

บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท*

Selected Factors Related to Insomnia of Schizophrenic Patients

วรวรรณ สวนศรี (WorawanSuansr)**

เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (PennapaDangdomyouth)***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ สัมพันธภาพในครอบครัว ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับและการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลชลบุรี โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต และโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 165 คนเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลแบบประเมินอาการนอนไม่หลับ แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัวแบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภทแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทยแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทและแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย โดยเครื่องมือทุกชุดได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ ได้ค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ .90, .71, .90, .96, .85, .76 และ .79 ตามลำดับ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที สถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน สหสัมพันธ์ Eta และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

*วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชคณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**พยาบาลวิชาการ ฝ่ายการแพทย์ โรงพยาบาลการไฟฟ้านครหลวง

***Corresponding author ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=16.13$, S.D = 5.56) ส่วนอายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า ความสามารถในการรู้คิด และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Eta = .538, .561, .594 .209 และ .220 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบและการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .378, .193$ และ $.269$ ตามลำดับ)ด้านสัมพันธ์ภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.349$)

คำสำคัญ: อาการนอนไม่หลับ, ปัจจัยคัดสรรที่สัมพันธ์, ผู้ป่วยจิตเภท

Abstract

The purposes of this research were to study the severity of insomnia of schizophrenic patients and relationships of the insomnia and selected factors such as age, gender, depressive symptoms, cognitive ability, positive symptoms, negative symptoms, family relationship, type of anti-psychotic drugs and sleep hygiene practice. The subjects comprised 165 schizophrenic patients with insomnia who were receiving services at the outpatient department of Lampang Hospital, Vachiraphuket Hospital, Chonburi Hospital, and Nakhonpathom Hospital. The research instruments consisted of personal data records, Insomnia Severity Index, questionnaire on sleep hygiene behavior, questionnaire on family relationship, 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 .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 findings were as follows: The severity of insomnia of schizophrenic patients were at a moderate level ($\bar{x}$ =16.13, S.D= 5.56) About Age, gender, depressive symptoms, cognitive ability, and type of anti-psychotic drugs were significantly related to insomnia of schizophrenic patients at the .05 level (Eta= .538, .561, .594, .209, and .220 respectively) Positive symptoms, negative symptoms and sleep hygiene were positively correlated to insomnia of schizophrenic patients at the .05 level (r = .378, .193, and .269 respectively) Family relationship was negatively correlated to insomnia of schizophrenic patients at the .05 level (r = -.349)

Keywords: Insomnia, selected factors related, schizophrenic patients

บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่รุนแรงและเรื้อรัง เมื่อบุคคลป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความผิดปกติทั้งด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม (มาโนช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2555) จากพยาธิสภาพของโรค สภาวะด้านจิตใจและสภาพแวดล้อมทางสังคม ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้ไปขัดขวางทำให้ตารางเวลาของการนอนหลับ การตื่นของผู้ป่วยจิตเภทเปลี่ยนแปลงไป (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ความชุกของอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทเกิดขึ้นในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (Ohayon, 1996) ในประเทศไทยยังไม่มีการศึกษาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภท พบแต่เพียงการรายงานอาการนอนไม่หลับว่าพบร่วมกับปัญหาทางจิตเวช จากการศึกษาของปรียนันท์ สละสวัสดิ์, และวัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์ (2553)

พบว่าปัญหาอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทเป็นอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพที่พบมากเป็นอันดับ 1 (กรมสุขภาพจิต, 2550; โสริยา ศุภโรจน์, 2554) และอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทสูงถึงร้อยละ 66.7 (ปรียนันท์ สละสวัสดิ์, และวัฒนาภรณ์ พิบูลาลักษณ์, 2553) อาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนของการนอนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม (Xiang et al., 2009) ผลกระทบด้านร่างกาย ได้แก่ มีอาการไม่สุขสบายต่างๆ บกพร่องทางความคิด ผลกระทบด้านสุขภาพจิต ได้แก่ การขาดสมาธิ มีอารมณ์แปรปรวน และขาดความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสภาวะแวดล้อมและสังคมที่ตนอยู่ได้ (Manoach et al., 2004)

