh, J.K. (2007). The direct and indirect costs of untreated insomnia in adults in the United State. **Journal of sleep**, 30: 263-273.
- Parish, J.M. (2009). Sleep-related problems in common medical conditions. **Chest**, 135(2): 563-572.

- Pallesen, S. and others. (2001). Prevalence of insomnia in the adult Norwegian population. **Sleep**, 24(7): 771-779.
- Passarelle, S. and Doung, M.T. (2008). Diagnosis and treatment of insomnia. **American Journal of Health-System Pharmacy**, 65(10): 927-934.
- Poulin, J., and others. (2003) Sleep architecture and its clinical correlates in first episode and neuroleptic-naive patients with schizophrenia. **Schizophrenia Research**, 62: 147-153.
- Prinz, P.N. (2004). Age impairment in sleep, metabolic and immune functions. **Experimental Gerontology**, 39(11-12): 1739-1743.
- Pudtan Phanthunane, Theo Vos, Harvey Whiteford, Melanie Bertram, and Pichet Udomrath. (2010). Schizophrenia in Thailand: prevalence and burden of disease. **Population Health Metrics**, 24:1-8.
- Quan, S.F. (2009). Sleep disturbances and their relationship to cardiovascular disease. **American Journal of lifestyle medicine**, 3(suppl.1): 55s-59s.
- Raphael E. Ogbolu, Olatunji F. Aina, Oluwole O. Famuyiwa, and Adebayo R. Erifolami. (2012). A Study of Insomnia among Psychiatric Out-Patients in Lagos Nigeria. **Journal of sleep and therapy**, 1(4): 1-5.
- Redeker, N.S., and Hilker, R. (2005). Sleep and quality of life in stable heart failure. **Journal of Cardiac Failure**, 11(9): 700-104.
- Riemann, D., Berger, M., and Voderholzer, U. (2001). Sleep and depression—results from psychobiological studies: an overview. **Biological Psychology**, 57: 67-103.
- Ritsner, M., Kurs, R., Ponizovsky, A., and Hadjez, J. (2004). Perceived quality of life in schizophrenia: relationships to sleep quality. **Quality of life research**, 13: 783–791.
- Roger Godbout. (2006). **Sleep disturbance in schizophrenia**, 125-131, cited in Pandi-Perumal, S.R.; Monti, J.M. (2006). **Clinical pharmacology of sleep**. 7th ed. Canada: Birkhauser Basel.
- Rotenberg, V.S. (2011). Sleep and psychiatric diseases. in **Sleep Disorders**, pp 568-575. China: Elsevier.

- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. (2003). **Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry**. 9th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 974-1150.
- Sadock, J.B. and Sadock, A.V. (2007). **Synopsis of psychiatry**. 10th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins, 467-497.
- Savard, J and Morin, C.M. (2001). Insomnia in the context of cancer: A review of a neglected problem. **Journal of Clinical Oncology**, 19(3): 895-908.
- Seeman, P. (2002). Atypical antipsychotics: mechanism of action. **Canadian Journal of Psychiatry**, 47: 27-38.
- Shneerson, J.M., Ohayon, M.M., and Carskadon, M.A. **Sleep and age**. [online]. 2008. Available from: <http://sleep.health.am/sleep/sleep-abd-age/> [2013,November1]
- Smith, M.T. and Wegener, S.T. (2003). Measure of sleep. **Arthritis and Rheumatism**, 49(5S): S184-S196.
- Speilman, A.J. (1986). Assessment of insomnia. **Clinical psychology Rreview**, 6: 11-15.
- Speilman, A.J., and Glovinsky, P. (2005). A conceptual framework of insomnia for primary care practitioners: Predisposing, precipitating and perpetuating factor. **Sleep medicine Alerts**, 9: 1-6.
- Stefan Cohrs. (2008). Sleep disturbances in patients with Schizophrenia. **Journal of CNS drugs**, 22(11): 939-962.
- Saisunee Tubtimtes, Chakrit Sukying, and Somjut Prueksaritanond. (2009). Sleep problems in out-patient of primary care unit. **Journal of the Medical Association of Thailand**, 92(2):273-278.
- Soldatos, C.R., Allaert, F.A., Ohta, T., and Dikeos, D.G. (2005). How do individuals sleep around the world?Results from a single-day survey in ten countries. **Journal of Sleep Medicine**, 6(1):5-13.
- Stahl S.M. (2001). "Hit-and-run" actions at dopamine receptors, part1: mechanism of action of atypical antipsychotics. **Journal Clinical Psychiatry**, 62: 670-671.
- Tan, H.Y. and Ang, Y.G. (2001). First episode psychosis in military:a comparative study of prodromal symptoms. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 35: 512-519, cited in John R Hofstetter, Paul H Lysaker, and Aimee R Mayeda. (2005). Quality of sleep in patients with schizophrenia is associated

