

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยและมีความสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช มีรายงานระบุว่าประชาชนทั่วไปในเกือบทุกประเทศรวมทั้งประเทศที่กำลังพัฒนามีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 1 -1.5 และอัตราความชุกของจิตเภทในระดับโลกมีการประมาณร้อยละ 0.5 ถึงร้อยละ 1 หรือประมาณ 5-10 ต่อประชากร 1,000 คน (Phillip W. Long, 2001; Gauttiere, 1999; Bethesda, 1999) และเมื่อพิจารณาในภาพรวมของโรคทางจิตเวชทั้งหมดพบว่าประมาณร้อยละ 40 ถึงร้อยละ 50 ของผู้ป่วยจิตเวชเป็นโรคจิตเภท ถึงแม้โรคจิตเภทจะไม่ก่อให้เกิดหรือเป็นสาเหตุของการตายเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ เช่น โรคมะเร็งหรือโรคหัวใจ แต่พบว่าเกินร้อยละ 50 ของผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ และร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ก่อให้เกิดความเสื่อมของความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม (Kaplan & Sadock, 2000) จากสถิติกรมสุขภาพจิตพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีสูงถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2540) ซึ่งการป่วยซ้ำที่ต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจะก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจโดยเฉพาะในระดับครอบครัวและประเทศ นับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อม ในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น ประเทศแคนาดามีการประมาณค่ารักษาพยาบาลผู้ที่เป็โรคจิตเภทถึงปีละ 4.3 พันล้านเหรียญสหรัฐหรือประมาณปีละ 193.5 พันล้านบาท (Phillip W. Long, 2001) ในขณะที่ประเทศไทยมีผู้ประมาณการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอันเนื่องมาจากโรคจิตเภทพบถึงร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธ์, 2543) ส่วนงบประมาณในการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็โรคจิตเภทในประเทศไทยมีการประมาณว่าจะใช้จ่ายประมาณปีละ 10 ล้านบาท ซึ่งนับเป็นภาระทั้งต่อครอบครัวและรัฐ (ภัทรา ถิรลาภ, 2530) นอกจากความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจแล้ว การรักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็โรคจิตเภทยังให้เกิดปัญหาผู้ป่วยเรื้อรังตกค้าง และเป็นภาระอย่างต่อเนื่องในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยของโรงพยาบาลจิตเวช

การกลับเป็นซ้ำยังก่อให้เกิดผลกระทบโดยตรงต่อสุขภาพทั้งผู้ที่เป็โรคจิตเภท และเป็นภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่องจะมี

โอกาสกลับเป็นซ้ำบ่อย ส่งผลให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้ รวมทั้งการพยากรณ์ของโรคไม่ดี ที่สำคัญการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพเป็นพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นอย่างถาวร และมีโอกาสเกิดมากขึ้นถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง มีรายงานว่าภายหลังจากการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สอง ผู้ป่วยจะมีการพยากรณ์ของโรคไม่ดีขึ้นโอกาสเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์และการรับรู้เกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ความสามารถในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจะลดลง ทำให้ครอบครัวต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและมีภาระเพิ่มขึ้น (Kaplan & Sadock, 2000) อีกทั้งส่งผลต่อความรู้สึกของสมาชิกภายในครอบครัว ดังเช่น ในกรณีที่มีบุตรเป็นโรคจิตเภท บิดามารดาจะรู้สึกช็อก เศร้า วิตกกังวล หรือมีภาวะซึมเศร้า (Phillip W. Long, 2001) ส่วนการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสมาชิกในครอบครัวจะต้องเผชิญกับความเครียด วิตกกังวล เผชิญกับปัญหาเศรษฐกิจและรู้สึกเป็นภาระ อาจทำให้สมาชิกในครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น การแสดงอารมณ์ที่แสดงออกในรูปแบบของน้ำเสียงสีหน้า ท่าทาง การดำหนิ การวิพากษ์วิจารณ์แสดงออกถึงความไม่ชอบ ไม่ยอมรับ หรือเกลียดชัง ความไม่เป็นมิตร (hostility) แสดงความรังเกียจ ดำหนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าดำหนิวิจารณ์การกระทำ และความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป มีความห่วงใยในตัวผู้ป่วย (Kaplan & Sadock, 2000) อีกทั้งมีการศึกษาพบว่าความเครียดในครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบค่อเป็นค่อไปกับการะในการดูแลผู้ป่วย (Lenior et al., 2000) และเนื่องจากโรคจิตเภทพบในกลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจนกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี (Dexon et al., 2000) จึงมีความเป็นไปได้ที่ครอบครัวที่มีระดับเศรษฐกิจและสังคมต่ำ จะต้องเผชิญกับความเครียดสูงมากกว่าครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และเมื่อมีภาระในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นการเจ็บป่วยเรื้อรังที่ใช้ระยะเวลานานในการรักษา ผลดังกล่าวอาจส่งผลให้ครอบครัวเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ และส่งผลให้เกิดความเครียดตามมาในครอบครัว

เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและช่วยในการฟื้นคืนสภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในปัจจุบันการรักษาโรคจิตเภทที่เป็นที่ยอมรับ คือ การรักษาด้วยยาที่เป็นที่ยอมรับว่ามีประสิทธิภาพในการรักษาตามอาการและคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ของร่างกาย หรืออาจรักษาโรคจิตเภทด้วยไฟฟ้า ซึ่งการรักษาด้วยไฟฟ้าจะไม่ใช้บ่อย ยกเว้นในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้ามาก หรือมีประวัติพยายามฆ่าตัวตายตลอด รวมทั้งไม่ตอบสนองต่อยาหรือการรักษาอื่น ๆ (Phillip W. Long, 2001) แต่ทั้งนี้การรักษาจะได้ผลดีควรใช้ร่วมกับการรักษาด้านจิตสังคมโดยเป็นการทำกลุ่มจิตบำบัดโดยจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช หรือวิชาชีพอื่น ๆ (Kaplan & Sadock, 2000) กล่าวอีกนัยหนึ่งนั่นคือ ผลดีในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำเป็นต้องใช้การรักษาร่วมกันหลายวิธี (Dixon LB et al., 1995) ถึงแม้ว่าปัจจุบันจะมีการรักษาโรค

จิตเภทที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม แต่ยังพบว่า มีเพียงร้อยละ 10 ถึงร้อยละ 15 ของผู้ที่เป็โรคจิตเภทเท่านั้นที่รักษาแล้วมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ ร้อยละ 60 - 70 (Sadock & Sadock, 2000) มีรายงานระบุว่าผลของการรักษาผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่พบได้ในปัจจุบันแบ่งได้เป็น 5 ระดับ คือ 1) รักษาหายโดยไม่กลับเป็นอีกซึ่งพบเพียงร้อยละ 2 ถึงร้อยละ 4 เท่านั้น 2) มีอาการดีขึ้นสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้แต่อาจมีอาการกลับเป็นซ้ำเป็นบางครั้ง 3) มีความผิดปกติของบุคลิกภาพแต่ยังคงสามารถดูแลตนเองได้และต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม 4) มีอาการของโรคตลอดเวลา และ 5) มีประสิทธิภาพของการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพอย่างถาวร มีการศึกษาถึงผลของการรักษาที่เกี่ยวข้องกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพบว่าผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 60 ถึงร้อยละ 80 ถ้าได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวจะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 15 ถึงร้อยละ 40 ส่วนการป่วยซ้ำในผู้ที่เป็โรคจิตเภทเมื่อหยุดยาจะพบร้อยละ 80 และในระหว่างการรักษาด้วยยาอาจพบการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 30 (Gaultiere, 1999) ในกรณีที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการให้ความรู้และเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัว อาจไม่พบอัตราการกลับเป็นซ้ำ หรือพบได้ประมาณร้อยละ 20 ซึ่งผลของการรักษาทั้งหมดนี้สะท้อนให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Dixon LB, Lehman AF, 1995)

นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทยปัจจุบันกำลังมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้าน มีการปรับบทบาททีมสุขภาพในการให้บริการจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2545) โดยให้ความสำคัญส่งเสริมสนับสนุนในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลมาเป็นครอบครัวและชุมชนแทน การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชก็เช่นกันนโยบายการบริการด้านสุขภาพจิตให้ความสำคัญกับการส่งเสริมสนับสนุนการดูแลรักษาพยาบาลในครอบครัวและชุมชน (กรมสุขภาพจิต, 2540; Loukissa, 1995) และมุ่งเน้นการลดระยะเวลาการรักษาในโรงพยาบาลโดยจะรับเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรงและเป็นภาวะวิกฤตของครอบครัว การรักษาเน้นที่การดูแลไม่ให้เกิดอาการมากกว่าเดิมหรือไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยหรือผู้อื่น ระยะเวลาของการรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลจึงสั้นลง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3 - 4 สัปดาห์ ซึ่งเป็นระยะการใช้ยาเพื่อให้อาการทางจิตสงบลงพอที่จะเข้าสังคมได้ หรือช่วยตัวเองได้บ้าง เมื่อผู้ป่วยทุเลาอาการหรือช่วยเหลือตนเองได้ดีขึ้นจะได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเพื่อกลับไปดูแลต่อโดยครอบครัว (กรมสุขภาพจิต, 2540; พหล วงศาโรจน์, 2541)

เพื่อให้เกิดผลดีต่อการดูแลรักษาและลดการกลับเป็นซ้ำ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งที่ครอบครัวซึ่งเป็นแหล่งประทับประคองสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญของครอบครัว ต้องมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ที่เป็โรจิตเภท โดยทำหน้าที่ดูแลสุขภาพผู้ที่เป็โรจิตเภทให้สามารถดำรงอยู่ได้ในสังคมนั้นหมายความว่า การทำหน้าที่ของครอบครัวที่เกี่ยวข้องด้านการดูแลสุขภาพต้องมีประสิทธิภาพ และสามารถให้การดูแลอย่างต่อเนื่องภายหลังผู้ที่เป็โรจิตเภทจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สมาชิกในครอบครัวจึงต้องทำหน้าที่สานการดูแลต่อจากทีมสุขภาพ จนกว่าผู้ที่เป็โรจิตเภทจะสามารถกลับสู่สังคมหรือทำงานประกอบอาชีพได้ ทั้งนี้เพราะผู้ที่เป็โรจิตเภทเหล่านี้เมื่อมีอาการทุเลา ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆในชีวิตประจำวันได้เท่ากับบุคคลทั่วไป จำเป็นต้องมีผู้ดูแลใกล้ชิดหรือให้ความช่วยเหลือในการจัดการกับการดำเนินชีวิตในแต่ละวัน (Ruppert, 1996) นอกจากนี้ความเสื่อมทางด้านการงานและการใช้กระบวนการทางปัญญาของผู้ป่วย การขาดการยอมรับจากสังคมประกอบกับความ เรือร้างของอาการ (Phillip W. Long, 2001) ทำให้ผู้ป่วยเกิดข้อจำกัดในการดูแลตนเอง เป็นเหตุให้บุคคลในครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดต้องทำหน้าที่แทน ซึ่งหน้าที่ครอบครัวเหล่านี้ประกอบไปด้วยการทำหน้าที่ในการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่ไม่ทอดทิ้ง เพื่อให้ผู้ที่เป็โรจิตเภทได้รับการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Friedman & McCown, 2003) ซึ่งเคลลีเฮย์ (Kelly-Hayes, 1996) ได้ย้ำให้เห็นความสำคัญของครอบครัวว่า การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาพยาบาลตลอดจนการฟื้นฟูสภาพกลับสู่ภาวะปกติ โดยเฉพาะในการวางแผนก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว และชุมชน ในส่วนนี้พยาบาลสามารถมีส่วนช่วยเหลือโดยการประเมินปัจจัยในครอบครัว และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสิ่งแวดล้อม และมีส่วนร่วมในชุมชนได้ ซึ่งเป็นการดูแลอย่างต่อเนื่องที่เน้นด้านการฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และประเด็นสำคัญการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ นั้นส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับการทำหน้าที่ของครอบครัว (Michael Clinton & Sioban Nelson, 1999)

มีการศึกษาที่ชี้ให้เห็นว่าการทำหน้าที่ของครอบครัว มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรจิตเภท ดังเช่น ครอบครัวที่มีการแสดงออกอารมณ์สูงมีความเสี่ยงสูงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรจิตเภทเป็น 5 เท่าของครอบครัวที่แสดงออกอารมณ์ต่ำ (Linszen et al., 1997) ครอบครัวที่แสดงความผูกพันทางอารมณ์ต่อผู้ที่เป็โรจิตเภทมากเกินไป จะมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรจิตเภทกว่าครอบครัวที่มีความผูกพันทางอารมณ์ต่ำ (King & Dixon, 1999) ปัจจัยเสี่ยงต่อการปัญหาสุขภาพจิตครอบครัวอีกประการหนึ่ง คือ การสื่อสารภายในครอบครัวที่ความขัดแย้งกันเอง