ปัจจัยต่างๆที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทตามแนวคิดของ Glovinsky and Speilman (2005) ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมพบว่า อาการนอนไม่หลับมี 3 ปัจจัย คือ ปัจจัยโน้มนำ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ปัจจัยกระตุ้นเป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับชนิดเกิดขึ้นเร็ว และปัจจัยคงอยู่เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างต่อเนื่อง สำหรับการศึกษานี้ ผู้วิจัยได้คัดเลือกปัจจัยคัดสรร ประกอบด้วย ปัจจัยโน้มนำ ปัจจัยกระตุ้น และปัจจัยคงอยู่ ซึ่งปัจจัยโน้มนำ ได้แก่ อายุพบว่าเมื่ออายุมากขึ้นร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงทำให้รูปแบบการนอนเป็นแบบหลับตื่น นอนหลับไม่ต่อเนื่อง และงีบหลับในเวลากลางวันมากขึ้น (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) เพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนแต่ละช่วงวัยอยู่เสมอซึ่งส่งผลกระทบต่อความแปรปรวนของรูปแบบการนอนได้มากขึ้น (Krishnan, & Collop, 2006) ภาวะซึมเศร้า เป็นภาวะที่มีลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและรบกวนการเข้าสู่การนอนหลับ (Glovinsky, & Speilman, 2005) ความสามารถในการรู้คิด สำหรับผู้ป่วยจิตเภทพบมีความบกพร่องของสมาธิ ความจำ ภาษาและความฉลาดทางปัญญา หากความรุนแรงของความบกพร่องของการรู้คิดสูงขึ้นทำให้ไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง (Glovinsky, & Speilman, 2005) สำหรับปัจจัยกระตุ้น ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ เป็นสาเหตุทำให้วงจรการนอนหลับสั้นลง (สมภพ เรื่องตระกูล, 2550) การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมเหล่านี้อาจเป็นปัจจัย

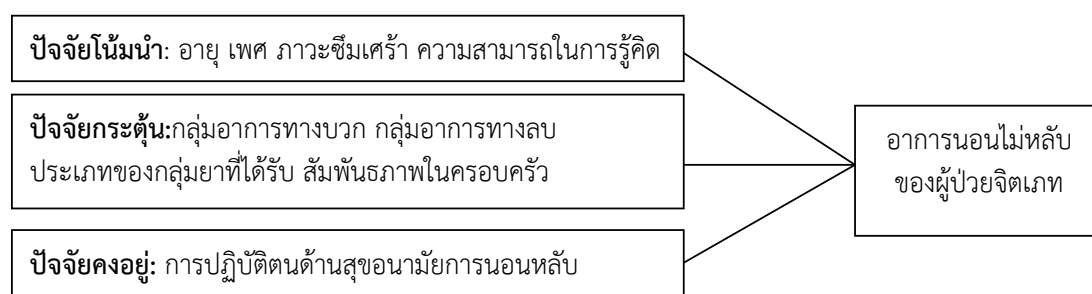
กระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับได้ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ ซึ่งแต่ละกลุ่มยากมีกลไกการออกฤทธิ์และผลข้างเคียงแตกต่างกัน (Kathleen, & Benson, 2006; Wanda, 2011) ยารักษาโรคจิตต่างกันส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน (Xiang et al., 2009) สัมพันธภาพในครอบครัวแบบขัดแย้งเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่มากกระทบผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่กดดันและคิดมากจนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับตามมา (Glovinsky, & Speilman, 2005) ส่วนปัจจัยคงอยู่ ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ เช่น การตื่นนอนไม่เป็นเวลารู้สึกเครียด หรือโกรธใกล้เวลาเข้านอน เป็นต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ทำให้การนอนหลับลดลงและไม่ต่อเนื่อง (Morin, 1993) ผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำผลที่ได้ไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลเพื่อขจัดปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

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

ผู้วิจัยได้ศึกษาถึงตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 3 ปัจจัย ตามแนวคิดของ Glovinsky and Speilman (2005) ประกอบด้วย ปัจจัยโน้มนำ เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ ภาวะซึมเศร้า และความสามารถในการรู้คิด ปัจจัยกระตุ้น เป็นปัจจัยให้เกิดอาการนอนไม่หลับชนิด

เกิดขึ้นเร็ว ได้แก่ กลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับและสัมพันธ์ภาพในครอบครัว และปัจจัยคงอยู่ เป็นปัจจัยที่ทำให้อาการนอนไม่หลับเป็นไปอย่างเรื้อรัง ได้แก่ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