- with quality of life and coping. **Journal of Biomed central psychaitry**, 5(13): 1.
- Tucker, A.P. (2007). Sleep hygiene. **American Association for Respiratory Care Times**. 12-19.
- Van Kammen, D.P., and Marder, S.R. (2005). Serotonin-dopamine antagonists(Atypical or second generation antipsychotics). In Sadock, B.J. and Sadock,V.A. (eds), **Comprehensive Textbook of Psychiatry**, pp.2914-2938. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Vena, C., Parker, K., Cunningham, M., Clark, J., and MsMillam, S. (2004). Sleep wake disturbance in people with cancer Part I: An overview of sleep, sleep regulation, and effects of disease and treatment. **Oncology Nursing Forum**, 31(4): 735-746.
- Wanda K. Mohr. (2011). **Psychiatric-mental health nursing**. 7th ed. China: Wolters Kluwer Health.
- Wilson, H.S. and Kneisl, C.R. (1996). **Psychiatric Nursing**. New York: Addison-Wesley.
- Wulff, K., Gatti, S., Wettstein, J.G., and Foster, R.G. (2010). Sleep and circadian rhythm disruption in psychiatric and neurodegenerative disease. **Nature Reviews Neuroscience**, 11(8):589-599.
- World Health Oganization. (1992). **The ICD-10 Classification of mental and Behavioral Disorder**. Clinical descriptions and diagnostic: Geneva, World Health Organization.
- World Health Oganization. **International Statistical Classification of Diseases and Relates Health Problems 10th Revision**. [online]. 2007. Available from: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online/>[2014,March1]
- World Health Organization. **Schizophrenia**. [online]. 2013. Available from: http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/ [2013,November1]
- Xiang, Yu-Tao, Yong-Zhen Weng, Chi-Ming Leung, Wai-Kwong Tang, and Gabor, S. Ungvari. (2009). Prevalence and correlates of Insomnia and its Impact on quality of life of chinese schizophrenia patient. **Journal of Sleep**, 32(1): 105-109.

- Yamashita, H., and other. (2002). Effect of risperidone on sleep in schizophrenia: a comparison with haloperidol on sleep in schizophrenia: a comparison with haloperidol. **Psychiatry Research**, 109: 137-142.
- Yamashita, H., and others. (2004). Effect of changing from typical to atypical antipsychotic drugs on subjective sleep quality in patients with schizophrenia in Japanese population. **Journal Clinical Psychiatry**, 65: 1525-1539.
- Yamashita, H., and others. (2005). Influence of aging on the improvement of subjective sleep quality by atypical antipsychotic drugs in patients with schizophrenia: comparison of middle-aged and older adults, **American Journal of Geriatric Psychiatry**, 13: 377-384.
- Yung, A.R. and McGorry, P.D. (1996). The initial prodrome in psychosis: descriptive and qualitative aspects. **Australian and New Zealand Journal of Psychiatry**, 150: 1349-1354.
- Zarcone, V.P. and Benson, K.I. (1997). BPRS symptom factors and sleep variables in schizophrenia. **Psychiatry Research**, 8: 65-71.
- Zammit, S., and others. (2004). A longitudinal study of premorbid IQ score and risk of developing schizophrenia, bipolar disorder, severe depression, and other nonaffective psychoses. **Archives of General Psychiatry**, 61: 354-360.

ภาคผนวก



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ภาคผนวก ก
รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY

รายนามผู้ทรงคุณวุฒิ

ชื่อสกุล	ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน
แพทย์หญิงดุจฤดี อภิวงค์ อาจารย์ ดร.สุภาภักดิ์ เกตตราสุวรรณ	จิตแพทย์ประจำโรงพยาบาลพระรามเก้า อาจารย์ผู้ชำนาญเฉพาะสาขาทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
อาจารย์อังคณา จิรโรจน์	อาจารย์ผู้ชำนาญเฉพาะสาขาทางการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
ดร.วิภาวี เผ่ากันทรารกร	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช ประจำกลุ่มงานจิตเวช สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา
นางปรียานุช ชื่นตา	ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง สาขาการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช หัวหน้ากลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลนครปฐม

ภาคผนวก ข
เอกสารขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

ที่ ศธ 0512.11/0851



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตวรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๑ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระรามเก้า

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณ สวนศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ แพทย์หญิง ดุจฤดี อภิวงค์ แพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิติสสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชวานซ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

แพทย์หญิง ดุจฤดี อภิวงค์

ฝ่ายวิชาการ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 02-218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณ สวนศรี โทร. 08-9068-5238

ที่ ศธ 0512.11/0857



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณ สวนศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ ดร. สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ อาจารย์ผู้ชำนาญเฉพาะสาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิต ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ ดร. สุภาภักดิ์ เกตราสุวรรณ

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-218-1152

นางสาววรรณ สวนศรี โทร. 08-9068-5238

ที่ ศธ 0512.11/๐๕๘1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณ สวนศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง "ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท" โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ อาจารย์ อังคณา จิรโรจน์ อาจารย์ผู้ชำนาญเฉพาะสาขาทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สุนิต มณีวัฒน์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติกรแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ฝ่ายวิชาการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