(Kaplan & Sadock, 2000) ทั้งด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ หรือการสื่อสาร ล้วนแต่เป็นองค์ประกอบของพลังหรือความเข้มแข็งของครอบครัว ซึ่งในแนวคิดของการทำหน้าที่ของครอบครัว ได้มีผู้นำไปพัฒนาเป็นแนวทางของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวประกอบด้วย ด้านการแก้ปัญหา ด้านการสื่อสาร ด้านบทบาท ด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ด้านความผูกพันทางอารมณ์ และด้านการควบคุมพฤติกรรม ในองค์ประกอบทั้งหมดปรากฏอยู่ในแนวคิดเกี่ยวกับการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของแมคมาสเตอร์ (The McMaster Model of Family Functioning) ซึ่งจะระบุไว้อย่างชัดเจนว่าสุขภาพจิต หรือปัญหาสุขภาพจิตจะเป็นผลเนื่องมาจากหน้าที่ของครอบครัว เช่น การใช้กระบวนการแก้ปัญหาของสมาชิกในครอบครัวเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นภายในครอบครัว หรือการสื่อสารภายในครอบครัว การแสดงบทบาทของสมาชิกแต่ละคน การตอบสนองอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว ความผูกพันทางอารมณ์ที่สมาชิกในครอบครัวมีต่อกัน และการควบคุมพฤติกรรม (Epstein, Bishop, Ryan, Miller, & Keitner, 1993 อ้างใน Rick Peterson, 1999) โดยเฉพาะมีรายงานพบว่า ครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ของครอบครัวที่มากกว่าครอบครัวปกติ (Kaplan & Sadock, 2000)

โรงพยาบาลสวนปรุงเป็นโรงพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายการดูแลรักษา อันเป็นผลเนื่องมาจากการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ เน้นการให้บริการสุขภาพอย่างป็นองค์รวมและปรับเปลี่ยนวิธีการให้บริการจากเชิงรับมาเป็นเชิงรุก ส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน โดยเฉพาะจำนวนผู้ป่วยที่โรงพยาบาลสวนปรุงต้องรับผิดชอบดูแลเกินกว่าครึ่งเป็นผู้เป็นโรคจิตเภท จากสถิติในปีงบประมาณ 2545 พบว่ามีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่รับเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ร้อยละ 49.20 ของผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทั้งหมด ในขณะที่มีอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีร้อยละ 72.83 และ 73.06 ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 ตามลำดับ มีอัตราเพิ่มสูงขึ้นร้อยละ 0.23 (โรงพยาบาลสวนปรุง, 2545) ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทสามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขจึงเป็นความรับผิดชอบไม่เฉพาะพยาบาลวิชาชีพ หากรวมถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งขึ้นกับประสิทธิภาพการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่สะท้อนให้เห็นการทำหน้าที่ของครอบครัวต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำอย่างเป็นรูปธรรม ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลสู่ครอบครัวและชุมชน ส่งเสริมให้ครอบครัวผู้ที่เป็นโรค

จิตเภทที่กลับเป็นซ้ำให้มีศักยภาพในการทำหน้าที่ของครอบครัวในการดูแลสุขภาพพยาบาลผู้ที่เป็โรคจิตเภท เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ

คำถามการศึกษา

การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำเป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษา การทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยศึกษาจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนมีนาคม พ.ศ. 2546

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยป่วยเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD-10 (WHO, 1992) และมีอาการกลับเป็นซ้ำจนต้องเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลอีกหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

การทำหน้าที่ของครอบครัว หมายถึง กิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวปฏิบัติต่อกันเป็นประจำ ได้แก่ การแก้ปัญหา การสื่อสาร การทำหน้าที่ตามบทบาท การตอบสนองอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์ การควบคุมพฤติกรรม และการปฏิบัติหน้าที่ทั่วไปต่อกัน สามารถประเมินโดยแบบสำรวจการทำหน้าที่ครอบครัวของจุฬาลงกรณ์แฟมมิลี่อินเวนทอรี (Chulalongkorn Family Inventory [CFI]) ที่พัฒนาโดยอุมาพร ตรังคสมบัติ (2540) ตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัวของแมคมาสเตอร์ (Epstien et al, 1984)