

บุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท 17 ค.ศ. 2532

PERSONALITY OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS



สำนักพิมพ์

อุษา ชุชาติ

ฉบับนี้หนากการ
จาก
บัณฑิตวิทยาลัย ม. มหิดล

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาคณะหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาจิตวิทยาคลินิก

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

พ.ศ. 2531

15471

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

บุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท

อุษา ชูชาติ

อุษา ชูชาติ

ผู้วิจัย

กนกวัฒน์ ศรีรุ่งเรือง

กนกวัฒน์ ศรีรุ่งเรือง, กศ.ม., วท.ม.

ประธานกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์

ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์, วท.ม., พ.บ.

วุฒิปดษผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์.

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

เพลินจิต ทมทิศงค์

เพลินจิต ทมทิศงค์, วท.บ. (เกียรตินิยม),

พ.บ., วท.บ. (Computer)

กรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม

มนตรี จุลสมัย, พ.บ., Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม, พ.บ., ว.ว. (จิตเวชศาสตร์)

ประธานโครงการบัณฑิตศึกษา สาขาจิตวิทยาคลินิก

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

วิทยานิพนธ์

เรื่อง

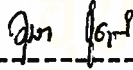
บุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ได้รับการพิจารณาอนุมัติ ให้นำเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา

ตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาจิตวิทยาคลินิก

วันที่ ๑๑ มีนาคม ๒๕๓๑



อุษา ชูชาติ

ผู้วิจัย

กนกพงษ์ ภูริพงษ์

กนกรัตน์ สุขะตุงคะ, กศ.ม., วท.ม.

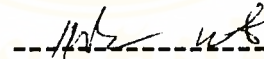
ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ม.ล.สมชาย จักรพันธุ์ วท.บ., พ.บ.

ผู้สมัครผู้เชี่ยวชาญทางจิตเวชศาสตร์,

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



เพลินจิต ทมทิศพงศ์ วท.บ. (เกียรตินิยม),

พ.บ., วท.ม. (Computer)


กรรมการสอบวิทยานิพนธ์



ม.ล.แสงจันทร์ วุฒิกานนท์, พ.บ. ผู้สมัคร

ผู้อำนวยการทางเวชกรรม สาขาจิตเวชศาสตร์,

กรรมการสอบวิทยานิพนธ์




มนตรี จุลสมัย, พ.บ. Ph.D.

คณบดี

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล

นที รัชพลเมือง, พ.บ., Cert. in Orthopedics

(Lond.), อ.ว. (ศัลยศาสตร์-ออร์โธปิดิกส์)

คณบดี

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ นางสาวอุษา ชูชาติ

วัน เดือน ปีเกิด 20 ตุลาคม 2500

สถานที่เกิด กรุงเทพมหานคร

ประวัติการศึกษา ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต (จิตวิทยา)
คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์
พ.ศ. 2522

ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน เริ่มปฏิบัติงานดำรงตำแหน่งนักจิตวิทยา 3
เมื่อ พ.ศ. 2523 ปัจจุบันดำรงตำแหน่ง
นักจิตวิทยา 4 โรงพยาบาลศรีธัญญา
กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ สำเร็จอย่างสมบูรณ์ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลืออย่างดีจากหลายหลายท่านที่ได้ให้คำแนะนํา และขอเสนอแนะต่าง ๆ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ กนกรัตน์ สุชะตุงคะ ประธานกรรมการควบคุม วิทยานิพนธ์ อาจารย์ น.พ.ม.ล. สมชาย จักรพิบูลย์ และอาจารย์รองศาสตราจารย์ เหล็กนิจ ทมพิศพงศ์ กรรมการผู้ควบคุมวิทยานิพนธ์ ที่ได้กรุณาให้คำปรึกษาและขอเสนอแนะต่าง ๆ ตลอดจนช่วยตรวจและแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ และขอกราบขอบพระคุณ อาจารย์ พ.ญ.ม.ล. แสงจันทร์ วุฒิกานนท์ ที่ได้ ความกรุณาเป็นกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลศรีธัญญา และผู้อำนวยการโรงพยาบาล สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ ให้ค่าเบ็ดการเก็บข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทภายในโรงพยาบาล

ขอขอบคุณพยาบาลประจำคลินิกผู้ป่วยในให้ช่วยเหลือ อำนวยความสะดวกในทุก ๆ อย่างตลอด ระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ขอขอบคุณ คุณพิสมัย กุฑิตักษ์ , คุณเสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี , คุณกาญจนา วัฒนรัมย์ ที่ได้สละเวลามาช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ คุณวรัญญา วัฒนวรรณ , คุณบุญถม แสงเจริญ , คุณเชิณชัย รัตนอาภา ที่ได้สละเวลาช่วยเรียบเรียง หารูปเล่ม.

ท้ายที่สุดผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ บิดามารดา อาจารย์ ที่ ๆ หนึ่ง ๆ และเพื่อน ๆ ทุกคน ที่เป็นห่วงคอยให้กำลังใจ ช่วยเหลือ และเป็นแรงใจสนับสนุนจากวิทยานิพนธ์เสร็จสิ้นอย่างสมบูรณ์

อุษา ชูชาติ

ชื่อวิทยานิพนธ์

บุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้วิจัย

นางสาวอุษา ชูชาติ

ปริญญา

วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (จิตวิทยาคลินิก)

คณะกรรมการควบคุมวิทยานิพนธ์

อาจารย์กมลรัตน์ สุขะตุงคะ

นายแพทย์ ม.ล. สมชาย จักรพันธ์

รองศาสตราจารย์เพ็ญจิต ทมทิศสงค์

วันที่สำเร็จการศึกษา

31 มีนาคม 2531

บทคัดย่อ

การศึกษาระดับนี้วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาถึงลักษณะความแตกต่างทางบุคลิกภาพในผู้ป่วยจิตเภทชายและผู้ป่วยจิตเภทหญิง เพื่อทราบถึงความเกี่ยวข้องของบุคลิกภาพต่อโรคจิตเภท โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาระดับนี้ 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิง จำนวนกลุ่มละ 50 คน ที่มียุคสมัยเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่ามีความผิดปกติชนิดจิตเภท มารับการรักษาในอีกผู้ป่วยสามรายในฐานะผู้ป่วยใหม่เป็นครั้งแรก มีอายุระหว่าง 16-35 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่จบชั้นประถมศึกษาขึ้นไป และอาการทางจิตอยู่ในระยะสงบ

2. กลุ่มคนปกติชายและหญิง จำนวนกลุ่มละ 50 คน ได้แก่ บุคคลทั่วไปที่ไม่เป็นโรคจิตป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท มีระดับอายุ การศึกษา และฐานะเศรษฐกิจที่ไม่แตกต่างจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว เพื่อศึกษาลักษณะสภาพทางสังคมและครอบครัว แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ เพื่อศึกษาลักษณะบุคลิกภาพ การรวบรวมข้อมูล ใช้ค่าสถิติพื้นฐานคือร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างด้วย t - test ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 2 ส่วน คือ

1. ลักษณะสภาพทางสังคมและครอบครัว

ปรากฏว่าส่วนมากผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง มีอายุอยู่ระหว่าง 16 - 25 ปี สถานภาพสมรส โสด นับถือศาสนาพุทธ มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ไม่ได้ประกอบอาชีพและไม่มีรายได้ประจำ ผู้ป่วยชายมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลางมากที่สุด ส่วนผู้ป่วยหญิงมีภูมิลำเนาเดิมอยู่กรุงเทพฯ มากที่สุด นอกจากนี้ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะเป็นบุตรคนกลาง ๆ มาจากครอบครัวที่มีพ่อแม่อยู่ด้วยกันแต่ทะเลาะกันรุนแรง ส่วนมากสนิทกับแม่และมีความสัมพันธ์กับแม่ในระดับที่ดี แต่ความสัมพันธ์กับพ่อนั้น ในผู้ป่วยชายอยู่ในระดับไม่ดี ส่วนผู้ป่วยหญิงอยู่ในระดับปานกลาง

2. ลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรคลินิค ใช้สถิติ $t - test$ โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษาพบว่า

2.1 ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชายและผู้ป่วยจิตเภทหญิง พบว่ามีลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรคลินิค L และ MF แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย

2.2 ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชายและคนปกติชาย พบว่ามีลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรคลินิค F, Hs, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma และ Si แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจิตเภทชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติชาย

2.3 ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทหญิงและคนปกติหญิง พบว่ามีลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรคลินิค F, Pd, Pa, Pt, Sc และ Ma แตกต่างกัน โดยผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติหญิง

2.4 ระหว่างคนปกติชายและหญิงพบว่า ลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรคลินิค D, MF, Ma และ Si แตกต่างกัน โดยคนปกติหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติชาย ในมาตรคลินิค D, MF และ Si แต่คนปกติชายมีคะแนนเฉลี่ยในมาตรคลินิค Ma สูงกว่าคนปกติหญิง

โดยสรุปจากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ลักษณะมาตรคลินิค F, Pd, Pa, Pt, Sc และ Ma เป็นลักษณะเด่นในผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิงที่แตกต่างจากคนปกติ ซึ่งสอดคล้องกับสัณฐานคะแนน (Profile) ของผู้ป่วยจิตเภท คือ มีสัณฐานคะแนนสูงเกินคะแนน T ที่ 70 ในมาตร F, Pd, Pa, Pt, Sc และ Ma ดังนั้น จึงน่าจะสามารถเลือกใช้มาตรเหล่านี้ ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเภทได้

Thesis Title Personality of Schizophrenic patients
Name Miss Usa Chuchart
Degree Master of Science (Clinical Psychology)
Thesis Supervisory Committee Archarn Kanokrat Sukhatunga
 Archarn M.L.Somchai Charkrabhand
 Associate Professor Plernchit Tomtitchong
Date of Graduation March 31, 1988

Abstract

The purpose of this study was to examine the difference of male and female Schizophrenic patients' personality. The subjects consisted of 50 males and 50 females patients who were first admitted to inpatient psychiatric ward with the diagnosis of Schizophrenia, aged 16-35 years with at least primary level of education. The controlled group also consisted of 50 males and females subjects with similar socioeconomic background and no previous history of psychiatric illness.

The subjects were given the Minnesota Multiphasic Personality Inventory (M.M.P.I.) and Personal data questionnaire. t - test were used in data analysis.

The results were as follows :

1. Most of the Schizophrenic patients in this study were :-
16-25 years of aged, Single, secondary level of education, unemployment and no incomes. They were of Wednesday child from quarrelsome family and poor relationship with their fathers.

2. The Schizophrenic patients' personality from M.M.P.I. were

2.1 Female Schizophrenic patients gave higher score on L and Mf scales as compared to male Schizophrenic patients.

2.2 Male Schizophrenic patients gave higher score on F, Hs, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma and Si scales as compared to controlled male subjects.

2.3 Female Schizophrenic patients gave higher score on F, Pd, Pa, Pt, Sc and Ma scales as compared to controlled female subjects.

2.4 Female subjects gave higher score on D, Mf and Si scales as compared male subjects but male subjects gave higher score on Ma scale as compared female subjects.

Thus F, Pd, Pa, Pt, Sc and Ma scales were the dominant characteristic in both male and female schizophrenic patients that differed from controlled subjects. The schizophrenic patients also had profile elevations on F, Pd, Pa, Pt, Sc and Ma scales above 70 T-score with an especially highest on sc scale.

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย	ก
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ก
สารบัญตาราง	ข
สารบัญภาพ	ฉ
บท	
1. บทนำ	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย	4
สมมติฐานของการวิจัย	4
ขอบเขตของการวิจัย	4
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	5
ข้อตกลงเบื้องต้น	6
นิยามตัวแปร	6
2. วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง	8
บุคลิกภาพ	8
คำจำกัดความ	8
ทฤษฎีบุคลิกภาพ	11
โรคจิตเภท	22
คำจำกัดความ	22
อายุการป่วยกับโรคจิตเภท	26
ชนชั้นทางสังคมกับโรคจิตเภท	27

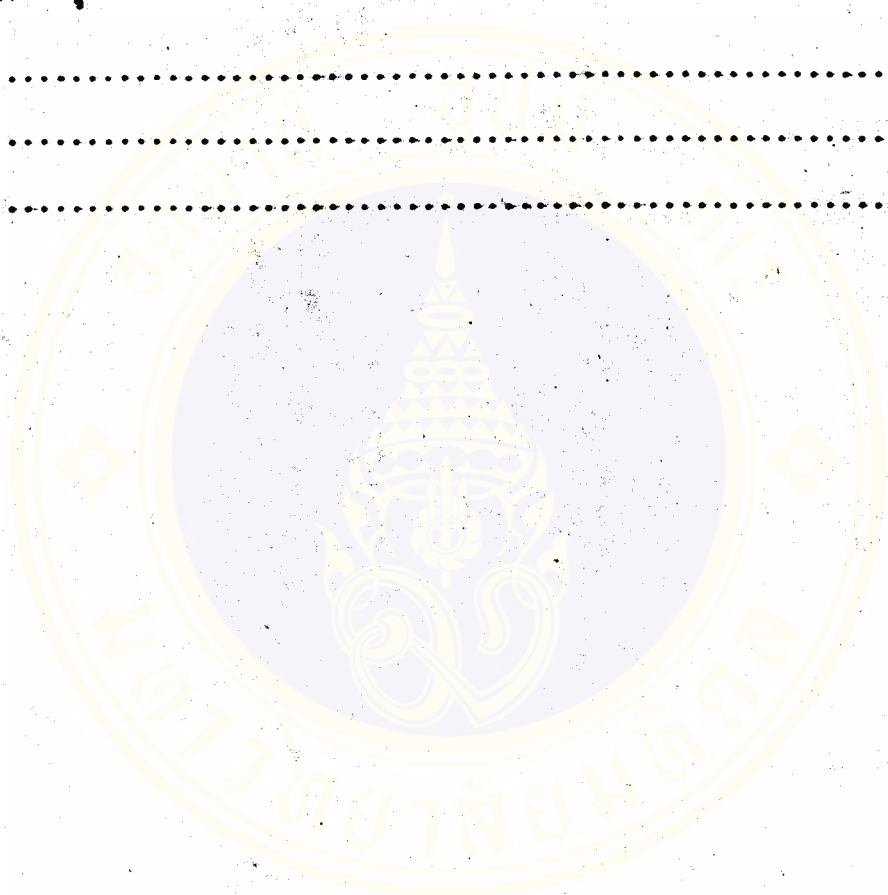
สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
สาเหตุของโรคจิตเภท	28
การจำแนกแบบของโรคจิตเภท	32
อาการแสดงของโรคจิตเภท	34
การพยากรณ์โรคจิตเภท	35
เพศกับโรคจิตเภท	36
บุคลิกภาพกับโรคจิตเภท	40
งานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท	44
ลักษณะของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ	46
ความเที่ยงตรงของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ	54
ความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ	55
งานวิจัยเกี่ยวกับแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ	56
3. วิธีดำเนินการวิจัย	61
กลุ่มตัวอย่าง	61
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	62
การหาค่าความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ	62
วิธีการตอบแบบทดสอบ	64
การเก็บรวบรวมข้อมูล	65
ระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล	65
การวิเคราะห์ข้อมูล	65
4. ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	67

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

5. สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	90
บรรณานุกรม	96
ภาคผนวก ก	102
ภาคผนวก ข	104



สารบัญตาราง

ตารางที่

หน้า

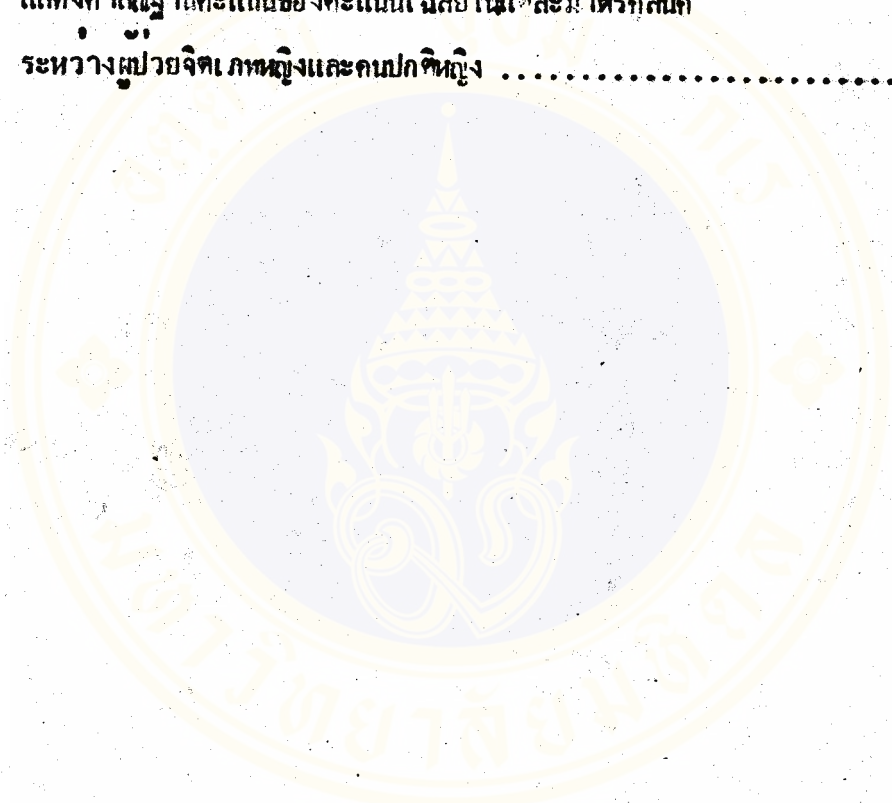
1	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามอายุ	๖๗
2	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามระดับการศึกษา	๖๘
3	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามศาสนา	๖๘
4	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามอาชีพ	๖๙
5	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามรายได้	๖๙
6	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามสถานภาพการสมรส	๗๐
7	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามภูมิสำเนาเดิม	๗๐
8	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามลำดับการเกิด	๗๑
9	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามบุคคลที่สนิทช่วยมากที่สุด ในครอบครัวเดิม	๗๒
10	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามสัมพันธภาพของพ่อแม่	๗๓
11	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามระดับสัมพันธภาพกับพ่อ	๗๔
12	จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามระดับสัมพันธภาพกับแม่	๗๔
13	การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานคะแนนระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชาย และผู้ป่วยจิตเภทหญิง	๗๕
14	การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานคะแนนระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชาย และคนปกติชาย	๗๖
15	การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานคะแนนระหว่างผู้ป่วยจิตเภทหญิง และคนปกติหญิง	๗๗
16	การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานคะแนนระหว่างคนปกติชายและ คนปกติหญิง	๗๘

สารบัญภาพ

ภาพที่

หน้า

1	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมาตรฐาน ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชายและคนปกติชาย	๖๑
2	แสดงค่าสัมประสิทธิ์ของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมาตรฐาน ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทหญิงและคนปกติหญิง	๘๐



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันจะพบว่า สภาพการดำเนินชีวิตเต็มไปด้วยปัญหาความขัดแย้งและความยุ่งยาก
ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากสาเหตุความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วทางด้านเศรษฐกิจ สังคม การเมือง
วัฒนธรรม และครอบครัว สิ่งที่เกิดขึ้นมาพร้อม ๆ กับความเปลี่ยนแปลงก็คือปัญหาทางสังคมในรูป
แบบต่าง ๆ เช่น ปัญหาคนว่างงาน การขาดแคลนที่อยู่อาศัย สถานรักษาพยาบาล สถานที่ศึกษา
เล่าเรียน สาธารณูปโภค ตลอดจนบริการสาธารณะต่าง ๆ รวมทั้งปัญหาอาชญากรรม การศึกษา
เสถียรภาพ การเพิ่มของประชากร และปัญหาการครองชีพ เป็นต้น เมื่อเกิดปัญหาทางสังคม บุคคล
ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของสังคมนั้น ๆ อาจได้รับผลกระทบกระเทือนได้ จึงต้องใช้ความสามารถในการปรับตัว
ให้เข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลงไป ถ้าเมื่อใดที่ไม่สามารถปรับตัวได้ก็จะเกิดความขัดแย้ง ความ
คับข้องใจ นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิตใจ ดังที่ ศาสตราจารย์นายแพทย์ ผน แสงสิงแก้ว เสนอ
ไว้ว่า จากการศึกษาที่สำรวจในที่ต่าง ๆ ทั่วประเทศแล้วพบว่า ที่ใดมีความเจริญสูง มีการขยายตัว
ของประชากรอย่างรวดเร็ว มีความแออัดคับเขียด มีการแข่งขัน มีการเปลี่ยนแปลงของสังคม
และวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว มีการอพยพเข้าไปตั้งรกรากในที่ใหม่ จะมีอัตราการเป็นโรคจิตสูงกว่า
ที่อื่น และขรรยง สุทธิรัตน์ (2522 : 115) เสนอเพิ่มเติมว่า ขณะนี้ประเทศไทยกำลังประสบปัญหา
ดังกล่าวอยู่ กล่าวคือมีบุคคลจำนวนมากประสบปัญหาการปรับตัว ไม่สามารถที่จะปรับตัวได้ทันต่อสภาพ
สังคมที่มีความตึงเครียดทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมือง เป็นเหตุให้บุคคลขาดความมั่นคง
ทางจิตใจ ก่อเกิดปัญหาสุขภาพจิตถึงขั้นป่วยเป็นโรคจิต เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
จากสถิติผู้ป่วยโรคจิตที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ในระยะเวลาปี พ.ศ. 2525 - 2529 ปรากฏว่า
จำนวนของผู้ป่วยโรคจิตมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ดังที่ทางกระทรวงสาธารณสุขได้แถลงว่า (2529 :
17) จากการศึกษาตามสถิติของกรมการแพทย์ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา (2515-2524) พบว่าจำนวน
ผู้ป่วยโรคจิตที่มาขอรับบริการมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี กล่าวคือปี 2520 มีผู้ป่วยโรคจิตเพิ่มขึ้นร้อยละ 66
เมื่อเทียบกับปี 2516 และรายงานในปี 2520 มีผู้ป่วยโรคจิตอยู่ประมาณ 140,000 คน แล้วคาดว่า
ภายในอีก 5 ปีข้างหน้าจะสูงขึ้นเป็น 400,000 คน ปัจจุบันนี้สถิติผู้ป่วยโรคจิตที่มาเข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลจิตเวช สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ภายในปี พ.ศ. 2529 พบว่ามีผู้ป่วยแยกผู้ป่วยนอก จำนวน 606,009 คน และผู้ป่วยแยกผู้ป่วยใน จำนวน 32,442 คน

สิ่งที่น่าสนใจที่พบคือ มีสถิติจำนวนผู้ป่วยโรคจิตโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชใน เขตกรุงเทพมหานครจำนวนมากมากกว่าโรคจิตชนิดอื่น ๆ กล่าวคือ พบว่าในปี พ.ศ. 2528 สถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาแยกผู้ป่วยนอกที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา มีจำนวน 28,023 คน จากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด 90,776 คน และแยกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 1,982 คน จากจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด 3,657 คน (สถิติจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลสมเด็จพระยา : 2528) ส่วนโรงพยาบาลศรีธัญญามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมารับการรักษาแยกผู้ป่วยนอก จำนวน 43,928 คน จากจำนวนผู้ป่วยนอกทั้งหมด 67,985 คน และแยกผู้ป่วยในมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 5,906 คน จากจำนวนผู้ป่วยในทั้งหมด 8,286 คน (สถิติจำนวนผู้ป่วยโรงพยาบาลศรีธัญญา : 2528) ในจำนวนที่ยังพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาช้าแล้วซ้ำอีกในโรงพยาบาลมากมาย จารุวรรณ ต.สกุล (2524) ได้ศึกษาปัจจัยหลักที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อรักษาแล้วกลับออกไปสู่สังคมหรือสิ่งแวดล้อมเก่า ๆ ที่เป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาทางจิตใจแล้ว เขาไม่สามารถปรับตัวได้

เนื่องจากส่วนหนึ่งมีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพที่เป็นคนเก็บตัว เงียบขี้นม แยกตัวเอง ทำให้มีปัญหาการปรับตัว และอีกส่วนหนึ่งคือผลัดกันผู้ป่วยจิตเภทกลับมาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็คือ สภาวะแวดล้อมทางครอบครัวและทัศนคติของคนในครอบครัว ส่วนใหญ่คนในครอบครัวไม่เข้าใจ ขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการป่วยเป็นโรคจิตเภท และไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่พอใจ สะท้อนใจ อับอาย มีปมค้อย รู้สึกเป็นที่รังเกียจ ทำให้มีปัญหาในการปรับตัวหลังออกจากโรงพยาบาล จึงเกิดมีอาการป่วยอีก ต้องมารับการรักษาซ้ำ นอกจากนี้โอกาสที่ผู้ป่วยจิตเภทจะกลายเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ไร้สัมรรถภาพก็มากขึ้น มีผลทำให้เกิดการสูญเสียทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคม เสียเงินในการรักษา เป็นภาระของสังคม สูญเสียกำลังในการพัฒนาประเทศและอาจเป็นสาเหตุของปัญหาสังคมอื่น ๆ ที่ตามมาได้อีกมากมาย

โรคจิตเภทเป็นอาการของโรคที่รุนแรงที่สุดของโรคทางจิตเวช เปรียบเสมือนมะเร็งทางจิตใจ (โกวิท นพพร 2528 : 35) โรคจิตเภทมีสาเหตุการเกิดจากหลาย ๆ สาเหตุประกอบกัน แยกได้เป็นสาเหตุทางร่างกายซึ่งรวมถึงกรรมพันธุ์ และความผิดปกติทางชีวเคมีของสมอง สาเหตุทางจิตใจ ทางบุคลิกภาพ ซึ่งเป็นสาเหตุเฉพาะบุคคล และ สาเหตุทางสังคมหรือสิ่งแวดล้อม ซึ่งต่างก็มีผลกระทบต่อกันและกันอย่างสัมพันธ์กัน สำหรับด้านบุคลิกภาพ สมภพ เรืองตระกูล (2523 : 68) กล่าวว่า ผู้มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทได้ง่าย จะมีบุคลิกภาพชนิด Schizoid คือ เป็นคนเก็บตัว ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน หุนอ้อย ไม่ไวใจคน ระแวง ขาดน้ำใจ รู้สึกประหม่าง่ายเวลาพบคนอื่น และอารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดา นอกจากนี้ มงคล น.ศรีโสภาค (อ้างจาก สุพัตนา เขตชาติวงศ์ ณ อุตยา 2520 : 292) ได้ให้ความคิดเห็นว่าโรคจิตเภทเป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นในบุคคลที่มีความอึดอัดในชีวิตหรือคนที่มีอุปนิสัยบางอย่างที่เป็นเอกลักษณ์ของตนเอง ซึ่งมักเป็นสาเหตุทำให้ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมได้ยาก มีการสร้างสมนิสัยที่ผิด ๆ และนำไปสู่นิสัยที่เสื่อมลง พวกนี้มักรู้สึกว่าตนเองประสบแต่ปัญหาอยู่เสมอ นั่นก็คือการมีบุคลิกภาพที่พัฒนาไปในทางที่ไม่ส่งเสริมให้จิตใจมีสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับความคิดเห็นของโกวิท นพพร (2528 : 38) ที่ว่าระยะแรกของโรคจิตเภทเริ่มต้นด้วยการปรับตัวไม่ดี มักพบในวัยรุ่นที่มีบุคลิกภาพแบบเก็บตัว จะปรากฏในรูปของอารมณ์ที่ขุ่นเคือง ชอบแยกตัวเอง มีความรู้สึกไว เอาตัวเองเป็นศูนย์กลางตั้งแต่ในวัยเด็ก

ในปัจจุบันโรงพยาบาลหรือสถานศึกษาช่วยเหลือด้านจิตเวช ประสบปัญหาการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทมาก ทั้งนี้เพราะว่าจำนวนผู้ป่วยจิตเภทมีมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนผู้ให้บริการบำบัดรักษาแล้วขาดความสมดุลอย่างมาก จะเห็นได้ว่าจิตแพทย์ในเมืองไทยขณะนี้อยู่ประมาณ 200 คนเท่านั้น ต้องทำหน้าที่เป็นทั้งผู้รักษาและคอยแก้ปัญหา จึงเป็นการไม่เพียงพออย่างยิ่ง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมองเห็นว่างานด้านการป้องกันการเกิดโรคนั้นน่าจะมีประโยชน์ต่อการลดอัตราการเจ็บป่วยและช่วยให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปได้อย่างเหมาะสม โดยการป้องกันการเกิดโรคจิตเภทควรจะไปศึกษาหรือสำรวจในแหล่งของปัญหาโดยตรงและจากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นพบว่า บุคลิกภาพเป็นปัจจัยหนึ่งของการเจ็บป่วยนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาถึงบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทว่าลักษณะใด

บ้างที่อาจจะเป็นปัจจัยส่งเสริมการเจ็บป่วยชนิดนี้ หรือผู้ป่วยจิตเภทจะมีลักษณะบุคลิกภาพเป็นแบบใด เพื่อช่วยการทำงานในสถานคลินิก เช่น การวินิจฉัยโรค การวางแผนการรักษา และการให้ความช่วยเหลือดูแลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อทราบถึงลักษณะแนวโน้ม บุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษามาตรทางคลินิกของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทในเพศชายและเพศหญิง
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทและคนปกติ

สมมติฐานของการวิจัย

1. ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย แตกต่างจากลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง
2. ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท แตกต่างจากลักษณะบุคลิกภาพของคนปกติในเพศเดียวกัน

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและคนปกติ

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่

1. ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายและผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง ที่เข้ารับการรักษาในฐานะผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก ในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา และโรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2529 ถึงเดือนสิงหาคม 2530 จำนวนกลุ่มละ 50 คน
2. คนปกติเพศชายและเพศหญิง ที่ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท มีอายุระดับการศึกษาและสถานภาพทางเศรษฐกิจ สังกัด ใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำนวนกลุ่มละ 50 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ไคแก

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว เพื่อสำรวจข้อมูลส่วนตัวทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและครอบครัว ไคแก เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ต่อเดือน สดกภาพการสมรส ภูมิสำเนาเดิม ลำดับการเกิด จำนวนพี่น้อง บุคคลที่สนิทที่สุดในครอบครัว สัมพันธภาพของพ่อแม่ สัมพันธภาพกับพ่อ สัมพันธภาพกับแม่ และประวัติการเจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท

2. แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ (MMPI : The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) สร้างโดย ฮาร์ทเธเวย์ และ แมคกินเลย์ (Starke R.Hathaway and J.Charnley Mckinley) ซึ่ง พ.ท.หญิง ละออ พงษ์ธานีช แห่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แปลเป็นภาษาไทย

ตัวแปรที่ใช้ในการวิจัย

ตัวแปรต้น ไคแก เพศ แบ่งเป็น - เพศชาย
- เพศหญิง

ตัวแปรตาม ไคแก ลักษณะบุคลิกภาพที่วัดได้จากแบบทดสอบบุคลิกภาพ

เอ็ม เอ็ม พี ไอ

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย

1. ทำให้ทราบลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท อันจะมีประโยชน์ต่อการวางแผนการรักษาได้เหมาะสมยิ่งขึ้น เช่น ถ้าพบว่าส่วนใหญ่มีลักษณะแบบใดก็จะนำมาช่วยวางแผนในการบำบัดบำบัดต่อไป

2. ทำให้ทราบลักษณะแนวโน้มบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท ที่อาจจะมีแตกต่างกันระหว่างเพศชายและเพศหญิง เพื่อช่วยเหลือ ปรับปรุง ส่งเสริม และรักษาผู้ป่วยจิตเภทอย่างเหมาะสมต่อไป

3. การได้ทราบแนวโน้มบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ได้แนวทางในการให้การศึกษอบรม และให้ความรู้แก่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อหาทางป้องกันการก่อตัวของบุคลิกภาพลักษณะนั้น ๆ ต่อไป

4. เป็นแนวทางช่วยให้นักจิตวิทยาคลินิก เลือกใช้มาตรฐานคลินิกของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเภท ในกรณีที่ใช้เป็นแบบทดสอบร่วมกับแบบทดสอบชนิดอื่น หรือกรณีผู้ป่วยไม่สามารถรับการทดสอบทั้งหมดได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดส่วนตัวบางประการ

ข้อตกลงเบื้องต้น

คำอธิบายที่ได้จากแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ถือว่าสะท้อนลักษณะบุคลิกภาพตามสภาพเป็นจริงของผู้ตอบ และผลของการทดสอบมีความเชื่อถือได้

นิยามตัวแปร

บุคลิกภาพ หมายถึง ลักษณะพฤติกรรมซึ่งมีความหมายรวมถึง ทัศนคติ ความรู้สึกนึกคิด และการกระทำที่บุคคลได้ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมที่เขาศึกษาอยู่ในที่นี้ได้แบ่งบุคลิกภาพออกเป็นลักษณะต่าง ๆ ตามแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ คือ

1. ด้านการประเมินตนเองไปในทางที่เกินควร (**Lie Scale: L**)
2. ด้านการประเมินตนเองไปในทางที่ไม่ดี หรือการมีเขาธิสภาพทางจิตใจ (**Validity Scale: F**)
3. ด้านการควบคุมตัวเองและการใช้กลไกป้องกันตัวเอง (**Correction Scale: K**)
4. ด้านการหมกมุ่นกังวลกับ เรื่องของสุขภาพของร่างกาย (**Hypochondriasis Scale: Hs**)
5. ด้านความรู้สึกเศร้า (**Depression Scale: D**)
6. ด้านลักษณะการแสดงออกของการเจ็บป่วยทางร่างกาย เวลาที่มีความเครียดทางจิตใจ (**Hysteria Scale: Hy**)
7. ด้านการต่อต้านสังคม (**Psychopathic Deviate Scale: Pd**)
8. ด้านความสนใจตามเพศ (**Masculinity-Femininity Scale: Mf**)
9. ด้านความคิดในรูประวาง (**Paranoia Scale: Pa**)
10. ด้านการย้ำคิดย้ำทำ (**Psychasthenia Scale: Pt**)

11. **ค่านิจิตเภท (Schizophrenia Scale: Sc)**
12. **ค่านอารมณ์แปรปรวน (Hypomania Scale: Ma)**
13. **ค่านการเก็บตัวทางสังคม (Social Introversion Scale: Si)**

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทมีลักษณะอาการคือ มีความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และบุคลิกภาพที่ผิดปกติไปโดยที่ยังมีความรู้สึกตัวอยู่ ไม่หมดสติ ไม่สับสน ความจำไม่เสีย ไม่เป็นอันตรายและไม่มีอาการทางจิตเนื่องจากมีโรคทางกาย หรือได้รับพิษจากสารเสพติด

ผู้ป่วยจิตเภทระยะสงบ หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการพูดคุยโต้ตอบได้ใจความ มีเนื้อหาสาระ สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม สนใจรวมกิจกรรมต่าง ๆ เตรียมพร้อมที่จะกลับสู่สังคมภายนอกโรงพยาบาล มีสมาธิ และสามารถให้ความร่วมมือในการทำแบบทดสอบบุคลิกภาพได้

คนปกติ หมายถึง บุคคลทั่วไป ที่มีระดับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกับผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษา แต่ไม่มีประวัติเคยป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท

วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อประโยชน์ต่อการทำความเข้าใจในเรื่องบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้กำหนดหัวข้อโดยแบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 คือ บุคลิกภาพ จะกล่าวถึง คำจำกัดความ และทฤษฎีบุคลิกภาพ

ตอนที่ 2 คือ โรคจิตเภท จะกล่าวถึง คำจำกัดความ อายุการป่วยกับโรคจิตเภท

ชนชั้นทางสังคมกับโรคจิตเภท สาเหตุของโรคจิตเภท การจำแนกแบบของโรคจิตเภท อาการแสดงของโรคจิตเภท การพยากรณ์โรคจิตเภท เพศกับโรคจิตเภท บุคลิกภาพกับโรคจิตเภท และงานวิจัยในประเทศที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท ตามลำดับ

ตอนที่ 3 คือ ลักษณะของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ และงานวิจัยเกี่ยวกับแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ

บุคลิกภาพ (Personality)

คำจำกัดความ

บุคลิกภาพ เป็นผลมาจากพัฒนาการตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญในตัวบุคคล เพราะเป็นคำสำคัญอันหนึ่งที่จะกำหนดความสำเร็จหรือความล้มเหลวในการปรับตัว หรือติดต่อสัมพันธ์กับคนอื่น บุคลิกภาพตามลักษณะความเข้าใจของคนทั่วไปนั้น หมายถึง การปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม หรือการแสดงพฤติกรรมทุกอย่างของบุคคล โดยที่พฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออกมานั้น จะมีแง่มุมที่สะท้อนถึงบุคลิกภาพของบุคคลนั้น ๆ สำหรับทางด้านจิตวิทยา เมื่อพูดถึงบุคลิกภาพก็มักคำนึงถึงความแตกต่างระหว่างบุคคลเป็นพื้นฐาน โดยแต่ละบุคคลจะมีรูปแบบของพฤติกรรมและความคิดในการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมแตกต่างกัน นอกจากนี้บุคลิกภาพของแต่ละคนจะมีลักษณะใดนั้น ก็ขึ้นอยู่กับพัฒนาการในช่วงต่าง ๆ ของชีวิตทั้งสิ้น โดยที่ถึงแม้ว่าพัฒนาการแต่ละคนจะประกอบด้วยแบบแผนที่คล้ายคลึงกัน แต่บุคคลจะมีลักษณะของพัฒนาการคาบต่าง ๆ แตกต่างกันไป ทำให้มีลักษณะบุคลิกภาพที่แตกต่างกันไปด้วย

ในปัจจุบันยังไม่มีคำจำกัดความของบุคลิกภาพที่แน่นอนตายตัว คำจำกัดความที่มีใช้กันอยู่

เพียงแต่สะท้อนถึงชนิดของพฤติกรรมที่ผู้ต้องการศึกษาให้ความสนใจเป็นคำๆ ไป เช่น ในกลุ่มของนักจิตวิทยา ได้ศึกษาวิจัยและให้คำจำกัดความไว้ ดังนี้ คือ

ออลพอร์ท (Allport, in Pervin, 1980 : 234) ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพเป็นหน่วยรวมของระบบทางกายและจิตภายในตัวบุคคล ซึ่งกำหนดลักษณะการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม

ไอแซนค (Eysenck, in Pervin, 1980 : 239) ได้ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพ คือ การกระทำทั้งหมด หรือแบบของพฤติกรรมทั้งหมดของอินทรีย์ ที่ได้รับมาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นผลของปฏิกริยาร่วมระหว่างส่วนสำคัญ 4 ส่วน คือ ความคิด ลักษณะนิสัย อารมณ์ความรู้สึก และองค์ประกอบค่างกาย โดยพิจารณาได้สองมิติ คือ มิติแรกเป็นด้านการแสดงตัวและเก็บตัว ซึ่งประกอบด้วยลักษณะย่อยๆ ได้แก่ การมีส่วนร่วม - ไม่ร่วมมือ, เข้าสังคม - แยกตัว, เข้าใกล้ - ดอยหนี, กระตือรือร้น - เฉื่อยชา มิติที่สองเป็นลักษณะทางด้านอารมณ์ ได้แก่ เป็นคนเข้มแข็ง - อ่อนแอ, มั่นคง - ไม่มั่นคง ลักษณะการแสดงออกทางอารมณ์ เช่น ความวิตกกังวล และอื่น ๆ

แคทเทล (Cattell, in Pervin, 1980 : 245) ได้เน้นถึงอิทธิพลของวัฒนธรรมและสังคมที่มีต่อพฤติกรรมและบุคลิกภาพไว้ว่า สถาบันทางสังคมที่มีอิทธิพลต่อบุคลิกภาพมีหลายสถาบัน แต่ที่สำคัญที่สุดคือ ครอบครัว โรงเรียน อาชีพ กลุ่มบุคคลที่เป็นสมาชิก ศาสนา พรรคการเมือง และชาติ

ฮอลล์และลินด์เซย์ (Hall and Lindzey 1962 : 7-9) ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพ คือ สิ่งที่จะช่วยให้เราทำนายได้ว่า บุคคลจะทำอะไรในสถานการณ์ที่กำหนดให้ บุคลิกภาพเป็นเรื่องของพฤติกรรมทั้งหมดของบุคคล ทั้งพฤติกรรมที่เปิดเผยและที่ซ่อนเร้นอยู่ภายใน

เลวิน (Lewin, in Hall and Lindzey, 1962 : 207) เชื่อว่า บุคลิกภาพของบุคคลเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลต่อเขา บุคลิกภาพของบุคคลจะเป็นเช่นใด ย่อมแล้วแต่การที่บุคคลจะรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขาอย่างไร

โรเจอร์ (Roger, in Hall and Lindzey, 1962 : 467) เชื่อว่า

โครงสร้างของบุคลิกภาพเกิดจากความรูสึกของเรา ที่มีต่อตัวเองว่าเป็นอย่างไร

สแตกเนอร์ (Stagner 1961 : 10-11) เชื่อว่าตัวกำหนดความแตกต่างทางบุคลิกภาพของแต่ละคน ได้แก่ องค์ประกอบทางชีวภาพ อิทธิพลของฐานะทางเศรษฐกิจสังคมของครอบครัว สถานภาพการสมรสของบิดามารดา การอบรมเลี้ยงดูที่บ้าน หัสนคติของบิดามารดา รวมถึงอิทธิพลทางโรงเรียน ได้แก่ วิธีการสอนของครูและเพื่อนที่เรียนด้วยกัน รวมทั้งอาจขึ้นอยู่กับอิทธิพลของสื่อสารมวลชนด้วย

เพอร์วิน (Pervin 1980 : 4-7) ใ้คำอธิบายว่าบุคลิกภาพเป็นโครงสร้างลักษณะของแต่ละคน ซึ่งรวมลักษณะทุกอย่างที่มองเห็น ตั้งแต่สภาพร่างกาย พฤติกรรม ปฏิกริยาต่าง ๆ ที่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ความคิด หัสนคติ ความสนใจ เป็นต้น และเป็นตัวกำหนดการปรับตัวของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันไปในแต่ละคน

เชคส์คีย์ โฆวาสิญ์ (2520: 3) ได้ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพเป็นลักษณะนิสัย (traits) ที่รวมกันเป็นแบบฉบับเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล และเป็นสิ่งที่ยำให้เห็นความแตกต่างระหว่างบุคคล ซึ่งพิจารณาได้จากรูปแบบพฤติกรรมของบุคคลนั้นที่แสดงออกหรือตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

บัจอร์ ภูวนิรมย์ชวัญ (2526: 41) ได้ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพคือทุกสิ่งทุกอย่างอันได้แก่ ลักษณะท่าที การแสดงออก รูปร่างหน้าตา ความรูสึก และพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออก ต้องมีความคงตัวสำหรับเป็นพฤติกรรมเฉพาะของบุคคลนั้น ๆ อาจเปลี่ยนแปลงไปบ้างแต่คงใช้เวลาพอสมควร

โสภา ชูพิกุลชัย (2521: 95) ได้ให้ความหมายของบุคลิกภาพว่า เป็นแบบฉบับนิสัยของแต่ละบุคคล ที่บอกให้ทราบถึงการปรับตัวซึ่งเป็น เอกเทศของแต่ละบุคคลต่อสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวเขา โดยมากมักจะ เน้นถึงลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคลซึ่งมีผลต่อตัวเอง หรือการเข้ากับบุคคลอื่น

สมภพ เรืองตระกูล (2523: 17) ได้ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพหมายถึงลักษณะนิสัยของบุคคลนั้น ที่แสดงต่อคนอื่นในสังคมในรูปของพฤติกรรมทั้งกาย ใจ หัสนคติ บุคคลใดมีบุคลิกภาพแบบใดภายใต้สถานการณ์ทำนองเดียวกัน ก็จะมีปฏิกริยาตอบสนองแบบเดียวกัน เช่นนี้ตลอดไป

กิตติกร มีทรัพย์ (2527: 4) ได้ให้คำจำกัดความว่า บุคลิกภาพเป็นแบบแผนของ ลักษณะในการคิด ความรู้สึก และการกระทำ ซึ่งเป็นตัวกำหนดวิธีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม

จากคำจำกัดความเหล่านี้ รวมความโดยสรุปได้ว่า บุคลิกภาพคือสภาวะทุกอย่างซึ่ง ประกอบกันขึ้นเป็นตัวบุคคล นับตั้งแต่สภาวะทางกาย อารมณ์ ทักษะ ความสนใจ ความคิด ลักษณะทาง ความรู้สึก นิสัย ความสามารถทางสติปัญญาและความสำเร็จ โดยได้รับอิทธิพล มาจากพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม จะมีลักษณะ เป็นแบบฉบับพฤติกรรมเฉพาะของบุคคลในการปรับตัว กับคนอื่น และยังเป็นตัวกำหนดถึงความแตกต่างในแต่ละคนด้วย

ทฤษฎีบุคลิกภาพ (Theories of Personality)

ทฤษฎีบุคลิกภาพที่สำคัญมีหลายทฤษฎี คือ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis) ทฤษฎีมาทุษนิยม (Humanistic) ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทฤษฎีลักษณะ (Trait) ทฤษฎีแบ่งประเภท (Type) ทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioristic) ทฤษฎี การเรียนรู้ทางสังคม (Social Learning) ทฤษฎีเหล่านี้แตกต่างกันในด้านโครงสร้างของ บุคลิกภาพและการสร้างพฤติกรรม แต่ละทฤษฎีมีข้อเด่นและข้อด้อยในตัวเอง ไม่สามารถบอกได้ ว่าทฤษฎีใดดีที่สุดหรือเหมาะสมที่สุด ในที่นี้จะขอกล่าวถึงคุณลักษณะ ของแต่ละทฤษฎี ดังนี้

1. ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ของ ซิกมันด์ ฟรอยด์ (Sigmund Freud) มีพื้นฐานใน การศึกษาที่ลึกซึ้งถึงบุคลิกภาพของบุคคล ฟรอยด์ได้เปรียบเทียบจิตใจของบุคคลว่าเหมือนกับก้อน น้ำแข็งที่ลอยน้ำ โดยส่วนที่ลอยอยู่เหนือน้ำ ฟรอยด์ ให้เป็นตัวแทนของจิตสำนึก (Conscious) ส่วนจม น้ำเป็นส่วนของจิตใต้สำนึก (Unconscious) อันเป็นที่เก็บแรงกระตุ้น ความปรารถนา และ สัญชาตญาณแห่ง เดิมที่ จิตตัวไม่รู้ ซึ่งมีผลต่อความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออก โดยฟรอยด์ เชื่อว่า พฤติกรรมส่วนใหญ่ที่คน เราแสดงออกมานั้นเป็นผลมาจากแรงผลักดันจากจิตใต้สำนึก ฟรอยด์ได้อธิบาย ว่า พฤติกรรมของมนุษย์มีจุดมุ่งหมายและมีแรงผลักดัน (Motivated and goal directed) ส่วนหนึ่งของพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายนี้ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงหรือลดลงได้ เราเรียกว่า สัญชาตญาณ (Instincts) มีอยู่ในระดับจิตใต้สำนึก โดยสัญชาตญาณแบ่งออกได้เป็น 2 ชนิด คือ

ก. สัญชาตญาณแห่งการมีชีวิตอยู่ มีวัตถุประสงค์เพื่อการดำรงชีวิตอยู่ของแต่ละบุคคล

และเพื่อการดำรงอยู่ของเผ่าพันธุ์ สัตว์ชาตญาณ จะควบคุมไปกับพลังงานที่เราเรียกว่า **Libido** และจุดมุ่งหมายของสัตว์ชาตญาณแห่งการมีชีวิตอยู่มักเป็นสิ่งที่นำมาซึ่งความสุขสบาย

ข. สัตว์ชาตญาณแห่งความตาย อาจจะเข้าหาตัวเองหรือออกสู่ภายนอกในรูปของความก้าวร้าว หรือพฤติกรรมทำลายล้างอื่น ๆ พลังงานที่อยู่กับสัตว์ชาตญาณแห่งความตายเรียกว่า

Morbido

พฤติกรรมของมนุษย์ส่วนใหญ่จะเกิดจากแรงผลักดันของพลังงาน **Libido** จากสัตว์ชาตญาณแห่งการมีชีวิตอยู่ และมนุษย์จะมีพฤติกรรมตอบสนองสัตว์ชาตญาณเหล่านี้ โดยจะพยายามแสวงหาความสุขสบายและหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด หรืออาจยอมทนเพื่อให้ได้สิ่งที่ดีกว่า หรือยอมเจ็บปวดไม่มากเพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดที่มากกว่านั้น นอกจากนี้การอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มหรือสังคมของมนุษย์มีส่วนจำกัดขอบเขตพฤติกรรมจากสัตว์ชาตญาณ โดยมนุษย์จะต้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองให้เหมาะสมกับสภาพสังคมนั้น ๆ

พรอยดยังมีความคิดเห็นว่า โครงสร้างบุคลิกภาพของคนเราประกอบด้วยระบบสำคัญ 3 ระบบ คือ **Id Ego** และ **Superego** เขากล่าวว่าพฤติกรรมส่วนใหญ่เป็นผลารกระทำร่วมกันของระบบทั้งสาม ซึ่งกระทำการสัมพันธ์ซึ่งกันและกันจนยากที่จะแยกมีเพียงพฤติกรรมบางส่วนเท่านั้นที่เป็นผลารกระทำของระบบหนึ่ง โดยที่อีก 2 ระบบไม่ได้มีส่วน เขามารวมกระทำด้วย ลักษณะของระบบทั้งสาม ได้แก่

Id คือ แรงขับทางสัตว์ชาตญาณทั้งปวง ที่แสวงหาความพึงพอใจในสิ่งที่ต้องการ **Id** เป็นแหล่งดั้งเดิมของบุคลิกภาพที่มีติดตัวมาตั้งแต่แรกเกิด ประกอบด้วย แรงขับทางสัตว์ชาตญาณพื้นฐาน เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ และความอบอุ่นทางเพศ เป็นต้น **Id** อยู่ในระดับจิตไร้สำนึกและเป็นต้นกำเนิดของบุคลิกภาพอีก 2 ระบบ คือ **Ego** และ **Superego** ที่มาพัฒนาขึ้นภายหลัง โดย **Id** เป็นที่สะสมพลังงานทางจิต และจะแบ่งพลังงานนี้ให้สำหรับการทำงานของอีก 2 ระบบ **Id** ทำหน้าที่ตามหลักแห่งความพอใจ จะพยายามแสวงหาความพอใจให้มากที่สุด และหนีความทุกข์ โดยไม่คำนึงถึงสภาพการณ์ตามความเป็นจริง

Ego คือ ส่วนของบุคลิกภาพ ทำหน้าที่ในการบริหาร เป็นส่วนอยู่ในระดับจิตสำนึก

เป็นกันชนระหว่าง Id และ Superego หรือเป็นตัวประสานงานระหว่าง Id Superego และโลกภายนอก ทำหน้าที่ตามหลักแห่งความเป็นจริง ประเมินสิ่งต่าง ๆ ตามสถานการณ์ที่เป็นจริง ลักษณะการทำงานจะพยายามตอบสนองแรงขับจาก Id ให้เหมาะสม ควบคุมความอยากอันไม่พึงประสงค์ของสังคมไม่ให้ปรากฏออกมาภายนอก พยายามไม่ให้เกิดความทุกข์อันเนื่องมาจากการกดความอยาก โดยการใช้กลไกป้องกันตัวเอง (Defense Mechanism) และควบคุมทำตนให้เป็นผู้บรรลุวิถีทางสังคมและอารมย์

Superego คือ ส่วนของบุคลิกภาพ ซึ่งทำหน้าที่เกี่ยวข้องกับความรู้สึกผิดชอบชั่วดี ศีลธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี วัฒนธรรม และศาสนา เป็นบรรทัดฐานทางสังคมต่าง ๆ ที่ได้รับมาตั้งแต่วัยเด็ก ทำหน้าที่หลักของ Superego คือ ห้ามการแสดงออกของ Id อันมักจะเกี่ยวข้องกับความต้องการทางเพศและความก้าวร้าว ที่พยายามแสดงออกในสังคมโดยไม่ให้ถึงความเหมาะสม นอกจากนี้ยังเป็นตัวหลักคั่น Ego ให้แสดงออกแทน Id อย่างมีเหตุผล ตามความเหมาะสมและหลักความจริง (Pervin 1980: 47-50) และพรอยดิงยังเน้นเรื่องความขัดแย้งของการทำงานของ 3 ระบบว่า เมื่อเกิดความขัดแย้งระหว่าง Id และการลงโทษของ Superego โดย Ego ไม่สามารถประนีประนอมได้ จะทำให้เกิดความวิตกกังวล และจะมีผลต่อบุคลิกภาพของบุคคล

สำหรับพัฒนาการทางบุคลิกภาพนั้น พรอยดิงเชื่อว่าบุคลิกภาพพัฒนามาจากผลของสิ่งที่ฝังแน่นในระยะ 1-5 ปีแรกของชีวิต หรือก็คือผลของการตอบสนองพลังงาน Libido ในช่วงระยะ 1-5 ปีแรกนั่นเอง ประสบการณ์ที่เด็กประสบในแต่ละชั้นของพัฒนาการล้วนแล้วแต่มีผลต่อลักษณะของเขาที่จะเจริญเติบโตต่อไป โดยแต่ละชั้นของพัฒนาการจะแสดงให้เห็นว่า เด็กมีพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อตอบสนองความต้องการที่พรอยดิงเชื่อว่าเกิดขึ้นจากแรงขับทางเพศ ดังนั้น ชั้นพัฒนาการทางบุคลิกภาพตามทฤษฎีของพรอยดิงจึงเรียกว่า **Psychosexual Development** โดยแบ่งเป็น 5 ระยะคือ

๑. ระยะปาก เริ่มตั้งแต่แรกเกิดจนอายุประมาณ 1 ปี เป็นการตอบสนองพลังงาน Libido โดยที่ความสุขความพอใจจะอยู่ที่บริเวณปากเป็นส่วนใหญ่ หากจะมีความรู้สึกไวต่อการสัมผัสทางปาก จะมีความสุขในการใช้ปากทำสิ่งต่าง ๆ เช่น ดูด กัด อม เป็นต้น ในระยะนี้

ถ้าเด็กได้รับการตอบสนองเพียงพอ จะก่อให้เกิดความรู้สึกว่าตนมีค่า มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความไว้วางใจคนอื่น แต่ถ้าเด็กไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดการฝังแน่นในชั้นนี้ จะคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่าสำหรับใคร ไม่เชื่อมั่นในตนเอง มองโลกในแง่ร้าย

2. ระยะทวารหนัก เริ่มตั้งแต่อายุ 1-3 ปี เป็นระยะที่พลังงาน Libido จะเปลี่ยนที่ จากปากไปสู่ทวารหนัก ฉะนั้นความสุขความพอใจจะอยู่บริเวณทวารหนัก การตอบสนองพลังงาน Libido ก็คือการให้ความสุขความพอใจบริเวณทวารหนักนั่นเอง

ระยะนี้กลืนเนื้อหรืออุจจาระบริเวณทวารหนัก ซึ่งเดิมควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ เริ่มทำงานดีขึ้น เด็กสามารถกลืนและถ่ายอุจจาระได้ ระยะนี้ถ้าฝึกหัดขับถ่ายใหญ่ถูกต้องเป็นที่เป็นที่ เป็นทาง โตขึ้นทำให้เด็กรู้จักหน้าที่สิทธิของตนเองและผู้อื่น รู้จักกฎเกณฑ์ แต่ถาปล่อยปละละเลย เด็กก็จะเป็นคนไม่คำนึงถึงความสะอาด เก็บงำอารมณ์ไม่ได้

3. ระยะเพศคอนคน ตั้งแต่อายุ 3-5 ปี ระยะนี้พลังงาน Libido จะเปลี่ยนที่ โดยความสุขจะอยู่ที่บริเวณอวัยวะเพศ ได้รับความพอใจในการลูบคลำหรือการมีอะไรไปกระตุ้น ในระยะแรก ๆ ความรู้สึกทางเพศมักเกี่ยวข้องกับตนเอง แต่ในระยะหลัง ๆ จะมุ่งไปที่พ่อแม่หรือเพศตรงข้าม และเริ่มมีการเลียนแบบ

4. ระยะแฝง เริ่มตั้งแต่อายุ 5-12 ปี ความสนใจทางเพศจะสงบขู่ภายใน แต่มีการพัฒนาของกลไกทางจิตที่เข้มแข็งขึ้น เช่น Repression ความต้องการทางเพศจะถูกเก็บกดไว้ แต่ออกมาในรูปของพลังความสนใจในคนอื่น ๆ ความสนใจจะมุ่งไปยังสิ่งรอบ ๆ ตัว ต้องการทักษะสำหรับการปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม เรียนรู้ความคิดเห็นของคนอื่นมากขึ้น และเรียนรู้กฎเกณฑ์การอยู่ร่วมกัน

5. ระยะเพศตอนปลาย ตั้งแต่อายุ 12 ปีขึ้นไป ปรอยด์เชื่อว่าบุคลิกภาพและพัฒนาการทางการรับรู้เรื่องเพศ ใก้ก่อรูปแล้วตั้งแต่พัฒนาการขั้นที่ 3 ส่วนในขั้นนี้มีการพัฒนาการเพิ่มขึ้น คือเด็กเปลี่ยนความคิดไปสู่ความรู้สึกที่เป็นผู้ใหญ่ เริ่มรักคนอื่น เป็นการนำไปสู่ความเป็นผู้ใหญ่ที่มีวุฒิภาวะ และเปลี่ยนสัมพันธภาพจากเพศเดียวกันไปสู่เพศตรงข้าม

โดยสรุปแล้วทฤษฎีของปรอยด์ เน้นถึงแรงจูงใจที่ทำให้คนเรามีความรู้สึกและมีอาการกระทำต่าง ๆ เขากล่าวว่าความต้องการที่เกิดขึ้น ถ้าไม่ได้รับการตอบสนองหรือตอบสนองมากเกินไป ก็จะทำให้เกิดผลเสียหลายต่อบุคลิกภาพของผู้นั้นในอนาคต อย่างไรก็ตามความต้องการตามสัญชาตญาณที่มีอยู่ในทุกคน โดยพฤติกรรมที่แสดงออก เป็นไปเพื่อแสวงหาความพึงพอใจ สกความตึงเครียด

และใครจะหาทางตอบสนองความต้องการใดก็เพียงไรก็ขึ้นอยู่กับความสามารถของกลไกทางจิตของคนนั้นว่าจะสามารถใช้เหตุผล ใช้ความอดทน ใช้ความยืดหยุ่น ปรับตัวเข้ากับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้มากน้อยเพียงไร ความสามารถเหล่านี้ขึ้นอยู่กับพัฒนาการที่เขาผ่านมาในแต่ละชั้นว่าเขาได้เรียนรู้มาแบบไหนและมีสิ่งเพียงไร (Perwin 1980 : 51-54)

2. ทฤษฎีมาฆะนิยม เป็นทฤษฎีที่เน้นธรรมชาติค่านิยมของมนุษย์ การผลักดันไปสู่การเจริญเติบโต และการพัฒนาไปสู่จุดสุดยอดในชีวิตหรือความสมหวังในชีวิต (Self-Actualization) นอกจากนี้ยังเน้นเหตุการณ์ปัจจุบัน "ที่นี่และเดี๋ยวนี้" มากกว่าเหตุการณ์ในอดีต แนวคิดของผู้นำทางด้านทฤษฎีมาฆะนิยมก็คือ คาร์ล โรเจอร์ (Carl Rogers) และอับราฮัม มาสโลว์ (Abraham Maslow)

ทฤษฎีบุคลิกภาพของโรเจอร์ เรียกว่า Self Theory ได้พยายามอธิบายว่าคนเรามีประสบการณ์ต่าง ๆ ที่รับรู้ต่อตนเอง เป็นความรู้สึกต่อตนเอง (Self) และเกิดทัศนคติของตนเอง เพื่อใช้ในการปรับตัวในชีวิตประจำวัน โดยประสบการณ์ต่าง ๆ (Phenomena) ที่คนเราได้รับจะก่อ ๆ พัฒนาขึ้นเป็นความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเองและโรเจอร์มองว่า โครงสร้างบุคลิกภาพของคนเราประกอบด้วย ประสบการณ์ที่คนเราได้รับกับความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง

ความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเองนั้น ได้แก่ ความคิดเกี่ยวกับตัวตนจริง ๆ (Real self) ซึ่งประกอบด้วย แนวคิด การรับรู้ความคิดในเรื่องความสัมพันธ์ของตนเองกับผู้อื่นในช่วงต่าง ๆ ของชีวิต และคุณค่าของคำว่า "ฉัน" โดยการรับรู้ตัวตนจริง ๆ นั้น มีอิทธิพลต่อการรับรู้โลกและพฤติกรรมของเขาด้วย กับความคิดเกี่ยวกับตัวตนในอุดมคติ (Ideal self) ซึ่งเป็นแนวคิดประเภทของบุคคลที่ต้องการจะเป็น และโรเจอร์มีความคิดว่าหากตัวตนจริง ๆ กับตัวตนในอุดมคติของบุคคลมีความใกล้เคียงกัน ก็จะทำให้บุคคลนั้นมีความสุข แต่มีความแตกต่างกันมากก็จะทำให้เกิดความวิตกกังวลและมีการปรับตัวที่ไม่ดี นอกจากนี้โรเจอร์ยังเชื่อว่ามนุษย์แต่ละคนมีเอกลักษณ์ของตนเอง โดยรากฐานของเอกลักษณ์ก็คือความรู้สึกถึงตัวตน และจะมีการดำเนินไปสู่ Self Actualization คือ มีลักษณะที่เปิดกว้างต่อประสบการณ์ของตัวเองและของคนอื่น ๆ พร้อมทั้งมีความสามารถที่จะผสมผสานประสบการณ์ให้กว้างไกล และพัฒนาความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเอง ซึ่งโรเจอร์คิดว่า วิธีการพัฒนาบุคลิกภาพก็คือการพัฒนาความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเองนั่นเอง

คนที่ Self - Actualization จะเชื่อมั่นในตัวของเขาเองเท่า ๆ กับคนอื่น มีความคล่องแคล่วและเป็นคนยืดหยุ่น มีอิสระ มีความคิดสร้างสรรค์ และสามารถตอบสนองต่อคนอื่นในวิถีทางที่จริงใจและไม่ปิดบัง นอกจากนี้การพัฒนาไปสู่ Self Actualization จะต้องมีรากฐานจากในช่วงแรก ๆ ของชีวิต ที่บุคคลนั้นได้รับการยอมรับและได้รับความเคารพต่อความเป็นบุคคลจากพ่อแม่ ซึ่งสิ่งนี้จะกระตุ้นการพัฒนาความรู้สึกต่อตัวเอง และความคิดรวบยอดเกี่ยวกับตนเองในทางที่ดี (Pervin 1980 : 113-125)

สำหรับทฤษฎีบุคลิกภาพของมาสโลว์ เรียกว่า ทฤษฎีการจูงใจ หรือทฤษฎีลำดับความต้องการ โดยมาสโลว์เน้นว่ามนุษย์เกิดมามีความไม่พึงพอใจมาอยู่แล้ว และจะมีการพัฒนาคุณลักษณะจิตใจของตนให้มีวุฒิภาวะและมีความสามารถ โดยเขาแบ่งจัดระดับขั้นความต้องการของบุคคลให้เริ่มต้นจากความต้องการพื้นฐานทางชีววิทยา ไปสู่ความต้องการทางจิตวิทยา และจุดสูงสุดคือความต้องการที่มี Self - Actualization มาสโลว์อธิบายว่าความต้องการที่ได้รับการตอบสนองแล้วจะไม่เป็นสิ่งจูงใจ แต่พฤติกรรมของคนจะถูกจูงใจด้วยความต้องการที่อยู่สูงขึ้นไปที่ยังไม่ได้รับการตอบสนอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งความต้องการสมหวังในชีวิต หรือ Self - Actualization ซึ่งเป็นความต้องการขั้นสูงสุด เป็นการแสดงออกถึงการพัฒนาทางจิตวิทยาให้สูงขึ้น เป็นพัฒนาการของบุคคลที่เต็มไปด้วยบุคลิกภาพที่ประสานกลมกลืนกันทุก ๆ ส่วนในทางที่ดี ซึ่งแสดงออกเป็นลักษณะนิสัยและค่านิยมในการดำเนินชีวิต คนที่บรรลุถึง Self Actualization จะมีลักษณะที่มองอะไรตรงตามความจริง ยอมรับตนเองและผู้อื่น มีเอกลักษณ์ มีอิสระ เป็นตัวของตัวเอง มีความคิดสร้างสรรค์ ไม่คล้อยตาม มีความเป็นกันเอง มีน้ำใจ มีธรรมะประจำใจ มีคุณค่าของความงาม ความดี ความถูกต้อง มีชีวิตชีวา มีความเต็มใจในการทำงาน และยอมรับความแตกต่างระหว่างวิถีทางหรือวิธีการปฏิบัติ (Pervin 1980 : 157-159)

3. ทฤษฎีลักษณะ สรุปรว่าบุคลิกภาพนั้นสามารถอธิบายเป็นมาตราหรือมิติที่ต่อเนื่องกัน ซึ่งแต่ละมาตราแสดงถึงลักษณะ (trait) ดังนั้น ลักษณะจึงหมายถึงลักษณะใด ๆ ที่แยกบุคคลแตกต่างจากคนอื่น ๆ ในวิถีทางที่แน่นอนและถาวร แต่อย่างไรก็ดีคำว่าลักษณะมาจากการสังเกตพฤติกรรม แต่ไม่สามารถใช้อธิบายพฤติกรรมทั้งหมด

กอร์ดอน ออลพอร์ท (Gordon W. Allport) ผู้ซึ่งเสนอทฤษฎีลักษณะเป็นคนแรกได้มองดู "ลักษณะ" ว่าเป็นเสมือนหน่วยพื้นฐานของบุคลิกภาพ ที่มีทั้งลักษณะคงที่และเปลี่ยนแปลงได้

เป็นกระบวนการทั้งทางร่างกายและจิตใจที่แต่ละบุคคลจะมีลักษณะเฉพาะของตนไม่ซ้ำแบบใคร โดย ออลพอร์ทได้แบ่งลักษณะ (trait) ออกเป็น Common trait หมายถึงองค์ประกอบทางร่างกาย และจิตใจที่มีความสามารถในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าอย่างคงที่ เป็นผลให้เกิดแบบแผนของพฤติกรรมต่าง ๆ ที่แสดงออกมาต่อสภาพการณ์ที่เหมือนเดิม กับ Individual trait หมายถึงองค์ประกอบทางร่างกายและจิตใจซึ่งมีลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ที่สามารถทำให้เกิดการตอบสนองสิ่งเร้าอย่างคงที่ และเป็นผลให้เกิดแบบแผนพฤติกรรมเฉพาะตัวในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าที่เหมือนเดิม Common trait อาจมีในคนหลาย ๆ คนได้ แต่ Individual trait จะมีเฉพาะบุคคลเท่านั้นไม่มีในคนอื่น ๆ และทั้งสองอย่างมีแนวโน้มที่พร้อมจะตอบสนองต่อสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่มาเรา (Pervin 1980 : 234-237)

สำหรับทฤษฎีลักษณะของเรย์มอน แคทเทล (Raymond B. Cattell) อธิบายว่า ลักษณะหมายถึงช่วงกว้างของพฤติกรรมที่เป็นไปได้ หรือลักษณะพฤติกรรมของเขาคือมีต่อสถานการณ์ต่าง ๆ และแคทเทลยังมีเป้าหมายคือการแยกมิติพื้นฐานของบุคลิกภาพ และการพัฒนาเครื่องมือที่จะวัดมิติเหล่านี้ โดยการศึกษาระบบ Factor Analysis เป็นการหาเครื่องมือที่ใช้หาโครงสร้างองค์ประกอบพื้นฐานบุคลิกภาพ แคทเทลเน้นว่าองค์ประกอบพื้นฐานบุคลิกภาพ เรียกว่าลักษณะ หรือ อูบนิสซี โดยบุคคลแต่ละคนจะมีอูบนิสซีหรือสามัญลักษณะ (Common trait) ด้วยกันทั้งนั้น อย่างน้อยที่สุดก็มีประสบการณ์ทางสังคมเดียวกัน กับมีอูบนิสซีที่เป็นเอกลักษณ์หรือวิสามัญลักษณะ (Unique trait หรือ Individual trait) ซึ่งหมายถึงอูบนิสซีที่มีอยู่เฉพาะบุคคล ไม่พบในบุคคลอื่นในรูปแบบเดียวกัน และแคทเทลได้แบ่งอูบนิสซีที่เป็นเอกลักษณ์ออกเป็น 2 ลักษณะ คือ ลักษณะที่เป็นแบบเฉพาะตัวที่เกิดจากการรวมส่วนประกอบที่ต่างกันออกไปของอูบนิสซี กับลักษณะที่เป็นแบบเฉพาะตัวที่แต่ละคนมีแตกต่างกันไป นอกจากนี้แคทเทลยังแบ่งลักษณะหรืออูบนิสซีออกเป็น 2 ชนิด คือ

1. อูบนิสซีพื้นผิว คือ อูบนิสซีที่เห็นได้หรือเปิดเผย
2. อูบนิสซีซ่อน คือ อูบนิสซีที่มองไม่เห็น เป็นตัวกำหนดการแสดงออกของพฤติกรรมของเขา หรือเป็นตัวกำหนดการแสดงออกของอูบนิสซีที่เกี่ยวข้องกับแรงขับ อูบนิสซีที่เกี่ยวข้องกับความสามารถ และอูบนิสซีทางอารมณ์

แต่เหตุผลได้ให้ความคิดเห็นว่า อุปนิสัยต่าง ๆ เป็นผลของสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ กับพันธุกรรม โดยมีหน้าที่แตกต่างกันไป และอุปนิสัยก็คือการแสดงออกของพฤติกรรม เพื่อให้บรรลุเป้าหมายที่ต้องการ (Pervin 1980 : 245-249)

นอกจากนี้ยังมีคาร์ล จุง (Carl Jung) ได้แบ่งบุคลิกภาพออกเป็น Introvert และ Extrovert โดยพวก Introvert คือพวกที่มีแนวโน้มที่จะแสวงหาตัวเองเมื่อมีความตึงเครียด มีความขัดแย้งทางอารมณ์ มีแนวโน้มเป็นคนขี้อาย และชอบทำงานคนเดียว ส่วนพวก Extrovert เมื่อมีความตึงเครียดก็จะหากกลุ่มคนอื่นที่มีแนวโน้มที่จะเลือกอาชีพที่ตรงกับเขาของกับคนโดยตรง (Pervin

1980 : 87-88) และไอแซก (Hans J. Eysenck) ก็ได้ศึกษาในเรื่องของลักษณะและนำไปเน้นที่มิติ 3 มิติ ที่เป็นความสนใจพื้นฐานของบุคลิกภาพ คือมิติ Extrovert - Introvert มิติ Neuroticism และมิติ Psychoticism โดยความสนใจหลักอยู่ที่ Extrovert - Introvert (Pervin 1980 : 239-240)

4. ทฤษฎีแบ่งประเภท เป็นการศึกษาค้นคว้าที่พยายามแบ่งบุคคลออกเป็นแบบของบุคลิกภาพที่มีพื้นฐานในคานาโครงสร้างของร่างกาย ไคแก การศึกษาของเครตซ์เมอร์ (Kretschmer) ที่ศึกษาความแตกต่างด้านลักษณะรูปร่างภายนอก และได้จำแนกลักษณะรูปร่างของบุคคลออกเป็น 3 ประเภท ไคแก

ก. Pyknic คือ ประเภทอ้วน เตี้ย มักมีบุคลิกภาพทั่วไป เป็นแบบแสดงตัว

ข. Athletic คือ ประเภทกล้ามเนื้อหรือนักกีฬา มีพลังงานมาก มีลักษณะไปในทางก้าวร้าว

ค. Asthenic คือ ประเภทผอมสูง มีแนวโน้มไปในทางเก็บตัว

นอกจากนี้ เชลดอน (Sheldon) ได้แบ่งประเภทของบุคลิกภาพตามโครงสร้างของร่างกายออกเป็น 3 ประเภท เช่นกัน คือ

ก. Endomorphy คือ ประเภทที่มีลักษณะอ้วน เตี้ย เป็นพวกชอบสนุกสนาน รื่นเริง โกรธง่ายหายเร็ว ชอบเข้าสังคม ชอบความสะดวกสบาย เมื่อมีปัญหาคงการคำปรึกษาเพื่อให้อันอื่นช่วย

ข. Mesomorphy คือ ประเภทนักกีฬา มีรูปร่างสมส่วน ไหล่กว้าง ตะโพกเล็ก ร่างกายเต็มไปด้วยกล้ามเนื้อ มีความคล่องแคล่วองไว ชอบการผจญภัย ชอบการมีกิจกรรม

ชอบการแข่งขัน เป็นคนโผงผางและมักส่งเสียงดัง

ก. Ectomorphy คือ ประเภทผอม สูง ไหล่ห่อ มีลักษณะเกร็งขริม เอาการ
 เองงาน ไวต่อความรู้สึก ความคิดแคบ ไม่ยืดหยุ่น ไม่ชอบเข้าสังคม เมื่อมีปัญหามักหาข้ออยู่-
 เคี้ยว (วิกา ภักดี, ในจำรอง เงินดี, บรรณาธิการ 2529 : 292-293)

5. ทฤษฎีความรู้ความเข้าใจของยอร์จ เกลล์ (George Kelly) เขามีแนว
 ความคิดว่า บุคลิกภาพของคนเราก็คือพฤติกรรมซึ่งเกิดจากทุกอย่างที่เกี่ยวข้องในขณะนั้นที่เข้ามา
 มีอิทธิพลต่อการตอบสนองของคนเรา หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นวิถีทางที่คน ๆ นั้นแสดงออก ซึ่ง
 หมายถึงกระบวนการตั้งแต่บุคคลเริ่มมองดู มีการรับรู้ แปลความหมาย มีการสังเกตความ-
 เหมือนและความแตกต่างในเหตุการณ์ที่เผชิญ รวมทั้งเกิดการรวมรวมด้วย และมีการคาดเดาเหตุ-
 การณ์ล่วงหน้า จึงสามารถตอบสนองแสดงออกมาเป็นพฤติกรรมภายนอกได้ กระบวนการตั้งแต่
 เริ่มต้นจนกระทั่งมีการตอบสนองนั้น เกลล์เรียกว่า ระบบการสร้างบุคลิกภาพ (Personal's
 Construct System) โดยความสำคัญของระบบการสร้างอยู่ที่กระบวนการทางความคิด ที่
 สามารถวางแผนคิดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าและมีการตัดสินใจ ซึ่งในขณะนั้นบุคคลจะมองเห็นช่อง
 ทางหรือวิธีการตอบสนอง นั่นก็คือเกิดความเข้าใจ และมักจะยึดมั่นที่จะมองดูเหตุการณ์ในรูป
 แบบความคิดเดิม ต่อเมื่อรูปแบบเดิมไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาได้ ก็จะมีการเปลี่ยนแปลงกระบวน
 การทางความคิด มีการคาดเดาเหตุการณ์ใหม่ และมองเห็นช่องทางการตอบสนองใหม่ ทำให้
 เกิดประสบการณ์ใหม่ ๆ ขึ้น และผลจากประสบการณ์ของบุคคลจะพัฒนาระบบการสร้าง ไม่ให้ติด
 แน่อยู่กับแบบเก่า ๆ จนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ นอกจากนั้นเกลล์ยังกล่าวว่า การที่บุคคลมี
 การคาดเดาเหตุการณ์ล่วงหน้าและเกิดการรวมรวมด้วย จะทำให้บุคคลมีประสบการณ์กับความวิตก-
 กังวล และพยายามที่จะสร้างกระบวนการความคิดให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ที่เผชิญ เพื่อลดความวิตกกัง-
 วล (Pervin 1980 : 183-185)

6. ทฤษฎีพฤติกรรม ข้อสรุปกว้าง ๆ ที่ทฤษฎีนี้มองธรรมชาติของมนุษย์ว่า

ก. พฤติกรรมของมนุษย์นั้น สามารถเรียนรู้ได้โดยการสร้างความสัมพันธ์กันขึ้นมา

ข. พฤติกรรมพื้นฐานของมนุษย์ที่แสดงออกนั้นมักมีเป้าหมายเพื่อแสวงหาความพึงพอใจ

และหลีกเลี่ยงความเจ็บปวด

ค. สภาพแวดล้อมเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์

ทฤษฎีพฤติกรรมมีข้อแตกต่างจากทฤษฎีอื่น ๆ ดังนี้คือ

ก. แตกต่างจากทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีมานุษยนิยม และทฤษฎีความรู้ความเข้าใจ ตรงที่การเรียนรู้ของทฤษฎีพฤติกรรมได้มาจากการทดลองมากกว่าประสบการณ์ในคลินิค