ชื่อนิสิต

อาจารย์ อังคณา จิรโรจน์

โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 02-218-1152

นางสาววรรณ สวนศรี โทร. 08-9068-5238

ที่ ศธ 0512.11/๐๙๕๑



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศตพรรษ ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์นครปฐม

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณ สวนศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในการนี้จึงขอเรียนเชิญ นางปรียานุช ชื่นตา พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

สนิต ปรีชาวงษ์

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สนิตา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน
ฝ่ายวิชาการ
อาจารย์ที่ปรึกษา
ชื่อนิสิต

นางปรียานุช ชื่นตา
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130
อาจารย์ ดร. เพ็ญภา แดงด้อมยุทธ์ โทร. 02-218-1152
นางสาววรรณ สวนศรี โทร. 08-9068-5238

ที่ ศธ 0512.11/0๕๕1



คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
อาคารบรมราชชนนีศรีศศพรช ชั้น 11
ถนนพระราม 1 แขวงวังใหม่ เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330

๒๒ กรกฎาคม 2557

เรื่อง ขออนุมัติบุคลากรเป็นผู้ทรงคุณวุฒิ

เรียน ผู้อำนวยการสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

- สิ่งที่ส่งมาด้วย 1. โครงร่างวิทยานิพนธ์ 1 ชุด
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 1 ชุด

เนื่องด้วย นางสาววรรณ สวนศรี นิสิตชั้นปริญญาโทบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการพัฒนาวิทยานิพนธ์ เรื่อง “ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมี อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ในกรณีนี้ จึงขอเรียนเชิญ ดร. วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรการ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ เป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือการวิจัยที่นิสิตสร้างขึ้นเพื่อประโยชน์ทางวิชาการต่อไป

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาอนุมัติให้บุคลากรข้างต้นเป็นผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือการวิจัยดังกล่าว คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านและขอขอบพระคุณอย่างสูงมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุนิดา ปรีชาวงษ์)

รองคณบดี

ปฏิบัติการแทนคณบดีคณะพยาบาลศาสตร์

สำเนาเรียน

ดร. วิภาวี เผ่ากัณฑ์ทรการ

ฝ่ายวิชาการ

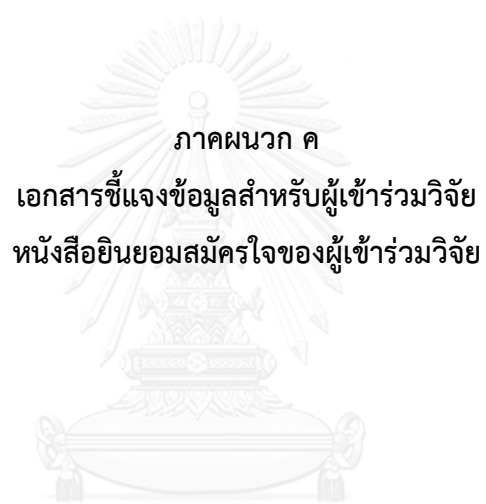
โทร. 0-2218-1131 โทรสาร. 0-2218-1130

อาจารย์ที่ปรึกษา

อาจารย์ ดร. เพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์ โทร. 02-218-1152

ชื่อนิสิต

นางสาววรรณ สวนศรี โทร. 08-9068-5238



ภาคผนวก ค

เอกสารชี้แจงข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย
หนังสือยินยอมสมัครใจของผู้เข้าร่วมวิจัย

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

- 3) สามารถพูด และฟังภาษาไทยได้รู้เรื่อง
- 4) ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยด้วยความสมัครใจ

4.2 เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่าง มีดังนี้

- 1) ผู้ป่วยขอถอนตัวออกจากการวิจัย
- 2) มีอาการทางกายและทางจิตกำเริบที่เป็นอุปสรรคในระหว่างดำเนินการวิจัย

4.3 ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 165 คน

4.4 ขั้นตอนการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยคัดเลือกผู้เข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่ได้กำหนดไว้ และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้ เมื่อผู้ป่วยเข้ามารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกในช่วงเวลาดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยประเมินคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างโดยดูจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยและการสัมภาษณ์ประเมินอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยเบื้องต้นโดยผู้วิจัย โดยใช้แบบประเมินอาการนอนไม่หลับที่ปรับปรุงมาจาก พัทรีญา แก้วแพง(2547) มีคะแนนมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนนขึ้นไปและดำเนินการการเก็บรวบรวมข้อมูลแต่ละวัน โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด จนครบจำนวน 165 คน ตามสัดส่วนของประชากรของแต่ละโรงพยาบาล

5. ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยขอเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเอง สร้างสัมพันธภาพเพื่อสร้างความคุ้นเคยและลดความวิตกกังวล แจ้งวัตถุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ และขอความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม โดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก อธิบายเรื่องการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างชี้แจงสิทธิของกลุ่มตัวอย่างว่า การวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลต่อการบริการพยาบาลหรือเข้ารับการรักษาแต่อย่างใด และขอความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัย และเน้นย้ำให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยจะปกปิดเป็นความลับ และผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น ในระหว่างการวิจัยหากกลุ่มตัวอย่างไม่พอใจหรือไม่ต้องการเข้าร่วมวิจัยจนครบตามเวลา สามารถบอกเลิกได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลหรือคำอธิบายใดๆและไม่มีผลต่อการบริการที่ได้รับรวมทั้งหากมีคำถามหรือเกิดความสงสัยใดๆในระหว่างขั้นตอนของการวิจัย สามารถสอบถามได้จากผู้วิจัยโดยตรง

6. หลังจากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

7. เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการทำวิจัย ผู้วิจัยในกลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม โดยใช้ระยะเวลาคนละ 50 นาที ทั้งหมด 8 ส่วน คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ 3. แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว 5. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แบบทดสอบสภาพ

สมองไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

8. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการวิจัยนี้ คือเพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนการพยาบาลช่วยลดอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมคุณภาพและปริมาณของการนอนหลับให้กับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่มีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ และเพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนในการการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

9. การขอข้อมูลจากเวชระเบียนในการกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยจะดำเนินการขออนุมัติจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลก่อนที่จะทำการวิจัย

10. หากผู้เข้าร่วมการวิจัยมีข้อสงสัยสามารถสอบถามเพิ่มเติมได้ตลอดเวลาที่เบอร์ 089-0685238 และหากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์หรือโทษเกี่ยวกับการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้ผู้เข้าร่วมการวิจัยทราบโดยเร็ว

11. ผู้เข้าร่วมการวิจัยมีสิทธิจะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา ซึ่งการกระทำดังกล่าวจะไม่มีผลใดๆต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย

12. หากท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามข้อมูลดังกล่าว สามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147 หรือ 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail: eccu@chula.ac.th

หนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

ทำที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย.....

ข้าพเจ้า ซึ่งได้ลงนามท้ายหนังสือนี้ ขอแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท โดย นางสาววรรณสวนศรี

ที่อยู่ติดต่อ 91/43 หมู่บ้านเหนือฟ้า ตำบลคูคต อำเภอลำลูกกา จังหวัดปทุมธานี 12130 โทรศัพท์ที่บ้าน 02-9910931 โทรศัพท์มือถือ 089-0685238

ข้าพเจ้า **ได้รับทราบ**รายละเอียดเกี่ยวกับที่มาและวัตถุประสงค์ในการทำวิจัย รายละเอียดขั้นตอนต่างๆ ที่จะต้องปฏิบัติหรือได้รับการปฏิบัติ ความเสี่ยง/อันตราย และประโยชน์ซึ่งจะเกิดขึ้นจากการวิจัยเรื่องนี้ โดยได้อ่านรายละเอียดในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัยโดยตลอด และ**ได้รับคำอธิบาย**จากผู้วิจัย **จนเข้าใจเป็นอย่างดีแล้ว**

ข้าพเจ้าจึง**สมัครใจ**เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ตามที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยข้าพเจ้ายินยอม ตอบคำถามตามแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แบบทดสอบสภาพสมองไทย แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ และแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ ณ คลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โดยใช้ระยะเวลาในการตอบแบบสอบถาม 50 นาที

ข้าพเจ้ามีสิทธิถอนตัวออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ตามความประสงค์ **โดยไม่ต้องแจ้งเหตุผล** ซึ่งการถอนตัวออกจากการวิจัยนั้น จะไม่มีผลกระทบในทางใดๆต่อข้าพเจ้าทั้งสิ้น(ระบุเป็นต้นว่าได้รับการรักษาพยาบาลเช่นเดิม)

ข้าพเจ้าได้รับคำรับรองว่า ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อข้าพเจ้าตามข้อมูลที่ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย และข้อมูลใดๆ ที่เกี่ยวข้องกับข้าพเจ้า ผู้วิจัยจะ**เก็บรักษาเป็นความลับ** โดยจะนำเสนอข้อมูลการวิจัยเป็นภาพรวมเท่านั้น ไม่มีข้อมูลใดในการรายงานที่จะนำไปสู่การระบุตัวข้าพเจ้า

หากข้าพเจ้าไม่ได้รับการปฏิบัติตรงตามที่ได้ระบุไว้ในเอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าสามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน กลุ่มสหสถาบัน ชุดที่ 1
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ชั้น 4 อาคารสถาบัน 2 ซอยจุฬาลงกรณ์ 62 ถนนพญาไท เขตปทุมวัน
กรุงเทพฯ 10330 โทรศัพท์ 0-2218-8147, 0-2218-8141 โทรสาร 0-2218-8147 E-mail:
eccu@chula.ac.th

ข้าพเจ้าได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญต่อหน้าพยาน ทั้งนี้ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารชี้แจง
ผู้เข้าร่วมการวิจัย และสำเนาหนังสือแสดงความยินยอมไว้แล้ว

ลงชื่อ.....

(.....)

(นางสาว วรวรรณ สวนศรี)

ผู้วิจัยหลัก

ลงชื่อ.....

