



## การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

### The Study of Causes and Ways to Prevent a Recurrence of Schizophrenic Patients in The Community of Pi-leng District Health Care Promoting Hospitals which Experiencing Unrest Situation in the Southern Provinces of Thailand

ณัฐติกา ชูรัตน์ พย.ม. (Nuttika Choorat, M.N.S.)<sup>1</sup>

#### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เพื่อศึกษาสาเหตุและหาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็งที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็ง 5 รายญาติ/ผู้ดูแล 5 ราย ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 12 ราย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการบันทึกภาคสนาม ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า

ผลการวิจัย พบว่า สาเหตุการกลับเป็นซ้ำ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ยาจิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของผู้ป่วย 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแล 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ คือ 1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุอาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา และควรให้ข้อมูลเป็นรายการนี้ 2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ลด ละ เลิกสารเสพติด 4) จัดการอารมณ์ให้เป็น 5) ชุมชนรวมดูแลอย่างกัลยาณมิตร 6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน ดังนั้นในการพัฒนางาน จิตเวชชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ ควรให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนร่วมค้นหาสาเหตุและมีส่วนร่วมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน

**คำสำคัญ :** สาเหตุและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็ง เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

#### Abstract

This study aimed to examine causes and prevention of the recurrence of schizophrenic patients in the community of Pi-leng District's Health Care Promoting Hospitals which are experiencing the unrest situation in the southern border provinces of Thailand. The samples of the study were 5 schizophrenia patients, 5 are their relatives, and 12 community leaders and the concerned organization. The study were used an in-depth interview, a participant observation and field note. The instruments' validity was verified by 3 experts. The data were collected and analyzed using content analysis; its verification of the data was based on triangulation technique.

<sup>1</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็ง อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาส

The findings showed that as far as the causes were concerned, there were 6 causes of the recurrence of schizophrenic patients. These causes will be demonstrated as follows: 1) the patients lacked of knowledge about the disease, psychiatric medicines and mental health services, 2) the patients lacked awareness of taking medicine, 3) the patients took the drugs, 4) the patients were stressful, 5) the relatives experienced a feeling of boredom as well as discouragement of taking care the patients, and 6) the last cause was due to the environmental and the economic issues. With regard to prevention, there were also 6 ways to prevent the recurrence of the recurrence of schizophrenic patients. These were: 1) providing the knowledge regarding (including causes, symptoms, treatment, medicine, and side-effect) the disease. Providing the knowledge regarding the symptom of exacerbation and a hospital to an individual case, 2) continually raise an awareness of treatment, 3) reduce and then stop taking drugs, 4) control emotion, 5) collaboratively take care of the patients, 6) avoid attaching stigma to the patients. Therefore, the development of psychiatry community to prevent from the recurrence of the disease should be a space for the patients, families, and community to collaboratively find out causes and prevention in congruent with the local contexts.

**Keywords :** The causes and the ways to prevent a recurrence of schizophrenic patients, Schizophrenic patients, The unrest situation in the southern provinces of Thailand

## บทนำ

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน บางครั้งอาจต้องดูแลตลอดชีวิต เพราะการรักษาให้หายขาดเป็นไปได้ยากโดยความเสื่อมของบุคลิกภาพลดลงเรื่อยๆ หลังป่วยแต่ละครั้ง (สุวารี คำปานสาย, 2550) และมีอัตราการกลับเป็นซ้ำรวมถึงกลับมารักษาซ้ำมากกว่าผู้ป่วยโรคทางจิตเวชอื่นๆ (อรุณี โสติวินชวงศ์, 2550; เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคนา วังทอง และอนุชิต วังทอง, 2557) โดยพบว่าในประเทศไทยมีผู้ป่วยกลับมาเป็นซ้ำจำนวนถึงร้อยละ 70 (กรมสุขภาพจิต, 2548) จากสถานการณ์ข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา ปี 2554-2556 พบว่า อำเภอเกาะไอร่องมีผู้ป่วยโรคจิตน้อยที่สุดในจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 197 คน และข้อมูลจากโรงพยาบาลเกาะไอร่องในปีเดียวกันพบว่า เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 43 คน (ร้อยละ 21.83) มีกลับเป็นซ้ำจำนวน 10 คน (ร้อยละ 23.25) โดยผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำจำนวน 5 คน (ร้อยละ 50) เป็นผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนิเหล็ง