ข. แตกต่างจากทฤษฎีสัญชาตวิทยา ตรงที่ทฤษฎีนี้เน้นการเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมและสิ่งแวดล้อมที่เป็นตัวเสริมแรง มากกว่าเป็นการกำหนดลักษณะบุคลิกภาพอย่างกว้าง ๆ

ค. ทฤษฎีนี้มีแนวโน้มที่มองการควบคุมเงื่อนไขในสิ่งแวดล้อมมากกว่าแรงกดดันภายในร่างกาย

ผู้ที่ก่อตั้งทฤษฎีบุคลิกภาพทางานพฤติกรรมคือพาฟลอฟ (Ivan Petrovich Pavlov) วัตสัน (John B. Watson) สกินเนอร์ (B.F. Skinner)

พาฟลอฟศึกษาเรื่อง Classical Conditioning อธิบายว่าตัวกระตุ้นนั้นสามารถ กระตุ้นการตอบสนองได้ เพราะมีการเชื่อมโยงที่เกิดจากการตอบสนองอย่างเดียวกันหรือเหมือนกัน ถ้าให้ตัวกระตุ้นที่มีเงื่อนไขควบคู่กับตัวกระตุ้นที่ไม่มีเงื่อนไขในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ตัวกระตุ้นที่มีเงื่อนไขจะแสดงผลเหมือนกับตัวกระตุ้นที่ไม่มีเงื่อนไข การวางเงื่อนไขจะเกิดผลดีต่อเมื่อระยะเวลาที่ให้ต้องอยู่ในจังหวะที่เหมาะสม และลักษณะสำคัญที่ทฤษฎีของพาฟลอฟกล่าวถึงคือ

ก. Generalization คือการที่การตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่แตกต่างกันออกไป โดยที่ตัวกระตุ้นใหม่มีลักษณะที่คล้ายคลึงกับตัวกระตุ้นเดิม

ข. Discrimination คือการที่สามารถแยกความแตกต่างของตัวกระตุ้นได้เป็น การตอบสนองที่ต่างกันต่อตัวกระตุ้นที่ต่างกัน และเลือกตอบสนองเฉพาะตัวกระตุ้นเดิม

ค. Extinction คือการหยุดการวางเงื่อนไข ทำให้การตอบสนองน้อยลงเรื่อย ๆ จนไม่มีการตอบสนองเกิดขึ้น

จากการศึกษาเรื่อง Classical Conditioning ได้ผลสรุปว่าพฤติกรรมที่ผิดปกติ นั้น เป็นผลมาจากการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่มีเงื่อนไขไม่เหมาะสม และการเกิดการเรียนรู้ ผลตอบบุคลิกภาพ ผู้ใดมีการเรียนรู้อย่างไรมา ก็จะถูกฝังเป็นบุคลิกภาพอย่างนั้น (Pervin 1980 : 284-285)

ส่วนวัตสันสนใจศึกษาพฤติกรรมการเรียนรู้ในเด็กทารกเนื่องจาก เชื่อว่าการได้เรียนรู้ของมนุษย์ในระยะเริ่มต้นของชีวิตโดยเฉพาะช่วง 2 ปีแรกของชีวิต จะแสดงถึงความก้าวหน้า และสามารถรู้ต่อไปได้ว่าเขาจะเป็นอย่างไร และวัตสันมีความเห็นว่าในบรรดาการตอบสนองทางอารมณ์ที่ได้รับจากการเรียนรู้ จะแสดงออกมาทางพฤติกรรมจนเป็นนิสัยหรือความเคยชิน และวางเป็นรูปแบบของบุคลิกภาพ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล (Pervin 1980 : 287-289)

สำหรับสกินเนอร์ศึกษาเรื่อง Operant Conditioning ซึ่งให้ความสนใจการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นที่ไม่สามารถเชื่อมโยงกับตัวกระตุ้นที่รู้จักคุ้นเคยได้ แต่ถือเป็นการเรียนรู้ เพราะเป็นสิ่งที่ตามมากับตัวเสริมแรง นั่นก็คือเมื่อมีการแสดงออกของพฤติกรรมแล้วได้รับการเสริมแรงหรือรางวัล พฤติกรรมนั้นจะยังคงอยู่และพัฒนาขึ้นเป็นรูปแบบของนิสัย หรือบุคลิกภาพ แต่หากพฤติกรรมนั้นไม่ได้รับการเสริมแรง การตอบสนองก็จะสิ้นสุด และพฤติกรรมนั้นจะค่อย ๆ ลดลงและหายไปในที่สุด การเสริมแรงซึ่งหลอหลอมเป็นบุคลิกภาพอาจเป็นได้ทั้งทางบวกและทางลบ โดยสกินเนอร์มีความเห็นว่าพยาธิสภาพทางจิตใจ เป็นความบกพร่องทางพฤติกรรมที่มีพัฒนาการของการตอบสนองที่ไม่ดี และได้รับการเสริมแรงในทางลบจากสิ่งแวดล้อม ดังนั้น การปรับพฤติกรรมจึงต้องเลือกพฤติกรรมเป้าหมาย และให้การเสริมแรงทางค่านบวกเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมเป้าหมายนั้น แต่จะลงโทษเมื่อเขาแสดงพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ เมื่อทำไประยะหนึ่งก็จะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายขึ้น (Pervin 1980 : 293-297)

โดยสรุปแล้วทฤษฎีพฤติกรรมนิยมมองว่า บุคลิกภาพของบุคคลเกิดจากการเรียนรู้ โดยวิธีการตอบสนองต่อตัวกระตุ้นหรือสิ่งเร้า ถ้าการตอบสนองใดลดแรงขับใดไป การตอบสนองที่คล้ายกันก็อาจเกิดขึ้นได้อีกจนกลายเป็นนิสัยต่อไป แต่หากการตอบสนองใดไม่สามารถลดแรงขับใด การตอบสนองนั้นก็มักจะค่อย ๆ หดไป และจะใช้วิธีการตอบสนองอย่างอื่นแทน

7. ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม เป็นทฤษฎีบุคลิกภาพที่ให้ความสำคัญกับรูปแบบการเรียนรู้พฤติกรรมที่ปรับเปลี่ยนกับสิ่งแวดล้อม โดยเน้นการเรียนรู้ที่เกิดจากการสังเกตพฤติกรรมของผู้อื่น ๆ ในสังคม และมีการเลียนแบบหรือเอาอย่างหรือผสมผสาน โดยอาศัยกระบวนการความรู้ความเข้าใจ ทฤษฎีนี้กล่าวว่สิ่งแวดล้อมมีผลต่อมนุษย์ และมีมนุษย์มีผลต่อสิ่งแวดล้อม

การที่มนุษย์เราจะตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างดีนั้น ก็ขึ้นอยู่กับความรู้ความเข้าใจในข้อมูลของสิ่งแวดล้อม จึงจะสามารถจัดการหรือเลือกวิถีทางการตอบสนองใดที่เหมาะสม นอกจากนี้ทฤษฎีนี้ไม่ได้เน้นที่ปัจจัยภายในหรือภายนอกบุคคล แต่เน้นที่กระบวนการตัดสินใจของบุคคลต่อสิ่งแวดล้อม โดยไม่ถูกชักชวนหรือถูกกลโงยจากสังคม (Pervin 1980 : 354-355)

โรคจิตเภท (Schizophrenia)

คำจำกัดความ

Schizophrenia มีรากศัพท์มาจากภาษากรีกมาจากคำว่า Schizo แปลว่า แยกแยก และ Phren แปลว่า จิตใจหรือบุคลิกภาพ ดังนั้น Schizophrenia จึงเน้นถึงการแตกแยกของบุคลิกภาพ เป็นความผิดปกติในขบวนการทางจิตต่าง ๆ โดยจิตใจทำงานไม่ประสานกัน มีความยุ่งเหยิงทางอารมณ์ ความคิด และพฤติกรรม มีการรับรู้ที่ผิดปกติไป แต่ยังมีความรู้สึกตัวอยู่ ไม่เมื่องง ไม่หมดสติ ความจำไม่เสีย ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ และขาดความเข้าใจ สภาพความเป็นจริงต่าง ๆ ทำให้การเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสียไป (มนตรี นามมงคล 2528 : 2-5)

ฮาร์ แสงสว่างวัฒนะ (อ้างจาก จำลอง กิษยวิเศษ 2522 : 170) ได้บัญญัติศัพท์ "Schizophrenia" เป็นภาษาไทยว่า จิตเภท หมายถึง การแตกแยกของจิตใจ โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิตชนิดหนึ่งที่พบได้บ่อยและพบมากที่สุด มีอาการเรื้อรังและค่อนข้างรุนแรง ทำให้บุคคลสูญเสียความสามารถในด้านต่าง ๆ ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม และบุคลิกภาพ โดยจะตองมีอาการป่วยมาอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

กลุ่มอาการที่ปัจจุบันเรียกว่าจิตเภทนั้น เป็นที่รู้จักกันมานานแล้ว แต่ในสมัยก่อนจะมีชื่อเรียกกันหลายอย่าง เช่น (จำลอง กิษยวิเศษ 2522 : 169-178)

Morel (1860) เรียกกลุ่มอาการนี้ว่า Dementia precox ซึ่งหมายถึงความเสื่อมในวัยรุ่น และเชื่อว่าโรคนี้อาจเกิดขึ้นเฉพาะในวัยรุ่น เท่านั้น

Hecker (1871) เรียกว่า Hebephrenia และอธิบายว่าเป็นโรคจิตเภทที่เริ่มต้นเร็ว มีอาการรุนแรงขึ้นเรื่อย ๆ อาการเริ่มเกิดขึ้นในระยะวัยรุ่น

Kahlbaum (1874) เรียกว่า Catatonia หรือ tension insanity และเชื่อว่าเป็นอาการของความแปรปรวนเกี่ยวกับสมอง เป็นสภาพผิดปกติประกอบด้วยการไม่ยอมพูด การไม่ยอมเคลื่อนไหว และลำตัวอ่อนแบบซีดๆ

ต่อมา Emil Kraepelin (1896) เชื่อว่ากลุ่มอาการดังกล่าวมีความสัมพันธ์เกี่ยวเนื่องกัน จึงได้จัดรวมไว้ในกลุ่มเดียวกันรวมเรียกว่า Dementia precox ใช้อธิบายว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคนั้นนาน ๆ บุคลิกภาพจะเสื่อมลงไป มีการเลวลงของการปฏิบัติตัว โดยครั้งแรกเขาคิดว่าโรคนั้นมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางร่างกายและเมตาบอลิซึม

ส่วน Adolf Meyer (1906) ได้ให้แนวความคิดใหม่เกี่ยวกับ Dementia precox ว่าไม่ใช่โรค แต่เป็นปฏิกริยาอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นในคนที่มึนบุคลิกภาพบางแบบ เป็นปฏิกริยาของการถดถอย ขาดความสนใจต่อสิ่งแวดล้อมและสัมพันธ์ากับคนอื่น เป็นผลจากปัญหาในการปรับตัวที่เกิดหัตถมทวิมากขึ้นเรื่อย ๆ จนก่อให้เกิดนิสัยผิด ๆ

ในที่สุด Eugen Bleuler (1911) ใช้ชื่อ Schizophrenia แทน Dementia precox เขาเชื่อว่าโรคนี้อาจไม่หายสนิท หรือไม่สามารถกลับไปเป็นปกติเหมือนเดิมได้ และได้อธิบายหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรค โดยแบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มอาการคือ อาการหลักและอาการรอง ดังนี้คือ

1. อาการหลัก (Fundamental Symptoms) เรียกว่า Bleuler's Four A's ได้แก่

1.1 Associative disturbance คือ ความสัมพันธ์เกี่ยวกับความคิด เกิดแปรปรวน กระแสความคิดสับสนและไม่เป็นระเบียบ ทำให้มีความคิดแปลก ซากเหตุผล มีความไม่เกี่ยวข้องของความสัมพันธ์

1.2 Autism คือ ความคิดเฉพาะตน มีตนเป็นศูนย์กลาง เป็นความเพ้อฝัน แบบสร้างวิมานในอากาศ บางรายมีลักษณะเหม่อลอย บางรายอาการมาก ๆ มีอาการประสาหัสและหลงผิด

1.3 Affective disturbance คือ ความแปรปรวนของอารมณ์อาจเป็นแบบไร้อารมณ์ หรือการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสม

1.4 Ambivalence คือ ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายที่เกิดขึ้นต่อกัน ๆ เกี่ยวกันและในเวลาเดียวกัน

2. อาการรอง (Accessory Symptoms) ไคแก

2.1 Hallucination คือ อาการประสาทหลอน ผู้ป่วยมีการรับรู้เกิดขึ้นโดยไม่มีสิ่งกระตุ้นจากภายนอก ที่พบมากคืออาการประสาทหลอนทางหูหรือหูแว่ว เป็นการได้ยินเสียงที่มาจากภายนอกศีรษะ อาจเป็นเสียงเดียวหรือหลายเสียงก็ได้ และอาการประสาทหลอนทางตา อาจเห็นเป็นภาพต่าง ๆ นอกจากนี้มีอาการประสาทหลอนทางการรับรส การไคกลิ่นแปลก ๆ การสัมผัส เป็นต้น

2.2 Delusion คือ ความหลงผิดโดยไมคำนึงถึงความจริงหรือความเป็นไปได้ เช่น หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้วิเศษ เป็นต้น

2.3 Illusion คือ การแปลสิ่งที่พบเห็นหรือได้ยินผิดไปจากความจริง เช่น เห็นเชือกบอว่าเป็นงู ได้ยินเสียงใบไม้ไหวบอว่าเป็นเสียงเพลง เป็นต้น

2.4 Idea of reference คือ ความคิดว่าบุคคลหรือวัตถุต่าง ๆ ภายนอกตัวเรามีความหมายต่อเราเป็นพิเศษ

2.5 Depersonalization คือ ความรู้สึกว่าคุณลักษณะแตกแยกไป รู้สึกเอกลักษณ์ของตนสูญหายไป ไม่เป็นตัวของตัวเอง

2.6 Negativism คือ มีอาการขัดขืน ทำอะไรตรงข้ามกับที่สั่ง

2.7 Automatism คือ การทำอะไรลงไปโดยไม่ได้ตั้งใจหรือรู้สึกว่าจะไม่ใช่เขาที่กำลังทำสิ่งที่เขากระทำอยู่

2.8 Echolalia คือ เลียนคำพูดของคนอื่น

2.9 Echopraxia คือ เลียนแบบการเคลื่อนไหวของคนอื่น

2.10 Mannerisms คือ มีกิริยาซ้ำ ๆ หรือแสดงอาการอย่างอื่น

2.11 Stereotypies คือ ทำอะไรซ้ำ ๆ ทำแล้วทำอีกไม่มีเหตุผล

2.12 Impulsiveness คือ ทำอะไรแบบหุนหันพลันแล่นจนเกินไปไม่มีการ

ไตรตรองก่อน

2.13 Benommenheit (Benumbing) คือ หน้าที่ทางจิตใจซาลงจนขาดความสามารถที่จะจัดการกับสถานการณ์ที่ค่อนข้างยุ่งยากและสับสน หรือไม่เคยชินมาก่อนแบบคนไร้สมรรถภาพ

สำหรับหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคของ Bleuler ที่กล่าวมานั้น โดดเด่นแจจรัสรายละเอียดและค่อนข้างครอบคลุมอาการแสดงออกของโรคจิตเภท โดยเน้นที่ความผิดปกติในขบวนการทางจิตต่าง ๆ หลังจากนั้นต่อมาได้มี Schneider ศึกษาเรื่องโรคจิตเภทและได้ตั้งหลักเกณฑ์การวินิจฉัยโรคที่เรียกว่า First-Rank Symptom of Schizophrenia โดยเน้นที่อาการของโรคซึ่งได้กล่าวไว้ดังนี้ (อินทรา พัวสกุล 2528 : 40)

1. Thought withdrawal คือ มีความคิดว่าตนเองถูกดึงความคิดออกไปจากสมองของตนจนหมดสิ้น เหมือนถูกกลางสมอง
2. Thought broadcasting คือ มีความคิดว่าเมื่อเราคิดอะไร ความคิดนั้นจะกระจายออกไปทำให้คนอื่นรอบข้างรู้ความคิดของเราหมด
3. Thought insertion คือ มีความคิดว่าในสมองเรา ในใจเรามีความคิดของคนอื่นมาขูรวมควาย ไม่ได้มีความคิดของเราเพียงคนเดียว
4. Feeling of passivity คือ มีความรู้สึกว่าการเคลื่อนไหวและการรับรู้ต่าง ๆ ของเขาถูกบังคับมาจากที่ใดที่หนึ่ง หรือได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งใดสิ่งหนึ่งภายนอกตัว
5. Auditory hallucination คือ ประสาทหลอนทางหูที่เกิดขึ้นขณะผู้ป่วยมีความรู้สึกตัวดี เป็นเสียงซึ่งชัดเจนดังมาจากภายนอกศีรษะ เนื้อหาที่ได้ยินเป็นเสียงวิพากษ์วิจารณ์หรือถกเถียงเกี่ยวกับใครคนหนึ่งและเกี่ยวข้องกับตัวเขา หรืออาจเป็นเสียงที่พูดตามความคิดของเขา ดังก้องหรือพูดลงในสิ่งที่เขากำลังจะทำ เป็นต้น
6. Primary delusion คือ ความคิดหลงผิด มีการแปลความหมายของสิ่งต่าง ๆ ผิดไปจากความเป็นจริง เช่น หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นผู้ทรงอิทธิฤทธิ์ เป็นต้น

ในปัจจุบันจิตแพทย์ยอมรับและเห็นด้วยกับหลักการวินิจฉัยโรคของ Bleuler และ Schneider โดยนำมาใช้วินิจฉัยโรคผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล เพื่อวางแผนการรักษาให้ถูกต้องและเหมาะสมต่อไป ดังนั้น จากที่กล่าวมาข้างต้น สรุปแล้วโรคจิตเภทจะมีลักษณะอาการแสดงออก

ทั้งความผิดปกติในด้านต่าง ๆ ทั้งนี้ คือ

ความคิดที่ผิดปกติ คือ ความคิดขาดความต่อเนื่อง ไม่มีจุดหมาย คิดอะไรก็ไม่เป็นความจริง มีการสร้างความคิดรวบยอดที่นำไปสู่สารตีความหมายที่ผิดไปจากความจริง เกิดความหลงผิด มีความคิดแปลก ๆ เพี้ยนและฟุ้งซ่าน หมกมุ่นอยู่ในเรื่องของตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อมเท่าที่ควร จะเห็นได้จากผู้ป่วยจิตเภทมักพูดเรื่องนั้นแล้วเปลี่ยนไป เรื่องโน้นไม่ประติดประต่อกัน พูดวกวนไม่จบสิ้น หรือพูด ๆ ไปแล้วหยุด แล้วจึงเริ่มเรื่องใหม่ บางครั้งพูดคำแปลก ๆ ที่ฟังไม่เข้าใจในประโยคเดียวกัน บางครั้งคิดว่าคนอื่นเห็นทวาราย คิดระแวงว่าจะมีคนคอยทำร้าย คิดว่าตนเป็นผู้ทรงอิทธิฤทธิ์ หรือคิดว่าคนอื่นอ่านความคิดของตัวเอง

อาการที่ผิดปกติ คือ การแสดงออกของอารมณ์จะไม่สอดคล้องกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว เช่น แสดงอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเรื่องที่พูด แสดงอารมณ์เฉยเมย นั่งท้อ มีความรู้สึกแบบส่งจิตสองใจ ลังเล เช่น ทั้งรักทั้งเกลียด อยากทำไม่ยอมทำ

การรับรู้ที่ผิดปกติมีหลายแบบ เช่น โลกเปลี่ยนแปลก ๆ รับรสแปลก ๆ รู้สึกว่ามีอะไรไต่ตามตัว มีประสาทหลอนทางตา - หู ซึ่งมักเกิดร่วมกับความคิดหลงผิด เช่น เมื่อคิดว่าตนจะทำร้าย ผู้ป่วยก็อาจจะเห็นว่ามีคนถือปืนมาข่มขู่ ที่พบมากที่สุดคือประสาทหลอนทางหูที่เรียกว่า หูแว่ว เป็นการได้ยินเสียงที่มาจากภายนอกศีรษะ นำเสียงมักจะคุ้นเคยและมักจะเน้นในทำนองว่า กล่าวติเตียน อาจจะมีเสียงเดียวหรือหลายเสียง ผู้ป่วยอาจได้ยินเสียงคำที่คำตอบไป หรือหากได้ยินเสียงสั่งให้ทำอะไรก็จะทำตาม หรือแสดงกริยาตอบสนองในลักษณะต่าง ๆ

บุคลิกภาพที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาอย่างเด่นชัด คือ ผู้ป่วยจิตเภทขาดความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกและสิ่งแวดล้อมรอบตัวอย่างสิ้นเชิง มีพฤติกรรมลอยห่าง ถดถอย แปลกซึ่ม แยกตัวเองออกจากสังคมภายนอก จะหมกมุ่นอยู่กับโลกของตน มีการเสื่อมของบทบาทและหน้าที่ของตน แสดงอาการเสื่อมลงของการปฏิบัติตัว เก็บตัวอยู่แต่ในห้องตามลำพัง ละเลยกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ไม่เอาใจใส่การอาบน้ำ แต่งตัว ขาดการรักษาความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้า ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ทำอะไรแปลก ๆ ถ้าเป็นมากอาจถึงกับพูดไม่ไต่เรื่องราว เอะอะกุกุมคั่ง คือคั่ง

อายุการป่วยกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมักจะเกิดในระหว่างวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น หรืออายุอย่างเข้าวัยหนุ่มสาว ถึงวัยกลางคน มักเกิดก่อนอายุ 40 ปี โรคนี้มักเริ่มในคนที่อายุน้อย ส่วนใหญ่จะเริ่มก่อนอายุ 30 ปี อายุที่พบบ่อยอยู่ระหว่าง 20-30 ปี ภายหลังอายุ 40 ปีไปแล้วพบได้น้อยมาก (สุวัทนา อารีพรต 2524 : 239)

สุรินทร์ พรหมพิทักษ์ และ มงคล ม.ศรีโสภาค (2502 : 87-95) ได้รายงาน อายุของผู้ป่วยจิตเภทในภาคอีสานโดยศึกษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ว่ามีอายุอยู่ในกลุ่ม 20-25 ปีมากที่สุด และ วิจารย์ วิชัยยะ (2523 : 179) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาพญา ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุอยู่ในกลุ่ม 15-30 ปีมากที่สุดซึ่งสอดคล้องกับ จารุวรรณ ต.สกุล (2524) ที่ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่มารักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาพญา มีอายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปีมากที่สุด

ส่วนการศึกษาในต่างประเทศนั้นลอเรนเจอร์ (Loranger 1984 : 157-161) ได้อธิบายถึงอายุของการเกิดโรคจิตเภทในเพศชายและหญิง โดยศึกษาในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จำนวนผู้ป่วยชาย 100 คน ผู้ป่วยหญิง 100 คน พบว่าค่าเฉลี่ยอายุการเกิดโรคจิตเภทครั้งแรกในเพศชายเร็วกว่าเพศหญิงประมาณ 5 ปี ผู้ป่วยจิตเภทชายป่วยก่อนอายุ 30 ปี มี 60% ส่วนอายุการเกิดโรคจิตเภทหลังอายุ 35 ปีไปแล้วนั้น พบในผู้ป่วยชาย 2% ในผู้ป่วยหญิง 17% นอกจากนี้ ฟลอเรส และ เฮย์ (Forest and Hey, in Henry, 1985 : 319-321) ได้รายงานการสำรวจจำนวนผู้ป่วยจิตเภทใน Edinburgh ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก โดยมีการเกิดโรคก่อนอายุ 20 ปี พบว่ามีผู้ป่วยชาย 33% ผู้ป่วยหญิง 5% และที่มีการเกิดโรคก่อนอายุ 30 ปี มีในผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง 1.61 เท่า

ชนชั้นทางสังคมกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภท พบได้มากในครอบครัวที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ (มนตรี นามมงคล 2528 : 7) ซึ่งอาจเป็นเพราะความยากจน การศึกษาน้อยเพราะป่วยตั้งแต่อายุน้อย ๆ และกำลังเรื้อรัง ทำให้ไม่สามารถเรียนได้สูง ตลอดจนข้อเสียเปรียบอื่น ๆ ของตนจนทำให้เกิดความโน้มน้าวที่จะป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่า และโรคนี้มีผลทำให้ระดับเศรษฐกิจสังคมของผู้ป่วยต่ำลง เนื่องจากความผิดปกติดังกล่าวไปรบกวนการศึกษารทำงาน และการเงินที่ต้องใช้ในการ

รักษาตัว

สุพัตรา เพชรบูรณ์ (2517) ศึกษาชั้นต้นทางสังคมกับโรคจิต เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างโรคจิตกับตัวแปรต่าง ๆ ที่เป็นคตินิยมชั้นต้นทางสังคม พบว่าชนชั้นกลางค่อนข้างต่ำ ซึ่งหมายถึงผู้มีฐานะ เศรษฐกิจไม่มั่นคง การศึกษาชั้นประถม อาชีพไม่มั่นคง ป่วยเป็นโรคจิตในอัตราสูงที่สุด โดยป่วยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด และในปี 2521 บุญวาทย์ สุขสุทธิพันธ์ ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา และฐานะทางครอบครัวยากจน เช่นเดียวกับกิติกร มีทรัพย์ (2524) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในเชิงระบาดวิทยา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมาจากครอบครัวที่มีฐานะ เศรษฐกิจสังคมในระดับต่ำ เป็นต้น

สาเหตุของโรคจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภทได้มีการถกเถียงกันอย่างกว้างขวางและเป็นเวลานาน แต่ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าอะไรเป็นสาเหตุที่แท้จริง เพียงแต่สันนิษฐานว่าเกิดจากสาเหตุหลาย ๆ อย่างร่วมกัน โดยมีแนวความคิดและตั้งสมมติฐานโดยใช้ปัจจัยต่าง ๆ มาสนับสนุน ดังนี้คือ (สุพร พลยานันท์ 2523 : 60)

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor)
2. ปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม (Psychosocial factor)

๑. สาเหตุจากปัจจัยทางชีวภาพ ได้แก่

- 1.1 กรรมพันธุ์ ได้มีผู้ศึกษาคนกว่าหลายคน (สุวัทธนา อารีพรอด 2524 : 240) สรุปว่ากรรมพันธุ์น่าจะมีส่วนเกี่ยวข้องกับเกิดโรคจิตเภท เพราะจากการศึกษากรรมพันธุ์ของผู้ป่วยจิตเภท พบลักษณะสำคัญ ๆ ที่สนับสนุนว่ากรรมพันธุ์เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ดังนี้
 - ก. พบว่าญาติสนิทของผู้ป่วยจิตเภท (บิดามารดา พี่น้อง และบุตร) เป็นโรคจิตเภทถึงร้อยละ 7-16 ในขณะที่ประชากรทั่วไปมีโอกาสเป็นเพียงร้อยละ 0.9

โดยจากการศึกษาของ Kallman (อ้างจาก จำลอง คิชยาวิชัย 2522 : 170) พบว่า ในกรณีที่ต่างห่อและแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท บุตรมีโอกาสเป็น 40% ถ้าพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท บุตรจะมีโอกาสเป็น 16%

ข. จากการศึกษาที่ค้นพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภท อีกคนจะเป็นตัวรอยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้นั้นมีรอยละ 14 โดยมีการศึกษาของ Kallman ที่สนับสนุน คือทำการศึกษาฝาแฝดจากไข่ใบเดียวกันจำนวน 174 คู่ พบว่าถ้าคนหนึ่งเป็นโรคจิตเภท อีกคนจะมีอัตราการเป็นโรคนี้นั้น 86% และศึกษาในฝาแฝดจากไข่คนละใบ จำนวน 500 คู่ พบว่าถ้าคนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งจะมีอัตราการเป็นโรคนี้นั้น 15%

ค. การศึกษาโรคจิตเภทในบุตรบุญธรรมที่เกิดจากบิดามารดาเป็นโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล 2523 : 66) พบว่า

1. บุตรบุญธรรมที่มาจากบิดามารดาป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งสองคนจะมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทรอยละ 35
2. บุตรบุญธรรมที่มาจากบิดามารดาป่วยเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวมีโอกาสนั้นเป็นโรคจิตเภทรอยละ 20
3. บุตรบุญธรรมที่มาจากบิดามารดาที่เป็นปกติ เมื่อไปอยู่กับบิดาหรือมารดาบุญธรรมที่เป็นโรคจิตเภท จะเป็นโรคจิตเภทด้วยเพียงรอยละ 5

1.2 โครงสร้างทางร่างกาย เชลดอน (Sheldon) อธิบายว่าลักษณะบุคลิกภาพของบุคคลสามารถบอกถึงแนวโน้มที่จะเป็นโรคจิตเภทได้ คือ พวกที่มีลักษณะโครงสร้างของร่างกายชนิด Ectomorphy ประเภทนี้จะผอมสูง ไหล่ห่อ มีลักษณะเคร่งขรึม ชอบการเอางาน ไวต่อความรู้สึก ความคิดแคบ ไม่ยืดหยุ่น ไม่ชอบเข้าสังคม เวลาที่มีปัญหาอยากอยู่คนเดียว (วิภา ภัคดี, ในจำรอง เงินดี, บรรณาธิการ 2529 : 293)

1.3 ความผิดปกติของชีวเคมีของสมอง

ในปัจจุบันได้เริ่มเบนความสนใจจากปัจจัยทางจิตวิทยา สังคม มาสู่ปัจจัยทางชีวเคมีของสมอง (สุพร พลยานันท์ 2523 : 60) โดยเน้นความสนใจไปที่บทบาทของสารเคมีที่เป็นสารสื่อประสาท (Neurotransmitter) ในสมอง เช่น Dopamine ที่บริเวณที่เชื่อว่าอาจควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งได้แก่ บริเวณ Prefrontal cortex และ Limbic system ในส่วน Amygdala, Pyriform lobe, Cingulate gyrus และ Septal area โดยคิดว่า Dopamine มีส่วนเกี่ยวข้องกับการควบคุมการเคลื่อนไหวในระบบ Extrapyrimal

ถ้ามีความผิดปกติจะทำให้เกิดการผิดปกติของการเคลื่อนไหว และนอกจากนี้ Dopamine ยังมีบทบาทในการควบคุมพฤติกรรมปกติของร่างกายและภาวะจิตโดยวิถีประสาท Dopamine จาก Mid brain ไปยัง Limbic system หรือไปยัง Prefrontal cortex การทำงานที่ผิดปกติของวิถีนี้อาจมีบทบาทต่อการเกิดอาการของโรคจิตเภท

สไนเดอร์ (Snyder 1974 : 1234-1253) ได้ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับบทบาทของ Dopamine ต่อการเกิดโรคจิตเภท แล้วรวบรวมเหตุผลมาสนับสนุนและโต้แย้งสมมติฐาน โดยมีแนวความคิดว่าการเกิดอาการของโรคจิตเภท เกิดจากมีการหลั่ง Dopamine มากกว่าปกติ โดยเฉพาะมีการศึกษาที่สนับสนุนแนวความคิดนี้ คือการศึกษาเกี่ยวกับยา Amphetamine และ Phenothiazine พบว่ายา Amphetamine เป็นยาประเภท Psychomotor Stimulant คนที่ได้รับยานี้ในขนาดสูง ๆ จะทำให้เกิดอาการทางจิตคล้ายผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ยังทำให้ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการโรคจิตเภทอย่างอ่อน ๆ มีอาการรุนแรงขึ้น หรือทำให้ผู้ป่วยที่หายแล้วกลับมีอาการทางจิตกลับคืนได้ ถ้าได้รับ Amphetamine เป็นจำนวนมาก ทั้งนี้เพราะ Amphetamine ไปกระตุ้น Dopamine ออกมามาก ดังนั้นยาพวกที่ใช้แก้อาการทางจิตได้ผลดีจึงเป็น Phenothiazine เพราะจะไปลดระดับ Dopamine ลง

1.4 ฮอร์โมน (Hormone) เป็นสารเคมีซึ่งเป็นตัวนำในร่างกายที่ควบคุมกระบวนการทำงานของระบบต่าง ๆ ของร่างกาย และฮอร์โมนในร่างกายของคนเรานั้นมีผลต่อพฤติกรรมที่แสดงออกมา ดังการศึกษาของซีแมน (Seeman 1985 : 313) ที่ทำการศึกษากการสร้างฮอร์โมนเพศในเพศชายและหญิง ที่เป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเกิดโรคจิตเภทพบว่า ในชายมีการสร้างฮอร์โมนเพศเรียกว่า Androgen ทำให้เกิดแรงขับทางเพศและความก้าวร้าว และมีผลทำให้เกิดพฤติกรรมการกล้าแสดงออกและพฤติกรรมการแข่งขัน ลักษณะนี้อาจมีผลทำให้เกิดความตึงเครียดทางจิตใจ ซึ่งเป็นเหตุเสริมต่อการเกิดชบวนการของโรค ส่วนในเพศหญิงมีการสร้างฮอร์โมนเพศ Estrogen ซึ่งมีฤทธิ์คล้าย Neuroleptic จึงทำให้เพศหญิงเกิดโรคจิตเภทช้ากว่าเพศชาย

2. สาเหตุจากปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม มีแนวความคิดว่าโรคจิตเภทมีความเกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยทางจิตใจ ที่มีสาเหตุจากปัจจัยทางจิตวิทยาและสังคม (สัวทนา อารีพรค 2524 : 241-243) ไทแก

2.1 ความขัดแย้งภายในจิตใจ มักเกี่ยวข้องกับแรงขับทางเพศและความก้าวร้าว ซึ่งอาจจะขัดกับอุดมคติ ค่านิยมของจริยธรรม สังคม มีผลทำให้เกิดความผิดปกติในการปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจ ไม่สามารถจัดการปัญหาชีวิตได้ ไม่สามารถใช้กลไกป้องกันของจิตใจได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีความผิดปกติในการตัดสินใจ อารมณ์ กระบวนการความคิดที่อยู่ในความเป็นจริง ไม่สามารถเข้าใจความเป็นจริงได้ นอกจากนี้มีการถอยหลังของการพัฒนาบุคลิกภาพ พยายามถอยห่างจากคนอื่น ๆ และโลกภายนอก ไม่ค่อยยอมพบปะสังสรรค์กับใคร ชอบหมกตัวครุ่นคิดอยู่คนเดียว ถอยกลับไปสู่วัยเด็ก มีความคิดแบบเด็ก ๆ

2.2 ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ผิดปกติ พบว่าในวัยเด็กผู้ป่วย ผิดปกติกับครอบครัวที่มีปัญหา คือทั้งพ่อและแม่มีปัญหาด้านบุคลิกภาพ หรือพ่อแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท พ่อแม่มีข้อขัดแย้งกันอยู่เสมอ ชีวิตสมรสไม่ราบรื่น การดำเนินชีวิตภายในครอบครัวมีความแตกแยก ไม่มีความกลมเกลียว มีสภาพสับสนวุ่นวาย ปราศจากความสุข ในครอบครัว เช่นนี้มักพบการทำร้ายร่างกาย ผู้ป่วยต้องประสบกับเหตุการณ์ เช่นนี้ตั้งแต่วัยเด็ก ต้องปฏิเสธและเก็บกด ทำให้การพัฒนาของจิตใจและบุคลิกภาพผิดปกติ การพัฒนาบุคลิกภาพดำเนินไปไม่ได้ ทำให้ขาดความสามารถควบคุมตนเอง มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทโตงาย ดังการศึกษาของลิดซ์และเฟลค (Lidz and Fleck 1968 : 650-662) ที่ศึกษาสภาวะแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภท 14 ครอบครัว พบว่ามีความสัมพันธ์ที่ผิดปกติภายในครอบครัวของผู้ป่วย โดยแบ่งเป็น 2 แบบ คือ

1. Marital Schism คือ ลักษณะที่พ่อแม่มีความขัดแย้งซึ่งกันและกัน ชอบทะเลาะโต้แย้งกัน เรือยไม่มีการประนีประนอมกัน และมักจะโยนความผิดให้แก่กันและกัน ฝ่ายหนึ่งชอบบังคับข่มขู่อีกฝ่ายหนึ่งให้ทำอย่างตนเองคาดหมายไว้ และถ้าเมื่อใดมีเรื่องโต้แย้งมักจะดึงเอาลูกเข้าข้างฝ่ายตน ดึงลูกให้เป็นพวกตน เด็กเลยไม่รู้ว่าจะอยู่กับพ่อหรือแม่ดี ครั้นอยู่กับพ่อก็กลัวเป็นศัตรูกับแม่ จะอยู่กับแม่ก็กลัวเป็นศัตรูกับพ่อ เด็กเลยไม่อาจจะเลียนแบบบุคลิกภาพหรือบทบาททางเพศจากพ่อหรือแม่ได้

2. Marital Skew คือ ลักษณะที่พ่อหรือแม่มีความแปรปรวนทางจิตใจ เป็นคนที่โง่และมึนงงหรือพิการในครอบครัวแล้วข่มอีกฝ่ายหนึ่ง โดยฝ่ายที่ถูกข่มยอมตามโดยไม่มีปากเสียงอะไร มีลักษณะอ่อนแอต้องพึ่งพาหรือชอบการกดขี่ทารุณ ซึ่งเป็นสภาวะครอบครัวที่เบี่ยงเบนไปในทางไม่ดี มีผลต่อการพัฒนาทางบุคลิกภาพของเด็ก

2.3 ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับทารกที่ขาดตกบกพร่อง โดยเฉพาะด้านความรัก
แม่ประเภทหนึ่งซึ่งมีแนวโน้มที่จะทำให้ลูกที่เกิดมาเป็นโรคจิตเภท เรียกว่า Schizophrenogenic
mother แม่ประเภทนี้มีลักษณะด้อยห่างจากลูก เช่น ฆ่า เตี้ย ยอมรับ เตี้ย ไม่ยอมรับ
เอาแน่นอนอะไรไม่ได้ ความไม่สม่ำเสมอของแม่ทำให้เกิดสภาวะที่ความต้องการทั้งกลัวแม่
เป็นปัจจัยสำคัญทำให้เด็กไม่สามารถสร้างและรักษาความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลอื่นได้