(.....)

ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ลงชื่อ.....

(.....)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

พยาน



คำนวณดัชนีความตรงตามเนื้อหา

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือในงานวิจัยนี้ ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาคำนวณ ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity Index, CVI) โดยถือเกณฑ์ตามผู้ทรงคุณวุฒิมีความเห็นตรงกันและสอดคล้องกัน ซึ่งค่าที่ยอมรับได้ คือ .80 ขึ้นไป (Davis, 1992 อ้างถึงใน บุญใจ ศรีสถิตย์ นราษฎร, 2553) โดยคำนวณได้จากสูตร ดังนี้

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

1. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ
แทนค่า CVI = $\frac{7}{7}$ = 1.00
2. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ
แทนค่า CVI = $\frac{11}{12}$ = 0.91
3. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว
แทนค่า CVI = $\frac{17}{20}$ = 0.85
4. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท
แทนค่า CVI = $\frac{9}{9}$ = 1.00
5. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบทดสอบสภาพสมองไทย
แทนค่า CVI = $\frac{26}{30}$ = 0.86
6. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย
แทนค่า CVI = $\frac{7}{7}$ = 1.00
7. การหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย
แทนค่า CVI = $\frac{6}{7}$ = 0.85

ภาคผนวก จ
สัมประสิทธิ์ความเที่ยง และผลการวิเคราะห์รายข้อของแบบสอบถาม



แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Insomnia1	15.50	23.293	.573	.903
Insomnia2	15.50	24.190	.564	.900
Insomnia3	15.97	24.309	.558	.901
Insomnia4	15.30	23.734	.853	.868
Insomnia5	15.17	24.075	.858	.869
Insomnia6	15.30	23.252	.831	.868
Insomnia7	15.27	23.444	.857	.867

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.898	7

แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Hygiene1	37.13	66.533	-.050	.737
Hygiene2	37.23	71.082	-.287	.755
Hygiene3	35.47	65.154	.102	.714
Hygiene4	36.83	55.316	.402	.682
Hygiene5	36.17	61.454	.218	.706
Hygiene6	36.40	58.524	.280	.700
Hygiene7	37.13	46.533	.727	.618
Hygiene8	35.97	56.516	.440	.678
Hygiene9	37.17	44.626	.688	.621
Hygiene10	37.17	49.109	.629	.640
Hygiene11	37.83	54.489	.557	.661
Hygiene12	35.50	64.466	.144	.711

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.709	12

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Family1	51.90	156.852	.750	.884
Family2	51.43	153.082	.831	.881
Family3	52.03	157.206	.724	.885
Family4	51.90	154.921	.776	.883
Family5	50.93	185.099	-.249	.916
Family6	51.33	176.506	-.029	.909
Family7	51.47	152.947	.852	.881
Family8	51.83	148.626	.798	.880
Family9	52.10	153.128	.736	.883
Family10	51.57	152.392	.743	.883
Family11	51.70	152.976	.764	.882
Family12	52.03	161.344	.629	.888
Family13	51.07	188.202	-.401	.913
Family14	51.47	157.568	.809	.883
Family15	51.73	155.306	.846	.882
Family16	51.73	153.651	.828	.881
Family17	51.73	152.754	.813	.881
Family18	51.03	183.689	-.269	.908
Family19	51.50	156.397	.689	.885
Family20	51.83	168.420	.283	.896

แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว (ต่อ)

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.895	20



แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Cdss1	6.87	35.154	.842	.951
Cdss2	6.77	34.875	.791	.953
Cdss3	7.10	34.852	.708	.957
Cdss4	7.13	33.775	.802	.952
Cdss5	7.40	34.800	.778	.953
Cdss6	7.37	32.654	.894	.947
Cdss7	7.50	34.328	.806	.952
Cdss8	7.50	34.534	.886	.949
Cdss9	7.43	33.082	.915	.946

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.956	9

แบบทดสอบสภาพสมองไทย

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TMSE1	22.87	21.292	-.155	.853
TMSE2	22.90	19.748	.425	.840
TMSE3	22.83	20.351	.370	.842
TMSE4	22.87	19.637	.575	.837
TMSE5	22.90	18.921	.746	.831
TMSE6	22.87	19.637	.575	.837
TMSE7	22.83	20.351	.370	.842
TMSE8	22.97	20.378	.138	.848
TMSE9	23.07	19.651	.286	.845
TMSE10	22.83	20.626	.201	.845
TMSE11	22.83	20.626	.201	.845
TMSE12	22.90	20.162	.269	.844
TMSE13	22.90	20.162	.269	.844
TMSE14	22.90	20.162	.269	.844
TMSE15	23.03	18.378	.659	.830
TMSE16	23.30	19.528	.269	.846
TMSE17	23.40	19.145	.367	.842
TMSE18	22.93	19.444	.469	.838
TMSE19	22.90	20.093	.295	.843
TMSE20	22.87	20.809	.052	.848