สมมติฐานทางการวิจัย

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

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยบรรยายเชิงความสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิง และมีปัญหาการนอนไม่หลับ โดยได้รับการประเมินจากผู้วิจัยเบื้องต้นว่าผู้ป่วยมีอาการนอนไม่หลับ โดยประเมินจากแบบประเมินอาการนอนไม่หลับตามแนวคิดของ Morin (1993) คัดเลือกผู้ป่วยที่มีคะแนนอาการนอนไม่หลับมากกว่าหรือเท่ากับ 8 คะแนน (ผู้ป่วยอยู่ในระยะเริ่มมีอาการนอนไม่หลับขึ้นไป) และไม่มีอาการ

ทางกายและทางจิตกำเริบที่เป็นอุปสรรคในระหว่างดำเนินการวิจัยที่เข้ารับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลลำปาง โรงพยาบาลนครปฐม โรงพยาบาลชลบุรี และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองจนครบจำนวนทั้งสิ้น 165 คน ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้โดยใช้สูตร Thorndike (1987 อ้างถึงใน รัตน์ศิริ ทาโต, 2552) ดังนี้ $N = 10k + 50$ (เมื่อ N = ขนาดกลุ่มตัวอย่าง k = จำนวนตัวแปรทั้งหมดที่ศึกษา) การศึกษานี้มีจำนวนตัวแปรทั้งหมด 10 ตัวแปร ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้ = 150 คน เนื่องจากป้องกันการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยเก็บข้อมูลเพิ่มอีก 10% ของการคำนวณในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมดเป็นจำนวน 165 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยแบบสอบถาม 6 ส่วนและแบบสัมภาษณ์ 2 ส่วน

1. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาการเจ็บป่วย และข้อมูลเกี่ยวกับชนิดของยาทางจิตเวชที่ได้รับ

2. แบบประเมินอาการนอนไม่หลับ จากแนวคิดของ Morin (1993) แปลโดยพัทธิญา แก้วแพง (2547) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 7 ข้อ

3. แบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับจากแนวคิดของ David, Jeff, & Robert (2006) ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 12 ข้อ

4. แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว จากแนวคิดของ Friedman (1986) และของ Morrow & Wilson (1961)

5. แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท สร้างขึ้นโดย Addington et al. (1996) แปลเป็นภาษาไทยโดย ศิริจิต สุทธิจิตต์ (2553) เป็นแบบประเมินที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทโดยเฉพาะโดยทำการสัมภาษณ์ข้อคำถามที่ 1 ถึง 8 และจากการสังเกตผู้ป่วยในข้อที่ 9 ให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการซึมเศร้า

6. แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination, TMSE) สร้างขึ้นจากแนวคิดของ Folstein et al. (1975) พัฒนาเป็นภาษาไทยโดยสถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (2551)

7. แบบสัมภาษณ์ ได้แก่ 1) แบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แปลโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) ใช้วัดอาการทางบวก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วยให้คะแนนตามระดับความรุนแรงของอาการทางจิต ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite scale เป็นบวก (>0) จะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางบวก 2) แบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทฉบับภาษาไทย แปลโดยธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (2550) ซึ่งวัดอาการทางจิตของผู้ป่วยในด้านอาการทางลบ โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยมีคะแนนใน Composite scale เป็นลบ (<0) จะถูกจัดเป็นกลุ่มอาการทางลบ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน แล้วนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับ ที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามทั้ง 7 ส่วนประกอบด้วย แบบประเมินอาการนอนไม่หลับแบบประเมินการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ แบบประเมินสัมพันธภาพในครอบครัว แบบประเมินอาการซึมเศร้าในผู้ป่วยจิตเภท แบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทยแบบวัดกลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท และแบบวัดกลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภทเท่ากับ .90, .71, .90, .96, .85, .76 และ .79 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลลำปางหมายเลข 076/57 ลงวันที่ 24 ตุลาคม 2557 โรงพยาบาลชลบุรีหมายเลข 46/2557 ลงวันที่ 27 ตุลาคม 2557 โรงพยาบาลนครปฐมหมายเลข 025/2014 ลงวันที่ 11/2014 และโรงพยาบาลวชิระภูเก็ตลงวันที่ 11 พฤศจิกายน 2557 ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยประสานงานกับหัวหน้างานคลินิกจิตเวชเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์