2.4 บิดามารดาตั้งความหวังในตัวลูกสูงเกินไป ในขณะที่ลูกยังไม่พร้อมทำให้เกิด
ความเครียดและวิตกกังวล ทำให้พัฒนาบุคลิกภาพไม่สมบูรณ์ หรือบิดามารดาเป็นแบบ overposses-
sive และ overcontrol ทำให้เด็กเติบโตขึ้นมาเป็นบุคลิกภาพแบบ dependent ต้องพึ่งพา
ผู้อื่นอยู่เสมอ ไม่สามารถช่วยตัวเองได้

2.5 การสื่อสารที่ผิดปกติหรือการพูดอย่างทำอย่าง (Double bind transac-
tion) การที่แม่พูดอย่าง กระทำอีกอย่าง ทำให้เด็กไม่แน่ใจว่าแม่ต้องการอะไรไม่สามารถได้
ถามแม่ให้เข้าใจได้ เพราะกลัวว่าการถามจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับเขาเสียไป ประสพ-
การณ์เช่นนี้จะทำให้การพัฒนาในด้านความคิดสื่อสารกับคนอื่นแฉกแฉง หรือสับสน ทำให้การสังคมของ
เขาจำกัดลง ขาดความฉะฉานในการสร้างความสัมพันธ์กับคนอื่น

2.6 มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ พบว่าผู้ที่มีโอกาสป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ง่าย
จะมีบุคลิกภาพเป็นแบบ Schizoid personality ซึ่งจัดเขาเป็นพวกบุคลิกภาพแปรปรวนผิดปกติ
ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพประเภทเก็บตัว ซ้ำๆ ไม่ชอบเข้าสังคม ไม่มีเพื่อน หุนอ้อย ชอบแยก-
ตัวตัวเองออกจากสังคม จากการติดต่อเกี่ยวข้องกับผู้คนแทบทุกอย่าง และหลีกเลี่ยงจากการมีอารมณ์
รักใคร่ ชอบอยู่คนเดียวเงิบ ๆ ไม่ยอมมีใกล้ชิดหรือแข่งขันกับคนอื่น คอยหลบเลี่ยงอยู่รอบนอกของ
สถานการณ์ที่มีการแข่งขัน หมกมุ่นครุ่นคิดอยู่แต่เรื่องของตัวเอง ความคิดอ่านใช้ตนเองเป็นศูนย์กลาง
มักมีความคิดเพ้อฝัน ชอบสร้างวิมมานในอากาศ เคลื่อนลอยไม่มีเป้าหมาย ไม่ไว้วางใจคน ช่างระแวง
ช่างสงสัย ไหวเร็วต่อความรู้สึกมากเกินไป ประหม่าง่าย อารมณ์แปรปรวนง่ายกว่าคนธรรมดา
ทั่วไป ไม่สามารถแสดงความรู้สึกโกรธ หรืออารมณ์ก้าวร้าวรุนแรงผู้อื่นออกมาได้ อาจมีท่าทีเย็นชา
เฉยเมย ไร้อารมณ์ เพื่อปกปิด ความบกพร่องของตัวที่จะแสดงออกมากให้ปรากฏแก่ผู้อื่น

การจำแนกแบบของโรคจิตเภท



สำนักหอสมุด

โรคจิตเภทแบ่งออกเป็นชนิดต่าง ๆ ดังนี้คือ (สมภพ เรื่องตระกูล 2523 : 73-76)

1. Simple Schizophrenia คือ แบบขาดความสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกและสิ่งแวดล้อม อาการมักเริ่มตั้งแต่วัยรุ่น อาการค่อยเป็นค่อยไป หมกความพะเยอพะยานบุคลิกภาพจะค่อย ๆ เปลี่ยนไปในทางเสื่อม ละเลยกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ มีความผิดปกติของอารมณ์ เฉยเมย ขาดความสนใจหรือแรงกระตุ้นในสิ่งต่าง ๆ ขาดความรับผิดชอบ เรียนหนังสือไม่ได้ มีความคิดหลงผิด มีอาการประสาหลอนในช่วงระยะสั้น อาการไม่ค่อยรุนแรงและไม่ชัดเจน
2. Hebephrenic Schizophrenia คือ แบบมีความผิดปกติของอารมณ์และรูปแบบของความคิด อาการค่อยเป็นค่อยไป มักจะเริ่มเป็นระหว่างอายุ 15-25 ปี มีอาการรุนแรง สงสัยความคิดไม่คิดต่อสัมพันธ์กัน ทำให้พูดจาไม่ต่อเนื่อง ฟังไม่รู้เรื่อง อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเรื่องที่สนทนากัน มีประสาหลอนและความคิดหลงผิดเป็นเรื่องราวที่ไร้สาระ ฟังแล้วจับใจความไม่ได้ไม่รู้เรื่อง มีพฤติกรรมลดทอนเป็นเด็ก ชิม
3. Catatonic Schizophrenia คือ แบบผิดปกติของการเคลื่อนไหว อาการมักเริ่มในอายุระหว่าง 15-25 ปี มีความผิดปกติของการเคลื่อนไหว เช่น อาจเคลื่อนไหวผิดปกติ รวดเร็ว เอะอะโวยวาย กวาววาว อาละวาด (Catatonic excitement) หรืออาจซึมเซาเฉย ไม่พูด ไม่มีปฏิกริยาโต้ตอบต่อสิ่งแวดล้อมและไม่เคลื่อนไหว มีอาการเกร็งอยู่ท่าใดท่าหนึ่ง (Catatonic Stupor)
4. Paranoid Schizophrenia คือ แบบหวาดระแวง มีอาการหลงผิดค่อนข้างฝังแน่น และอาจมีประสาหลอนซึ่งเกี่ยวข้องกับความคิดนั้น ๆ เช่น มีความมั่นคงป้องร้ายหลงผิดคิดว่าสามีหรือภรรยาอกใจ คิดว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่งควบคุมความคิดของตน บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยมักเป็นคนหวาดระแวง แยกตัว และไม่ไว้วางใจใคร
5. Acute Schizophrenia คือ แบบมีอาการทางจิตชนิดเฉียบพลัน มีความสับสน มีความคิดเขาข้างตนเอง อารมณ์แปรปรวน มีความรู้สึกกลายผัน ตื่นเต้นสลับกับซึมเศร้าหากแล้วมักจะเป็นหลังจากการเจ็บป่วย เช่น ภายหลังการคลอดบุตร ภายหลังการผ่าตัดเป็นไข หรือได้รับความกระทบกระเทือนทางสมอง ผู้ป่วยหลายรายอาการดีขึ้น หลังจากการบำบัดรักษาในเวลาไม่กี่สัปดาห์

6. **Latent Schizophrenia** คือ เป็นโรคจิตเภท แต่ไม่เกิดอาการแสดงถึงขั้นโรคจิต ผู้ป่วยไม่เคยมีประวัติว่าป่วยทางจิตชนิดเฉียบพลันมาก่อน ผนัง สุกัทรพันธ์ และโกวิทย์ นพพร (2526 : 1-6) ให้ความหมายว่าเป็นกลุ่มอาการที่มีลักษณะคล้ายบุคลิกภาพผิดปกติและไม่เกิดอาการแสดงของโรคจิต หรืออาการจิตเภทที่ชัดเจน แต่พิจารณาในด้านความผิดปกติในหน้าที่การทำงานของจิตใจ จะมีลักษณะคล้ายกับโรคจิตเภทคือ มีพฤติกรรมไม่สมเหตุสมผล แปรเปลี่ยนไปจากปกติ ร่วมกับลักษณะของอารมณ์ที่ไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยจะมีชีวิตอยู่ในสังคมอย่างสันตแต่รักษายาก เพราะกว่าจะทราบก็เป็นมากแล้ว

7. **Residual Schizophrenia** คือ ผู้ป่วยที่เคยเป็นโรคจิตเภทมาก่อน แต่ขณะนี้ไม่มีอาการโรคจิตชัดเจน มีเพียงอาการบางอย่างที่แสดงว่ายังไม่หายเป็นปกติ อาการที่ยังเหลืออยู่บ้างได้แก่ การแยกตัวเอง ยังไม่อยากพูดจากับใคร สีหน้าเฉยไม่แสดงความรู้สึก อาจมีประสาทหลอน หลงผิดแต่จะไม่มาก รักษาแล้วกลับไปอยู่บ้านได้ หรือแม้มีอาการอยู่บ้างก็ไม่ทำให้สังคมเดือดร้อน สามารถทำงานได้ตามปกติ การรักษาได้ผลดีกว่าชนิดอื่น ๆ แต่กลับเป็นได้อีกบ่อย ๆ

8. **Schizo - Affective Schizophrenia** คือ มีอาการต่าง ๆ เข้าได้กับโรคจิตเภท และมีอารมณ์เศร้าร่วมกับอาการเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ หมกความสนใจในสิ่งต่าง ๆ กิจช้า เบื่อชีวิต หรือคิดอยากตาย เข้าได้กับโรคจิตชนิดแมนีเซีย อาการดังกล่าวมีอยู่ร่วมกันตลอด อาจเกิดขึ้นพร้อมกันหรืออาการใดอาการหนึ่งเกิดก่อน มักเกิดเฉียบพลันและพบอัตราการฆ่าตัวตายบ่อยกว่าโรคจิตเภทชนิดอื่น เมื่อเป็นแล้วอาจรักษาได้หายเป็นปกติแล้วเป็นซ้ำอีก หรือเมื่อรักษาแล้วไม่หาย อาจเป็นเรื้อรังตลอดไป

9. **Schizophrenia other (unspecified types)** คือ เป็นผู้ป่วยมีอาการของโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถจัดเข้าในชนิดที่จำแนกไวข้างตน

อาการแสดงของโรคจิตเภท

อาการแสดงของผู้ป่วยจิตเภทที่พบในทางคลินิกแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะ คือ (มนตรี นามมงคล 2528 : 6)

1. **ระยะรุนแรง** ผู้ป่วยจะมีอาการอะอะ วุ่นวาย พูดพร่ำตลอดเวลา ไม่สนใจตัวเองและสิ่งแวดล้อม หรือมีความสนใจแต่น้อยมาก ไม่มีสมาธิ สนใจอะไรได้ไม่นาน ไม่นอน

หรืออาจมีอาการซึมเศร้ามาก แยกตัวเอง ไม่สนใจอะไรเลย สิ้นหน้าเฉยเมยไม่ยินดียินร้าย หรืออาจจะก้าวร้าว คุุร้าย ทำลายของ ทำร้ายผู้อื่น ระวังมักพบในผู้ป่วยที่รับไวรัักษาในระยะ 1-2 วันแรก

2. ระยะค่อนข้างสงบ ผู้ป่วยจะพูดคุยโต้ตอบได้ใจความขึ้น เริ่มสนใจตัวเองและสิ่งแวดลอม มีสมาธิมากขึ้น เริ่มสนใจต่อกิจกรรมต่าง ๆ แต่ลักษณะอารมณ์มักจะเปลี่ยนแปลงง่าย ต้องการความสนใจจากบุคคลแวดลอม ระยะนี้เริ่มตั้งผู้ป่วยให้กลับมาสู่ความเป็นจริง กลับเข้าสู่สังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และเกิดการปรับตัว

3. ระยะสงบ ผู้ป่วยจะมีสีหน้าแจ่มใส ทาทางผอนคลาย เป็นมิตรมากขึ้น พูดคุยโต้ตอบได้ใจความมีเนื้อหาสาระมากขึ้น สนใจตัวเองและสิ่งแวดลอมที่ สนใจรวมกิจกรรมต่าง ๆ ต้องการแสดงออก ต้องการเป็นที่ยอมรับของหมู่คณะ สนใจเรื่องความสวยงาม การทำงานของร่างกายระบยต่าง ๆ ปกติ รับประทานอาหารได้และนอนหลับ เตรียมพร้อมที่จะกลับสู่สังคมภายนอกโรงพยาบาล

4. ระยะรอจำหน่ายจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบดี แจ่มใสพูดคุยดี มีเหตุผล มีการตัดสินใจดี มีสมาธิ มีความเชื่อมั่นในตัวเอง ได้รับการเตรียมตัวเตรียมใจให้พร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาในสังคม รับรู้และเข้าใจวิธีการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ในสังคม

การพยากรณ์โรคจิตเภท

โรคจิตเภทไม่ใช่โรคที่ทำให้เสียชีวิต แต่ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทมัก จะสั้นกว่าชีวิตของคนทั่วไป เพราะจะมีอัตราการฆ่าตัวตายสูง และมีสาเหตุการตายจากสิ่งอื่น ๆ เช่น การดูแลรักษาไม่ดีพอ และความยากจนทางเศรษฐกิจ เป็นต้น

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับตัวผู้ป่วยและสิ่งแวดลอม ที่ช่วยให้การพยากรณ์โรคดีขึ้น คือ (สมภพ เรื่องตระกูล 2523 : 77)

1. บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยที่มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นและการปรับตัวดี
2. มีอาการของโรคเป็นแบบอาการปรากฏอย่างเฉียบพลัน มีการตอบสนองของอารมณ์ หรือมีอาการของความผิดปกติของการเคลื่อนไหว (Catatonia)
3. มีสาเหตุนำมาก่อนเป็นโรคช้ด เจน อาจเป็นสาเหตุทางจิตใจหรือโรคทางกาย

4. สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอย่างมีประสิทธิภาพมาก่อนป่วย
5. ไม่มีประวัติความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทในรอบครัว
6. สิ่งแวดล้อมดี มีครอบครัว มีเพื่อน มีอาชีพ ฐานะทางเศรษฐกิจดี
7. อาการเริ่มเกิดในวัยกลางคน
8. ยังมีแรงกระตุ้น กำลังใจ และความหึกหิรเริ่ม

เพศกับโรคจิตเภท (Sex and Schizophrenia)

เพศเป็นลักษณะเฉพาะของบุคคล ถือว่าเพศชายและหญิงมีโอกาสเป็นโรคนี้อีกพอ ๆ กัน แต่มีอัตราการเสี่ยงการเกิดโรคจิตเภทต่างกัน ความแตกต่างเรื่องเพศเป็นปัจจัยหนึ่งที่อยู่ถึง ความแตกต่างของการเกิดโรคจิตเภท เพราะเป็นสิ่งสำคัญในการเข้าใจผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิงมีความแตกต่างกันของอายุการเกิดโรค ผลของการเจ็บป่วย ความเรื้อรังของอาการ บุคลิกลักษณะก่อนป่วย และความคาดหวังในบทบาทระหว่างเพศ สิ่งเหล่านี้มีความสำคัญต่อการช่วยหาหนทางในการบำบัดรักษาใหญ่กลาง (สุวิทนา อารีพรรค 2524 : 239)

สุรินทร์ พรหมพิทักษ์ และ มงคล ม.ศรีโสภาค (2502 : 87-95) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในภาคอีสาน โดยศึกษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทชายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง 3 : 1 และ วิจารย์ วิชัยยะ (2523 : 179) ได้รายงานไว้ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา มีผู้ป่วยจิตเภทชายมากกว่าหญิง 4 : 3 นอกจากนี้ กิติกร มีทรัพย์ (2524) ได้ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นุญวัติ สุขสุทธิพันธ์ (2521) ทว่า พบผู้ป่วยจิตเภทชายมากกว่าหญิง ที่เป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะผู้ป่วยจิตเภทหญิงไม่ค่อยมารับรักษาตัวที่โรงพยาบาล และทำความเดือดร้อนแก่คนอื่น ๆ น้อยกว่าผู้ป่วยชาย

สำหรับในต่างประเทศ เลวิน (Lewine 1980 : 316-322) ได้ทำการศึกษา และพบว่า อายุของการเกิดอาการของโรคจิตเภทและการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ครั้งแรกในเพศชายและหญิงแตกต่างกัน นอกจากนี้ในเพศชายและหญิงยังมีความแตกต่างกันในเรื่องของความอ่อนไหวทางอารมณ์ด้วย โดยพบว่าในผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีความแปรปรวนของอารมณ์มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย

เครปเพริน (Kraepelin 1985 : 311) ได้ทำการศึกษาความแตกต่างของเรื่อง-
 เพลในผู้ป่วยจิตเภท และโคธรายงานสนับสนุนเห็นด้วยว่า ในผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิงมีความแตก-
 ต่างกันดังนี้คือ ผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีอายุการเกิดอาการจิตเภทช้ากว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย มีการอยู่
 โรงพยาบาลสั้นกว่า การกลับเข้าโรงพยาบาลซ้ำน้อยกว่า และมีปฏิกริยาตอบโต้ต่อยารักษา
 โรคและการบำบัดรักษาตามโปรแกรมโคธดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย มีการปรับตัวทางคานส์กรม กรอบ-
 ครัว การทำงาน โคธดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย นอกจากนี้ยังมีรายงานสนับสนุนว่า ผู้ป่วยจิตเภท
 หญิงมีปัญหาทางคานกฎหมายน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย มีเปอร์เซ็นต์ของการฆ่าตัวตายน้อยกว่า
 รวมทั้งมีโอกาสที่จะป่วยเรื้อรังน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ ซีแมน
 (Seeman 1982 : 107-110) ที่พบว่าในเพศชายเกิดโรคจิตเภทในอายุน้อยกว่าและเร็วกว่า
 เพศหญิง พบว่าเพศชายป่วยก่อนอายุ 20 ปี และเพศหญิงป่วยหลังอายุ 20 ปี มีอายุเฉลี่ยการ
 เกิดโรคจิตเภทต่างกัน 6-7 ปี และผู้ป่วยชายมาโรงพยาบาลเร็วกว่าผู้ป่วยหญิง เพราะสังคม
 เค็ดรอนจากอาการทางจิตของเขาและญาติทนไคน้อยกว่า นอกจากนี้ในการศึกษาติดตามผลพบว่า
 ผู้ป่วยจิตเภทชายกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าผู้ป่วยหญิงถึง 2 เท่า และฆ่าตัวตายสูง-
 กว่าผู้ป่วยหญิง 6 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของอ์เฟลค (Affleck, in Seeman, 1982 :
 107-110) ที่พบว่า ผลของการทำงานของเพศหญิงที่เคยป่วยเป็นโรคจิตเภททำงานโคธดีกว่า
 และมีการปรับตัวทางคานส์กรมหลังจากออกจากโรงพยาบาลโคธดีกว่าผู้ป่วยชาย โดยดูจากบันทึก
 การทำงานและการอยู่รวมกันกับคนอื่น ซึ่งการปรับตัวนั้นขึ้นอยู่กับพื้นฐานบุคลิกภาพและภูมิลำเนาของ
 ผู้ป่วย ซึ่งแตกต่างกันในเพศชายและหญิง

นอกจากนี้ ซาลอแคนแกส (Salokangas 1983 : 145-151) ได้ทำการศึกษา
 ติดตามผลผู้ป่วยจิตเภทของโรงพยาบาลจิตเวชในฟินแลนด์ หลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งแรก
 พบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีการปรับตัวทางคานส์กรม การทำงาน และคานส์กรมลำบากกว่าผู้ป่วยหญิง
 แล้วยังพบว่าผู้ป่วยชายมีลักษณะบุคลิกภาพที่ต่อคานส์กรม ปฏิเสธคานส์กรม เคนกว่าในผู้ป่วยหญิง
 นอกจากนี้วัตต์ (Watt 1978 : 160-165) ได้ศึกษาประวัติรายงานของโรงเรียนในผู้ป่วย
 จิตเภทพบว่า เพศชายอ่อนแอและทนปัญหาไคน้อยกว่าเพศหญิง ความเครียดทางคานส์กรม
 คานส์กรม มีผลกระทบใตงายในเพศชาย โดยเฉพาะในช่วงเข้าวัยรุ่นตอนต้น พบว่ามีความเครียด

ในเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาที่วัดได้ เสนอแนะว่าโรคจิตเภทมิใช่จะเกิดขึ้นได้ง่าย เป็นโรคที่น่าจะมีสาเหตุในวัยรุ่นซึ่งมีความเครียดมาก เป็นผลที่เริ่มมาตั้งแต่ช่วงต้นของชีวิต และมาแสดงอาการต่อหลังเมื่อความเครียดบางอย่างที่เคยสะสมมานานแล้วมาเข้ามา และมีส่วนเพิ่มความรุนแรงของความเครียดที่มีอยู่แล้ว

จากการศึกษาของเอลลิส (Ellis 1982 : 171-187) ที่ศึกษาถึงความแตกต่างระหว่างเพศในด้านต่าง ๆ 5 ด้านของผู้ป่วยจิตเภท สามารถอธิบายถึงการเกิดโรค

ความรุนแรงของโรค และผลของการเจ็บป่วย ดังนี้

1. ในด้านกรรมพันธุ์ พบว่าเด็กที่มียีนเป็นโรคจิตเภท มีอัตราการเสี่ยงการเกิดอาการโรคจิตเภทใด ๆ กับเด็กที่แม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท และอัตราการเกิดโรคจิตเภท เนื่องจากสาเหตุกรรมพันธุ์มีความคล้ายคลึงกันในเด็กชายและเด็กหญิง

2. ในวัยหนุ่มสาว มีการสร้างฮอร์โมนเพศที่แตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง ในเพศหญิงมีการสร้างฮอร์โมนเพศ เรียกว่า Estrogen มีผลคล้าย Neuroleptic ทำให้อายุการเกิดโรคจิตเภทแตกต่างกันในชายและหญิง คือ เพศหญิงเกิดโรคจิตเภทช้ากว่าเพศชาย

3. ระบบประสาทมีความแตกต่างกันระหว่างเพศชายและหญิง ทำให้มีความแตกต่างในเรื่องของสารสื่อประสาทในสมอง คือ Dopamine ซึ่งปัจจุบันมีแนวความคิดว่า Dopamine เป็นสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท เมื่อมีความแตกต่างในด้านนี้ ทำให้เพศชายและหญิงมีความแตกต่างในการเกิดโรคจิตเภทด้วย

4. ในด้านรูปร่างลักษณะ ความแตกต่างในเรื่องรูปร่างลักษณะระหว่างชายและหญิง ในด้านรูปร่าง โครงสร้างร่างกาย กล้ามเนื้อ น้ำหนัก เป็นต้น ทำให้การเกิดโรคจิตเภทต่างกัน เด็กที่มีรูปร่างวิปริตผิดเพี้ยน มีอัตราการเสี่ยงเป็นโรคจิตเภทมากกว่า

5. ด้านพฤติกรรมการแสดงออก การพบว่ามี ความแตกต่างของการแสดงออกของพฤติกรรมระหว่างเพศชายและหญิงเหมือนกันทั่วโลกนั้น ทำให้บทบาททางเพศมีความสำคัญในการเกิดโรคจิตเภท เพราะความคาดหวังในบทบาทเพศชาย หญิง แตกต่างกันจึงทำให้เพศชายหญิง มีบุคลิกภาพแตกต่างกันไป เอลลิสพบว่าเพศหญิงมีความกระตือรือร้น มีความก้าวร้าวน้อยกว่าเพศชาย แต่จะมีความสามารถทางสังคมดีกว่าเพศชาย และในเพศหญิงการพึ่งพิงคนอื่นเป็น

ที่ยอมรับได้ แต่ในเพศชายไม่ยอมรับ ดังนั้นในเพศชายจะปฏิเสธการทิ้งทิ้งกันอื่น และการกระทำมักถูกคาดหวังมาก ซึ่งเป็นแรงกดดันในเพศชายทำให้เกิดโรจิตเภทไ้มากกว่าเพศหญิง นอกจากนี้ยังพบว่าในวัยเด็กของผู้ป่วยจิตเภทหญิงจะมีความสามารถทางสังคมน้อยกว่า และมีความอายมากกว่าเด็กปกติวัยเดียวกัน ส่วนในวัยเด็กของผู้ป่วยจิตเภทชายพบว่า ทางด้านสังคมไม่แตกต่างกัน แต่จะมีความก้าวร้าวและความแกล้งมากกว่าเด็กปกติวัยเดียวกัน ซึ่งคิดว่าจะจะเป็นเหตุเสริมให้เกิดโรจิตเภท

สำหรับอัตราการเกิดโรคนั้น โกว และ ทูดอร์ (Gove and Tudor 1973 : 812) ศึกษาพบว่า มีอัตราการเกิดโรจิตเภทในหญิงต่ำกว่าในชาย เช่นเดียวกัน เฮนรี่ (Henry 1978 : 155-162) ที่ศึกษาพบว่าอัตราการเกิดโรจิตเภทในหญิงต่ำกว่าในชาย เช่นกัน โดยอธิบายในด้านการแตกต่างกันในเรื่องของ brain, neurotransmitter ระหว่างเพศชายและหญิง ที่มีผลต่อการเกิดโรจิตเภทแตกต่างกัน โดยพบว่าในเพศชายอาการที่เกิดโรจิตเภทเนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงของสารเคมีในสมอง คือ Dopamine มากขึ้นกว่าในเพศหญิง จึงทำให้อัตราการเกิดโรตสูงกว่าเพศหญิง

สำหรับระบาดวิทยาของโรจิตเภท เฮนรี่ (Henry 1985 : 319-321) ได้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทที่นอนโรงพยาบาลเป็นครั้งแรก ในด้านอายุของการเกิดโรคและการกระจายของเพศในโรงพยาบาลจิตเวช ตั้งแต่ปี 1977-1978 พบว่า

ในโรงพยาบาลจิตเวชชนอร์เวย์มีผู้ป่วยจิตเภทชายมากกว่าผู้ป่วยจิตเวชหญิง 1.35 เท่า

ในโรงพยาบาลจิตเวชเดนมาร์ก มีผู้ป่วยจิตเภทชายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง 1.20 เท่า

เมื่อพิจารณาอายุของการเกิดโรคพบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นก่อนอายุ 40 ปี พบในผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง 1.88 เท่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นก่อนอายุ 20 ปี พบในผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง 4 เท่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นช่วงอายุ 20-30 ปี พบในผู้ป่วยชายมากกว่าหญิง 1.7 เท่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นหลังอายุ 40 ปี พบในผู้ป่วยหญิงมากกว่าชาย 1.3 เท่า

เช่นเดียวกับ ฟลอเรส และ เฮย์ (Forest and Hey, in Henry, 1985 : 319-321) ได้รายงานการสำรวจจำนวนผู้ป่วยจิตเภทใน Edinburgh ที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลครั้งแรก โดยมีการเกิดโรคก่อนอายุ 20 ปี พบว่ามีผู้ป่วยชาย 33% ผู้ป่วยหญิง 5% และที่มีการเกิดโรคก่อนอายุ 30 ปี มีผู้ป่วยชายมากกว่าผู้ป่วยหญิง 1.61 เท่า และโครายงานการสำรวจผู้ป่วยจิตเภทในอเมริกาที่เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรกที่ State Mental Hospital พบว่ามีผู้ป่วยชาย 30% ผู้ป่วยหญิง 15% จากจำนวนตัวเลขดังกล่าวแสดงว่า ความแตกต่างทางเพศน่าจะมีความเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภท เช่น ในผู้ป่วยชายพบมีการเกิดโรคจิตเภทในช่วงอายุเร็วกว่าผู้ป่วยหญิง และมีการพยากรณ์โรคไม่ดีเท่าผู้ป่วยหญิง เป็นต้น นอกจากนี้ ฟลอเรสและเฮย์ ยังได้ศึกษาติดตามผลผู้ป่วยจิตเภท 306 คน และพบเพิ่มเติมอีกว่า ผู้ป่วยจิตเภทชายมีอาการเรื้อรังกว่าผู้ป่วยหญิง

บุคลิกภาพกับโรคจิตเภท

บุคลิกภาพ เป็นโครงสร้างที่แสดงถึงการคงอยู่ของกลุ่มลักษณะที่มีอิทธิพลต่อวิถีทางที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน ลักษณะเหล่านี้เป็นแบบฉบับเฉพาะตัวสำหรับบุคคล แต่จะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทนั้นผู้ศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพไว้ดังนี้ คือ

มาร์ค และ ซีแมน (Marks and Seeman, in Lachar, 1983 : 82) ได้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทชนิดระวาง จำนวน 20 คน พบว่ามีลักษณะหลวมเลื่องการยอมรับปัญหา มักจัดการกับความวิตกกังวลและข้อขัดแย้งโดยการปฏิเสธการรับรู้ปัญหาและชอบโทษผู้อื่น มีความไม่เป็นที่มิตร สงสัย เรียบรอง ไม่พอใจ ซุนเคื่อง และระวาง ชอบทำอะไรตามใจตัวเอง มีอารมณ์ไม่สมวัยและหงุดหงิดง่าย เช่นเดียวกับลาซาร์ (Lachar 1983 : 83) ที่เสนอความคิดเห็นว่าบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทชนิดระวางมีลักษณะคือ มีความสงสัยในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มักจะสะท้อนใจง่ายต่อการวิพากษ์วิจารณ์ของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง มีความทุกข์ต่อความเคียดของผู้อื่นที่มีต่อตนเอง มีความเครียด กังวล หงุดหงิด สงสัยและไม่ไว้วางใจคนอื่น แยกตัวจากสังคม หลีกหนีคน และหลีกเลี่ยงการมีความสัมพันธ์ใกล้ชิด ต้องการความสนใจและความรักมาก นอกจากนี้คาร์สัน (Carson, in Lachar, 1983 : 85) เสนอแนะว่าบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะดกดอย มีความคิดในโลกของตัวเอง สมยอม ฟุ้งพากคนอื่น มีความเคียดและอารมณ์ไม่สมวัย ไม่มั่นใจในตัวเอง หลีกเลื่อง บนถึงความเจ็บป่วยทางร่างกาย รู้สึกหมกหมวง มีปมค้อย ซาดการเป็นผู้นำ สอดคล้องกับจินเธอร์ (Gynther, in Lachar, 1983 : 65) ที่ว่าบุคลิกภาพของ

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเก็บตัว แยกตัวเอง ห่างเหินจากสังคม มีอารมณ์เศร้า วิดกกังวล หนี้อย-
 หนาย ย้ำคิด ไม่มั่นใจ สงสัย รู้สึกหมกหมัวในชีวิต ขาดศักดิ์ศรีในตัวเอง ขาดความสนใจ
 ใม่มีความคิดริเริ่ม ใม่มีสมาธิ มีความลำบากในการแก้ปัญหาและการตัดสินใจ ใช้วิธีแก้ปัญหาแบบ-
 ซ้ำ ๆ เป็นต้น

สำหรับลักษณะบุคลิกภาพในวัยเด็กของผู้ป่วยจิตเภทนั้น กูลล์ (Cull 1984 : 646)
 มีความเห็นว่า ผู้ที่มีบุคลิกภาพแบบ Schizoid ในวัยเด็ก จะมีแนวโน้มที่จะมีบุคลิกภาพแบบ
 Schizoid ในวัยผู้ใหญ่ด้วย โดยได้ทำการศึกษาประวัติส่วนตัวและสัมภาษณ์รายละเอียดในเด็ก-
 ผู้ชาย 23 คน ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น Schizoid ในวัยเด็กตอนกลาง โดยแสดงพยาธิสภาพ
 แบบที่สนใจแต่โลกของตัวเอง แยกตัวเอง เปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย 20 คน
 คิดตามผลระยะยาวพบว่า อาการบุคลิกภาพ Schizoid ในวัยเด็กมีความสัมพันธ์กับอาการทางคลี-
 นิกที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นบุคลิกภาพ Schizoid ในวัยผู้ใหญ่ สอดคล้องกับซิค (Chick 1979 :
 425-430) ที่ได้ศึกษาเด็กชายและหญิงที่ถูกส่งตัวพบจิตแพทย์ที่แผนกจิตเวชเด็ก จำนวน 25 คน
 มีอายุเฉลี่ย 10.1 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่ามีบุคลิกภาพแบบ Schizoid ศึกษาเปรียบเทียบกับเด็ก
 ที่ไม่มีบุคลิกภาพแบบ Schizoid ในด้านเพศ อายุ ปีที่ส่งมา สติปัญญา อาชีพของพ่อ แม่
 โดยสัมภาษณ์พ่อแม่ของเด็กถึงประวัติครอบครัว โรงเรียน การปรับตัว การทำงาน ความคิดริเริ่ม
 บุคลิกภาพของเด็กทั้ง 2 กลุ่ม แล้วติดตามผล ต่อมาอีก 12 ปีพบว่า ชีวิตในวัยเด็กที่มีบุคลิกภาพแบบ
 Schizoid มีความสัมพันธ์กับชีวิตในวัยผู้ใหญ่ที่พัฒนาเป็นบุคลิกภาพแบบ Schizoid และมีพยาธิ-
 สภาพเป็นโรคจิตเภท นอกจากนี้ก็พบว่ามีความแตกต่างกันในแง่ของการแสดงอาการและปฏิกิริยา
 ระหว่างเพศชายและหญิงด้วย ซึ่งการพบดังกล่าวนี้ได้รับการสนับสนุนจากวูล์ฟ (Wolff 1979 :
 425-430) ที่ได้ศึกษาติดตามผลระยะยาวในเด็กที่มีบุคลิกภาพ Schizoid จนโตเป็นผู้ใหญ่ จำนวน
 23 คน เด็กพวกนี้มีปัญหาทางอารมณ์ มีความบกพร่องในเรื่องของสังคมและการศึกษา และถูกส่ง
 ตัวเข้าพบจิตแพทย์เด็ก ผลการศึกษาสรุปว่าเด็กที่มีบุคลิกภาพ Schizoid ต่อมาจะพัฒนาเป็นอาการ
 บัวยเป็นโรคจิตเภทเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

นอกจากนั้น ริง (Wing, in Cull, 1984 : 646) เสนอแนะว่า รูปแบบพฤติกรรม
 ที่ผิดปกติในเด็กที่มีลักษณะบุคลิกภาพแบบ Schizoid ก็จะมีคามผิดปกติในด้านภาษาเกี่ยวกับการ
 ติดต่อสื่อสารทางคำพูด มีความบกพร่องเรื่องความเข้าใจความสนใจสิ่งต่าง ๆ ภาษาพูดจะออกนอก-

เรื่องและขาดความระวัง ชอบอยู่คนเดียว เก็บตัว ลักษณะเหล่านี้จะมีความรุนแรงขึ้นตามอายุ และพัฒนาเป็นอาการที่ผิดปกติ มีอัตราเสี่ยงสูงที่ต่อไปกลายเป็นโรคจิตเภท ซึ่งวิจัยได้ศึกษาในเด็ก ที่มีปัญหาทางอารมณ์ 200 คน ต่อมากลายเป็นโรคจิตเภท โดยการศึกษาประวัติส่วนตัว พบว่า เด็กเหล่านี้มีประวัติเรื่องความสัมพันธ์กับบิดามารดาในครอบครัว โดยเฉพาะในเด็กชาย นอกจากนี้ยังพบว่ารูปแบบของบุคลิกภาพที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยครั้งแรกของผู้ป่วยที่มีภูมิหลัง การปรับตัวทางสังคมไม่เต็มมาก่อนด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ เฮิร์ช และ เลฟฟ์ (Hirsch and Leff 1975 : 27) ที่ได้ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ในช่วงวัยเด็กตอนกลาง อายุ 4-10 ปี จะมีลักษณะไม่ชอบสังคม แยกตัวเอง อาย กลัวในการที่จะติดต่อกับคนอื่น อารมณ์ไม่มั่นคง หงุดหงิด บางครั้งก้าวร้าว ไม่อยู่นิ่ง มีการเคลื่อนไหวมาก มีลักษณะทางประสาทในวัยเด็ก เช่น บี้ส่วาระรทนอน ผันร่าย เป็นต้น นอกจากนี้มีแนวโน้มอยู่ในโลกของตัวเอง มีพื้นกลางวัน เมื่อโตขึ้นเป็นผู้ใหญ่จะมีลักษณะอ่อนแอ ฟังฟังคนอื่น ไม่กล้าแสดงออก ไม่สามารถติดต่อกับคนอื่น ซากแรงจูงใจและความคิดริเริ่ม วิตกกังวล กลัวล้มเหลวในการแก้ปัญหา ไร้อรรถภาพ ไม่ชอบการแข่งขัน และมีความคิดเข้มงวดในการดำเนินชีวิต

ส่วนลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่แตกต่างกันระหว่างผู้ป่วยชายและหญิงนั้น ได้มีการศึกษาของ มาร์ค และ ซีแมน (Marks and Seeman, in Lachar, 1983 : 57-59) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิง จำนวน 20 คน แล้วพบว่าบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีลักษณะช้อย แยกตัวเอง เก็บตัว ไม่ค่อยพูด ซ้ำงสงสัย ซื่อจ๋า มีความคิดระแวง ไวต่อความรู้สึก มีความไม่เป็นมิตร ไม่พอใจ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่ายมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย แต่มีความคิดแบบจิตเภท มีการย้ำคิด วิตกกังวล และมีอารมณ์เศร้าน้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย เช่นเดียวกับ เวลช์ และ ดาลส์ตรอม (Welsh and Dahlstrom, in Lachar, 1983 : 84-85) เสนอความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่ซึ่งไม่ได้แต่งงานจะมีลักษณะที่ต้องการพึ่งพา มีอารมณ์ไม่มั่นคงและไม่ชอบสังคมมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ริคส์ และ เบอรี่ (Ricks and Berry, in Neale and Oltmanns, 1980 : 347-348) ที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีลักษณะชอบอยู่คนเดียว แยกตัวเอง มีความไม่ไว้วางใจ ย้ำคิด และมีอารมณ์ไม่มั่นคงมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย แต่ผู้ป่วยจิตเภทชายมีลักษณะที่ทำอะไรรุนแรง คือรับ ทำลายของ ต่อต้านสังคม

มากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง และได้รับการสนับสนุนจากการศึกษาของ รูเบนสกี (Rubensky, in Neale and Oltmanns, 1980 : 358) ที่ศึกษาในผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิง จำนวน 35 คน แลพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีลักษณะเก็บตัว มีเพื่อนน้อย มีความลำบาก ในการปรับตัวทางสังคม และกลุ่มเพื่อน มีอารมณ์ไม่มั่นคง และมีวิถีภาวะทางความคิดและอารมณ์ไม่สมวัยมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย