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
TMSE21	22.87	20.809	.052	.848
TMSE22	22.83	21.109	-.089	.849
TMSE23	22.93	19.030	.611	.834
TMSE24	22.93	19.030	.611	.834
TMSE25	23.07	18.616	.560	.834
TMSE26	23.13	17.982	.684	.828
TMSE27	23.33	19.195	.346	.843
TMSE28	23.23	18.392	.543	.834
TMSE29	23.43	19.013	.407	.840
TMSE30	23.53	19.361	.361	.842

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.846	30

แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Positive1	15.77	12.323	.674	.691
Positive2	13.67	15.402	.474	.745
Positive3	16.37	18.171	.604	.706
Positive4	13.13	16.740	.694	.682
Positive5	15.37	19.620	.639	.718
Positive6	15.47	21.292	.677	.739
Positive7	15.43	23.289	.022	.787

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.758	7

แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

Item-Total Statistics

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item- Total Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Negative1	15.27	53.168	.701	.723
Negative2	15.43	53.771	.710	.723
Negative3	15.33	53.678	.794	.709
Negative4	15.27	55.030	.612	.742
Negative5	15.63	61.413	.245	.836
Negative6	16.40	69.421	.329	.792
Negative7	16.27	67.995	.376	.786

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	N of Items
.789	7



แบบสอบถามสำหรับการวิจัย

เรื่อง ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์ เพื่อสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล อาการบวก อาการทางลบ อาการซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด สัมพันธภาพในครอบครัว การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ และอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง

แบบสอบถามชุดนี้แบ่งเป็น 8 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน 6 ข้อ
ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 3 แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว	จำนวน 20 ข้อ
ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท	จำนวน 9 ข้อ
ส่วนที่ 6 แบบทดสอบสภาพสมองไทย	จำนวน 30 ข้อ
ส่วนที่ 7 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	จำนวน 7 ข้อ
ส่วนที่ 8 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย	จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หน้าข้อความและเติมข้อความลงในช่องว่าง(....)ที่เว้นไว้ให้ตรงกับความเป็นจริงเกี่ยวกับตัวท่านมากที่สุด

1.1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป

1. เพศ

ชาย

หญิง

2. สถานภาพสมรส

โสด

คู่

หย่าร้าง

หม้าย

แยกทางกันอยู่

3. อายุ

20 - 29 ปี

30 - 39 ปี

40 - 49 ปี

50 - 59 ปี

4. ระดับการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้เรียน

ประถมศึกษา

มัธยมศึกษาตอนต้น

อื่นๆ ระบุ.....

มัธยมศึกษาตอนปลาย

ปริญญาตรี

สูงกว่าปริญญาตรี

5. อาชีพ

ไม่มีอาชีพ

รับจ้าง

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ

ธุรกิจส่วนตัว

ทำสวน/ทำนา/ทำไร่

ค้าขาย

อื่นๆ ระบุ.....

6. ระยะเวลาการเจ็บป่วย.....ปี



1.2 แบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของยาของการรักษาโรคจิตเภท(สำหรับผู้วิจัย)

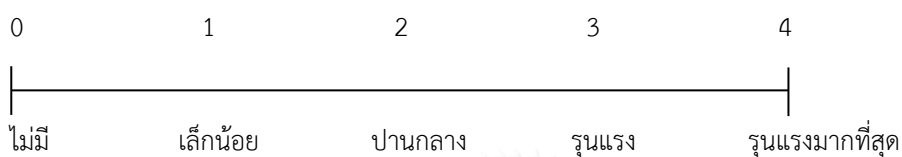
ชนิดของยาได้รับ.....
.....
.....
.....
.....



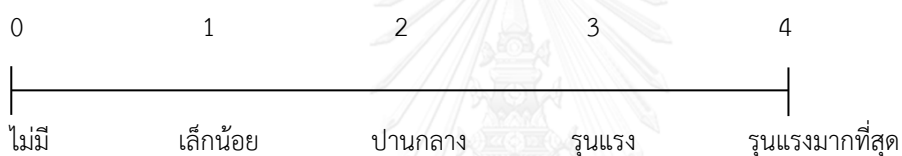
ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ (Insomnia Severity Index)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วย 7 ข้อคำถามเกี่ยวกับอาการนอนไม่หลับของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยมีช่วงคะแนนความรู้สึก 0-4 คะแนน ขอให้ท่านทำเครื่องหมาย X ลงบนเส้นตรง ตำแหน่งที่ตรงกับความรู้สึกของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด

1. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาท่านพยายามนอนแต่นอนไม่ค่อยหลับ

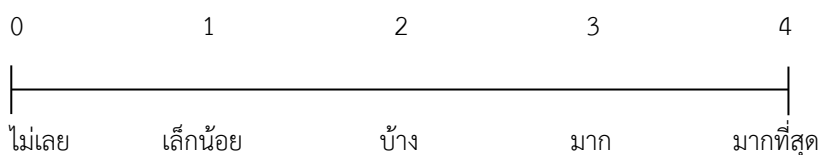


2. ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเมื่อท่านตื่นกลางดึกแล้วพยายามนอนต่อแต่นอนไม่หลับ