การวิจัยก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล จากนั้นเข้าพบกลุ่มตัวอย่าง แนะนำตนเองสร้างสัมพันธภาพ แจกวัสดุประสงค์ให้กลุ่มตัวอย่างทราบและเพื่อเป็นการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างอ่านเอกสารชี้แจงข้อมูล และขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยโดยคำนึงถึงความยินยอมของกลุ่มตัวอย่างเป็นหลัก เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดียินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้ลงลายมือในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

สำหรับแบบสอบถามส่วนที่ 1-4 ผู้ป่วยตอบแบบสอบถามด้วยตนเองโดยในกรณีที่ผู้ป่วยมองเห็นไม่ชัดเจนหรือไม่สะดวกในการอ่านแบบสอบถาม ผู้วิจัยจะช่วยอ่านแบบสอบถามให้ผู้ป่วยฟังจนเข้าใจแล้วจึงตอบแบบสอบถาม ส่วนแบบสอบถามส่วนที่ 5-8 ผู้วิจัยเป็นผู้สัมภาษณ์และสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วย โดยใช้ระยะเวลาในการทำแบบสอบถามประมาณ 50 นาที จนได้กลุ่มตัวอย่างครบ 165 คน แล้วนำข้อมูลที่ได้นำวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธีทางสถิติ

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา สถิติทดสอบค่าที่ สถิติสหสัมพันธ์ เพียร์สัน สหสัมพันธ์ Eta และการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบทางเดียว

ผลการวิจัย

1. ลักษณะของข้อมูลส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้เป็นเพศชายจำนวน 83 คน และเพศหญิงจำนวน 82 คน อายุอยู่ในช่วง 30-39 ปีมากที่สุดจำนวน 44 คน ร้อยละ 26.70 สถานภาพสมรสโสดมากที่สุด จำนวน 88 คน ร้อยละ 53.30 การศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 40 ส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 47.30 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 11.90 ปี และประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับมากที่สุด คือ กลุ่มยาโรคจิตกลุ่มเดิมร่วมกับกลุ่มยาลดอาการข้างเคียงของยารักษาโรคจิต ร้อยละ 19.40

2. ข้อมูลอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 16.13$, S.D = 5.56) เมื่อแบ่งเป็นรายมิติย่อยของอาการนอนไม่หลับพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาการเข้าสู่การนอนหลับยากมากที่สุด ($\bar{x} = 2.48$, S.D = 1.07) รองลงมาคือ การไม่สามารถนอนหลับได้อย่างต่อเนื่อง ($\bar{x} = 2.29$, S.D = 1.02) และปัญหาการตื่นเช้ากว่าปกติและไม่สามารถหลับต่อได้ ($\bar{x} = 1.91$, S.D = 1.09) ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ และพบว่าอาการนอนไม่หลับมี

ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.37$, S.D = .98)

3. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง (Eta = .561) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง ($\bar{x} = 19.27$) สูงกว่าเพศชาย ($\bar{x} = 13.04$) ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง (Eta = .594) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x} = 18.63$) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ($\bar{x} = 12.99$) และความสามารถในการรู้คิดมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ (Eta = .209) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด ($\bar{x} = 19.25$) สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการรู้คิดปกติ ($\bar{x} = 15.55$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 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			

ปัจจัยอาการทางบวกของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .378$) สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.349$) อาการ

ทางลบของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .193$) และการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .269$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน ระหว่างกลุ่มอาการทางบวก กลุ่มอาการทางลบ การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ สัมพันธภาพในครอบครัว กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

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

ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มอายุ 20-29 ปี กลุ่มอายุ 30-39 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 10.817$, $Eta = .538$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 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				

ตารางที่ 4 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 4 พบว่าประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับของผู้ป่วยจิตเภทต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และกลุ่มยาอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($F = 4.116$, $Eta = .220$)