นอกจากนี้มีการศึกษาของ ไรเคอร์ และ นิโคลล์ (Rieder and Nichols 1979 : 665-674) ที่ศึกษาลักษณะก่อนป่วยของผู้ป่วยจิตเภท แล้วสรุปว่า

1. 20% ในบุตรบุญธรรมของผู้ป่วยจิตเภท มีบุคลิกภาพที่ผิดปกติแบบ Schizoid โดยผู้ป่วยจิตเภทชายจะมีลักษณะแยกตัวเอง ต่อต้านสังคม น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง
2. ผู้ป่วยจิตเภทชายมีบุคลิกภาพที่ผิดปกติ แบบ Schizoid ส่วนในผู้ป่วยหญิงมีลักษณะแบบประสาท (Neuroticism) เช่น มีอารมณ์หัวไว วิตกกังวล
3. ในผู้ป่วยชายมีลักษณะไม่ชอบสังคม ก้าวร้าว ทำอะไรรุนแรง ส่วนในผู้ป่วยหญิงมีลักษณะสยยอม พึ่งพาคนอื่น และมีวิถีภาวะทางความคิดและอารมณ์ไม่สมวัย
4. ในผู้ป่วยชายที่มีแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภทชนิดเรื้อรัง จะมีลักษณะอาการทางประสาท มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของร่างกาย จะมีการเคลื่อนไหวมากและกระวนกระวายมากกว่าผู้ป่วยหญิง
5. ในผู้ป่วยจิตเภทหญิง มีความคิดที่ผิดจากความเป็นจริงน้อยกว่าผู้ป่วยชาย และมีความแปรปรวนของอารมณ์ มีอารมณ์เศร้ามากกว่าผู้ป่วยชาย

เช่นเดียวกันในปี 1978 วัตต์ (Watt, in Neale and Oltmanns, 1980 : 357-358) ได้ศึกษาเด็กชายหญิงในโรงพยาบาลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท จำนวน 54 คน เปรียบเทียบกับเด็กปกติ จำนวน 143 คน พบว่ามีความแตกต่างกันระหว่างชายและหญิง โดยหญิงจะมีความสยยอม อารมณ์ไม่มั่นคง ไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าแสดงออกและเก็บตัวมากกว่าชาย และสังคมจะคาดหวังน้อยกว่าชาย นอกจากนี้ยังสรุปว่าในเด็กหญิงมีลักษณะไม่สมวัย ส่วนเด็กชายที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทก็มีความยุ่งยากด้านพฤติกรรม มีความคิดต่อต้าน ที่อึดื้อ ไม่ลงรอย และมีกิริยาท่าทายเป็นอันน่าจึ้นอกว่า มีความก้าวร้าว หงุดหงิด ไม่สามารถสร้างความพอใจในประสบการณ์ชีวิต

หลังจากนั้น วัตต์ (Watt 1978 : 160-165) ยังได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นครั้งแรกในรัฐ Massachusetts จำนวน 39 คน เป็นชาย 16 คน หญิง 23 คน ที่มีระดับสติปัญญาปกติมาจากชนชั้นทางสังคมค่อนข้างต่ำ เปรียบเทียบกับกลุ่มปกติที่ไม่ต่างกันในเรื่องอายุเพศ ชนชั้นทางสังคม สติปัญญาพบว่ามี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ระหว่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีการลงรอยกันน้อยกว่า การให้ความร่วมมือน้อยกว่า มีความเกรงใจ และให้ความนับถือผู้อื่นน้อยกว่ากลุ่มปกติ แต่มีอาการไม่มั่นคง หงุดหงิด อุนเฉียว อารมณ์ไม่สมวัย วิตกกังวล ก้าวร้าว ความคิดขัดแย้งกับคนอื่น หัวรั้นมากกว่ากลุ่มปกติ นอกจากนี้ยังมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิง คือ ผู้ป่วยชายมีลักษณะคือ ก้าวร้าว เอาแต่ใจ ส่วนผู้ป่วยหญิงมีลักษณะพึ่งพิงคนอื่น ไม่มั่นใจในการติดต่อกับคนในสังคม สมยอม เก็บตัวและไม่ค่อยพูด เป็นต้น

งานวิจัยในประเทศไทยเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท พเยาว์ รุ่งเรือง (2517) ได้ศึกษาสาเหตุการป่วยเป็นโรคจิตเภทของเด็กวัยรุ่นที่รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา ระหว่าง พ.ศ. 2515 - 2516 โดยศึกษาจากรายงาน ประวัติการรักษาของผู้ป่วยที่มีอายุระหว่าง 13-19 ปี จำนวน 200 คน เป็นชาย 100 คน หญิง 100 คน และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุ 19 ปี มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาตอนต้น อาชีพมักเรียนเป็นบุตรคนแรกและอยู่ในครอบครัวที่มีสมาชิก 7-8 คนขึ้นไป ความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดีทะเลาะกันเป็นประจำ ไม่สนใจที่จะช่วยเหลือกัน และมีฐานะทางครอบครัวยากจน นอกจากนี้ยังมีความโน้มเอียงทางบุคลิกภาพเป็นแบบเงียบเฉย เก็บตัว แยกตัวเอง ไม่ชอบสังคม และในปี 2523 วิจารย์ วิชัยยะ (2523 : 179) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสมเด็จพระยารายงานว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง ในอัตรา 4 : 3 และมีอายุอยู่ในกลุ่มอายุ 15-30 ปีมากที่สุด นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเภทที่มีสถานภาพการสมรสโสดมากที่สุด เนื่องจากปรากฏอาการตั้งแต่อายุยังน้อยประการหนึ่ง และอีกประการหนึ่งคือบุคลิกภาพก่อนป่วยของผู้ป่วยจิตเภทพร่อง คือ มักจะเก็บตัว ไม่สนใจใคร จึงไม่ถูกเลือก และไม่สนใจจะเลือกใครด้วย สอดคล้องกับการศึกษาของ นาวลัย กัมพลาศิริ (2524) ที่ได้ศึกษาสภาวะแวดล้อมทางครอบครัวของผู้ป่วย

จิตเวชวัยรุ่น โดยศึกษาในผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี 1-31 มกราคม 2524 จำนวน 50 คน เป็นชาย 30 คน หญิง 20 คน ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท จากการศึกษาพบว่า มีอายุเฉลี่ย 19 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษาเป็นนักเรียน ไม่มีรายโรคและโรค อาศัยอยู่กับบิดามารดาและทั้งบิดามารดามีการศึกษาในระดับประถมศึกษาฐานะครอบครัวยากจนความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและบิดามารดาส่วนมากอยู่ในระดับน้อย มีความคาดหวังทางเห็นหรือแยกหากัน บิดามารดาไม่มีเวลาเอาใจใส่ใกล้ชิด ผู้ป่วยคิดว่าได้รับการฝึกด้านความสำเร็จ การฝึกเป็นอิสระ และสอนระเบียบวินัยน้อยที่สุด นอกจากนั้นคิดว่าบิดามารดาให้รางวัลแก่ผู้ป่วยทั้งเป็นการชมเชยและของรางวัลน้อยที่สุด แต่มีการลงโทษด้วยการดุด่ามากที่สุด

ครุณี นาทะสรี (2523) ได้ศึกษาการปรับตัวของผู้ป่วยทางจิตเวช หลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยศึกษาเฉพาะในสถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิดี เพื่อต้องการทราบว่าผู้ป่วยที่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพ กับผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลแล้วกลับไปอยู่บ้านทันที ผู้ป่วยกลุ่มไหนจะมีบุคลิกภาพ การปรับตัว และมีอาการดีกว่ากัน โดยศึกษาผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย 100 คน มีอายุระหว่าง 15-45 ปี โดยสถานการรักษาที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี และไมคำนึงถึงฐานะทางเศรษฐกิจและการศึกษา ผลปรากฏว่าการผ่านหรือไม่ผ่านการฟื้นฟูสมรรถภาพในสถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิดี ไม่ได้ทำให้มีอาการบุคลิกภาพและการปรับตัวของผู้ป่วยดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะสถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิดียังขาดวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพบางอย่าง และที่ใช้อยู่ยังไม่ได้ถูกต้องตามหลักวิชาการ นอกจากนั้นในปี 2524 จารุวรรณ ต.สกุล (2524) ได้ศึกษาปัจจัยผลกีดกันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล โดยศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เจ้าสุทนต์มณี จำนวน 30 คน มีอายุระหว่าง 21-30 ปี จากการศึกษาพบว่า สภาวะแวดล้อมทางครอบครัวทัศนคติของคนในครอบครัว และบุคลิกภาพของผู้ป่วย มีส่วนผลกีดกันให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กล่าวคือส่วนใหญ่คนในครอบครัวไม่เข้าใจ ขาดความรู้และไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่พอใจ สะเทือนใจ และมีปมด้อย นอกจากนั้นการมีบุคลิกภาพเป็นคนเก็บตัว เงียบขรึม แยกตัวเอง ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหา การปรับตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน จึงเกิดอาการทางจิตต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ลักษณะของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ

แบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ย่อมาจาก The Minnesota Multiphasic Personality Inventory สร้างโดย Starke R. Hathaway and J. Charnley Mckinley ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็นปรนัย 566 ข้อ ให้เลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ และถ้าไม่แน่ใจก็เว้นไว้ ให้คะแนนข้อละ 1 คะแนนตามคู่มือการให้คะแนนของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ

วิกกินส์ (Wiggins 1969 : 131-132) ได้กล่าวถึงหมวดหมู่คำถามของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ โดยจำแนกออกเป็นด้านต่าง ๆ พอสรุปได้ดังต่อไปนี้คือ

1. สุขภาพโดยทั่วไป (General health) ได้แก่ คำถามที่เกี่ยวกับสุขภาพ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพ การเพิ่มผลของน้ำหนักตัว การเหนื่อยง่าย
2. อาการทางประสาททั่ว ๆ ไป (General neurologic) ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับ การปวดศีรษะ คลื่นไส้ ชัก การตัดสินใจไม่ดี วอกแวก ความจำไม่ดี
3. เส้นประสาทสมอง (Cranial nerves) ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการพูด การได้ยิน การไต่กลิ่น การกลืน การถูกรบกวน การมองเห็น อาการชาตามใบหน้า
4. การเคลื่อนไหวและการประสานงานของร่างกาย (Motility and Coordination) ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับการเกร็ง กระตุก สั่น กล้ามเนื้อเป็นอัมพาต ความอ่อนแอ และขาดการประสานงานของกล้ามเนื้อ
5. ความรู้สึกไว (Sensibility) ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับ ความไวต่อความเจ็บปวด การสัมผัสหรืออาการชา
6. ระบบหลอดเลือด (Vasomotor), การพูด (Speech), การคัดหลั่ง (Secretory) ได้แก่ คำถามที่เกี่ยวกับการพูด การอ่าน ความรู้สึกร่อนหนาว เหงื่อออก ปากแห้ง
7. ระบบหายใจและหัวใจ (Cardiorespiratory) ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับ อาการไอเรื้อรัง หอบ เจ็บหน้าอก หัวใจเต้นแรง หายใจถี่
8. ระบบทางเดินอาหาร (Gastrointestinal system) ได้แก่ คำถามเกี่ยวกับ ความอยากอาหารมากหรือน้อยเกินไป ปวดท้อง ท้องผูก ท้องร่วง อาเจียน

9. ระบบสืบพันธุ์และระบบปัสสาวะ (Genitourinary system) ไต่ถาม คำถาม
ที่เกี่ยวกับการปัสสาวะลำบาก มีสิ่งผิดปกติที่อวัยวะเพศ

10. นิสัย (Habit) ไต่ถาม คำถามที่เกี่ยวกับ การนอนหลับยาก เชื่อถือในเรื่องความ-
ฝัน ไม่เคยฝัน การดื่มแอลกอฮอล์ นิสัยไม่ดี

11. ครอบครัวและชีวิตสมรส (Family and marital) ไต่ถาม คำถามเกี่ยวกับ
การขาดความรักต่อบิตามารดา การถูกบิตามารดาบงการ การหนีออกจากบ้านไม่ได้รับการยอม-
รับ ความรู้สึกถูกรบกวนจากสมาชิกในครอบครัว ความผิดหวังในความรัก

12. อาชีพ (Occupational) ไต่ถาม คำถามเกี่ยวกับนิสัยทำงานเคร่งเครียด
ไม่มีสมาธิ ไม่มีความมั่นใจในตนเองและในงาน รู้สึกไวต่อความคิดเห็นและคำวิจารณ์ของผู้อื่น
โกรธเกลียดนายจ้าง

13. การศึกษา (Educational) ไต่ถาม คำถามเกี่ยวกับการไม่ชอบการอ่าน
ชอบอ่านเรื่องเบาสมอง ชอบบทความเกี่ยวกับอาชญากรรม เรียนรูช้า ไม่ชอบโรงเรียน

14. ทศนคติทางเพศ (Sexual attitude) ไต่ถาม คำถามเกี่ยวกับความวิตก-
กังวลเรื่องเพศ หมกมุ่นในเรื่องเพศ วิตถารทางเพศ ความระอายในเรื่องเพศ

15. ทศนคติทางศาสนา (Religious attitude) ไต่ถาม คำถามเกี่ยวกับความ
เชื่อตามคำสอนทางศาสนา ละทิ้งความเชื่อทางศาสนา เกรงศาสนา มีประสบการณ์แปลกทาง
ศาสนา

16. ทศนคติทางการเมือง (Political attitude) ไต่ถาม คำถามเกี่ยวกับ
การเคารพกฎหมายและระเบียบ ไม่ไว้วางใจคนอื่น ปัญหาทางระเบียบวินัยในโรงเรียน ทำผิด-
กฎหมาย แสวงหาสิ่งตื่นเต้นโลดโผน เกลียดและไม่พอใจผู้มีอำนาจ แข่งขันและแก้แค้น ไม่ทำ
ตามบรรทัดฐานของสังคม ขาดความสนใจต่อการประพฤติดีของสมาชิกในครอบครัว ถือความเห็น
ของตนเป็นใหญ่

17. ทศนคติต่อสังคม (Social attitude) ไต่ถาม คำถามเกี่ยวกับการเก็บตัว
ชอบอยู่ลำพัง ถอยหนี ซ้ำซาก ไม่ชอบไปไหน ไม่ชอบสนุก รู้สึกไวเกินไป ไร้ความง่าย รู้สึก
ว่าถูกเข้าใจผิด ขาดความมั่นใจตัวเอง ไม่สามารถติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น

18. อารมณ์ซึมเศร้า (Depressive) ไคแก่ คำถามเกี่ยวกับอาการเศร้าหมองหวัง มงโกลาในแง่ร้าย โรคกา เปลาเปลียว รุสีกผิด และตองการถูกลงโทษ ภาวะวณ- ภาวะวาย วิตกกังวล
19. อารมณ์เร้นเร้ง (Manic) ไคแก่ คำถามเกี่ยวกับอารมณ์ตื่นเต้น อยู่ไม่นิ่ง เกิดอาการหงาย ยั้งยั้งตนเองไม่ไค่ อยากทำลาช สนใจหลายเรื่องในเวลาสั้น ๆ
20. ภาวะย้ำกิดย้ำทำ (Obsessive and Compulsive state)
21. ภาพหลอน ประสาหลอน หลงผิด (Hallucination delusion) ไคแก่ คำถามเกี่ยวกับความคิดถึงการถูกรองราช ความกิดว่าตัวเองยิ่งใหญ่ มีความกิดว่าถูกรอบงำ สงสัยระวาง ประสมการณัประหลาด ไค่ยั้งเสี่ยงแปลก ๆ
22. กลัวอย่างไรเหตุผล (Phobia) ไคแก่ คำถามเกี่ยวกับการกลัวสัตว์บางชนิด กลัวโรคภัย
23. ความโนมเอียงที่จะทำร้ายผู้อื่นและทำร้ายตนเอง (Sadistic Masochistic trend)
24. ซวัญ (Morale) ไคแก่ คำถามเกี่ยวกับการประเมินค่าตนเองคำ ทำงานและมีชีวิตภายไค่ความเกรียต ความลำบากในการตั้งสมาธิ วางแผน ตัดสินใจ หรือปฏิบัติภารกิจให้ สำเร็จ ความหวังล้มเหลว และไม่พอใจในความสำเร็จของผู้อื่น
25. ความเป็นชาย - หญิง (Masculinity - Femininity) ไคแก่ คำถาม เกี่ยวกับความสนใจ ในตานอาชีพ งานอดิเรก
26. ข้อคำถามการตอบในทางที่ไค่เกี่ยวกับตนเอง (Fake good) ไคแก่ คำถามที่ ผู้ตอบพยายามตอบที่ไค่แสดงว่าตนเป็นกนดี พยายามแสดงถึงการมีคุณธรรม เฉพาะความผิดเล็ก ๆ น้อย ๆ เช่น การผลัวันประกันพรง การนินทา ความกิดในทางไมไค่ ความโกรธ แข่งขัน
- ลาซาร์ (Lachar 1983 : 1-22) ไค่สรุปถึงแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที โอ ว่ามีข้อคำถามครอบคลุมลักษณะต่าง ๆ ของบุคลิกภาพมากที่สุด ประกอบด้วยข้อคำถามที่เป็น ปรนัย 566 ข้อ แต่ละข้อบรรยายถึงลักษณะบุคลิกภาพซึ่งผู้ตอบต้องให้คำตอบว่า จริง หรือ ไม่จริง ข้อคำถามทั้งหมดนี้แบ่งออกเป็น 14 มาตรการด้วยกัน และมาตรเหล่านี้แบ่งออกไค่เป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. มาตรฐานความเที่ยงตรงของผลการทดสอบ (Validity Scale) เป็นแบบมาตรเพื่อใช้ตรวจสอบความสะเพร่า ความเข้าใจผิด การเสแสร้ง บิดเบือนคำตอบ ทักษะสติในการตอบ ซึ่งสามารถนำไปเป็นหลักเกณฑ์พิจารณาประกอบการแปลผลทางค่าน อากาโรจิต ประสาท และลักษณะบุคลิกภาพโตควย แบ่งออกเป็นคะแนนตรวจสอบดังนี้

1.1 คะแนนคำถาม (Question Score - ?) เป็นจำนวนทั้งหมดของข้อคำถามที่ผู้ถูกทดสอบไม่ได้ตอบถูกหรือผิดประการใด ซึ่งอาจเป็นเพราะข้ามไป ลืม เล็ง ไม่ตอบตามความเป็นจริง ลังเล สับสน หรือมีความลำบากในการเข้าใจคำถาม หากเว้นว่างไว้เกิน 30 ข้อ หรือ 100 ข้อขึ้นไป จะทำให้ไม่สามารถแปลผลมาตรคลินิคได้

1.2 คะแนนการพูดเท็จ (Lie Score - L) มี 15 ข้อ ได้จากกลุ่มข้อคำถามที่ผู้ถูกทดสอบตอบในทางที่เกี่ยวกับตนเอง แต่ไม่ว่าจะเป็นการตอบจริงใจในทางที่ใด เช่นนั้นเป็นข้อคำถามที่อ้างอิงถึงทัศนคติและการปฏิบัติที่เป็นกานิยมทางวัฒนธรรม แต่ตรงข้ามกับความเป็นจริง

1.3 คะแนนความตรง (Validity Score - F) มี 64 ข้อ เป็นข้อคำถามที่แสดงถึงการปรับตัวไม่ดีในด้านความคิด และความเชื่อ รวมทั้งการปฏิเสธเรื่องของสังคม ซึ่งบ่งถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงปรารถนา ผู้ถูกทดสอบที่เป็นคนปกติมักจะได้คะแนนไม่สูงนักในมาตรนี้ หากผู้ตอบได้คะแนน F สูง อาจหมายถึงความคลาดเคลื่อนในการให้คะแนน ความไม่ระมัดระวังในการตอบ, มีความลำบากในการเข้าใจและการอ่านคำถาม การเสแสร้งแสดงท่า, หรือเป็นการบอกว่าคุณตอบมีพยาธิสภาพทางจิตใจและต้องการความช่วยเหลือ

1.4 คะแนนแก้ไข (Correction Score - K) มี 30 ข้อ เป็นคะแนนวัดทัศนคติในการตอบ ซึ่งเกี่ยวข้องกับคะแนน L และ F แต่เล็กซึ่งกว่า เป็นคะแนนวัดการใช้กลไกป้องกันตัวในการตอบ ฉะนั้น จะต้องบวกค่า K เพิ่มในบางมาตรคลินิคเพื่อให้เกิดความเที่ยงตรงที่เกิดจากความบกพร่องเนื่องจากการใช้กลไกป้องกันตัวในการตอบ คะแนน K ที่สูงบ่งบอกถึงการป้องกันตัวหรือพยายามในการสร้างทำดี คะแนน K ที่ต่ำอาจหมายถึงการเป็นคนเปิดเผยเกินไป การวิพากษ์วิจารณ์ตนเอง หรือการพยายามสร้างทำเลวอย่างจงใจ

2. มาตรฐานลักษณะอาการความเจ็บป่วยทางจิต ประสาท และลักษณะบุคลิกภาพหรือมาตรเชิงคลินิค (Clinical Scale) มี 10 มาตร ดังต่อไปนี้

2.1 มาตรการไฮโปครอนเดรียซิส (Hypochondriasis Scale : Hs) มี 33 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้วัดหรือใช้ประเมินความกังวลของบุคคลที่เอาใจใส่ต่อสุขภาพของร่างกายอย่างผิดปกติ

ผู้ที่ได้คะแนนสูง คือ พวกที่มีความวิตกกังวล หมกมุ่นครุ่นคิดและเคียดแค้นเกี่ยวกับสุขภาพของร่างกายเกินควร มักบ่นถึงความเจ็บปวด ความผิดปกติต่าง ๆ แต่หากความผิดปกติทางกายไม่พบ มีความขัดแย้งทางอารมณ์ จิตใจ และขาดความเข้าใจ ในพื้นฐานอารมณ์ มีลักษณะสับสน มองโลกในแง่ร้าย ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ คือ พวกที่มีความเข้าใจในพื้นฐานอารมณ์ และสามารถแก้ไขปัญหาคือได้อย่างเหมาะสม มีความรับผิดชอบ มีความพอเหมาะพอควร มองโลกในแง่ดี

2.2 มาตรการเดเพรสชั่น (Depression Scale : D) มี 60 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินคุณลักษณะความเศร้า ความท้อแท้ ไม่สบายใจ โดยแสดงออกในลักษณะที่มองชีวิตทั้งปัจจุบันและอนาคตในแง่ร้าย แสดงความหมกมุ่น ท้อแท้ และเห็นว่าตนเองไม่มีคุณค่า อ่อนแอ มีความคิดและการกระทำเชิงซ้ำ นอกจากนี้อาจแสดงออกโดยความปรารถนาที่อยากจะทำร้ายและคิดฆ่าตัวตาย

ผู้ที่ได้คะแนนสูง คือ พวกที่มีอารมณ์เศร้า รู้สึกไม่สบายใจ หมกมุ่น ท้อแท้ รู้สึกว่าตนเองไม่มีคุณค่า ไม่มีประโยชน์อะไร ไม่พึงพอใจในสภาพภาพของตนเอง ผิดหวัง ไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต ไม่มีกำลังใจ ขาดแรงจูงใจและความสนใจในการทำสิ่งต่าง ๆ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง มองโลกในแง่ร้าย เก็บตัว แยกตัวเองและอยากตาย

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ คือ พวกที่มีอารมณ์ร่าเริง กระตือรือร้น มองโลกในแง่ดี มีความเป็นตัวของตัวเอง เชื่อมั่นในตัวเอง ชอบตัดสินใจเอง มีการควบคุมตัวเอง ทำตามภาพพจน์ของตัวเอง มีความเข้าใจในปัญหาของตัวเอง และมีแรงจูงใจที่จะเปลี่ยนแปลงตัวเอง

2.3 มาตรการฮิสเทรี (Hysteria Scale : Hy) มี 60 ข้อ เป็นข้อคำถามที่ใช้ประเมินคุณลักษณะความเจ็บป่วยทางร่างกายที่มีได้มีสาเหตุจากร่างกาย แต่เป็นการแสดงออกของอาการเจ็บป่วย เมื่อมีความท้อแท้ทางจิตใจ ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคือได้ และต้องการหลีกเลี่ยงความรับผิดชอบ

ผู้ที่โตคะแนนสูง คือ พวกที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ เจ็บป่วยทางร่างกาย เวลาที่มีความเครียดทางจิตใจ ต้องการปฏิเสธ หลีกเลียงความรับผิดชอบ มีลักษณะความคิดและอารมณ์ไม่สมวัย พึ่งพาผู้อื่นเสมอ ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเอง มีความโหมเียงที่จะหึงงำและบ้ำจากผู้อื่น มีความระหือร้อน ชอบเรียกร้องความสนใจด้วยการแสดงออกต่าง ๆ และมักเอาแต่ใจตัวเอง ชอบเขาสังคม เขากับคนโตงายและมักถูกชักจูงโตงาย

ผู้ที่โตคะแนนต่ำ คือ พวกที่มีการสังคมนี มีลักษณะอบอุ่น เป็นมิตร ไม่หุนหันพลันแล่น มีความสุขุม เจ็บขมใจ เอาจริงเอาจัง มักสมยอม เชื่อฟัง ปล่อยให้ตามผู้อื่น

2.4 มาตรการไซโคแพทิก ดีวีเอท (Psychopathic Deviate Scale: Pd)

มี 50 ข้อ เป็นข้อคำถามใช้ลักษณะของความไม่รับผิดชอบ มีอารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ต่อต้านสังคม ไม่ยอมรับขนบธรรมเนียมประเพณี กฎเกณฑ์ของสังคมที่ตราไว้เป็นกฎหมาย มักทำผิดกฎหมายซ้ำ ๆ โดยไม่เกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ พฤติกรรมที่แสดงออกเป็นสิ่งที่สังคมไม่ยอมรับ มีความเห็นต่อการใช้การประทุษมิติกฎเกณฑ์ของสังคม มักมีปัญหากับบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่า

ผู้ที่โตคะแนนสูง คือ พวกที่ต่อต้านสังคม ไม่ยอมคล้อยตามและปฏิเสธไม่ยอมรับกฎเกณฑ์ทั่วไปของสังคม มีความขัดแย้ง ไม่ลงรอย โดยเฉพาะกับผู้มีอำนาจเหนือกว่าในสังคมและครอบครัว ไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์ ความผูกพันทางจิตใจที่ลึกกับผู้อื่น เพราะมีความไม่เป็นมิตร ก้าวร้าว ชอบใช้กำลังรุนแรงและแสดงอารมณ์โกรธ ก้าวร้าวโดยตรงขาดการควบคุมและสังคมนิไม่ยอมรับ เป็นคนหัวดี เอาแต่ใจตัวเอง มักทำตามแรงกระตุ้นของตัวเอง ขาดความรับผิดชอบ และมีความอดทนต่อความเครียด ความผิดหวังจำมาก

ผู้ที่โตคะแนนต่ำ คือ พวกที่หัวเก่า เชื่อถือ และรักษาระเบียบแบบแผนขนบธรรมเนียมประเพณี มีศีลธรรมจรรยา ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ทางสังคม มีความยับยั้งชั่งใจ ไม่ก้าวร้าว เก็บกักระงับความก้าวร้าวที่เองการแสดงออก สมยอม ชอบพึ่งพาคนอื่น มีความสนใจและความต้องการในสิ่งต่าง ๆ ค่อนข้างจำกัด

2.5 มาตรการความสนใจตามเพศชายหญิง (Masculinity - Femininity Scale: ME)

มี 60 ข้อ เป็นข้อคำถามใช้ลักษณะของการกระทำ ความประพฤติที่สอดคล้องกับบทบาททางเพศซึ่งแสดงออกในลักษณะของคานิยม หัตถคดี และความสนใจ รวมทั้งเป็นกระบวนการเลียนแบบทางการพัฒนาเอกลักษณ์ของตนเองต่อสังคมว่ามีความผิดปกติ หรือมีความบกพร่องหรือไม่

ผู้ชายที่ไคคะแนสูง คือ พวกที่มีความสนใจแบบผู้หญิงในตัว มีนิสัยเหมือนผู้หญิง จุกจิก จู้จี้ อ่อนไหว มีความสนใจในเรื่องความสวยงาม อักษรศาสตร์ วัฒนธรรม วรรณกรรม การประพันธ์ มักจะฉลาด มีจินตนาการ ปรับตัวได้ดี มีความอยากหรืออยากเห็น สัมยอม และ เก็บกักระงับการแสดงอารมณ์

ผู้ชายที่ไคคะแนต่ำ คือ พวกที่มีความสนใจแบบเพศชายในตัวเอง มีความก้าวร้าว กลาหาญ อดทน ชอบการผจญภัย การเสี่ยง ทำอะไรแบบไม่มีพิธีรีตองและมักหุนหันพลันแล่น

ผู้หญิงที่ไคคะแนสูง คือ พวกที่มีความสนใจแบบผู้หญิงมาก ยอมรับบทบาททางเพศของตนเอง อ่อนไหว ถ่อมตน สงบเสงี่ยม ขวยอาย สัมยอม ไม่ก้าวร้าว ชอบพึ่งพาคนอื่น ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง จิตใจอ่อนแอ

ผู้หญิงที่ไคคะแนต่ำ คือ พวกที่มีความสนใจแบบชาย ชอบการผจญภัย การแข่งขัน ไม่พอใจในบทบาททางเพศของตัวเอง ตีอรั้ง ก้าวร้าว หุนหันพลันแล่นมีความเชื่อมั่นในตัวเอง และมีความสามารถในการกล้าแสดงออก

2.6 มาตรการanoia (Paranoia Scale: Pa) มี 40 ข้อ เป็นข้อคำถาม ใช้ลักษณะความคิดในรูประวาง มีความคิดที่ผิดไปจากความเป็นจริง มีการแปลความหมายของ ประสบการณ์อย่างไม่ถูกต้อง มีความหลงผิดคิดว่าคนอื่นจะมาทำร้ายตนเอง ไวต่อความรู้สึกมากเกินไป

ผู้ที่ไคคะแนสูง คือ พวกที่มีความคิดระวาง มีความไม่เป็นมิตร ไม่ไว้วางใจ ระมัดระวัง สงสัยในท่าทีของบุคคลในสังคม ปองกันตนเองมากเกินไป ชอบบิดบังซ่อนเร้น ไม่แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเอง มีความรู้สึกไวมากเกินไปต่อท่าทีของคนอื่นในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และส่วนมากมักจะเข้าใจผิดในท่าทีความเป็นมิตรของผู้อื่น มีความเชื่อแบบ ยึดมั่น ไม่ค่อยยืดหยุ่นในเรื่องความคิดเห็นและทัศนคติ มีความรู้สึกอิจฉา ไม่พอใจขุ่นเคือง มีแนวโน้มชอบโทษคนอื่น มีมื่ออะไรที่ไม่ดีเกิดขึ้น มีความคิดหลงผิดไปจากความเป็นจริง

ผู้ที่ไคคะแนต่ำ คือ พวกที่มีความเชื่อใจคนอื่น มีความเป็นมิตร ยอมรับความเจ็บช้ำ มีความคิดและอารมณ์สมวัย มีวุฒิภาวะ มีความรับผิดชอบ มีสติ มีความสุขุม อารมณ์เร่าแรง

2.7 มาตรการไคสเทเนีย (Psychasthenia Scale: Pt) มี 48 ข้อ

เป็นข้อคำถามใช้ลักษณะของการย้ำคิดย้ำทำ มีความกลัวอย่างผิดปกติ มีความรู้สึกผิด ซากสมาธิในการทำงาน ไม่สามารถตัดสินใจ ย้ำคิดในความวิตกกังวล ไม่มีความมั่นใจ ซากความมั่นใจในตัวเอง สงสัยในความสามารถของตน

ผู้ที่ได้คะแนนสูง คือ พวกที่มีความวิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ กลัวอย่างไม่เหมาะสมกับเหตุผล สงสัยมากเกินไป ทำให้เดือดร้อน มีความรู้สึกผิด คำหับตัวเอง หวาดหวั่นไม่มั่นคง กระวนกระวาย ซากสมาธิในการทำงาน มีความไม่แน่ใจ ลังเล ไม่สามารถตัดสินใจได้ มีความเกรียดย อารมณ์ถูกกระตุ้นได้ง่าย หงุดหงิด ฟื้นฟู อดใจง่าย รู้สึกไม่มั่นใจในตัวเอง สงสัยในความสามารถของตน

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ คือ พวกที่มีการควบคุมตัวเอง สงบ สุขุม ทำอะไรตามสบายไม่เกรงเกรียดย ไม่วิตกกังวล ใจเย็น อารมณ์ดี มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีความเห็นตัว ไม่เฉื่อยชา

2.8 มาตรฐานจิตเภท (Schizophrenia Scale: Sc) มี 78 ข้อ เป็นข้อคำถามใช้ลักษณะที่มีความคิดหรือการกระทำที่ผิดปกติ มีพฤติกรรมแปลก ๆ ที่ยากแก่การเข้าใจ มีความคิดผิด ๆ มีลักษณะของความเย็นชา ท่าทางปราศจากความรู้สึกไม่สามารถจะเปลี่ยนอารมณ์หรือพฤติกรรมได้

ผู้ที่ได้คะแนนสูง คือ พวกที่มีความคิดผิดปกติ สับสนทางความคิด มีความขัดแย้งภายในจิตใจ การตัดสินใจไม่ดี มีความลำบากในการปรับตัวทางสังคม ลำบากในเรื่องของคำพูดในการติดต่อกับคนในสังคม มีมึนต้อย ไม่พอใจตัวเอง มีความคิดเพ้อฝัน มีความลำบากในการแสดงความรู้สึกออกมา มีอารมณ์แยกตัวเองถดถอยออกจากสังคม ขาดความสนใจ ไม่ชวนคล้อยตาม มีลักษณะของความเย็นชา ท่าทางปราศจากความรู้สึก มักจะหลบหนีในการเผชิญกับความเป็นจริง

ผู้ที่ได้คะแนนต่ำ คือ พวกที่ควบคุมตัวเอง สมยอม สุขุม ยอมรับสิ่งที่มีความน่าจเหนือกว่า ไม่ค่อยมีความคิดที่เป็นนามธรรม เป็นพวกที่ทำอะไรไปตามความเป็นจริง เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติได้จริง ๆ มีความคิดหัวเก่า เชื่อถือระเบียบแบบแผน มีความรับผิดชอบ

2.9 มาตรฐานไฮโปแมนเนีย (Hypomania Scale: Ma) มี 46 ข้อ เป็นข้อคำถามใช้วัดความผิดปกติทางตำอารมณ์โดยเฉพาะ ลักษณะสำคัญของความผิดปกติ คือ มีความเคลื่อนไหว และการกระทำมากกว่าปกติ มีความเห็นเด่นทางอารมณ์มาก และมีความคิดสับสน

ผู้ที่ใค้คะแนนสูง คือ พวกที่มีความกระตือรือร้น ว่องไว ไม่อยู่นิ่งกระวนกระวาย มีการเคลื่อนไหวและประกอบกิจกรรมมาก มีอารมณ์ตื่นเต้น ร่าเริง เบิกบานใจมากเกินไปแต่ไม่คงที่มีอารมณ์ไม่มั่นคง ถูกกระตุ้นได้ง่าย เปลี่ยนแปลงได้ง่าย อารมณ์เสียได้ง่าย เวลาที่มีอารมณ์จะแสดงอารมณ์ออกแบบหลุนพลาน หุนหันพลันแล่น ซาดการควบคุมยั้งคิด มีพลังงานสูง มองโลกในแง่ดี

ผู้ที่ใค้คะแนนต่ำ คือ พวกที่มีความมั่นคงทางอารมณ์ มีการเก็บกต ควบคุมอารมณ์ มีวุฒิภาวะ มีความสุขุม ยั้งยั้ง มีสติ มีความตื่นตัว ปรับตัวได้ดี ชอบการปฏิบัติ

2.10 มาตรการเก็บตัวทางสังคม (Social Introversion Scale : SI) มี 70 ข้อ เป็นข้อคำถามใช้คุณลักษณะที่เกี่ยวข้องกับสังคม เป็นลักษณะเก็บตัวโดยพิจารณาจากระดับความคิด การเข้าร่วมในสังคม และการแสดงออกของอารมณ์ เช่น รู้สึกตนเองแยกออกจากสังคม และสิ่งแวดลอม หรือขาดความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม

ผู้ที่ใค้คะแนนสูง คือ พวกที่มีลักษณะ Introvert คือ มีลักษณะเก็บตัว แยกตัวเอง ซ้ำาย ไม่ชอบสังคม ไม่กล้าแสดงออกทางสังคม มีความไม่สบายใจ กังวลใจ เมื่อมีการติดต่อกับคนในสังคม มีความพอใจที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมทางสังคม มีระเบียบแบบแผน คิดว่าตนเองมีปมด้อย ถูกตัวเอง ซาดความเชื่อมั่นในตัวเอง อารมณ์ไม่มั่นคง อ่อนไหว

ผู้ที่ใค้คะแนนต่ำ คือ พวกที่มีลักษณะ Extrovert มีลักษณะอบอุ่น ชอบสังคม ชอบหมู่คณะ อยุ่รวมเป็นกลุ่ม กระตือรือร้น มีความคล่องตัว กล้าแสดงออกในสังคม ซ่างทุก ปรับตัวเข้ากับผู้อื่นได้ดี ให้ความร่วมมือกับคนอื่น มักชอบจัดการในเรื่องของสังคม ชอบเสี่ยงและชอบแข่งขันในทางสังคม

ความเที่ยงตรงของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ

แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ เป็นแบบทดสอบทางจิตวิทยาที่สำคัญชิ้นหนึ่ง โดยที่การนำไปใช้และการแปลผลมีความเที่ยงตรงมาก

เอลเลียส (Ellis 1974 : 385-440) กล่าวว่า ค่าความเที่ยงตรงของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ สูงกว่าแบบทดสอบบุคลิกภาพชนิดอื่น และผู้ที่ทำแบบทดสอบใค้คะแนนในมาตราใค้สูง จะมีลักษณะสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางจิตเวช

กาลวิน และแมคคอนเนล (Calvin and McConnel, in Ellis, 1974 : 385-440) ได้ศึกษางานวิจัย 80 ชิ้น เกี่ยวกับการศึกษาความแตกต่างทางสภาพจิตใจโดยใช้แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ซึ่งผลการวิจัยพบว่ามีถึง 70 ชิ้น ที่แสดงให้เห็นว่าแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ สามารถจำแนกความแตกต่างระหว่างกลุ่มได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ

กัลลัชชี (Gallucci 1987 : 137-139) ได้ศึกษาค่าความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ โดยศึกษาในผู้ป่วยนอกที่มารับการบำบัดที่ Mental Health Clinic ที่ Southwest Louisiana ในปี 1984-1985 จำนวน 82 คน เป็นชาย 35 คน หญิง 47 คน อายุอยู่ในระหว่าง 13-18 ปี ศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มควบคุมที่เป็นคนปกติในจำนวนเท่ากัน โดยใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (Test-Retest) และหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation Coefficient) ได้ผล ดังนี้

	กลุ่มผู้ป่วยนอก	กลุ่มควบคุม
มาตรคะแนนการพูดเท็จ (L)	.52	.57
มาตรคะแนนความตรง (F)	.72	.77
มาตรคะแนนแก้ไข (K)	.59	.62
มาตรไฮโปครอนเดรียซิส (Hs)	.67	.77
มาตรดีเพรสชัน (D)	.63	.73
มาตรฮิสทีเรีย (Hy)	.35	.75
มาตรไซโคแพติก ดิวิเอท (Pd)	.52	.77
มาตรความสนใจตามเพศชายหญิง (MF)ชาย	.65	.66
หญิง	.45	.51
มาตรพارانอยด์ (Pa)	.61	.66
มาตรไซแกสเทนเนีย (Pt)	.73	.81
มาตรจิตเภท (Sc)	.72	.71
มาตรไฮโปแมเนีย (Ma)	.56	.66

กลุ่มผู้ป่วยนอก กลุ่มควบคุม

มาตรการเก็บตัวทางสังคม (S1)

.74

.77

งานวิจัยเกี่ยวกับแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ

มีการศึกษาบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ วัตสัน นี้ คือ การศึกษามาตรทางคลินิกที่พบในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ในปี 1963 มีล (Meehl, in Welsh and Dahlstrom, 1963 : 415-418) ได้ศึกษาสัมพันธภาพคะแนนของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นครั้งแรก จำนวน 27 คน ผลปรากฏว่า คะแนนของมาตรคลินิก พارانอยด์ (Pa), ไฮแคสเทเนีย (Pt), จิตเภท (Sc) และไฮโปแมเนีย (Ma) มีคะแนนสูงกว่าคะแนน T ที่ 70 และสูงกว่าคะแนนของมาตรไฮโปครอนเดรียซีส์ (Hs), ดีเพรสชั่น (D) และฮีสทีเรีย (Hy) นอกจากนั้นคะแนนของมาตรจิตเภทสูงกว่าคะแนนของทุกมาตรอย่างเด่นชัด เช่นเดียวกับกิลเบอร์สตัดด์ และ คูเกอร์ (Gilberstadt and Kuder, in Lachar, 1983 : 59-60) ได้ศึกษาสัมพันธภาพคะแนนของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ในผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ใน Veterans Administration Hospital จำนวน 22 คน แล้วพบว่า คะแนนในมาตร จิตเภท (Sc), ไฮแคสเทเนีย (Pt), และดีเพรสชั่น (D) สูงเกินคะแนน T ที่ 90 มาตรไฮโปครอนเดรียซีส์ (Hs) และฮีสทีเรีย (Hy) สูงเกินคะแนน T ที่ 70 และมาตรการเก็บตัวทางสังคม (S1) สูงกว่ามาตรไฮโปแมเนียและสูงเกินคะแนน T ที่ 70 ซึ่งจากคะแนนสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะความคิดแตกแยก คิดแปลก ๆ และผิดจากความเป็นจริง มีอารมณ์เศร้า กลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกาย เก็บตัว แยกตัวเอง และรู้สึกไม่มั่นคง

บลัมเบิร์ก (Blumberg 1967 : 96-99) ได้ศึกษามาตรคะแนนความตรง คือ มาตร F ของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ว่าเป็นเครื่องชี้ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิตใจ โดยทำการศึกษาในผู้ป่วยโรคจิต พบว่าคะแนนของมาตร F สูงเกินคะแนน T ที่ 70 ซึ่งแสดงว่ามีความลำบากในการเผชิญกับความเป็นจริง และแสดงถึงการไขว่คว้าป้องกันตัวเองที่ไม่ได้ผล

นอกจากนั้น ทริมโบลี และ กิลเกอร์ (Trimboli and Kilgore 1983 : 614-625) ได้ทำการศึกษาบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยการใช้แบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ พบว่า

มีคะแนนสูงในมาตรคลินิคไฮโคแพทิก ดิวเอท (Pd), พารานอยด์ (Pa), ไฮแกสเทเนี่ย (Pt), จิตเภท (Sc) ไฮโปแมเนี่ย (Ma) และการเก็บตัวทางสังคม (S1) โดยเฉพาะมาตรจิตเภทจะสูงกว่ามาตรอื่น ๆ เขาสรุปไว้ว่าผู้ป่วยมีความกระวนกระวาย อยู่ไม่นิ่ง ไม่สบายใจ และแยกตัว มีความคิดฟุ้งซ่าน และไม่สามารถจัดการกับความฟุ้งซ่านของความคิดได้ พยายามที่จะสร้างโลกขึ้นมาใหม่ มีความหลงผิดแปลก ๆ มีการตัดสินใจไม่ดี และขาดความเป็นตัวของตัวเอง จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นได้รับการสนับสนุนจากวอลเตอร์ (Walters 1984 : 390) ที่ศึกษาดังการจำแนกโรคจิตเภทโดยการใช้มาตรทางคลินิคที่ 8 (Schizophrenia) คือ มาตรจิตเภท (Sc) ของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ เพื่อคุณลักษณะความคิดเชิงจิตเภทในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มผู้ป่วยทางจิตเวชแต่ไม่ใช่โรคจิตเภท และกลุ่มผู้ป่วยที่มีลักษณะแบบจิตเภท แต่ยังไม่ไดวินิจฉัยว่าเป็นจิตเภทโดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยไม่เรื้อรังในโรงพยาบาลจิตเวช จำนวนกลุ่มละ 38 คน ผลการศึกษานี้พบว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทโตคะแนนเฉลี่ยจากมาตรทางคลินิคที่ 8 สูงกว่าอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับกลุ่มอื่น ๆ ก็ได้มีการศึกษาของนิวมาร์ค

(Newmark 1983 : 170-171) ที่ศึกษามาตรคลินิค Sc (Schizophrenia) ในการช่วยประเมินผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น โดยศึกษาผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น 89 คน เป็นชาย 46 คน หญิง 43 คน อายุระหว่าง 14-19 ปี ที่รับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกเปรียบเทียบกลุ่มปกติที่ไม่มีความแตกต่างทางอายุ เพศ การศึกษา ซึมเศร้าทางสังคมมากนัก ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบหลังการรักษา 4-6 วัน มีผู้ป่วยชาย 16 คน และหญิง 17 คน ที่ไม่ให้ความร่วมมือ ผลการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจิตเภทโตคะแนนของมาตร Sc สูงกว่าคะแนน T ที่ 100 และสูงกว่ากลุ่มคนปกติ และนิวมาร์ค (Newmark 1983 : 170-171) ยังศึกษาคะแนนของมาตร Sc ในการแยกแยะผู้ป่วยจิตเภทจากผู้ป่วยอื่น ๆ โดยเปรียบเทียบกับผู้ป่วยโรคประสาท และผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนพบว่าคะแนนของมาตร Sc ของผู้ป่วยจิตเภทสูงกว่าผู้ป่วยอีก 2 กลุ่มอย่างมีนัยสำคัญและสอดคล้องกับการศึกษาของปีเตอร์สัน (Petersen, in Lanyon 1968 : 18) ที่ศึกษาเปรียบเทียบคะแนนของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและคนปกติ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนในมาตรคลินิคทุกมาตรสูงกว่าคนปกติ และเขาได้สรุปไว้ว่ามาตรคลินิคที่ใช้วินิจฉัยโรคจิตเภท คือ มาตร Pa, Pt และ Sc

เช่นเดียวกัน อิชแมน (Eichman, in Lanyon, 1968 : 16) ได้ศึกษาเปรียบเทียบ

ผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิง กับผู้ป่วยโรคประสาทชายและหญิง ในโรงพยาบาลจิตเวชโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 56 คน มีอายุเฉลี่ย 34 ปี และกลุ่มผู้ป่วยโรคประสาท จำนวน 33 คน มีอายุเฉลี่ย 37 ปี ให้ผู้ป่วยทำแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ แล้วพบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีคะแนนมาตร **F, Pa, Sc, Ma** สูงกว่าผู้ป่วยโรคประสาทชายและมีคะแนนในมาตร **Hs, D, Hy** ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคประสาทชาย ส่วนผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีคะแนนในมาตร **F, Pa, Sc** สูงกว่าผู้ป่วยโรคประสาทหญิง แต่มีคะแนนในมาตร **Hs, D, Hy** และ **Pt** ต่ำกว่าผู้ป่วยโรคประสาทหญิง

นอกจากนี้ เอ็ดเดล (Edell 1987 : 163-173) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ของกลุ่มอาการพวก **Borderline Syndrome Disorder** กับผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งมีอาการเริ่มต้น (**Early Schizophrenia**) ใ้รับการวินิจฉัยตาม **DSM-III** มารับการรักษาใน **UCLA Mental Health Clinic** โดยใช้แบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ กลุ่มอาการพวก **Borderline Syndrome Disorder** มีลักษณะ ดังนี้

กลุ่ม 1 ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Borderline** มีลักษณะหุนหันพลันแล่น มีความโกรธ อารมณ์ไม่มั่นคง มีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง มีความอดทนต่อความเครียดต่ำ จำนวน 51 คน

กลุ่ม 2 ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Schizotypal** มีอาการกำกวมกับโรคจิตเภท มีลักษณะความคิดแปลก ๆ แยกตัวเองออกจากสังคม อารมณ์เกรงเครียด วิตกกังวล สงสัย จำนวน 14 คน

กลุ่ม 3 ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพผสมของบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Borderline** และ **Schizotypal** จำนวน 17 คน

โดยศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งมีอาการเริ่มต้น จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุมที่เป็นคนปกติ จำนวน 20 คน โดยกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติดังนี้ คือ มีอายุระหว่าง 17-50 ปี ไม่มีประวัติว่าเป็น **O.B.S.** จิตประสาทเสียดสี ปัญญาอ่อน ลมชัก และไม่มีประวัติการรักษาด้วย **ECT** ในระยะเวลา 6 เดือน ผลการศึกษาปรากฏว่า

1. กลุ่มผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวน **Borderline** มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Schizotypal** และผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งมีอาการเริ่มต้นในคะแนนของมาตร **D, Hy, Pt** และ **Sc**

2. กลุ่มผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนผสมของชนิด **Borderline** และ **Schizotypal** ไม่

มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนในมาตราคลินิกกับผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งมีอาการ เริ่มต้น

3. กลุ่มผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Borderline** มีคะแนนสูงในมาตรา **D, Sc, Pt** ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยมีบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Schizotypal** มีคะแนนสูงในมาตรา **Sc, D, Pt** ตามลำดับ กลุ่มผู้ป่วยมีบุคลิกภาพผสมชนิด **Borderline** และ **Schizotypal** มีคะแนนสูงในมาตรา **Sc, D, Pd** ตามลำดับ และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งมีอาการ เริ่มต้นมีคะแนนสูงในมาตรา **Sc, Pa, D,** และ **Pd** ตามลำดับ

4. กลุ่มผู้ป่วยอาการ **Borderline Syndrome Disorder** และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งมีอาการ เริ่มต้น มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญของคะแนนในทุกมาตราคลีติกกับกลุ่มคนปกติ

ผลการศึกษารังนี้สนับสนุนการศึกษาของ บารอน และคณะ (Baron, et al. 1985 : 927-934) ที่ศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Schizotypal** และ **Borderline** กับผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ และพบว่าผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Schizotypal** มีอาการคล้ายผู้ป่วยจิตเภทมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนชนิด **Borderline** และผู้ป่วยบุคลิกภาพชนิด **Schizotypal** มีคะแนนสูงในมาตรา **Sc, D, Pt** สูงรองลงไป คือ มาตรา **Pa** และ **Si** ซึ่งมีพื้นฐานคะแนนคล้ายผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนสูงในมาตรา **Sc, Pt, Pa, D, Pd** และ **Si** เช่นกัน

สำหรับการศึกษาโรคจิตเภทกับกรรมพันธุ์อัน แฮร์ และคณะ (Haier, et al. 1978 : 171-175) ได้ศึกษา เรื่องการประเมินพยาธิสภาพทางจิตใจในบุตรบุญธรรมของผู้ป่วยจิตเภทในประเทศเดนมาร์กโดยใช้แบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ กลุ่มตัวอย่างได้คัดเลือกจากบุตรบุญธรรมที่ได้รับการจดทะเบียนจากจำนวนเกือบ 5,500 คน ในระหว่างปี 1924-1947 อายุระหว่าง 20-25 ปี ได้รับการดูแลโดยพ่อแม่บุญธรรม ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มที่ 1 เป็นกลุ่มที่ต้องการศึกษา คือ บุตรบุญธรรมที่ได้รับการดูแลโดยพ่อแม่บุญธรรมที่มีประวัติป่วยเป็นโรคจิตเภท และได้รับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในเดนมาร์ก

กลุ่มที่ 2 เป็นกลุ่มควบคุม คือ บุตรบุญธรรมที่ได้รับการดูแลโดยพ่อแม่บุญธรรมที่ไม่มีประวัติป่วยเป็นโรคจิตเภท

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างได้กลุ่มละ 64 คน เป็นชาย 29 คน หญิง 35 คน ที่ไม่แตกต่างกันมากในด้านอายุ เพศ ชนชั้นทางสังคม ปรากฏว่าพบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ใน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับคนปกติ

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชาย และผู้ป่วยจิตเภทหญิง ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาและโรงพยาบาลศรีธัญญา ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2529 ถึง สิงหาคม 2530 จำนวนกลุ่มละ 50 คน โดยมีเกณฑ์คัดเลือก ดังนี้

1.1 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษาในฐานะเป็นผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยในเป็นครั้งแรก โดยไม่เคยรักษาแบบผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลอื่นมาก่อน

1.2 เป็นผู้ป่วยในเข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยสามัญ

1.3 อายุอยู่ในระหว่าง 16 ถึง 35 ปี เพราะพบว่าโรคจิตเภทมักเกิดก่อนอายุ 40 ปี และมักเป็นในวัยรุ่นและวัยหนุ่มสาว

1.4 มีระดับการศึกษาตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา (ประถม 6) ขึ้นไป สามารถอ่านออกเขียนได้

1.5 ไม่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ ว่ามีความผิดปกติชนิดจิตเภท (Schizophrenia) เท่านั้น และเพิ่งเริ่มเป็น ไม่ใช่เป็นเรื้อรังมานานแล้ว ไร้อาการปัญหาอาชญากรรมหรือโรคซึมเศร้า ในรายที่มีข้อสงสัยหรือไม่แน่ใจในการวินิจฉัย จะไม่คัดเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

1.6 อาการทางจิตอยู่ในระยะสงบ ไม่อยู่ในภาวะที่สับสนวุ่นวายจนเกินไป ผู้ป่วยสามารถพูดคุยรู้เรื่อง ตอบตรงคำถาม มีสมาธิ มีความตั้งใจ และให้ความร่วมมือได้

2. กลุ่มคนปกติเพศชายและเพศหญิง จำนวนกลุ่มละ 50 คน ใดก็ได้ บุคคลทั่วไปที่ไม่มีความผิดปกติ เป็นโรคจิต โรคประสาท โดยมีระดับอายุ การศึกษา และเศรษฐกิจและสังคมใกล้เคียงกับกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว เพื่อใช้สำรวจข้อมูลทั่ว ๆ ไปของผู้รับการสำรวจมีคำถามเกี่ยวกับลักษณะทางสังคมและครอบครัว ได้แก่ เพศ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน สถานภาพการสมรส ภูมิลำเนาเดิม ลำดับการเกิด จำนวนพี่น้อง บุคคลที่สนิทที่สุดในครอบครัว สัมพันธภาพของพ่อแม่ สัมพันธภาพกับพ่อ สัมพันธภาพกับแม่ และประวัติการป่วยเป็นโรคจิตโรคประสาทในอดีต

2. แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ (MMPI : The Minnesota Multiphasic Personality Inventory) สร้างโดย ฮาร์ทเธเวย์ และแมคคินเลย์ (Starke R. Hathaway and J. Charnley Mckinley) ซึ่ง พ.ท. หลุยส์ ละออ พงษ์พานิช แห่งโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า ได้แปลเป็นภาษาไทย

การหาความเที่ยงตรงและความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ

แบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ เป็นแบบทดสอบที่มีมาตรฐานแน่นอนและมีความเป็นปรนัย ซึ่งเป็นที่ยอมรับกันอย่างกว้างขวาง ทั้งในด้านการแพทย์ การศึกษา การแนะแนว เป็นต้น ที่สำคัญคือ การใช้ได้แพร่หลายออกไปหลายประเทศ ปัจจุบันมีการแปลคัดแปลง และปรับปรุงแบบทดสอบ ฉบับดั้งเดิมเพื่อนำไปใช้มากกว่า 32 ภาษา (ละออ พงษ์พานิช 2524 : 1)

การหาความเที่ยงตรงของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ โดยผู้แปลได้ใช้วิธีการแปลกลับ (Back-translation Method) ซึ่งเป็นการทำงานร่วมกันระหว่างผู้ที่ใช้ 2 ภาษาได้ คือ ภาษาไทยและอังกฤษ วิธีการเริ่มจากผู้แปลและเพื่อนคนไทยคนหนึ่งที่ใช้ 2 ภาษาได้แปลแบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ เป็นภาษาไทย โดยแปลคนละฉบับไม่เกี่ยวข้องกัน เมื่อต่างคนแปลเรียบร้อยแล้ว ประชุมกันเป็นฉบับเดียว โดยนำภาษาไทยทั้ง 2 ฉบับมาเปรียบเทียบกัน ตรวจสอบข้อความของเนื้อหาว่าตรงกันหรือไม่ ถ้าข้อความใดตรงกันก็เป็นอันใช้ได้ แต่ถ้าไม่ตรงกันก็จะจดรวมกันแก้ไข จนกระทั่งข้อความที่ผู้แปลทั้งสองเห็นพ้องตรงกัน จึงถือว่าเป็นฉบับแปลที่ใช้ได้ในขั้นแรก ชั่วคราวไปผู้แปลที่หาคนไทยที่ใช้ 2 ภาษาได้อีก 2 คน แปลภาษาไทยฉบับที่ได้นั้นกลับเป็นภาษาอังกฤษ โดยทั้ง 2 คน ต่างคนต่างแปลไม่เกี่ยวข้องกัน จากนั้นก็จะได้แบบทดสอบฉบับภาษาอังกฤษ 2 ฉบับ และในขั้นนี้เองที่

Dr. Butcher หัวหน้าแผนกจิตวิทยาคลินิกมหาวิทยาลัยมินนิโซตา และประธานของงาน

วิจัยแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที โอ ระหว่างชาติ จะเป็นผู้ตรวจความนับแปลกลับเป็นภาษาอังกฤษ
ทั้ง 2 ฉบับนี้ จะมีเนื้อหาตรงตามต้นฉบับภาษาอังกฤษฉบับเดิมหรือไม่โดยถือหลัก 3 ประการ คือ

1. แต่ละข้อความในฉบับแปลเป็นภาษาอังกฤษทั้ง 2 ฉบับ มีความหมายตรงกัน
2. ข้อคำถามใหม่มีเนื้อหาตรงกับความหมายของฉบับภาษาอังกฤษฉบับดั้งเดิม
3. การคัดแปลงเนื้อหาบางข้อความที่จำเป็น ให้สอดคล้องกับภาษาและวัฒนธรรมไทย

มีความเป็นไปได้ และได้รับการยอมรับว่าใช้แทนข้อความเดิมได้จริง

หากข้อความฉบับแปลภาษาอังกฤษทั้ง 2 ฉบับ เป็นไปตามหลักทั้ง 3 ข้อนี้ ก็เป็นอันว่าข้อความ
นั้นใช้ได้ แต่ถ้าไม่เป็นไปตามหลักเกณฑ์ข้างไว้ **Dr. Butcher** จะอธิบายความหมายของการและ
ถูกต้องให้ ผู้เขียนก็ต้องปรับปรุงข้อความภาษาไทยเฉพาะข้อผิดนั้น ๆ แล้วหากภาษาไทยที่ใช้ 2 ภาษา
ได้อีก 2 คน ที่ไม่ซ้ำคนเดิม แปลภาษาไทยที่แก้แล้วนั้นเป็นภาษาอังกฤษตามวิธีการเดิมคือ ต่างคน
ต่างแปล แล้วนำข้อความแปลภาษาอังกฤษที่ได้นั้นนั้น ส่งให้ **Dr. Butcher** ตรวจสอบอีกครั้งหนึ่ง
ถ้าเป็นไปตามหลักเกณฑ์เป็นอันใช้ได้ แต่ตามข้อผิดพลาดที่ใช้วิธีการเดิม คือ ปรับปรุงภาษาไทย
แล้วหากแปลเป็นภาษาอังกฤษและส่งตรวจด้วยวิธีการเดิม ทำไปเรื่อย ๆ จนกว่าจะได้ออกข้อความที่
ถูกต้องตามวิธีการดังกล่าวทุกข้อ จึงจะถือว่าได้ออกข้อความภาษาไทยที่ถูกต้องสมบูรณ์ตามเนื้อหาตรงกับ
ฉบับเดิม (ละออ พงษ์พาณิชย์ 2524 : 2)

สำหรับการหาความ เชื่อถือได้ของแต่ละมาตราทางคลินิกของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที โอ
ในครั้งนี้ได้ศึกษาคุณสมบัติของบุคคลและกลุ่มคนปกติ กลุ่มละ 10 คน โดยมีเพศชายและเพศหญิงอย่างละ
5 คน ใช้วิธีการทดสอบซ้ำ (**Test-Retest Reliability**) และใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์
ของ **Pearson** ในการคำนวณ ดังนี้ (ชูศรี วงศ์รัตน์ 2527 : 322)

$$r_{XY} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2][N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

r_{XY} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการตอบแบบทดสอบ 2 ครั้ง

N = จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบ

X = คะแนนการตอบแบบทดสอบ ครั้งที่ 1

Y = คะแนนการตอบแบบทดสอบ ครั้งที่ 2

$\Sigma X, \Sigma Y$ = ผลรวมของคะแนนการตอบแบบทดสอบแต่ละครั้ง

ΣXY = ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนการตอบแบบทดสอบครั้งที่ 1 และ 2

ไต่ถามความเชื่อถือได้ ดังนี้

	กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มคนปกติ
มาตรคะแนนการพูดเท็จ (L)	.63	.54
มาตรคะแนนความตรง (F)	.78	.66
มาตรคะแนนแก้ไข (K)	.63	.59
มาตรไฮโปครอนเดรียซิส (Ho)	.70	.68
มาตรดีเพรสชั่น (D)	.56	.86
มาตรฮีสทีเรีย (Hy)	.62	.62
มาตรไฮโปเทติก คิวเอท (Pd)	.58	.67
มาตรความสนใจตามเพศชายหญิง (ME)	.61	.83
มาตรพาราโนยด์ (Pa)	.71	.53
มาตรไฮแคสเทเนีย (Pt)	.76	.69
มาตรจิตเภท (Sc)	.68	.64
มาตรไฮโปแมเนีย (Ma)	.68	.76
มาตรการเก็บตัวทางสังคม (Si)	.78	.62

วิธีการตอบแบบทดสอบ

กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยจิตเภท จะให้ตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวและแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ เป็นกลุ่มละไม่เกิน 3 คน โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการให้พร้อมทั้งอ่านคำถามของแบบทดสอบบุคลิกภาพให้ผู้ป่วยฟัง โดยไม่มีการอธิบายเพิ่มเติม แล้วจึงให้ผู้ป่วยตอบโดยทำเครื่องหมายลงในกระดาษคำตอบ คือ ถ้าเห็นควยให้ขีดในช่องใช่ ถ้าไม่เห็นควยให้ขีดในช่อง ไม่ใช่ และถ้าไม่แน่ใจก็ให้เว้นไว้ ส่วนกลุ่มคนปกติผู้วิจัยขอความร่วมมือในการทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวและแบบทดสอบบุคลิกภาพ โดยผู้วิจัยอธิบายวิธีการให้และผู้ตอบทำด้วยตนเอง

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยการในกลุ่มตัวอย่างตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว และแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ โดยตอบแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัวก่อน แล้วหลังจากนี้จึงทำแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ซึ่งเป็นแบบทดสอบที่ให้ผู้ตอบเลือกตอบด้วยตนเอง แล้วจากนั้นผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลทั้งหมดมาคิดคะแนน เพื่อการวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

ระยะเวลาของการเก็บรวบรวมข้อมูล

ช่วงเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล เริ่มตั้งแต่เดือนธันวาคม 2529 ถึง สิงหาคม 2530

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยรวบรวมข้อมูลจากแบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว และแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ ดังนี้

1. ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ การศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ ต่อเดือน สถานภาพการสมรส ภูมิสำเนา ลำดับการเกิด จำนวนพี่น้อง บุคคลที่สนิทที่สุดในครอบครัว สัมพันธภาพของพ่อแม่ สัมพันธภาพกับพ่อ สัมพันธภาพกับแม่ และประวัติการป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทในอดีต นำมาแจกแจงความถี่ และคำนวณโดยใช้ตารางดังนี้

2. ค่ามัธยฐานเฉลี่ย (Mean) ของคะแนนในแต่ละมาตราทางคลินิกของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ในแต่ละกลุ่มที่ศึกษา โดยใช้สูตร

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

\bar{X} = คะแนนเฉลี่ย
 $\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N = จำนวนคนในกลุ่ม

3. ค่ามัธยฐานเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ของคะแนนในแต่ละมาตราทางคลินิกของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ในแต่ละกลุ่มที่ศึกษา โดยใช้สูตร

(ชุตี วงศ์วัชระ 2527 : 74)

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

$S.D.$ = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
 $\sum X^2$ = ผลรวมกำลังสองของคะแนนแต่ละตัว
 $\sum X$ = ผลรวมของคะแนนทั้งหมด
 N = จำนวนคนในกลุ่ม

4. เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนในแต่ละมาตราทางคลินิกของแบบทดสอบบุคลิกภาพ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ระหว่าง

- 4.1 กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท พscy และผู้ป่วยจิตเภท พscy
- 4.2 กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท พscy และกลุ่มคนปกติ พscy
- 4.3 กลุ่มผู้ป่วยจิตเภท พscy และกลุ่มคนปกติ พscy
- 4.4 กลุ่มคนปกติ พscy และกลุ่มคนปกติ พscy

โดยใช้สูตร (สูตร วงศ์รัชนี 2527 : 179)

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2} \left(\frac{1}{n_1} + \frac{1}{n_2} \right)}}$$

- \bar{X}_1 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละมาตราของกลุ่มที่ 1
 \bar{X}_2 = ค่าเฉลี่ยของคะแนนในแต่ละมาตราของกลุ่มที่ 2
 s_1 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนในแต่ละมาตราของกลุ่มที่ 1
 s_2 = ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานของคะแนนในแต่ละมาตราของกลุ่มที่ 2
 n_1 = จำนวนคนในกลุ่มที่ 1
 n_2 = จำนวนคนในกลุ่มที่ 2

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยจะนำเสนอเป็น 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเกี่ยวกับสถานภาพทางสังคมและครอบครัวของกลุ่มตัวอย่าง

ส่วนที่ 2 ลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ

ของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่ม 1 แทนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย

กลุ่ม 2 แทนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเพศหญิง

กลุ่ม 3 แทนกลุ่มคนปกติเพศชาย

กลุ่ม 4 แทนกลุ่มคนปกติเพศหญิง

ส่วนที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามอายุ

อายุ	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
16-25	41	82	37	74	17	34	20	40
26-35	9	18	13	26	33	66	30	60
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 1 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชายและกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีอายุอยู่ระหว่าง 16-25 ปีมากที่สุด คือ ผู้ป่วยชายร้อยละ 82 ผู้ป่วยหญิงร้อยละ 74 และมีอายุอยู่ระหว่าง 26-35 ปี มากเป็นอันดับรองลงไป คือ ผู้ป่วยชายร้อยละ 18 ผู้ป่วยหญิงร้อยละ 26

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามระดับการศึกษา

ระดับ- การศึกษา	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
ประถม	14	28	14	28	5	10	9	18
มัธยม	29	58	20	40	31	62	25	50
อาชีวะ	4	8	12	24	11	22	12	24
ปริญญาตรี	3	6	4	8	3	6	4	8
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 2 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนมากมีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 58 และผู้ป่วยจิตเภทหญิงร้อยละ 40 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาสามารถลงไป คือ ทั้งผู้ป่วยจิตเภทชายและผู้ป่วยจิตเภทหญิง ร้อยละ 28

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามศาสนา

ศาสนา	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
พุทธ	49	98	46	92	50	100	50	100
คริสต์	1	2	1	2	-	-	-	-
อิสลาม	-	-	3	6	-	-	-	-
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 3 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 98 และผู้ป่วยจิตเภทหญิงร้อยละ 92

ตารางที่ 4 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามอาชีพ

อาชีพ	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
ลูกจ้าง	12	24	8	16	24	48	27	54
ทำไร่-นา	10	20	4	8	-	-	-	-
นักศึกษา	3	6	5	10	2	4	1	2
ข้าราชการ	-	-	1	2	11	22	8	16
กาชาด	6	12	5	10	-	-	1	2
แม่บ้าน	-	-	1	2	-	-	-	-
ไม่มีอาชีพ	15	30	26	52	13	26	13	26
อื่น ๆ	4	8	-	-	-	-	-	-
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 4 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิง ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 30 และผู้ป่วยจิตเภทหญิงร้อยละ 52 และผู้ป่วยจิตเภทชายพบว่าไม่มีอาชีพเป็นลูกจ้างมากรองลงไป คือ เป็นร้อยละ 24 และมีจำนวนใกล้เคียงกับกลุ่มที่มีอาชีพทำไร่-นา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 20 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีอาชีพลูกจ้างมากรองลงไป คิดเป็นร้อยละ 16

ตารางที่ 5 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามรายได้

รายได้/เดือน	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
0	21	42	31	62	15	30	14	28
1-2,000	21	42	18	36	19	38	17	34
2,001-6,000	8	16	1	2	16	32	19	38
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 5 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชาย ส่วนมากไม่มีรายได้ประจำ คือ ร้อยละ 42 และมีรายได้ต่ำ (1-2,000 บาทต่อเดือน) ร้อยละ 42 เช่นกัน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทหญิง เป็นผู้ไม่มีรายได้ประจำมากที่สุด คือ ร้อยละ 62 และมีรายได้ต่ำ (1-2,000 บาทต่อเดือน) มาก รองลงไปคือ ร้อยละ 36

ตารางที่ 6 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามสถานภาพการสมรส

สถานภาพ- การสมรส	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
โสด	42	84	45	90	31	62	28	56
สมรส	6	12	4	8	18	36	21	42
หม้าย	-	-	-	-	-	-	1	2
หย่า	2	4	1	2	1	2	-	-
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 6 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภททั้งเพศชายและเพศหญิง มีสถานภาพการสมรสโสดมากที่สุดคือ ผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 84 และผู้ป่วยจิตเภทหญิงร้อยละ 90

ตารางที่ 7 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามภูมิภาค

ภูมิภาค	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	10	20	21	42	31	62	24	48
ภาคกลาง	15	30	6	12	9	18	14	28
ภาคเหนือ	12	24	9	18	4	8	2	4
ภาคตะวันออก	3	6	1	2	-	-	-	-
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	7	14	7	14	2	4	2	4
ภาคใต้	3	6	4	8	1	2	4	8

ภูมิลำเนา- เดิม	กลุ่ม 1	รอยละ	กลุ่ม 2	รอยละ	กลุ่ม 3	รอยละ	กลุ่ม 4	รอยละ
ไม่ตอบ	-	-	2	4	3	6	4	8
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 7 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชายมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคกลางมากที่สุด คือ รอยละ 30 และมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคเหนือมากเป็นอันดับรองลงไป คือ รอยละ 24 ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีภูมิลำเนาเดิมอยู่กรุงเทพฯ มากที่สุดคือ รอยละ 42 และมีภูมิลำเนาเดิมอยู่ภาคเหนือมากเป็นอันดับรองลงไป คือ รอยละ 18

ตารางที่ 8 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามลำดับการเกิด

ลำดับ- การเกิด	กลุ่ม 1	รอยละ	กลุ่ม 2	รอยละ	กลุ่ม 3	รอยละ	กลุ่ม 4	รอยละ
บุตรคนแรก	10	20	18	36	9	18	10	20
บุตรคนกลาง ๆ	29	58	24	48	30	60	30	60
บุตรคนสุดท้าย	9	18	7	14	10	20	8	16
บุตรคนเดียว	2	4	-	-	1	2	2	4
ไม่ตอบ	-	-	1	2	-	-	-	-
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 8 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิง เป็นบุตรคนกลาง ๆ มากที่สุด คือ ผู้ป่วยชายรอยละ 58 ผู้ป่วยหญิงรอยละ 48 และเป็นบุตรคนแรกมากรองลงไป คือ ผู้ป่วยชาย รอยละ 20 และผู้ป่วยหญิงรอยละ 36

ตารางที่ 9 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามบุคคลที่สนิทด้วยมากที่สุดในครอบครัวเดิม

บุคคลที่สนิทที่สุด	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
พ่อ	10	20	4	8	5	10	5	10
แม่	16	32	20	40	14	28	21	42
พ่อและแม่	6	12	7	14	6	12	8	16
พี่น้อง	1	2	11	22	10	20	7	14
ทุกคน	12	24	-	-	6	12	1	2
ไม่สนิทกับใคร	5	10	1	2	6	12	-	-
คนอื่น ๆ	-	-	6	12	3	6	8	16
ไม่ตอบ	-	-	1	2	-	-	-	-
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 9 แสดงว่ากลุ่มผู้วิจัยจิตเภทชายและหญิง สนิทกับแม่มากที่สุด คือ ผู้ชายคิดเป็นร้อยละ 32 ผู้หญิงคิดเป็นร้อยละ 40 และผู้ชายพบว่าสนิทกับทุกคน คือ พ่อ แม่ พี่ น้อง มากรองลงไปคิดเป็นร้อยละ 24 ส่วนผู้หญิงสนิทกับพี่น้องมากรองลงไปคิดเป็นร้อยละ 22

ตารางที่ 10 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามสัมพันธภาพของพ่อแม่

สัมพันธภาพ- ของพ่อแม่	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
พ่อแม่อยู่ด้วยกันรักใคร่กันดี	11	22	9	18	29	58	20	40
พ่อแม่อยู่ด้วยกันทะเลาะกันรุนแรง	17	34	12	24	-	-	1	2
พ่อแม่อยู่ด้วยกันทะเลาะกันบางครั้งไม่รุนแรง	13	26	11	22	5	10	4	8
พ่อแม่แยกกันอยู่	6	12	9	18	13	26	12	24
พ่อแม่เสียชีวิต	3	6	8	16	2	4	10	20
แม่เสียชีวิต	-	-	1	2	1	2	2	4
พ่อและแม่เสียชีวิต	-	-	-	-	-	-	1	2
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 10 แสดงว่ากลุ่มผู้วิจัยจิตเภทชายและหญิง มีพ่อแม่อยู่ด้วยกันทะเลาะกันรุนแรงมากที่สุด คือ ผู้วิจัยจิตเภทชาย ร้อยละ 34 และผู้วิจัยจิตเภทหญิง ร้อยละ 24 และมีพ่อแม่อยู่ด้วยกันทะเลาะกันบางครั้งไม่รุนแรง มากเป็นอันดับรองลงไป คือ ผู้วิจัยจิตเภทชาย ร้อยละ 26 และผู้วิจัยจิตเภทหญิง ร้อยละ 22

ตารางที่ 11 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามระดับสัมพันธภาพกับหอ

ระดับ- สัมพันธภาพ	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
ดี	16	32	9	18	21	42	24	48
ปานกลาง	8	16	22	44	19	38	12	24
ไม่ดี	20	52	19	38	10	20	14	28
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 11 แสดงว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชาย มีความสัมพันธ์กับหอในระดับไม่ดีเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 52 และมีความสัมพันธ์กับหอในระดับดี มากเป็นอันดับรองลงไป คือ ร้อยละ 32 สำหรับผู้ป่วยจิตเภทหญิง มีความสัมพันธ์กับหอในระดับปานกลางเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 44 และมีความสัมพันธ์กับหอในระดับไม่ดี มากเป็นอันดับรองลงไป คือ ร้อยละ 38

ตารางที่ 12 จำนวนกลุ่มตัวอย่างแต่ละกลุ่มจำแนกตามระดับสัมพันธภาพกับแม่

ระดับ- สัมพันธภาพ	กลุ่ม 1	ร้อยละ	กลุ่ม 2	ร้อยละ	กลุ่ม 3	ร้อยละ	กลุ่ม 4	ร้อยละ
ดี	26	52	21	42	31	62	28	56
ปานกลาง	7	14	13	26	13	26	12	24
ไม่ดี	17	34	16	32	6	12	10	20
รวม	50		50		50		50	

จากตารางที่ 12 แสดงว่าผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง มีระดับความสัมพันธ์กับแม่อยู่ในระดับดีเป็นส่วนใหญ่ โดยในผู้ป่วยจิตเภทชาย คิดเป็นร้อยละ 52 ในผู้ป่วยจิตเภทหญิง คิดเป็นร้อยละ 42 และมีความสัมพันธ์กับแม่อยู่ในระดับไม่ดี มากเป็นอันดับรองลงไป คือ คิดเป็นร้อยละ 34 ในผู้ป่วยจิตเภทชาย และ ร้อยละ 32 ในผู้ป่วยจิตเภทหญิง

ส่วนที่ 2

ตารางที่ 13 การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานจิตระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชายและผู้ป่วยจิตเภทหญิง (ระดับนัยสำคัญที่ .05)

ลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานจิต	ผู้ป่วยจิตเภทชาย		ผู้ป่วยจิตเภทหญิง		t-test
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
L	5.86	2.5299	6.84	2.6104	-1.9062*
F	22.9	7.8108	22.64	8.3108	.1611
K	11.98	5.2459	12.62	5.1570	.6151
Ha	19.64	6.2281	19.06	5.6512	.4876
D	26.98	6.3890	27.5	4.9929	- .4534
Hy	23.16	6.6162	23.8	7.0171	- .4692
Pd	27.1	5.1351	27.84	5.4050	- .7018
MF	27.04	4.0544	31.44	4.0897	-5.4026*
Pa	17.9	4.8466	18.04	4.3310	- .1523
Pt	36.24	6.0483	36.34	4.8067	- .0915
Sc	46.96	7.9144	47.58	8.0550	- .3882
Ma	26.68	4.6062	25.22	4.4823	1.6062
S1	33.72	4.8499	34.66	5.3426	- .9211

* P .05

จากตารางที่ 13 แสดงว่ามาตรฐานจิต L และ MF เป็นลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทชายที่แตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภทหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 14 การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานคลินิกระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชายและ
คนปกติชาย (ระดับนัยสำคัญที่ .05)

ลักษณะบุคลิกภาพ ตามมาตรฐานคลินิก	ผู้ป่วยจิตเภทชาย		คนปกติชาย		t-test
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
L	5.86	2.5299	5.78	2.0424	.1739
F	22.9	7.8108	15.22	6.4893	5.3478*
K	11.98	5.2459	13.36	5.1643	-1.3255
Hs	19.64	6.2281	17.8	4.4407	1.7009*
D	26.98	6.3890	25.34	4.9258	1.4274
Hy	23.16	6.6162	21.74	5.7404	1.1463
Pd	27.1	5.1351	23.7	3.8379	3.7501*
Mf	27.04	4.0544	25.9	4.0853	1.4005
Pa	17.9	4.8466	13.08	4.1657	5.3330*
Pt	36.24	6.0483	31.52	4.7211	4.3498*
Sc	46.96	7.9144	39.28	6.9283	5.1628*
Ma	26.68	4.6062	24.48	4.6486	2.3771*
S1	33.72	4.8499	30.98	5.5910	2.6177*

* P .05

จากตารางที่ 14 แสดงว่ามาตรฐานคลินิก F, Hs, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma และ S1
เป็นลักษณะบุคลิกภาพที่ผู้ป่วยจิตเภทชายแตกต่างจากคนปกติชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 15 การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานคลินิก ระหว่างผู้ป่วยจิตเภทหญิงและ
คนปกติหญิง (ระดับนัยสำคัญที่ .05)

ลักษณะบุคลิกภาพ ตามมาตรฐานคลินิก	ผู้ป่วยจิตเภทหญิง		คนปกติหญิง		t-test
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
L	6.84	2.6104	6.42	2.06	.8931
F	22.64	8.3108	13.6	5.2345	6.5081*
K	12.62	5.1570	13.32	5.0968	.6826
Hs	19.06	5.6512	18.74	4.82	.3046
D	27.5	4.9929	28.84	5.4087	-1.2872
Hy	23.8	7.0171	22.48	5.6079	1.0309
Pd	27.84	5.4050	23.58	5.6853	3.8399*
Mf	31.44	4.0897	32.48	3.2077	-1.4148
Pa	18.04	4.3310	12.94	4.4829	5.7854*
Pt	36.34	4.8067	31.8	5.4735	4.4069*
Sc	47.58	8.0550	37.72	6.6273	6.6840*
Ma	25.22	4.4823	22.66	4.0674	2.9907*
SI	34.66	5.3426	34.36	6.0058	.2639

* P .05

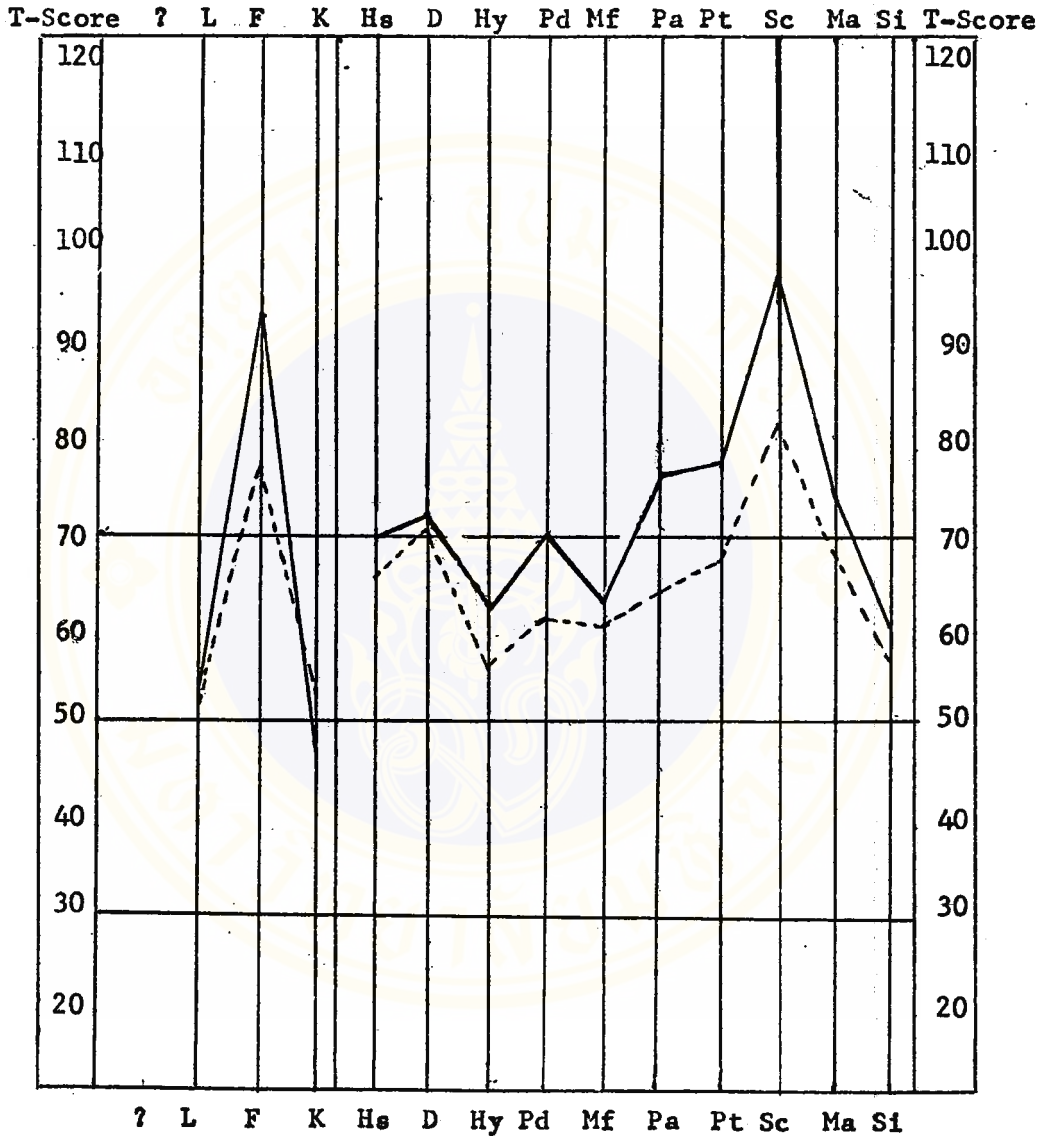
จากตารางที่ 15 แสดงว่ามาตรฐานคลินิก F, Pd, Pa, Pt, Sc และ Ma เป็น
ลักษณะบุคลิกภาพที่ผู้ป่วยจิตเภทหญิงแตกต่างจากคนปกติหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 16 การเปรียบเทียบลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรกลีนิคระหว่างคนปกติชายและคนปกติหญิง
(ระดับนัยสำคัญที่ .05)

ลักษณะบุคลิกภาพ ตามมาตรกลีนิค	คนปกติชาย		คนปกติหญิง		t-test
	\bar{X}	SD	\bar{X}	SD	
L	5.78	2.0424	6.42	2.06	-1.56
F	15.22	6.4893	13.6	5.2345	1.3739
K	13.36	5.1643	13.32	5.0968	.0389
Hs	17.8	4.4407	18.74	4.82	-1.1544
D	25.34	4.9258	28.84	5.4087	-3.3830*
Hy	21.74	5.7404	22.48	5.6079	-.6520
Pd	23.7	3.8379	23.58	5.6853	.1237
Mf	25.9	4.0853	32.48	3.2077	-6.58*
Pa	13.08	4.1657	12.94	4.4829	.1617
Pt	31.52	4.7211	31.8	5.4735	.2739
Sc	39.28	6.9283	37.72	6.6273	1.1505
Ma	24.48	4.6486	22.66	4.0674	2.0834*
SI	30.98	5.5910	34.36	6.0058	-2.9127*

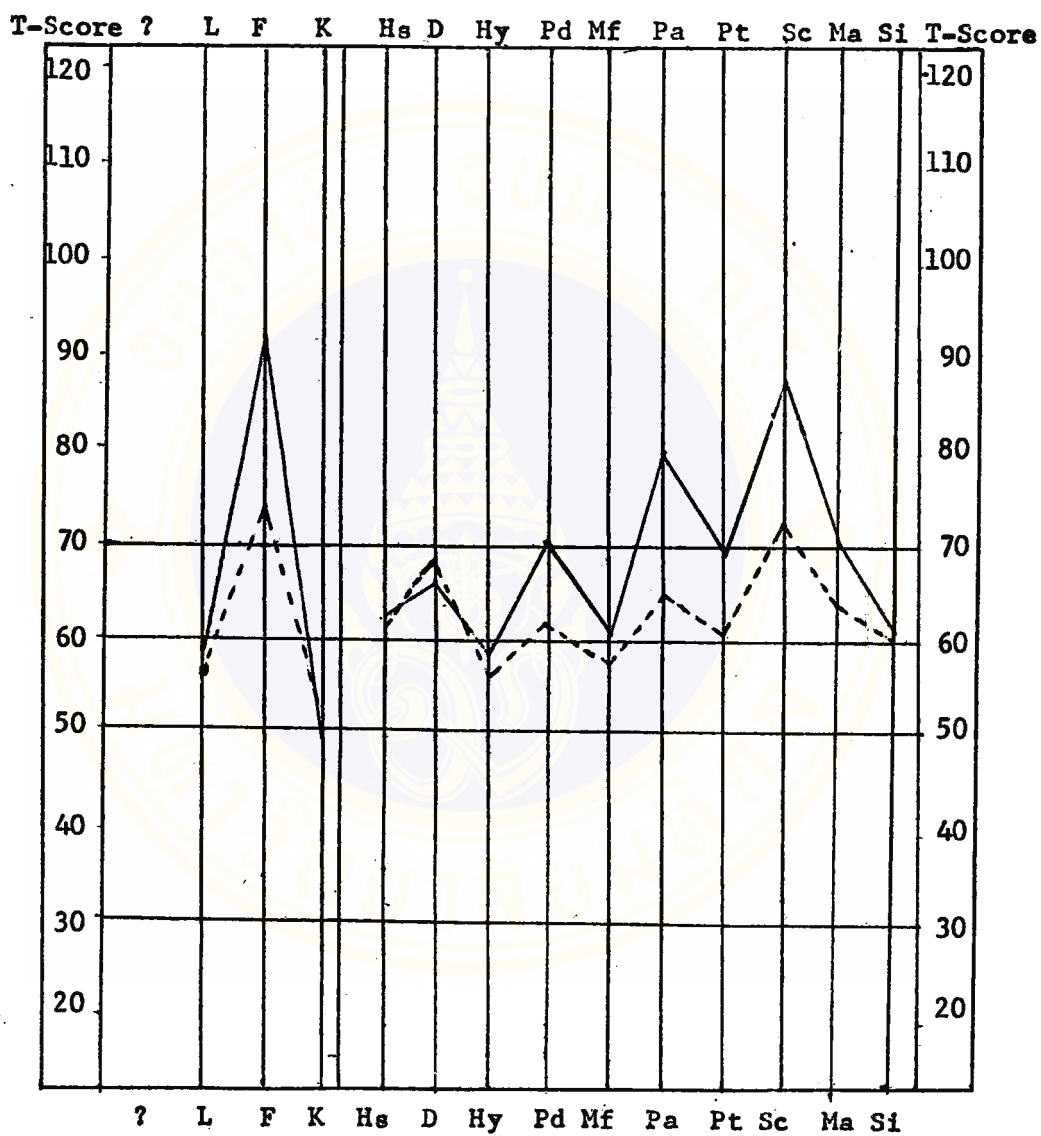
* P .05

จากตารางที่ 16 แสดงว่ามาตรกลีนิค D, Mf, Ma และ SI เป็นลักษณะบุคลิกภาพ
ของคนปกติชายที่แตกต่างจากคนปกติหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพที่ 1 แสดงค่าสัมบูรณ์คะแนนของคะแนนเฉลี่ยในแต่ละมาตรฐานคลินิกระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชาย และ คนปกติชาย

_____ ผู้ป่วยจิตเภทชาย
 - - - - - คนปกติชาย



ภาพที่ 2 แสดงค่าได้ฐานคะแนนของแต่ละมาตราวัดระหว่างผู้ป่วยจิตเภทหญิง และ คนปกติหญิง

————— ผู้ป่วยจิตเภทหญิง
 - - - - - คนปกติหญิง

การอภิปรายผล

ส่วนที่ 1 ลักษณะสถานภาพทางสังคมและครอบครัวโดยทั่วไป

ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทมีอายุน้อย การศึกษาไม่สูงนัก คือ อยู่ระดับมัธยมศึกษา เป็นผู้มีอาชีพแน่นอน ไม่มีรายได้ประจำ เป็นโสด มักจะเป็นลูกคนกลาง ๆ มีความสนิทสนมกับแม่มาก ความสัมพันธ์ระหว่างพ่อแม่ไม่ดี แม่จะอยู่ด้วยกันแต่ทะเลาะเบาะแว้ง กันรุนแรงเสมอ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลางไกล กรุงเทพฯ และนับถือศาสนาพุทธ

เมื่อพิจารณาจากการศึกษาที่ผ่าน ๆ มาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทนี้ วิจารย์ วิชัยยะ เคยศึกษาไว้เมื่อปี 2523 พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอายุอยู่ในช่วง 15-30 ปี และเป็นโสด แสดงให้เห็นว่าแม้ระยะเวลาของการศึกษาจะห่างไปถึง 7 ปี แต่ระดับวิชาของผู้ป่วยจิตเภทก็ยังคงเหมือนเดิม การที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะธรรมชาติของโรคนี้จะปรากฏอาการตั้งแต่อายุยังน้อย และบุคลิกภาพก่อนป่วยของผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่อง คือมักจะเก็บตัวไม่สนใจใคร จึงอาจจะไม่ถูกเลือกและไม่สนใจที่จะเลือกใครด้วยทำให้เป็นโสดมาก ส่วนการที่พบว่าส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในกรุงเทพฯ และภาคกลางก็อาจจะเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็นผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชในเขตกรุงเทพฯ ประกอบกับแต่ละภาคของประเทศก็มีโรงพยาบาลจิตเวชรองรับอยู่ เมื่อผู้ป่วยอยู่ใกล้ที่ใดก็สามารถเข้ารับการรักษาได้อยู่แล้ว สำหรับเรื่องศาสนาของผู้ป่วย เนื่องจากประเทศไทยเป็นเมืองพุทธศาสนา ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศนับถือศาสนาพุทธ ดังนั้นการกระจายของกลุ่มนับถือศาสนาจึงมักจะพบได้มากในกลุ่มศาสนาพุทธเป็นเรื่องปกติ เช่นเดียวกับเรื่องของระดับการศึกษา ที่พบว่าส่วนใหญ่ผู้ป่วยมีการศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษา ที่เป็นเช่นนี้เพราะประชากรส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ในระดับนี้ค่อนข้างมาก ประกอบกับมีการเริ่มป่วยตั้งแต่อายุน้อย ๆ ซึ่งเป็นวัยเรียน อาการผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และบุคลิกภาพจึงเป็นอุปสรรคทำให้ไม่สามารถเรียนได้สูง ขณะเดียวกันสิ่งเหล่านี้ก็ส่งผลทางอ้อมต่อผู้ป่วยจิตเภทในด้านการประกอบอาชีพด้วย ดังที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากไร้อาชีพ หรือเป็นได้เพียงลูกจ้างเล็ก ๆ น้อย ๆ เท่านั้น ทั้งนี้เพราะอาการป่วยจะไปรบกวนการทำงาน ทำให้ไม่สามารถทำงานได้ จึงทำให้ผู้ป่วยไม่มีรายได้เป็นของตนเอง ต้องเป็นภาระของครอบครัวและสังคมต่อไป ตรงกับที่ มนตรี นามมงคล (2528) และ

สู่พีตรา เพชรบุรี (2517) ศึกษาพบคือโรคจิตเภทพบได้มากในบุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจสังคมต่ำ
ผู้มีฐานะเศรษฐกิจไม่มั่นคง และอาชีพไม่มั่นคง

สำหรับลำดับการเกิด พบว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นบุตรคนกลาง ๆ มากที่สุด แอดเลอร์
(Adler) กล่าวว่าบุตรคนกลาง ๆ มักจะมีนิสัยชอบแข่งขัน จะเห็นพี่หรือน้องเป็นคู่แข่ง ประกอบ
กับบางกรณีพ่อแม่อาจ ละเลยไม่ใส่ใจบุตรคนกลางเท่าที่ควร ทำให้เกิดความรู้สึกเหมือนถูกละทิ้ง
มีปมด้อย อาจมีการชดเชยปมด้อยไม่เหมาะสม แสดงออกมาเป็นอาการที่ผิดปกติ เกิดอาการสับสน
มีการสร้างเป้าหมายที่ขัดกับความเป็นจริง มีความล้มเหลวในการพัฒนาบุคลิกภาพ และเกิดอาการ
เจ็บป่วยทางจิตขึ้นได้

ส่วนการที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนมากมาจากครอบครัวที่พ่อแม่อยู่ด้วยกัน แต่ทะเลาะกัน
รุนแรงนั้น ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ เพียว รุง เรือง (2517) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมา
จากครอบครัวที่มีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวไม่ดี มีการทะเลาะกันเป็นประจำ ไม่สนใจที่จะช่วย
เหลือกัน ทั้งนี้ก็เป็นไปตามที่ สุวิทนา อารีพรรค (2524) กล่าวไว้ว่า ปัจจัยทางจิตวิทยาและ
สังคมที่เป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคจิตเภท คือการมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ผิดปกติ พ่อ
แม่มีข้อขัดแย้งกันอยู่เสมอ การดำเนินชีวิตภายในครอบครัวมีความแตกแยก ไม่มีความกลมเกลียวกัน
มีสภาพสับสนวุ่นวาย ปราศจากความสุข สิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว ทำให้การ
พัฒนาของจิตใจและบุคลิกภาพผิดปกติ ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง มีโอกาสเป็นโรคจิต-
เภทได้ง่าย

สำหรับบุคคลที่ผู้ป่วยสนิทมากที่สุดในการครอบครัวเดิม พบว่าส่วนมากจะสนิทกับแม่และมีความ
สัมพันธ์กับแม่อยู่ในระดับที่ดี ส่วนความสัมพันธ์กับพ่อนั้นพบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีความสัมพันธ์กับพ่อใน
ระดับไม่ดี และผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีความสัมพันธ์กับพ่อในระดับปานกลาง ที่เป็นเช่นนี้อาจจะเพราะรูป-
แบบความสัมพันธ์ในการครอบครัว แม่จะเป็นคนเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนและใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด ส่วนพ่อ
เป็นหัวหน้าครอบครัวและรับผิดชอบภาระในการครอบครัว ต้องทำงานจึงอาจไม่มีเวลาใกล้ชิดกับลูก ๆ
เท่ากับแม่ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวไว้ว่า การที่ลูกชายมีปัญหความสัมพันธ์กับพ่อ จะทำให้เกิด
ปัญหาในการปรับตัวได้ ทั้งนี้เพราะขั้นตอนพัฒนาการที่ปกติของบุคคลนั้น เด็กชายจะต้องสามารถเลียน-
แบบบทบาทหรือเอกลักษณ์ทางเพศจากพ่อได้ ถ้าเด็กไม่สามารถผ่านพัฒนาการขั้นนี้ไปได้ ก็ย่อมทำให้
เกิดความสับสนในเอกลักษณ์ของตนเอง และทำให้มีปัญหาค่านิยมบุษย์สัมพันธ์ได้ ซึ่งความผิดปกติ

ชนิดนี้มักจะพบในผู้ป่วยจิตเภท ดังนั้นการทบทวนการศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของผู้ป่วยจิตเภทกับพ่อเป็นต้น จึงสอดคล้องกับทฤษฎีดังกล่าวอย่างชัดเจน

ส่วนที่ 2 ลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานคลินิก

2.1 ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทชายมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับผู้ป่วยจิตเภทหญิง คือ ลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรฐานคลินิก L และ MF โดยมาตรฐานคลินิก L แสดงถึงลักษณะที่ผู้ตอบตอบในทางที่เกี่ยวกับตนเองเป็นการสร้างความประทับใจต่อคนอื่น ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย กล่าวคือผู้ป่วยจิตเภทหญิงจะมีการแสดงออกทางการกระทำเป็นที่ประทับใจต่อคนอื่น ๆ หรือมีความคิดในทางที่เกี่ยวกับตนเอง ดีกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย การพบครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาชาร์ (Lachar: 1983), และแฮร์และคณะ (Haier, et al.: 1978) จากการที่ผู้ป่วยหญิงมีการแสดงออกทางการกระทำเป็นที่ประทับใจต่อคนอื่น หรือมีความคิดที่เกี่ยวกับตนเองดีกว่าผู้ชาย ก็มีผลต่อการปรับตัวหางานสังคมและการทำงานของผู้ป่วยด้วย ซึ่งยืนยันได้จากการศึกษาของ อัฟเฟลค (Affleck, in Seeman: 1982)

ส่วนมาตรฐานคลินิก MF แสดงถึงลักษณะของการกระทำ ความประพฤติที่สอดคล้องกับบทบาททางเพศ ซึ่งแสดงออกในลักษณะของค่านิยม ทศนคติและความสนใจ รวมทั้งการเลียนแบบและเอกลักษณ์ของตนเอง พบว่าผู้ป่วยหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ลาชาร์ (Lachar: 1983), และวัตต์ (Watt: 1978) ลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีลักษณะเป็นไปตามบทบาททางเพศมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย การที่พบดังนี้อาจจะเป็นเพราะว่าค่านิยมการเลี้ยงดูเด็กแบบไทย ๆ ที่มักจะเลี้ยงลูกให้มีความแตกต่างทางเพศ (สนิท สมักรการ: 2522) กล่าวคือ จะมีการอบรมสั่งสอนให้ผู้หญิงยึดแบบฉบับของความเป็นหญิง ก็มีความเป็นกุลสตรีที่ทำการแสดงออกอย่างอ่อนโยน นุ่มนวล รวมทั้งมีความอ่อนไหวของภาวะอารมณ์ต่าง ๆ มากกว่าผู้ชาย จากผลการศึกษาทั้งที่กล่าวมาข้างต้น สนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 1 ของการศึกษารุ่นนี้ว่า ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทชายแตกต่างจากลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทหญิง

2.2 ลักษณะบุคลิกภาพที่เปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยจิตเภทชาย และคนปกติชายพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยจิตเภทชายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติชาย ในมาตรฐานคลินิก F, Hs, Pd, Pa, Pt, Sc, Ma และ Si

มาตรฐานคลินิก F แสดงถึงลักษณะการตอบไม่ปกติธรรมดา เช่น มีพยาธิสภาพทางจิตใจ มีการประเมินตนเองไปในแง่ที่ไม่ดีเกินความจริง มีข้อจำกัดทางการศึกษาหรือความไม่เต็มใจตอบ เป็นต้น จากการศึกษารายของบลัมเบิร์ก (Blumberg: 1967) พบว่ามาตรฐาน F เป็นเครื่องชี้ระดับความรุนแรงของพยาธิสภาพทางจิตใจ ผู้ป่วยโรคจิตมักจะทำคะแนนมาตรฐาน F สูงเกินคะแนน T ที่ 70 ก็สอดคล้องกับกรณีของผู้ป่วยทำคะแนนมาตรฐานคลินิก F นี้สูงมาก แสดงให้เห็นว่าเนื่องจากพยาธิสภาพทางจิตใจทำให้การคิดและการตัดสินใจไม่เหมาะสม จนมีผลทำให้มีการปรับตัวทางด้านสังคมและการทำงานผิดปกติไปกวาดปกติ

มาตรฐานคลินิก Hs แสดงถึงลักษณะความกังวลของบุคคลที่เอาใจใส่ต่อสุขภาพร่างกายอย่างผิดปกติ พวกเขาจะแนบแน่นสูงคือพวกที่มีความวิตกกังวลหมกมุ่นครุ่นคิดและเดือดร้อนเกี่ยวกับสุขภาพของร่างกายเกินควร มักบ่นถึงความเจ็บปวดแต่หาความผิดปกติไม่พบ มองโลกในแง่ร้าย ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ ดังนั้นจึงอาจกล่าวได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีลักษณะดังกล่าวมากกว่าคนปกติ การพบครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ ปีเตอร์สัน (Peterson, in Lanyon: 1968) และไรเตอร์และนิโคลส์ (Rieder and Nichols: 1979) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายจะมีลักษณะอาการทางประสาท มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายมากเช่นกัน

มาตรฐานคลินิก Pd แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทชายมีลักษณะของการต่อต้านสังคม ไม่ยอมคล้อยตามและปฏิเสธไม่ยอมรับกฎเกณฑ์ของสังคม มีความขัดแย้ง ไม่ลงรอย โดยเฉพาะกับผู้มีอำนาจเหนือกว่า มีความโกรธ ก้าวร้าว ตีรัน เอาแต่ใจตัวเอง และอดทนต่อความเครียดได้ต่ำมากกว่าคนปกติชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ไรเตอร์ และ นิโคลส์ (Rieder and Nichols: 1979) และวัตต์ (Watt: 1978) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีความขุ่นงาต่อต้านพฤติกรรม มีความติดต่อต้าน ตีรัน ไม่ลงรอย และมีกริยาทหาทาย ผู้มีอำนาจเหนือกว่า มีความก้าวร้าว หงุดหงิด และไม่สามารถสร้างความพอใจในประสบการณ์ชีวิต

มาตรฐานคลินิก Pa แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทชายมีความคิดสับสน มีความไม่เป็นมิตร ไม่ไว้วางใจ สงสัยในท่าทีของคนในสังคม มีความรู้สึกไวมากเกินไปต่อท่าทีของคนอื่นในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และมักเข้าใจผิดในท่าทีความเป็นมิตรของผู้อื่น เป็นคนไม่ยืดหยุ่น รู้สึกอิจฉา ไม่พอใจ มีแนวโน้มชอบโทษคนอื่นเมื่อทำอะไรที่ไม่ดีเกิดขึ้น มากกว่าคนปกติชาย สอดคล้องกับการ-

การศึกษาของ มาร์ค และ ซีแมน (Marks and Seeman, in Lachar: 1983) และลาซาร์ (Lachar: 1983) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะสงสัยในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ระวัง ไม่ไว้วางใจ มักจะสะเทือนใจง่ายต่อการวิพากษ์วิจารณ์ของคนที่เห็นต่อตนเอง การที่มีผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าว อาจมาจากการมีความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ยากลำบาก มีการทะเลาะกันและไม่ไว้วางใจกัน ทำให้ขาดพื้นฐานความไว้วางใจต่อกัน ซึ่งจากการศึกษาครั้งหนึ่งพบว่าความสัมพันธ์ของบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีความไม่ลงรอยกัน ประกอบกับผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับพ่อในระดับที่ไม่ดีด้วย จึงอาจจะทำให้ผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าวได้

มาตรฐานคลินิก Pt แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทชายที่มีความวิตกกังวลย้ำคิดย้ำทำ กลัวอย่างไม่เห็นเหตุผล สงสัยมากเกินไป รู้สึกผิด คำหิตตนเอง อารมณ์ไม่มั่นคง ถูกกระตุ้นได้ง่าย มีความเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้น ตกใจง่าย และรู้สึกไม่มั่นใจในตัวเองมากกว่าคนปกติชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ จินเธอร์ (Gynther, in Lachar: 1983) ที่ว่าบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะวิตกกังวล ย้ำคิด ไม่มั่นใจในตัวเอง ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากโดยทั่วไปผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีระบบความคิด และการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสมอยู่แล้ว ประกอบกับข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างครั้งนี้พบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็น บุตรคนกลาง ๆ จึงอาจมีความรู้สึกเหมือนถูกละทิ้ง ถูกปฏิเสธ ตลอดจนการไม่มีอาชีพและไม่มีรายได้ ทำให้เกิดความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัว ไม่มีคุณค่าและขาดความสามารถในการแก้ปัญหาที่เหมาะสม จึงอาจจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าวได้

มาตรฐานคลินิก Sc แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทที่มีความคิดแบบเพ้อฝัน กระจัดกระจายสับสนและมีความลำบากในเรื่องการพูดติดต่อกับคนในสังคม ทำให้มีความลำบากในการปรับตัวทางสังคม มากกว่าคนปกติชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ กิลเบอร์สตัดด์ และ ดูเกอร์ (Gilberstadt and Duker, in Lachar: 1983) และวิง (Wing, in Cull: 1984) ที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีความคิด แปลก ๆ และผิดจากความเป็นจริง มีความผิดปกติหรือความบกพร่องในเรื่องการติดต่อสื่อสารทางคำพูด นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายได้คะแนนในมาตร Sc สูงกว่ามาตรอื่น ๆ อย่างเด่นชัด ซึ่งคะแนนที่สูงในมาตร Sc สามารถจำแนกโรคจิตเภทกับโรคจิตชนิดอื่น ๆ ได้ ดังการศึกษาของวอลเตอร์ (Walters: 1984), นิวมาร์ค (Newmark: 1983), และทริมโบลิ และคิลเกอร์ (Trimboli and Kilgore: 1983) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทได้คะแนนในมาตร สูงกว่าผู้ป่วยทางจิตเวชอื่น ๆ การที่ผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าวอาจมาจากการเจ็บป่วย

ของโรคจิตเภท โดยผู้ป่วยจิตเภทจะมีความคิดที่ผิดปกติ คือความคิดขาดความต่อเนื่อง คิดอะไรที่ไม่เป็นความจริง มีการสร้างความคิดรวมยอดที่นำไปสู่การตีความหมายที่ผิดไปจากความเป็นจริง มีความคิดแปลก ๆ เหนือชั้นและฟุ้งซ่าน

มาตรฐานคลินิก **Ma** แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทชายมีการเคลื่อนไหวมาก มีความกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง อารมณ์เด่นเด่น ร่าเริง แต่ไม่คงที่ อารมณ์ถูกกระทบได้ง่ายและเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าคนปกติชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ โรเตอร์ และ นีโกลส์ (Rieder and Nichols: 1979), และวัตต์ (Watt: 1978) ที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการไม่มั่นคง ไม่ส่วมวัย หงุดหงิด อุนเฉียวง่าย ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงอย่างหนึ่ง คืออาการที่ผิดปกติ มีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับสิ่งต่าง ๆ รอบตัว

มาตรฐานคลินิก **S1** แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทชายมีลักษณะเก็บตัว แยกตัวเอง ไม่ชอบสังคม รู้สึกไม่สบายใจเมื่อมีการติดต่อกับคนในสังคม มีความพอใจที่จะหลีกเลี่ยงกิจกรรมของสังคม หรือ ไม่กล้าแสดงออกทางสังคมมากกว่าคนปกติชาย สอดคล้องกับการศึกษาของริคส์ และ เบอร์รี่

(Ricks and Berry, in Neale and Oltmanns: 1980) และรูเบนสกี (Rubensky, in Neale and Oltmanns: 1980) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะชอบอยู่คนเดียว แยกตัวเอง และเก็บตัวที่เป็นเช่นนี้เพราะลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทมีส่วนทำให้ผู้ป่วยมีความลำบากในการปรับตัวทางสังคม ดังนั้นจึงอาจหาทางออกโดยการเก็บตัว แยกตัวเอง ประกอบกับการที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษาในครั้งนี้นั้นส่วนใหญ่ยังไม่อาชีพและไม่มียาใด อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกตนเองมีปัญหาคอย มองคุณค่าในตัวเองต่ำ มีความไม่มั่นใจในตัวเองมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะดังกล่าวได้

จากผลการศึกษานับสนับสนุนสมมติฐานข้อที่ 2 ของการศึกษารังนี้ว่า ลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทชายแตกต่างจากคนปกติชาย นอกจากนั้นถ้าพิจารณาจากสัจฐานคะแนนของมาตรฐานคลินิกของผู้ป่วยจิตเภทชายเปรียบเทียบกับคนปกติชายในภาพที่ 1 จะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีสัจฐานคะแนนของมาตรฐานคลินิกทุกมาตร ยกเว้นมาตร **K** สูงกว่าคนปกติชาย และสัจฐานคะแนนของมาตรฐานคลินิกที่น่าสนใจคือ มาตร **F, Hs, D, Pd, Pa, Pt, Sc** และ **Ma** เพราะมีคะแนนสูงเกินคะแนน **T** ที่ 70

2.3 ลักษณะบุคลิกภาพที่ผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีความแตกต่างกับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 กับคนปกติหญิง โดยผู้ป่วยหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติหญิงในมาตรฐานคลินิก **F, Pd, Pa, Pt, Sc** และ **Ma**

มาตรคณิก **F** ซึ่งเป็นลักษณะที่แสดงถึงพยาธิสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีความผิดปกติทางจิตใจมากกว่าคนปกติหญิง

มาตรคณิก **Pd** แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทหญิง มีลักษณะต่อต้านสังคม ไม่ยอมเคล้อยตาม มีความขัดแย้ง ไม่ลงรอย โดยเฉพาะกับผู้มีอำนาจเหนือกว่า มีความโกรธ ก้าวร้าว ตีอริ้นเอาแต่ใจตัวเอง มากกว่าคนปกติหญิง

มาตรคณิก **Pa** แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทหญิง มีความคิดระแวง มีความไม่เป็นมิตร ไม่ไว้วางใจ สงสัยในหน้าที่ของคนในสังคม มีความรู้สึกไวมากเกินไปต่อท่าทีของคนอื่นในเรื่องความสัมพันธ์กับบุคคล ไม่ยึดหยุ่น รู้สึกอิจฉา ไม่พอใจ มีแนวโน้มชอบโทษคนอื่น เมื่อมีอะไรที่ไม่ดีเกิดขึ้น มากกว่าคนปกติหญิง สอดคล้องกับการศึกษาของมาร์ค และ ซีแมน (Marks and Seeman, in Lachar: 1983) ที่ว่าผู้ป่วยหญิงมีลักษณะช่างสงสัย อิจฉาและระแวง

มาตรคณิก **Pt** แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีความวิตกกังวล ย้ำคิดย้ำทำ กลัวอย่างไม่มีเหตุผล สงสัยมากเกินไป รู้สึกผิด ต่ำหนืดตนเอง อารมณ์ไม่มั่นคง ถูกกระตุ้นได้ง่าย เกรียด หงุดหงิด ตื่นเต้น ตกใจง่าย ไม่มั่นใจในตัวเองมากกว่าคนปกติหญิง

มาตรคณิก **Sc** แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทหญิง มีความคิดเพ้อฝัน กระจุกกระจาย สับสน มีความลำบากในเรื่องการพูดติดต่อกับคนในสังคม ทำให้มีความลำบากในการปรับตัวทางสังคมมากกว่าคนปกติหญิง นอกจากนี้มาตร **Sc** เป็นลักษณะเด่นในผู้ป่วยจิตเภทหญิง เพราะมีคะแนนสูงกว่ามาตรอื่น ๆ อย่างเด่นชัด

มาตรคณิก **Ma** แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีการเคลื่อนไหวมาก มีความกระวนกระวาย ไม่อยู่นิ่ง อารมณ์ตื่นเต้น ร่าเริง แต่ไม่คงที่ ถูกกระตุ้นและเปลี่ยนแปลงได้ง่ายกว่าคนปกติหญิง สอดคล้องกับ เวลส์ และ ดาลส์โตรม (Welsh and Dahlstrom, in Lachar: 1983) ที่พบว่าผู้ป่วยหญิงมีอาการไม่มั่นคง ถูกกระตุ้นและเปลี่ยนแปลงได้ง่าย

ผลการศึกษานับนูนสมมติฐานข้อที่ 2 ของการศึกษานี้ว่าลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทหญิงแตกต่างจากคนปกติหญิง นอกจากนั้นถ้าพิจารณาจากสัจฐานคะแนนของมาตรคณิกในภาพที่ 2 จะเห็นว่าผู้ป่วยหญิงมีสัจฐานคะแนนของมาตรคณิกทุกมาตรยกเว้นมาตร **K** และมาตร **D** สูงกว่าคนปกติหญิง และสัจฐานคะแนนของมาตรคณิกที่น่าสนใจคือ มาตร **F, Pd, Pa, Pt, Sc** และ **Ma** เพราะมีคะแนนสูงเกินคะแนน **T** ที่ 70

สรุปแล้วลักษณะบุคลิกภาพที่เป็นลักษณะเด่นในผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิงที่แตกต่างจากคนปกติ นั้น คือลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรคติ F, Pd, Pa, Pt, Sc และ Ma นอกจากนี้พื้นฐานคะแนน ในมาตรคติเหล่านี้ยังสูงเกินคะแนน T ที่ 70 อีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคะแนนในมาตร Sc นั้นพบว่าสูงกว่ามาตรอื่น ๆ ดังนั้นมาตรคติเหล่านี้ นักจิตวิทยา จึงน่าจะสามารถเลือกนำมาใช้ ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเภทได้ การศึกษาครั้งนี้พบสอดคล้องกับการศึกษาของมาร์คและซีแมน (Marks and Seeman, in Lachar: 1983) ที่ว่ามาตรคติ F, Pd, Pa, Pt และ Sc ใช้วัดลักษณะของโรคจิตเภท เช่นเดียวกับเมล (Meehl, in Welsh and Dahlstrom: 1963) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพื้นฐานคะแนนของมาตรคติ Pa, Pt, Sc และ Ma สูงกว่าคะแนน T ที่ 70 และทริมโบลี และ คิลกอร์ (Trimboli and Kilgore : 1983) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจะมีคะแนนสูง ในมาตร Pd, Pa, Pt, Sc, Ma และ Si โดยมีมาตรคติ Sc สูงกว่ามาตรอื่น ๆ