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

7. ท่านรู้สึกกังวลหรือหดหู่กับปัญหาการนอนไม่หลับของท่านในปัจจุบัน



ส่วนที่ 3 แบบประเมินสุขอนามัยการนอนหลับ(Sleep Hygiene Index)

คำชี้แจง แบบประเมินนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ ข้อความแต่ละข้อใช้อธิบายการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการนอนหลับของท่าน ขอให้ท่านพิจารณาข้อความที่ตรงกับการปฏิบัติของท่านในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด แล้วทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่างด้านขวามือ โดยมีเกณฑ์ในการตอบคำถาม ดังนี้

ปฏิบัติมากที่สุด (5) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 80 – 100%

ปฏิบัติมาก (4) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 60 – 79%

ปฏิบัติปานกลาง (3) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 40 – 59%

ปฏิบัติน้อย (2) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 20 – 39%

ปฏิบัติน้อยที่สุด (1) หมายถึง ข้อความประโยคนั้นไม่ตรงกับการปฏิบัติตนของท่านเลยหรือตรงกับการปฏิบัติตนของท่าน 0 – 19%

ข้อคำถาม	ระดับความรู้สึก				
	ปฏิบัติมากที่สุด (5)	ปฏิบัติมาก (4)	ปฏิบัติปานกลาง (3)	ปฏิบัติน้อย (2)	ปฏิบัติน้อยที่สุด (1)
1. ท่านเข้านอนเวลาเดิมหรือเวลาใกล้เคียงกันทุกวัน					
2. ท่านตื่นนอนเวลาเดิมหรือใกล้เคียงกันทุกวัน					
3.					
5.					
7.					
8.					
9.					
10.					
11. ก่อนเข้านอน 1 ชั่วโมงท่านออกกำลังกายจนเหงื่อออก					
12. ท่านใช้ยานอนหลับเพื่อช่วยให้หลับ					

ส่วนที่ 4 แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความพฤติกรรมของสมาชิกในครอบครัวที่ปฏิบัติต่อท่าน แล้วพิจารณาว่าตรงกับความจริงของท่านตามความรู้สึกและความคิดเห็นมากน้อยเพียงใด โดยไม่ต้องคำนึงถึงความถูกหรือผิดแล้วใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่านมากที่สุด

คะแนน 5 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

คะแนน 4 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านมาก

คะแนน 3 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านปานกลาง

คะแนน 2 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านน้อย

คะแนน 1 หมายถึง ท่านเห็นว่าข้อความนั้นไม่ตรงกับความรู้สึก และความคิดเห็นของท่านเลย

ข้อความ	มากที่สุด (5)	มาก (4)	ปานกลาง (3)	น้อย (2)	ไม่เห็นด้วยเลย (1)
1. สมาชิกในครอบครัวสนใจเข้ามาพูดคุยซักถามความเป็นอยู่ของท่าน					
2. ครอบครัวของท่านมีความรักและความอบอุ่น					
3.					
4.					
7.....					
8.					
9.....					
10.					
11.					
12.					
20. สมาชิกในครอบครัวจะปรึกษาท่านเกี่ยวกับเรื่องภายในบ้าน เช่น การซ่อมแซมสิ่งของเครื่องใช้ที่ชำรุด การปลูกต้นไม้ การเลี้ยงสัตว์ หรือการคิดรายการอาหารประจำวัน การซื้อของใช้					

ส่วนที่ 5 แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท(The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS)

คำชี้แจง ผู้สัมภาษณ์: กรุณาคำถามคำถามแรกดังที่เขียนไว้ และตรวจสอบหรือถามเพิ่มเติมด้วยคำถามอื่นตามที่ท่านเห็นสมควร โดยถามถึงอาการที่เกิดขึ้นในระยะเวลา 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ยกเว้นในกรณีที่กำหนดเงื่อนไขอื่น (หมายเหตุ: ข้อ 9 ได้จากการสังเกตระหว่างการสัมภาษณ์)

1. ความซึมเศร้า: คุณจะบรรยายถึงอารมณ์ของคุณในช่วงสองสัปดาห์ที่ผ่านมาว่าอย่างไร? เมื่อเร็วๆ นี้คุณยังร่าเริงดีตามปกติ หรือว่าคุณซึมเศร้าหรือเศร้าใจในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมาบ่อยแค่ไหนที่คุณใช้คำของคุณเอง)ทุกวัน?ทั้งวัน?