การอภิปรายผลการวิจัย

1. ระดับความรุนแรงของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท จากผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอาการนอนไม่หลับโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}=16.13$, $S.D= 5.56$) ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีสถานภาพสมรสโสด และไม่ได้ประกอบอาชีพ ทั้งนี้เนื่องจากบุคคลที่ไม่มีคู่ชีวิต และไม่มีภาระหน้าที่ทำให้ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ความเครียดเพียงลำพัง มีความรู้สึกหดหู่ใจและนำไปสู่ปัญหาการนอนไม่หลับตามมา ซึ่งสอดคล้องกับ Xiang et al. (2009) พบว่าอาการนอนไม่หลับเป็นความผิดปกติของความแปรปรวนของการนอนที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทอย่างมาก ทั้งด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต ความสัมพันธ์ทางสังคม และความสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 อายุต่างกันส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอายุมากขึ้น มักมีการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาที่เสื่อมลง สภาพจิตใจ

แปรปรวนง่าย และมักมีการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินกิจวัตรในชีวิตประจำวัน เช่น ช่วงเวลาการตื่นนอนเปลี่ยนแปลงไป ผู้ป่วยอยู่บ้านมากขึ้น การเดินทางออกนอกบ้านลดลง ออกสังคมลดน้อยลง มีการสูญเสียของคนในครอบครัวและเพื่อนฝูงมากขึ้น ซึ่งการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้มีผลต่อวงจรการนอนหลับของร่างกาย และเป็นปัจจัยโน้มนำที่ทำให้เกิดปัญหาอาการนอนไม่หลับมากขึ้น

2.2 เพศมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยพบว่าอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เพศหญิงมีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในแต่ละช่วงวัยอยู่เสมอ และสภาพจิตใจละเอียดอ่อนกว่าเพศชาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมักมีการยอมรับและมีการพิจารณาแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในชีวิตด้วยการควบคุมอารมณ์มากกว่าการใช้อารมณ์และความรู้สึก (พชรพร ผู้ปฏิเวธ, 2554) จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายมีความสามารถในการเผชิญกับสถานการณ์ความเครียดที่ส่งผลกระทบต่ออาการนอนไม่หลับได้ดีกว่าเพศหญิง

2.3 ภาวะซึมเศร้าที่ต่างกันสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีภาวะซึมเศร้าสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า ภาวะซึมเศร้าเป็นปัญหาด้านจิตใจที่เป็นสาเหตุหลักของอาการนอนไม่หลับมากที่สุดในบรรดาความผิดปกติทาง

สุขภาพจิต (Michael, 2009) อธิบายได้ว่าลักษณะทางอารมณ์เศร้าใจ หดหู่ใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเปลี่ยนแปลงของสภาพจิตใจและรบกวนการเข้าสู่การนอนหลับ

2.4 ความสามารถในการรู้คิดที่ต่างกัน สัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิดสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสามารถในการรู้คิดปกติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทพบเป็นผู้ที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด ซึ่งถือว่าเป็นอาการเฉพาะหลักอีกอาการหนึ่งที่สำคัญของโรคจิตเภท มักถูกชักจูงความสนใจไปเรื่องอื่นได้ง่ายและไม่สามารถยับยั้งความคิดได้ (ยุรัชชา ปรีชา, และ พิเชฐ อุดมรัตน์, 2553) ส่งผลทำให้ผู้ป่วยขาดความสามารถที่จะทำงานให้สำเร็จ และทำให้ความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดลดลง (จำลอง ดิษยวณิช, และพริ้มเพรา ดิษยวณิช, 2545) ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องของความสามารถในการรู้คิด จึงมีแนวโน้มทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการนอนไม่หลับได้มากขึ้น

2.5 กลุ่มอาการทางบวกของโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า กลุ่มอาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับในผู้ป่วยจิตเภทเนื่องจาก

ความผิดปกติของสารเคมีในสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงแสดงอาการทางบวก ผู้ป่วยแสดงอาการหูแว่ว ประสาทหลอน จนทำให้เกิดอาการหวาดระแวงส่งผลรบกวนต่อวงจรการนอนหลับ (Laura et al., 2011)

2.6 กลุ่มอาการทางลบของโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laura et al. (2011) พบกลุ่มอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท การเปลี่ยนแปลงของอารมณ์และพฤติกรรมทางลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พุดน้อย ขาดความกระตือรือร้น และอารมณ์ซึมเศร้า ส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการนอนไม่หลับ