จากพื้นฐานคะแนนของผู้ป่วยจิตเภทที่ศึกษานี้ อาจจะสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมักประเมินตัวเองในทางที่ไม่ดี รู้สึกตนเองไม่มีคุณค่า มีปมด้อย ไม่สบายใจ มีความวิตกกังวล ย้ำคดีย้ำทำ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง มีลักษณะความคิดและอารมณ์ไม่สมวัย อารมณ์ถูกกระตุ้นและเปลี่ยนแปลง ใตงาย มีความตื่นแค้นง่าย มีความคิดเพ้อฝัน กระจัดกระจาย สับสน มีความคิดระแวง สงสัย ไม่ไว้วางใจ รู้สึกไวต่อคำที่ของคนอื่นมากเกินไป มีแนวโน้มที่จะมีความไม่เป็นมิตร โกรธ ก้าวร้าว ขัดแย้ง ไม่ลงรอย และมีปัญหาเกี่ยวกับบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่าหรือคนที่สัมพันธ์ด้วย รวมทั้งมีลักษณะเก็บตัว แยกตัวเอง ไม่ชอบสังคม และไม่กล้าแสดงออกทางสังคมมากกว่าคนปกติ

2.4 ลักษณะบุคลิกภาพของคนปกติชายที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 กับคนปกติหญิง คือมาตรคติ D, MF, Ma และ Si โดยคนปกติหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติชายในมาตรคติ D, MF และ Si แต่มาตรคติ Ma คนปกติชายมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติหญิง

การที่พบดังนี้แสดงให้เห็นว่าคนปกติหญิงมีลักษณะต่อไปนี้มากกว่าคนปกติชาย คือ มีความรู้สึกไม่พึงพอใจในสภาพภาพของตนเอง ผิดหวัง รู้สึกไม่ประสบความสำเร็จในชีวิต มีอารมณ์เศร้า, มีการปรับตัวเป็นไปตามเอกลักษณ์ทางเพศ, มีการเก็บตัว แยกตัวเอง ไม่ชอบสังคม และไม่กล้าแสดงออกทางสังคม แต่คนปกติชายจะมีการเคลื่อนไหวและทำกิจกรรมมาก โดยมีการกระทำหรือ

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทครั้งนี้ กระทำเพื่อเป็นแนวทางให้ทราบถึงบุคลิกภาพโดยส่วนรวมของผู้ป่วย โดยผลการศึกษาจะได้นำสรุปเป็นหัวข้อดังต่อไปนี้ คือ

1. ลักษณะสถานภาพทางสังคมและครอบครัวโดยทั่วไป

1.1 อายุ

ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง มีอายุอยู่ในระหว่าง 16-25 ปี มากที่สุด คือ ผู้ป่วยชายพบร้อยละ 82 ผู้ป่วยหญิงพบร้อยละ 74 และมีอายุอยู่ระหว่าง 26-35 ปี มากรองลงไปคือ ผู้ป่วยชายร้อยละ 18 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 26

1.2 ระดับการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง มีระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา มากที่สุด โดยผู้ป่วยชายคิดเป็นร้อยละ 58 และผู้ป่วยหญิงคิดเป็นร้อยละ 40 และมีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษาต่ำกว่ารองลงไป ทั้งผู้ป่วยชายและหญิง คิดเป็นร้อยละ 28

1.3 ศาสนา

ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง ส่วนมากนับถือศาสนาพุทธ คือ ผู้ป่วยชายร้อยละ 98 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 92

1.4 อาชีพ

ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง ส่วนมากไม่ได้ประกอบอาชีพ ผู้ป่วยชายพบร้อยละ 30 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 52 และอาชีพที่พบมากรองลงไป คือ ลูกจ้าง โดยในผู้ป่วยชายพบร้อยละ 24 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 16

1.5 รายได้

ผู้ป่วยจิตเภทชาย ส่วนมากไม่มีรายได้อะไร คือ ร้อยละ 42 และมีรายได้น้อย (1-2,000 บาทต่อเดือน) ร้อยละ 42 เช่นกัน ส่วนผู้ป่วยจิตเภทหญิงเป็นผู้ไม่มีรายได้อะไรเลยมากที่สุด คือ ร้อยละ 62 และมีรายได้น้อย (1-2,000 บาทต่อเดือน) มากรองลงไปคือ ร้อยละ

1.6 สถานภาพสมรส

ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง มีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุด เป็นผู้ป่วยชาย ร้อยละ 84 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 90

1.7 ภูมิสำเนาเดิม

ผู้ป่วยจิตเภทชายมีภูมิสำเนาเดิมอยู่ภาคกลางมากที่สุด คือ ร้อยละ 30 และมีภูมิสำเนาเดิมอยู่ภาคเหนือ มากรองลงไปคือ ร้อยละ 24 สำหรับผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีภูมิสำเนาเดิมอยู่กรุงเทพฯ มากที่สุด คือ ร้อยละ 42 และมีภูมิสำเนาเดิมอยู่ภาคเหนือมาก รองลงไปคือ ร้อยละ 18

1.8 ลำดับการเกิด

ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิง เป็นบุตรคนกลาง ๆ มากที่สุด คือ ผู้ป่วยชาย พบร้อยละ 58 ผู้ป่วยหญิงร้อยละ 48 และเป็นบุตรคนแรกมากรองลงไป คือ ผู้ป่วยชายร้อยละ 20 ผู้ป่วยหญิงร้อยละ 36

1.9 บุคคลที่สนิทมากที่สุดในครอบครัวเดิม

ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิงสนิทกับแม่มากที่สุด คือ ผู้ป่วยชายร้อยละ 32 และผู้ป่วยหญิงร้อยละ 40 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทชายสนิทกับทุกคน คือ พ่อ แม่ พี่น้อง พวามีมาก รองลงไปคือ ร้อยละ 24 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทหญิงที่สนิทกับพี่น้องมีมากรองลงไป คือ ร้อยละ 22

1.10 สัมพันธภาพของพ่อแม่

ผู้ป่วยจิตเภททั้งชายและหญิงมีพ่อแม่อยู่ด้วยกันทะเลาะกันรุนแรงมากที่สุด คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 34 และผู้ป่วยจิตเภทหญิงร้อยละ 24 และมีพ่อแม่อยู่ด้วยกัน ทะเลาะกันบางครั้งไม่รุนแรง มากรองลงไปคือ ผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 26 และผู้ป่วยจิตเภทหญิงร้อยละ 22

1.11 สัมพันธภาพกับพ่อ

ผู้ป่วยจิตเภทชายมีความสัมพันธ์กับพ่อในระดับไม่ดีเป็นส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 52 และมีความสัมพันธ์กับพ่อในระดับดี มากรองลงไปคือร้อยละ 32 สำหรับผู้ป่วยจิตเภทหญิงมีความสัมพันธ์กับพ่อในระดับปานกลางมากที่สุดคือร้อยละ 44 และมีความสัมพันธ์กับพ่อในระดับไม่ดีรองลงไปคือ ร้อยละ 38

1. 12 สัมพันธภาพกับแม่

ผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิง มีความสัมพันธ์กับแม่อยู่ในระดับที่มากที่สุด คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 52 ผู้ป่วยจิตเภทหญิงร้อยละ 42 และมีความสัมพันธ์อยู่ในระดับไม่ตีมารองลงไป คือ ผู้ป่วยจิตเภทชายร้อยละ 34 และผู้ป่วยจิตเภทหญิงร้อยละ 32

จากที่กล่าวมาข้างต้น ลักษณะสภาพทางด้านสังคมที่น่าสนใจก็คือ ปัญหาความยากจน ซึ่งดูจากผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีอาชีพ และไม่รายได้ประจำ พบว่ามีจำนวนค่อนข้างสูงมาก ที่เป็นเช่นนี้อาจจะมีสาเหตุเนื่องมาจากผู้ป่วยมีระดับการศึกษาค่อนข้างต่ำ ส่วนมากอยู่ในระดับมัธยมศึกษา และเริ่มมีอาการป่วยเมื่ออายุน้อย โดยอยู่ในช่วงวัยรุ่นตอนปลาย อายุระหว่าง 16-20 ปี ทำให้ขาดความต่อเนื่องทางการศึกษาไม่ว่าจะเป็นทางการ วิชาชีพหรือการทำงาน ดังนั้นแม้จะรักษาหายแล้วและกลับออกไปสู่สังคมภายนอกก็ยังประสบปัญหาดังกล่าวยู่ ซึ่งอาจก่อให้เกิดความเครียดทางด้านจิตใจ และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดอาการป่วย ต้องกลับมารักษาซ้ำอีกในโรงพยาบาล นอกจากนี้จากสภาพครอบครัวของผู้ป่วยส่วนมาก แมวจะมีพ่อแม่อยูด้วยกันแต่ก็มีการทะเลาะกันรุนแรงอยู่เสมอ สิ่งเหล่านี้มีส่วนสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท และอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดอาการป่วยซ้ำได้อีกประการหนึ่งถ้าไม่ได้รับการแก้ไข เพราะปัจจัยทางด้านจิตวิทยาและสังคมเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ ก็คือ การมีความสัมพันธ์ภายในครอบครัวที่ผิดปกติ พ่อแม่มีเรื่องทะเลาะขัดแย้งกัน มีความแตกแยกในครอบครัว สิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีสภาพสับสน วุ่นวาย ปราศจากความสุขซึ่งมีส่วนทำให้การพัฒนาทางด้านจิตใจและบุคลิกภาพผิดปกติไป

2. ลักษณะทางบุคลิกภาพที่สำคัญของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท คือ ลักษณะที่มืดตาตะแบบ เฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มคนปกติทั้งในเพศชายและเพศหญิงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คือ ลักษณะบุคลิกภาพตามมาตรลีนิก ดังนี้

- 2.1 มาตรฐานคะแนนความตรง (F) ซึ่งแสดงถึงลักษณะที่ประเมินในทางที่ไม่ดีเกี่ยวกับตนเอง หรือมีพยาธิสภาพทางจิตใจที่ต้องการความช่วยเหลือ
- 2.2 มาตรฐานไซโคแพทิก ดิวิเอท (Pd) ซึ่งแสดงถึงลักษณะของการต่อต้านไม่ยอมรับขนบธรรมเนียมประเพณีและกฎเกณฑ์ของสังคม มีพฤติกรรมแสดงออกที่สังคมไม่ยอมรับ มีความขัดแย้ง ไม่ลงรอย โดษแค้นแก่กับผู้อื่นบ้างเหนือกว่า
- 2.3 มาตรฐานพาราโนยด์ (Pa) ซึ่งแสดงถึงลักษณะความวิตกกังวลในรูประวางสงสัย ไม่ไว้วางใจ ไว้อคติความรู้สึก และไว้อคติหาที่ของผู้อื่นในเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลมากเกินไป

ไม่ยืดหยุ่น รู้สึกอิจฉา โท้อใจ มีแนวโน้มชอบโทษคนอื่น เมื่อมีอะไรที่ไม่ดีเกิดขึ้น

2.4 มาตรฐานไฮแคสเรเนี่ย (Pt) ซึ่งแสดงถึงลักษณะของการยึดมั่นทำ วิตกกังวล กลัวอย่างไม่มีเหตุผล สงสัยมากเกินไป อารมณ์ไม่มั่นคง ถูกกระตุ้นได้ง่าย มีความเครียดขาดความมั่นใจในตัวเอง

2.5 มาตรฐานจิตเภท (Sc) ซึ่งแสดงถึงลักษณะความคิดหรือการกระทำที่ผิดปกติและมีพฤติกรรมแปลก ๆ ที่ยากแก่การเข้าใจ

2.6 มาตรฐานไฮโปแมเนีย (Ma) ซึ่งแสดงถึงลักษณะความผิดปกติทางด้านอารมณ์ มีการเคลื่อนไหวและการกระทำมากกว่าปกติ มีความตื่นตัวทางอารมณ์มาก

นอกจากนี้ถ้าพิจารณาจากพื้นฐานคะแนนของมาตรฐานในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทกับกลุ่มคนปกติจะเห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีพื้นฐานคะแนนของมาตรฐานคะแนนความตรง (F) มาตรฐานไฮโปแมเนีย (Ma) มาตรฐานพาราโนีย (Pa) มาตรฐานไฮแคสเรเนี่ย (Pt) มาตรฐานจิตเภท (Sc) และมาตรฐานไฮโปแมเนีย (Ma) สูงกว่ากลุ่มคนปกติทั้งในเพศชายและหญิง โดยเป็นที่น่าสังเกตว่า มาตรฐานจิตเภท (Sc) และมาตรฐานคะแนนความตรง (F) เป็นลักษณะค่อนข้างเด่นในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่เป็นการแสดงถึงพยาธิสภาพทางจิตใจ จากพื้นฐานคะแนนของมาตรฐานคลินิกในผู้ป่วยจิตเภทสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะที่มักประเมินตัวเองในทางที่ไม่ดี มีการแสดงออกของความวิตกกังวลที่แสดงถึงการมีพยาธิสภาพ มีความไม่สบายใจ วิตกกังวล ยึดมั่นทำ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง มีลักษณะความคิดและอารมณ์ไม่สมวัย อารมณ์ถูกกระตุ้นและเปลี่ยนแปลงได้ง่าย มีความตื่นตัวง่าย ระวัง สงสัย ไม่ไว้วางใจ รู้สึกไวต่อคำที่ของคนอื่นมากเกินไป มีแนวโน้มที่จะมีความไม่เป็นมิตร โกรธ ลาวราว ชัดแจ้ง ไม่ลงรอย มีปัญหาเกี่ยวกับบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่าหรือคนที่สัมพันธ์ด้วย นอกจากนี้ยังมีลักษณะเก็บตัวแยกตัวเอง ไม่ชอบสังคม และไม่กล้าแสดงออกทางสังคมมากกว่าคนปกติ

จากผลการวิจัยว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพื้นฐานคะแนนสูงในมาตรฐาน F, Pd, Pa, Pt, Sc และ Ma นั้น น่าจะเป็นข้อบ่งชี้ให้นักจิตวิทยาสามารถเลือกใช้ เฉพาะมาตรฐานของแบบทดสอบเอ็ม เอ็ม ที ไอ ดังกล่าวข้างต้น ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเภท กรณีที่ไม่สามารถทำแบบทดสอบทั้งหมดได้

3. ลักษณะบุคลิกภาพของกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชาย เมื่อเปรียบเทียบกับลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทหญิง พบว่ามีลักษณะที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยจิตเภท

หญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทชายในมาตรคลินิค ดังนี้

3.1 มาตรการคะแนนการพูดเท็จ (L) ซึ่งแสดงถึงลักษณะที่ตอบในทางที่ดีเกี่ยวกับตนเอง เพื่อเป็นการสร้างความประทับใจต่อคนอื่น

3.2 มาตรการความสนใจตามเพศ (MF) ซึ่งแสดงถึงลักษณะของความประพฤติกี่สอดคล้องกับบทบาททางเพศ ซึ่งแสดงออกผ่านค่านิยม ทัศนคติ และความสนใจ รวมทั้งการเลียนแบบและเอกลักษณ์ของตนเอง

โดยสรุปแล้วผู้ป่วยจิตเภทหญิงจะมีการแสดงออกทางกระทำเป็นที่ประทับใจต่อคนอื่น และมีการปรับตัวตามเอกลักษณ์ทางเพศมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทชาย

4. สำหรับลักษณะบุคลิกภาพของคนปกติชายกับคนปกติหญิง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในมาตรดีเทรสชั่น (D) มาตรการความสนใจตามเพศ (MF) มาตรการไฮโปเมเนีย (Ma) และมาตรการเก็บตัวทางสังคม (S1) โดยพบว่าคนปกติหญิงมีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติชายในมาตร D, MF และ S1 แต่คนปกติชายมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าคนปกติหญิงในมาตร Ma

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ลักษณะของแบบทดสอบอาจจะไม่เหมาะสมสำหรับกลุ่มที่มีการศึกษาคำ เพราะมีจำนวนข้อคำถามมากเกินไป ผู้ที่ตอบอาจรู้สึกว่ายากและเป็นงานหนักสำหรับเขา ดังนั้นผู้วิจัยจึงพยายามจำกัดระดับการศึกษาอย่างต่ำของกลุ่มตัวอย่าง ว่าต้องจบชั้นประถมศึกษาตอนปลายเป็นอย่างน้อย ซึ่งทำให้ผู้ป่วยที่มีการศึกษาคำกว่านั้นไม่ได้รับเลือกมาเป็นกลุ่มตัวอย่าง

2. ค่าคะแนนมาตรฐานของแต่ละมาตรคลินิคในกลุ่มคนไทยยังไม่เห็นได้ทำไว้ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีเปรียบเทียบความแตกต่างกับกลุ่มคนปกติ โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างใหม่ลักษณะสถานภาพทางเศรษฐกิจสังคมใกล้เคียงกับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ

1. การมีการวิจัยบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เครื่องมือแบบทดสอบบุคลิกภาพหลาย ๆ แบบประกอบกัน เพื่อนำผลที่ได้มาเป็นข้อมูลพิจารณาบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภทร่วมกับผลที่ได้จากแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม พี ไอ ครั้งนี้ อันจะนำไปสู่แนวทางสรุปลักษณะบุคลิกภาพของผู้ป่วยจิตเภท

โคแมนตรงยิ่งขึ้น เนื่องจากในการประเมินลักษณะบุคลิกภาพ ต้องยอมรับความจริงว่า เราไม่สามารถตัดสินบุคลิกภาพของบุคคลใดบุคคลหนึ่งโดยใช้เครื่องมือทดสอบเพียงชนิดเดียวได้ เพราะลักษณะบุคลิกภาพเป็นลักษณะที่ซับซ้อนและกว้างมาก ดังนั้นการประเมินบุคลิกภาพที่จะให้ผลใกล้เคียงกับความเป็นจริงมากที่สุด จึงควรจะต้องใช้เครื่องมือประเมินบุคลิกภาพหลายชนิดประกอบกัน

2. ในการวิจัยครั้งนี้จะใช้เป็นแนวทางสำหรับบุคคลที่จะทำการศึกษามูลนิธิภาพของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชอื่น ๆ ตามต่างจังหวัดทั่วประเทศ เพื่อหาข้อสรุปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทว่าความแตกต่างของดินที่อยู่จะมีผลต่อเรื่องนี้หรือไม่

3. น่าจะมีการศึกษาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ว่ามีความแตกต่างอย่างไรกับผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาครั้งแรกในโรงพยาบาล เพื่อจะโคทราบว่าการป่วยเป็นโรคจิตเภทเป็นระยะเวลาานาน ๆ นั้นจะมีผลต่อบุคลิกภาพหรือไม่อย่างไร

4. ผลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ น่าจะนำไปพิจารณาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการช่วยวินิจฉัยโรคและวางแผนรักษา เช่น นักจิตวิทยาอาจจะเลือกใช้มาตรากรลินิก F, Pd, Pa, Pt, Sc และ Ma ของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที ไอ ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเภทในกรณีที่ต้องการสนับสนุนผลการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยจากแบบทดสอบชนิดอื่นหรือเพื่อเป็นการประหยัดเวลา หรืออาจช่วยในการวางแผนการรักษา ถ้าพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเด่นและค้อยในบุคลิกภาพด้านใด

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์. ตารางแสดงผลการปฏิบัติของหน่วยงานสังกัดปีงบประมาณ

2529. กรมการแพทย์. 2529 : 17.

กิจิกร มีทรันย์. "บุคลิกภาพแปรปรวน." ข่าวสารสุขภาพจิต. 3 (มกราคม 2527) : 4-5.

การศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยจิตเภทและผู้ป่วยโรคจิตทางอารมณ์ วิเคราะห์เชิงระชาควิทยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2524.

โกวิทย์ นพพร, นพ. "โรคจิต โรคประสาท และการรักษาสุขภาพจิตในชีวิตประจำวัน."

วารสารรามธิบดี. 15 (มกราคม 2528) : 35-41.

จารุวรรณ ท. สกุล. ปัจจัยหลักคั้นใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์บัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.

จำรอง เงินดี. จิตวิทยาทั่วไป. ภาควิชาจิตวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร, 2529.

จำลอง คิชยวณิช, นพ. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : โรงพิมพ์พระสิงห์การพิมพ์, 2522.

ชูศรี วงศ์ธัมมะ. เทคนิคการใช้สถิติเพื่อการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์และทำปกเจริญผล, 2527.

เชิดศักดิ์ ไชวาสินธุ์. "การวัดทัศนคติและบุคลิกภาพ." วิทยานิพนธ์ปริญญาตรีบริหารวิโรฒประสามมิตร, 2520. (อติสำเนา).

ครุณี นาทะศิริ. การปรับตัวของผู้ป่วยทางจิตเวชหลังจากได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ศึกษาในสถานสงเคราะห์บ้านกิ่งวิถึ). วิทยานิพนธ์สังคมวิทยามหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2523.

นภาวัลย์ กัมพลาศิริ. การศึกษาสภาวะแวดล้อมทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่น. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต. คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2524.

- บัจอร์ ภูวภิรมย์ขวัญ. "การวัดบุคลิกภาพ." กรุงเทพมหานคร, 2526. (อัครสำเนาะ).
- บุญวาทย์ สุขสุทธิพันธ์. การศึกษาผู้ป่วยจิตเวชวัยรุ่นที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ พ.ศ. 2519-2520. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2521.
- เพชรบุรี รุ่งเรือง. ศึกษาสาเหตุการป่วยเป็นโรคจิตของเด็กวัยรุ่นที่รับไว้รักษา ณ โรงพยาบาลสมเด็จพระยา พ.ศ. 2515-2516. วิทยานิพนธ์ครุศาสตรบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2517.
- มนตรี นามมงคล, นพ. "Schizophrenia Disorder." วารสารส่วนปรุง. 1 (มกราคม-มีนาคม 2528) : 1-13.
- บรรจง สุทธิรัตน์, นพ. "การถูกคามจากโรคจิตในปัจจุบัน." วารสารสุขภาพสำหรับประชาชนของแพทยสมาคมและแพทย์สภา. 7 (กันยายน 2522) : 115.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. เอกสารโรเนียวสถิติจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล. 2528.
- โรงพยาบาลสมเด็จพระยา. เอกสารโรเนียวสถิติจำนวนผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล, 2528.
- ละออ พงษ์พานิช, พ.ท. เอกสารโรเนียวการนำแบบทดสอบบุคลิกภาพ MMPI มาใช้ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. 2524. (อัครสำเนาะ).
- วิจารณ์ วิชัยยะ, นพ. และคณะ. "In-patient Incidence of Psychiatric Disorder at Somdej Chaopraya Hospital." วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 25 (มิถุนายน) : 179.
- สมภพ. เรื่องตระกูล, นพ. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : อักษรสัมพันธ์, 2523.
- สุพร พลยานันท์. "มโนทัศน์ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการเกิดอาการ Schizophrenia." วารสารพยาบาล. 29 (มกราคม 2523) : 60-61.
- สุทัศน์า เตชะคิงส์ ณ อยุธยา, พญ. และคนอื่น ๆ. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2520.
- สุทัศน์า เพชรภูมิ. ศึกษาชนชั้นทางสังคมกับโรคจิต. วิทยานิพนธ์สังคมวิทยาบัณฑิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2517.

- สุรินทร์ พรหมพิทักษ์, นพ. และ มงคล ม.ศรีโสภาค, นพ. "ระบอบวิยาของผู้ป่วยจิตเภทใน
โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์." ในรวมรายงานการประชุมวิชาการกองโรงพยาบาลโรค
จิต หน้า 87-95. 2502.
- สุวัฒนา อารีพรรค. ความผิดปกติทางจิต. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย, 2524.
- โสภา ชูพิบูลชัย. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักพิมพ์ไชน่าวัฒนาพานิช, 2521.
- อินทิรา พัวสกุล, พญ. "Schizophrenia and Allied Condition." บทความวิชาการ
โรงพยาบาลประสาท เชียงใหม่, 2528 : 40.
- Baron, M. et al. "Familial transmission of Schizotypal and Borderline
personality disorders." The American Journal of Psychiatry.
142 (1985): 927-934.
- Blumberg, S. "MMPI F Scale as an indicator of Severity of Psychopathology."
Journal of Clinical Psychology. 23 (1967): 96-99.
- Chick and Wolff. "Psychological Construing in Schizoid Children grown -
up." British Journal of Psychiatry. 135 (1979): 425-430.
- Cull, "A consensual Validation of Schizoid Personality in Childhood
and adult life." British Journal of Psychiatry. 144 (1984):
646-650.
- Edell, William S. "Relationship of Borderline Syndrome disorder to
Early Schizophrenia on the MMPI." Journal of Clinical Psychology.
43 (1987): 163-174.
- Ellis, L. "Developmental androgen fluctuation and The five dimension
of mammalian Sex (with emphasis upon the behavioral dimension
and the human Species)." Ethology and Socio Biology. 3 (1982):
171-197.

- _____ . The Validity of Personality Questionnaires. Psychological Bulletin 43. 1974: 385-440.
- Gallucci, Nicholas T. "The Influence of Elevated F Scales on the Validity of Adolescent MMPI Profile." Journal of Personality Assessment. 51 (1987): 133-139.
- Gove, WE. Tudor, JF. "Adult Sex role and Mental illness." American Journal of Social. 78 (1973): 812.
- Haier, Richard J. et al. "MMPI Assessment of Psychopathology in the Adopted - Away offspring of Schizophrenics." Archives of general psychiatry. 35 (1978): 171-175.
- Hall, Calvin S. Lindzey, Gardner. Theories of Personality. New York: John Wiley & Sons INC, 1962.
- Henry, Flor P. "Gender, hemispheric Specialization and Psychopathology." Social Science Medicine. 12 (1978): 155-162.
- _____ . "Schizophrenia: Sex differences." Canadian Journal of Psychiatry. 30 (1985): 319-321.
- Hirsch, S.R. Leff J.P. Abnormalities in parents of Schizophrenics. London: Oxford University, 1975.
- Kraepelin. "Symposium: Gender and Schizophrenia." Canadian Journal of Psychiatry. 30 (1985): 311.
- Lachar, David. The MMPI: Clinical Assessment and Automated Interpretation. USA: Western Psychological Services, 1983.
- Lanyon, Richard I. MMPI: A Handbook of MMPI Group profiles. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1968.
- Lewine, R R J. "Sex differences in age of symptom onset and first Hospitalization in Schizophrenia". American Journal Orthopsychiatry. 50 (1980) : 316 - 322.

- Lidz, Theodore. et al. "Schism and Skew in the Families of Schizophrenia." in A Modern Introduction to the Family. Bell and Vogel, 1968.
- Loranger, AW. "Sex difference in age at onset of Schizophrenia." Archives of General Psychiatry. 41 (1984): 157-161.
- Neale, John M. Oltmanns, Thomas F. Schizophrenia. Canada: John Wiley & Sons INC, 1980.
- Newmark, Charles S. "Utility of MMPI Indics of Schizophrenia with Adolescents." Journal of Clinical Psychology. 39 (1983): 170-171.
- Pervin, Lawrence A. Personality: Theory, Assessment and Research. Third Edition. New York: John Wiley & Sons INC, 1980.
- Rieder, R O. Nichols, PL. "Offspring of Schizophrenic." Archives of General Psychiatry. 30 (1979): 665-674.
- Salokangas, R K R. "Prognostic implication of the Sex of Schizophrenic patients." British Journal of Psychiatry. 142 (1983):143-151.
- Seeman, Mary V. "Gender difference in Schizophrenia." Canadian Journal of Psychiatry. 27 (1982): 107-110).
- _____. "Sex and Schizophrenia." Canadian Journal of Psychiatry. 30 (1985): 313-314.
- Snyder, S H. "Drug Neurotransmitters and Schizophrenia." Science. 184 (1974): 1234-1253.
- Stagner, Ross. Psychology of Personality. Third Edition. New York: Mcgraw-Hill Book Company INC, 1961.
- Trimboli, Frank. Kilgore, Richard B. "A Psychodynamic Approach to MMPI interpretation." Journal of Personality Assessment. 47 (1983): 614-625.

- Walters, Glenn D. "Identifying Schizophrenia by Mean of Scale 8 Sc of The MMPI." Journal of Personality Assessment. 48 (1984): 390.
- Watt, Norman F. "Patterns of Childhood Social Development in Adult Schizophrenia." Archives of General Psychiatry. 35 (1978): 160-165.
- Welsh, George Schlager. Dahlstrom, W Grant. Basic Reading on the MMPI in Psychology and Medicine. University of North Carolina: Departments of Psychology and Psychiatry, 1963.
- Wiggins, Jerry S. "Content Dimension in the MMPI." in MMPI Research Development and Clinical Application, 1969: 131-132.

ภาคผนวก ก

แบบบันทึกข้อมูลส่วนตัว เกี่ยวกับลักษณะทางครอบครัวและสังคม

คำแนะนำในการตอบแบบบันทึกข้อมูล

แบบบันทึกข้อมูลส่วนนี้เป็นข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านเอง ข้อมูลทั้งหมดจะไม่มีการเปิดเผยเป็นรายกรณี นอกจากนำเสนอสื่อเป็นผลวิเคราะห์โดยสรุปเท่านั้น ขอให้ท่านเติมข้อความลงในช่องว่างหรือเครื่องหมาย X ลงในช่องสี่เหลี่ยมหน้าข้อความที่ตรงกับตัวท่าน ผู้วิจัยขอขอบคุณในการร่วมมือของท่าน อันจะเกิดประโยชน์แก่การศึกษาท่านนี้ไว้ ณ ที่นี้ด้วย

1. อายุของท่าน ปี
2. เพศ ชาย หญิง
3. ระดับการศึกษาของท่าน ประถมศึกษาตอนปลาย
 มัธยมศึกษา
 มัธยมศึกษา
 ปวช. ชั้น
 ปวส. ชั้น
ปริญญาตรี
4. ศาสนา พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ
5. อาชีพ รายได้ บาท/เดือน
6. สถานภาพการสมรส โสด คู่ หย่า หย่า
7. ภูมิลำเนาเดิมของท่าน กรุงเทพฯ ต่างจังหวัด ระบุ
8. ท่านเป็นบุตรคนที่ ในจำนวนพี่น้องทั้งหมด
9. บุคคลที่สนิทที่สุดในครอบครัว พ่อ แม่ พี่น้อง
 อื่น ๆ ระบุ
10. ความสัมพันธ์ระหว่างบิดามารดา
 บิดามารดาอยู่ด้วยกันรักใคร่กันดี

- บิดามารดาอยู่ด้วยกันทะเลาะกันรุนแรง
 - บิดามารดาอยู่ด้วยกันทะเลาะกันบ้างบางครั้งไม่รุนแรง
 - บิดามารดาแยกกันอยู่
 - บิดาเสียชีวิต
 - มารดาเสียชีวิต
 - บิดามารดาเสียชีวิต
11. ความสัมพันธ์ของท่านกับบิดา ดี ปานกลาง ไม่ดี
12. ความสัมพันธ์ของท่านกับมารดา ดี ปานกลาง ไม่ดี
13. ตัวท่านเองเคยป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท มาก่อนเข้าโรงพยาบาลหรือไม่
- เคย โดยป่วยเป็นโรค.....
 - ไม่เคย

ภาคผนวก ข

การหาค่าความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที โอ

การหาค่าความเชื่อถือได้ของแบบทดสอบ เอ็ม เอ็ม ที โอ ใช้วิธีการทดสอบซ้ำ

(Test - Retest Reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ Pearson ในการคำนวณ

$$r_{XY} = \frac{N \sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{[N \sum X^2 - (\sum X)^2] [N \sum Y^2 - (\sum Y)^2]}}$$

r_{XY} = สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของการตอบแบบทดสอบ 2 ครั้ง

N = จำนวนผู้ตอบแบบทดสอบ

X = คะแนนการตอบแบบทดสอบ ครั้งที่ 1

Y = คะแนนการตอบแบบทดสอบ ครั้งที่ 2

$\sum X, \sum Y$ = ผลรวมของคะแนนการตอบแบบทดสอบแต่ละครั้ง

$\sum XY$ = ผลรวมของผลคูณระหว่างคะแนนการตอบแบบทดสอบ ครั้งที่ 1 และ 2

กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทชายและหญิง

$$\text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก L} = \frac{(10 \times 510) - (70 \times 69)}{\sqrt{[(10 \times 550) - (70)^2] [(10 \times 507) - (69)^2]}}$$

$$= .6270597$$

$$\text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก F} = \frac{(10 \times 5866) - (221 \times 234)}{\sqrt{[(10 \times 6269) - (221)^2] [(10 \times 6046) - (234)^2]}}$$

$$= .7815123$$

$$\text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก K} = \frac{(10 \times 1989) - (133 \times 134)}{\sqrt{[(10 \times 2285) - (133)^2] [(10 \times 2006) - (134)^2]}}$$

$$= .6275679$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือใจของมาตราหลัก Hs} &= \frac{(10 \times 3696) - (197 \times 168)}{\sqrt{[(10 \times 4373) - (197)^2] [(10 \times 3434) - (168)^2]}} \\ &= .7043308 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือใจของมาตราหลัก D} &= \frac{(10 \times 8366) - (288 \times 280)}{\sqrt{[(10 \times 8686) - (288)^2] [(10 \times 8574) - (280)^2]}} \\ &= .5632971 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือใจของมาตราหลัก Hy} &= \frac{(10 \times 6371) - (242 \times 247)}{\sqrt{[(10 \times 6384) - (242)^2] [(10 \times 6861) - (247)^2]}} \\ &= .6215374 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือใจของมาตราหลัก Pd} &= \frac{(10 \times 7679) - (280 \times 267)}{\sqrt{[(10 \times 8100) - (280)^2] [(10 \times 7603) - (267)^2]}} \\ &= .578195 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือใจของมาตราหลัก Mf} &= \frac{(10 \times 9148) - (301 \times 300)}{\sqrt{[(10 \times 9195) - (301)^2] [(10 \times 9278) - (300)^2]}} \\ &= .6093315 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือใจของมาตราหลัก Pa} &= \frac{(10 \times 3324) - (178 \times 175)}{\sqrt{[(10 \times 3498) - (178)^2] [(10 \times 3324) - (175)^2]}} \\ &= .7118964 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือใจของมาตราหลัก Pt} &= \frac{(10 \times 12742) - (354 \times 345)}{\sqrt{[(10 \times 13102) - (354)^2] [(10 \times 12742) - (345)^2]}} \\ &= .7644614 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือใจของมาตราหลัก Sc} &= \frac{(10 \times 20457) - (448 \times 444)}{\sqrt{[(10 \times 21124) - (448)^2] [(10 \times 20370) - (444)^2]}} \\ &= .6803631 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก } Ma &= \frac{(10 \times 5772) - (231 \times 243)}{\sqrt{[(10 \times 5537) - (231)^2] [(10 \times 6177) - (243)^2]}} \\ &= .6787701 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก } S1 &= \frac{(10 \times 11645) - (342 \times 333)}{\sqrt{[(10 \times 11964) - (342)^2] [(10 \times 11497) - (333)^2]}} \\ &= .7758748 \end{aligned}$$

กลุ่มเกณฑ์พิเศษภายในของหญิง

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก } L &= \frac{(10 \times 392) - (61 \times 63)}{\sqrt{[(10 \times 389) - (61)^2] [(10 \times 409) - (63)^2]}} \\ &= .5384615 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก } F &= \frac{(10 \times 2475) - (164 \times 138)}{\sqrt{[(10 \times 3168) - (164)^2] [(10 \times 2120) - (138)^2]}} \\ &= .6594866 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก } K &= \frac{(10 \times 1579) - (115 \times 132)}{\sqrt{[(10 \times 1421) - (115)^2] [(10 \times 1852) - (132)^2]}} \\ &= .5870924 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก } Hs &= \frac{(10 \times 4014) - (203 \times 189)}{\sqrt{[(10 \times 4257) - (203)^2] [(10 \times 4073) - (189)^2]}} \\ &= .6790537 \end{aligned}$$

$$\begin{aligned} \text{ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรคลีนิก } D &= \frac{(10 \times 8487) - (290 \times 281)}{\sqrt{[(10 \times 8810) - (290)^2] [(10 \times 8285) - (281)^2]}} \\ &= .8569741 \end{aligned}$$



ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรฐานสถิติ Hy = $\frac{(10 \times 5649) - (234 \times 232)}{\sqrt{[(10 \times 5732) - (234)^2] [(10 \times 5876) - (232)^2]}}$
 = .6189716

ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรฐานสถิติ Pd = $\frac{(10 \times 5558) - (229 \times 236)}{\sqrt{[(10 \times 5433) - (229)^2] [(10 \times 5848) - (236)^2]}}$
 = .669793

ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรฐานสถิติ Mf = $\frac{(10 \times 8787) - (298 \times 288)}{\sqrt{[(10 \times 9176) - (298)^2] [(10 \times 8498) - (288)^2]}}$
 = .833997

ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรฐานสถิติ Pa = $\frac{(10 \times 1332) - (117 \times 109)}{\sqrt{[(10 \times 1457) - (117)^2] [(10 \times 1319) - (109)^2]}}$
 = .5279894

ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรฐานสถิติ Pt = $\frac{(10 \times 9546) - (308 \times 303)}{\sqrt{[(10 \times 9766) - (308)^2] [(10 \times 9519) - (303)^2]}}$
 = .6947204

ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรฐานสถิติ Sc = $\frac{(10 \times 15139) - (390 \times 379)}{\sqrt{[(10 \times 15848) - (390)^2] [(10 \times 14859) - (379)^2]}}$
 = .6371093

ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรฐานสถิติ Ma = $\frac{(10 \times 5486) - (234 \times 230)}{\sqrt{[(10 \times 5742) - (234)^2] [(10 \times 5360) - (230)^2]}}$
 = .7615829

ค่าความเชื่อถือได้ของมาตรฐานสถิติ Si = $\frac{(10 \times 11588) - (338 \times 340)}{\sqrt{[(10 \times 11606) - (338)^2] [(10 \times 11694) - (340)^2]}}$
 = .6154048