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย แสดงความเศร้าบางอย่าง หรือความท้อใจเมื่อถาม
2. ปานกลาง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างชัดเจนต่อเนื่องกันไม่เกินครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมดในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยเกิดขึ้นทุกวัน
3. รุนแรง มีอารมณ์ซึมเศร้าอย่างมาก ต่อเนื่องทุกวัน เกินกว่าครึ่งหนึ่งของเวลาทั้งหมด โดยส่งผลต่อการเคลื่อนไหวของร่างกายและกิจกรรมทางสังคม

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

9. ความซึมเศร้าที่สังเกตได้: ขึ้นอยู่กับการสังเกตของผู้สัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์ตั้งแต่ต้นจนจบการถามว่า “คุณรู้สึกอยากจะทำอะไรหรือไม่” ณ เวลาที่เหมาะสมระหว่างการสัมภาษณ์ อาจทำให้ได้ข้อมูลที่มีประโยชน์สำหรับการสังเกตนี้

0. ไม่มี
1. เล็กน้อย ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าและเสียใจในบางขณะของการสัมภาษณ์ แต่สามารถมีอารมณ์ปกติเมื่อพูดถึงเรื่องที่ไม่เศร้า
2. ปานกลาง ผู้ถูกสัมภาษณ์ดูเศร้าตลอดการสัมภาษณ์ ด้วยน้ำเสียงราบเรียบเศร้าหมอง และร้องไห้หรือเกือบจะร้องไห้บางครั้ง
3. รุนแรง ผู้ถูกสัมภาษณ์สะอึกสะอื้นเมื่อพูดถึงหัวข้อที่ทุกขใจ ถอนหายใจบ่อยครั้ง และร้องไห้อย่างเปิดเผย หรืออยู่ในภาวะที่ดูทุกขใจอยู่อย่างต่อเนื่อง ถ้าผู้สัมภาษณ์แน่ใจว่าสิ่งนี้ปรากฏจริง

ส่วนที่ 6 แบบทดสอบสภาพสมองไทย TMSE (Thai Mental State Examination)

คะแนน

1. ORIENTATION (6 คะแนน)

- [1] วันนี้ วันอะไรของสัปดาห์ (จันทร์ อังคาร พุธ พฤหัสบดี ฯลฯ)
- [1] วันนี้ วันที่เท่าไร
- [1] เดือนนี้ เดือนอะไร
- [1] ขณะนี้เป็นช่วง (ตอน) ไหนของวัน (เช้า เที่ยง บ่าย เย็น)
- [1] ที่นี้ที่ไหน (บริเวณที่ตรวจ)
- [1] คนที่เห็นในภาพนี้มีอาชีพอะไร (ภาพอยู่ด้านหลัง)



6. RECALL (3 คะแนน)

สิ่งของ 3 อย่างที่บอกให้จำเมื่อสักครู่ มีอะไรบ้าง

- [1] ต้นไม้
- [1] รถยนต์
- [1] มือ

คะแนนรวม

ส่วนที่ 7 แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อคำถาม 7 ข้อ วัดคุณสมบัติเพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการทางบวกของ

ผู้ป่วยจิตเภท โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางบวก	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
<u>Psychotic dimension</u>							
1. อาการหลงผิด							
2. อาการประสาทหลอน							
3. คิดว่าตนมีความสามารถเกินความเป็นจริง							
4. คิดรู้สึกหวาดระแวงว่ามีคนมุ่งร้าย/คิดว่าคนอื่นพูดพาดพิงถึงตน							
<u>Disorganization dimension</u>							
5. คิดสับสน พูดไม่เป็นเรื่องเดียวกัน พูดหลากหลายเรื่องในเวลาเดียวกัน							
6. ตื่นเต้น กระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง							
7. พฤติกรรมไม่เป็นมิตร							

ส่วนที่ 8 แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย

คำชี้แจง แบบสอบถามชุดนี้มีข้อความ 7 ข้อ วัดดูประสงค์เพื่อสอบถามเกี่ยวกับอาการทางลบของ

ผู้ป่วยจิตเภท โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

คะแนน 1	หมายถึง	ไม่มีอาการ
คะแนน 2	หมายถึง	มีอาการขั้นต่ำสุด
คะแนน 3	หมายถึง	มีอาการเล็กน้อย
คะแนน 4	หมายถึง	มีอาการปานกลาง
คะแนน 5	หมายถึง	มีอาการค่อนข้างรุนแรง
คะแนน 6	หมายถึง	มีอาการรุนแรง
คะแนน 7	หมายถึง	มีอาการรุนแรงมาก

อาการทางลบ	คะแนน						
	1	2	3	4	5	6	7
1. การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ							
2. การไม่แสดงอารมณ์							
3. มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง							
4. อาการแยกตัวจากสังคม							
5. มีปัญหาในการใช้ความคิดแบบนามธรรม							
6. การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และไม่สิ้นไหล อย่างต่อเนื่อง							
7. ยึดมั่นในความคิดตนเอง							

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวรอรอรณ สวนศรี เกิดเมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม พ.ศ. 2529 ณ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์ กรุงเทพมหานคร สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี พยาบาลศาสตรบัณฑิต จาก มหาวิทยาลัย ศรีนครินทรวิโรฒ เมื่อปี พ.ศ. 2551 เข้ารับการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหา บัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย ในปี พ.ศ. 2555 เริ่มเข้าทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลพระราม เก้า แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เขตห้วยขวาง กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 ถึง พ.ศ. 2557 ปัจจุบันทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาการ4 สังกัดฝ่ายการแพทย์ การไฟฟ้านครหลวง เขตสาม เสน กรุงเทพมหานคร