2.7 สัมพันธภาพในครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางลบกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า สัมพันธภาพในครอบครัวแบบตึงเครียดเป็นสิ่งที่กระตุ้นที่มากกระทบผู้ป่วย และก่อให้เกิดความเครียด ผู้ป่วยคิดมากจนทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับมากกว่าครอบครัวแบบสนับสนุนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Xiang et al. (2009) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมระหว่างสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่หลับดีและผู้ป่วยที่มีอาการนอนไม่หลับแตกต่างกัน ซึ่งแสดงให้เห็นว่าสภาพครอบครัวที่อบอุ่นมีแนวโน้มช่วยให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการ

เปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมได้ ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างปกติ

2.8 ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับของผู้ป่วยจิตเภทต่างกัน ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม กลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่ และกลุ่มยาอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับอาการนอนไม่หลับแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานการวิจัย อธิบายได้ว่า เนื่องมาจากยารักษาโรคจิตเภทกลุ่มใหม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยาชนิด extrapyramidal เช่น อาการกล้ามเนื้อบิดเกร็ง อาการผลุดลูกผลุดนั้ง การขยับของกล้ามเนื้อที่ควบคุมไม่ได้บริเวณปาก ลิ้น ใบหน้า แขนขาและลำตัว เป็นต้น และผลข้างเคียงชนิด neuroleptic malignant syndrome เช่น อาการกล้ามเนื้อเกร็งอย่างมาก ไข้สูง ความดันโลหิตและชีพจรขึ้นๆลงๆ เป็นต้น (พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันทน์, 2552) น้อยกว่ายารักษาโรคจิตกลุ่มเดิม เนื่องมาจากยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่มีความสามารถในการจับกับตัวรับสารสื่อประสาทชนิดโดปามีน 2 ในสมองของผู้ป่วยจิตเภทได้มากพอเพื่อให้เกิดผลการรักษาอาการผิดปกติทางจิตและปล่อยจากการจับได้เร็วพอที่จะไม่ทำให้เกิดผลข้างเคียงของยา ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยกลุ่มยารักษาโรคจิตกลุ่มใหม่รบกวนอาการนอนหลับได้น้อยกว่ากลุ่มยาเดิม (Kathleen, & Benson, 2006)

2.9 การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับมีความสัมพันธ์ทางบวกกับอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทในระดับต่ำ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมที่พบว่า การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับที่ไม่ดีส่งผลต่ออาการนอนไม่หลับ (Tucker, 2007) อธิบายได้ว่าการปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับไม่ดีของผู้ป่วยจิตเภทนั้นมักพบปัญหาเข้านอนไม่เป็นเวลา การใช้สารเสพติด มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับความสามารถในการนอนหลับ สิ่งแวดล้อมไม่เหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้นที่รบกวนการนอนหลับมากกว่าการช่วยส่งเสริมการนอนหลับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. พยาบาลควรนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทในจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ตระหนักถึงปัจจัยต่างๆ ที่ส่งผลทำให้เกิดอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทตามลำดับดังนี้ ภาวะซึมเศร้า เพศ อายุ อาการทางบวกของโรคจิตเภท สัมพันธภาพในครอบครัว การปฏิบัติตนด้านสุขอนามัยการนอนหลับ ประเภทของกลุ่มยาที่ได้รับ และอาการทางลบของโรคจิตเภท

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะการหาความสัมพันธ์เชิงทำนายของอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภท
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในลักษณะการศึกษาวิจัยเชิงทดลองโดยพัฒนาเป็นโปรแกรมการดูแลเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการนอนไม่หลับเพื่อลดปัญหาอาการนอนไม่หลับของผู้ป่วยจิตเภทให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2550). *สถิติผู้ป่วยที่มารับบริการโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต*. นนทบุรี: ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข.
- จำลอง ดิษยวาทิช, และพริ้มเพรา ดิษยวาทิช. (2545). *ความเครียด ความวิตกกังวล และสุขภาพ*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์แสงศิลป์.
- ธนา นิลชัยโกวิทย์, นิพัทธ์ กาญจนธนาเลิศ, มานิตย์ ศรีสุรภานนท์, สเปญ อุ๋นอณรงค์, และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2550). *Positive and Negative syndrome scale ฉบับภาษาไทย (PANSS-T)*. กรุงเทพมหานคร: เจนเซ่น-ซีแลก.
- ปริญญ์ สละสวัสดิ์, และวัฒนาภรณ์ พิบูลอาลักษณ์. (2553). *การพัฒนาแบบคัดกรองอาการเตือนของการกลับป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท*. กลุ่มการพยาบาล สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- พชรพร ผู้ปฏิเวธ.(2554). *ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภท*. (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย).
- พิเชฐ อุดมรัตน์, และสรยุทธ วาสิกนันทน์. (2552). *ตำราโรคจิตเภท*. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- มานิช หล่อตระกูล, และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2555). *ตำราจิตเวชศาสตร์รามาธิบดี*. พิมพ์ครั้งที่ 3 (เรียบเรียงใหม่). กรุงเทพฯ: ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ยุรัชชา ปรีชา, และพิเชฐ อุดมรัตน์. (2553). *อาการและอาการแสดง*. ใน *พิเชฐ อุดมรัตน์ และสรยุทธ วาสิกนันทน์ (บรรณาธิการ). ใน ตำราโรคจิตเภท*, หน้า 77-100. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- รัตน์ศิริ ทาโต. (2552). *การวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์:แนวคิดสู่การประยุกต์ใช้*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ศิริจิต สุทธิจิตต์. (2553). *The Thai version of Calgary Depression Scale for Schizophrenia [CDSS]*. สืบค้นเมื่อ 31 มีนาคม 2557. สืบค้นจาก www.ucalgary.ca/cdss/files/cdss/thai.pdf
- สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *โครงการประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์ การเปรียบเทียบความสัมพันธ์แบบทดสอบสภาพสมองเสื่อมเบื้องต้นฉบับภาษาไทย(MMSE-Thai) 2002 และแบบทดสอบสมรรถภาพสมองไทย (Thai Mini-Mental State Examination; TMSE) ในการคัดกรองผู้สูงอายุภาวะสมองเสื่อม*. กรุงเทพฯ: ซีจี ทูล จำกัด

- สมภพ เรืองตระกูล. (2550). *ความผิดปกติของการนอนหลับ: การประเมินและการรักษา*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล.
- โสธยา ศุภโรจน์. (2554). *ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิตสาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Addington, D., Addington, J., & Atkinson, M. (1996). A psychometric comparison of the calgary depression scale for schizophrenia and the hamilton depression rating scale. *Schizophrenia Research*. 19(2-3):205-12.
- David, F. M., Jeff, B., & Robert, C. (2006). Assessment of sleep hygiene using the sleep hygiene index. *Journal of Behavioral Medicine*, 29(3): 223-227.
- Friedman, M. M. (1986). *Family nursing: Theory & assessment*. New York. Appleton. Century Green.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Mini-mental state: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Glovinsky, P., & Speilman, A. (2005). *The insomnia answer*. New York: Penguin Group.
- Krishnan, V., & Collop, N.A. (2006). Gender difference differences in sleep disorders. *Current Opinion in Pulmonary Medicine*. 12(6): 383-389.
- Kathleen, L. B. (2006). Sleep in schizophrenia: Impairment, correlation, and treatment. *Psychiatricclinics of North America*, 29: 1033-1045.
- Laura, B. P., & others. (2011). Insomnia is frequent in schizophrenia and associated with night eating and obesity. *Journal of schizophrenia research*, 133: 238-248.
- Manoach, D.S., Cain, M.S., Vangel, M.G., Khurana, A., Goff, D.C., & Stickgold, R. (2004). A failure of sleep-dependent procedural learning in chronic, medicated schizophrenia. *Journal of biological psychiatry*, 56: 951–956.
- Michael, B. (2009). Sleep and depression. *Australian Family Physician*, 38(5): 302-304.
- Morin, C. M. (1993). *Insomnia: Psychological assessment and management*. New York: The Guilford Press.
- Morrow, P. M., & Wilson, R. C. (1961). Family relation of bright high achieving and under achieving high school boy. *Child Development*, 32, 501-510

- Ohayon, M. (1996). Epidemiological study on insomnia among in the general population. *Sleep*, 19(3suppl): S7-S15.
- Tucker, A.P. (2007). Sleep hygiene. *American Association for Respiratory Care Times*. 12-19.
- Wanda K. Mohr. (2011). *Psychiatric-mental health nursing*. 7th ed. China: Wolters Kluwer Health.
- Xiang, Yu-Tao, Yong-Zhen Weng, Chi-Ming Leung, Wai-Kwong Tang, & 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.