การกลับเป็นซ้ำทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเอง บกพร่องในการทำกิจวัตรประจำวัน การทำหน้าที่ในครอบครัว การงานและสังคม อีกทั้งส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยและญาติแย่ลง และเพิ่มค่าใช้จ่ายในการรักษาซ้ำอีกด้วย (Sadock & Sadock, 2000) จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงจำเป็นต้องหาสาเหตุและแนวทางในการแก้ปัญหาการกลับเป็นซ้ำโดยการให้ข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนและผู้ดูแล/ญาติ นอกจากนี้แล้วข้อมูลจากชุมชนเป็นส่วนหนึ่งที่สำคัญเพราะผู้ป่วยให้ความสำคัญต่อการสนับสนุนทางสังคม ด้านการรับรู้ คุณค่า การยอมรับของสังคม มีความต้องการสะท้อนทางบวก การบอกสิ่งดีๆ ให้เกียรติ และมีอาชีพที่เหมาะสมกับศักยภาพ ดังนั้นการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย อาจส่งผลให้การกลับเป็นซ้ำลดลงและลดภาระผู้ดูแลได้ (ขวัญสุดา บุญเทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล, 2554)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ด้าน คือ ด้านผู้ป่วยจิตเภท มีสาเหตุจากการขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษา มีประสบการณ์ไม่ดีกับผลข้างเคียงของยา จึงไม่ร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา (สายรุ้ง จันทรเส็ง, 2548) ความไม่สะดวกและไม่ปลอดภัยในการเดินทางไปรับยาส่งผลให้ไม่ได้รับ



ยาต่อเนื่องและกลับเป็นซ้ำ (วารุณี มากำเนิด, 2552) การใช้สารเสพติด โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มักใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา ยาบ้า เพื่อลดความเครียด (ศรีสกุล แจ่มคำ, 2549) และใช้เป็นสื่อในการเข้าถึงสังคม มีผลทำให้กลับเป็นซ้ำ (Verdoux, Gindre, & Sorbara, 2002) นอกจากนี้มีสาเหตุอื่นๆ เช่น ขาดแรงจูงใจในการรักษา ขาดการตระหนักรู้ ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทำให้เกิดความยุ่งยากกับญาติและผู้ใกล้ชิด (มูลนิธิศรีธัญญา, 2548) ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และสังเกตอาการนำก่อนเริ่มเป็นไม่ได้ ด้านญาติ/ผู้ดูแลมีสาเหตุจากผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคยาทางจิตเวช และการดูแลอย่างเหมาะสมตลอดจนมีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรง ต่ำทงวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วย และด้านผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยบุคคลในชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ บางครั้งชุมชนรู้สึกสงสารที่เห็นผู้ป่วยไม่ได้รับความเป็นธรรม แต่ในบางครั้งจะรู้สึกรำคาญเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ (สุพัฒนา สุขสว่าง และศรีลักษณ์ สว่างสิน, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทมักอยู่ในชุมชนได้ไม่นานและจะกลับมารักษาซ้ำอีกทั้งชุมชนที่อาศัยอยู่มีการสร้างตราบาปให้กับผู้ป่วยโดยการรังเกียจและซ้ำเติมผู้ป่วยและผู้ดูแลเพราะเมื่อมีอาการทางจิตจะทำคามเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น การทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด พกพาอาวุธไว้กับตัว (เพ็ญนิภา แดงออมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา, 2548)

อย่างไรก็ตาม การที่ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ต้องอาศัยอยู่ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่จังหวัดชายแดนใต้ ด้วยแล้ว มีความเครียดเรื่องความปลอดภัยในการเดินทางและการดำเนินชีวิตมากกว่าคนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่สถานการณ์ปกติ ข้อมูลจากที่ทำการปกครองจังหวัดนราธิวาส ปี พ.ศ.2554-2556 พบว่า จังหวัดนราธิวาสมีผู้เสียชีวิตและได้รับผลกระทบจากสถานการณ์จำนวน 1,381 คน อำเภोजะเอย์มี 53 คน (ร้อยละ 3.83) และในปีเดียวกันจากข้อมูลที่ว่าอำเภोजะเอย์มี พบว่า ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบิเหล็งมีผู้เสียชีวิตและได้รับผลกระทบจากสถานการณ์จำนวน 17 ราย (ร้อยละ 32.08) ขณะเดินทางไปกลับจากข้อมูลดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล เกิดความเครียดและรู้สึกไม่ปลอดภัยขณะที่ต้องเดินทางไปรับยาในสถานพยาบาลใกล้เคียง ความเครียดจากสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยจึงเป็นสาเหตุสำคัญของการไม่ไปรับยาต่อเนื่อง มีผลกลับเป็นซ้ำ อีกทั้งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้มีความเครียดจากความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ (บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์, 2551)

จากสถิติของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยในพื้นที่ จากการทบทวนวรรณกรรมมีปัจจัยส่งผลกระทบกลับเป็นซ้ำ 3 ด้าน คือ ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทำให้ผู้วิจัยได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหา จึงได้ศึกษาสาเหตุและหาแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเชิงลึกใน 3 ด้านนี้เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดภาระของผู้ดูแล ลดภาระของชุมชน และสามารถดำรงชีวิตไม่ให้เป็นซ้ำในภาวะสถานการณ์ความไม่สงบในพื้นที่ 3 จังหวัดชายแดนใต้ได้ โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ซึ่งผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้อธิบายสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำและแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรค จิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบิเหล็ง

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบิเหล็ง ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. เพื่อหาแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบิเหล็ง ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

## ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อศึกษาสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็ก ที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ ได้คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง โดยกำหนดคุณสมบัติดังนี้ คือ

1) ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เป็นผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำ ภายในปี 2554 - 2556 มีประวัติขาดยาและเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไป คะแนนประเมินสภาพทางจิตไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน จำนวน 5 ราย

2) ญาติ/ผู้ดูแลของผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ภายในปี 2554 - 2556 มีประวัติขาดยา เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทอย่างน้อย 5 ปีขึ้นไปจำนวน 5 ราย

3) ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งเป็นบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ในชุมชนด้านต่างๆ ตามบทบาทหน้าที่ เช่น แจกของเยี่ยม ให้ความรู้ส่งเสริมอาชีพ พัฒนาคุณภาพชีวิต เยี่ยมบ้าน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบลมะรือโบออก อาสาสมัครสาธารณสุข นักพัฒนาชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล มะรือโบออก เกษตรตำบลมะรือโบออก และปลัดตำบลมะรือโบออกทั้งหมด จำนวน 12 ราย

### เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้การวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ผู้วิจัย เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินสภาพทางจิต เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลเชิงคุณภาพ และอุปกรณ์ที่ใช้รวบรวมข้อมูล โดยมีรายละเอียดดังนี้

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ จึงมีนักวิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงมีการเตรียมตัวก่อนลงพื้นที่จริง โดยการเตรียมความรู้ด้านเนื้อหา โดยศึกษาเอกสาร ตำราที่เกี่ยวข้องกับสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เตรียมตัวด้านทักษะและเทคนิคในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล การสังเกต การจดบันทึกภาคสนาม การสัมภาษณ์อย่างไม่เป็นทางการและเป็นทางการ การเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิจัย

แบบประเมินสภาพทางจิตของ Kahn, Golfarb, Pollack & Peek ที่แปลเป็นภาษาไทยโดย อรรถนพ ทองคำ อ้างตามราตรี เค็ววัลย์ (2553) ใช้ประเมินการรับรู้วัน เวลา สถานที่ และบุคคล ของกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งมีข้อคำถาม 10 ข้อ ซึ่งต้องได้คะแนนไม่ต่ำกว่า 8 คะแนน แสดงถึงการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลเป็นไปตามปกติ

### เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1. แบบสอบถามสำหรับผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (บาท/เดือน) แหล่งที่มาของรายได้ และความเพียงพอของรายได้ ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับใครบ้าง จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่อยู่ปัจจุบัน ผู้ที่ดูแลท่านคือใคร (ผู้รับผิดชอบหลักในการดูแลผู้ป่วยหรืออยู่ร่วมกับผู้ป่วย) ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการใช้สารเสพติด และแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ

2. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของญาติ/ผู้ดูแล ได้แก่ เพศ อายุ (ปี) สถานภาพสมรสระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ (บาท/เดือน) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

3. แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของชุมชน ได้แก่ เพศ อายุ (ปี) สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพพวง และรายได้ (บาท/เดือน)



### เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่

แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ผู้นำชุมชน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) โดยผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้อธิบายสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำและแนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหลียง โดยสามารถขยายแนวคำถามหลักเป็นคำถามย่อยๆ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมและลึกซึ้งมากขึ้น ตัวอย่างคำถาม เช่น ท่านคิดว่าอะไรเป็นสาเหตุให้ท่านมีอาการของการกลับเป็นซ้ำ ท่านคิดว่ามีแนวทางการป้องกันไม่ให้คุณป่วยที่ท่านดูแลกลับเป็นซ้ำอย่างไร ซึ่งตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาล 1 ท่าน นักจิตวิทยา 1 ท่าน และผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน

อุปกรณ์ที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) กล้องถ่ายรูป โดยผู้วิจัยได้เลือกถ่ายภาพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาโดยมีการขออนุญาตและได้รับคำยินยอมจากผู้เกี่ยวข้องทุกครั้ง 2) เครื่องบันทึกเสียง 3) สมุดบันทึก

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการบันทึกภาคสนาม

1. ขั้นตอนเตรียมการ จัดเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ก่อนที่จะดำเนินการทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำการศึกษา อธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนเซ็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัย และได้รับชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

2. ขั้นตอนดำเนินการ ขอสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มตัวอย่าง หลังการสัมภาษณ์เสร็จแสดงความขอบคุณ

3. การสังเกตและการจดบันทึก ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างในการรวมหาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และหลังจากการสังเกตผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลควบคู่ไปด้วย

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโดยการแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) คือ

1. นำข้อมูลที่ได้ออกรวบรวมและทำการบันทึกภาคสนามมาอ่านหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความเข้าใจภาพรวมที่ได้

2. นำข้อมูลกลับมาอ่านอีกครั้งโดยละเอียดทุกบรรทัด จึงตีความพร้อมตั้งข้อความหรือประโยคที่สำคัญเกี่ยวกับสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. นำข้อความหรือประโยคที่มีความหมายเหมือนกันหรือใกล้เคียงกันมาไว้กลุ่มเดียวกัน โดยมีรหัสข้อมูลกำกับทุกข้อความหรือทุกประโยคแล้วตั้งชื่อคำสำคัญ ซึ่งจะจัดเป็นทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มย่อยที่อยู่ภายใต้ความหมายของกลุ่มใหญ่ (การสร้างหัวข้อสรุป และกลุ่มหัวข้อสรุปแนวคิดในตัวข้อมูล)

4. ใช้การเขียนบรรยายสิ่งที่ค้นพบอย่างละเอียดและชัดเจน โดยจะไม่มีการนำทฤษฎีควบคุมปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งยกตัวอย่างคำพูดประกอบ คำหลักสำคัญที่ได้

ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า โดยวิธีการสัมภาษณ์ต่างเวลา สถานที่และบุคคล ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลกับผู้ให้ข้อมูล ทั้งในระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลและเมื่อสิ้นสุดการเก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งในการศึกษาประเด็นเดียวกันใช้การสัมภาษณ์บุคคลที่หลากหลายกลุ่ม

## ผลการวิจัย

### 1. ข้อมูลบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ด้านผู้ป่วย จำนวน 5 ราย พบว่ากลุ่มตัวอย่าง 4 รายเป็นเพศชายมีอายุระหว่าง 41-60 ปี 3 ราย สถานภาพหย่าร้าง, การศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม, รายได้ 5,000 - 10,000 บาท/เดือน, แหล่งที่มาของรายได้ คือ จากการทำงาน, ความเพียงพอของรายได้เหลือเก็บไม่ต้องกู้ยืม 2 ราย, อาศัยอยู่กับบิดา/มารดา 4 ราย สมาชิกในครอบครัวที่อยู่ด้วยปัจจุบัน 2 - 4 คน 2 รายผู้ดูแลหลักคือ พ่อ/แม่ และ ระยะเวลาในการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท 6-10 ปี, 11-15 ปี 2 ราย, 5 รายมีประวัติการใช้สารเสพติด ชนิดของสารเสพติดที่ใช้ 5 ราย คือ กาแฟ 2 ราย คือ ไบจาก และ สุรา/ยาตอง เบียร์ เครื่องชูกำลัง และทั้ง 5 รายมีแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือ คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อนบ้าน/ชุมชน คนในครอบครัว และองค์การบริหารส่วนตำบล ด้านญาติ/ผู้ดูแล จำนวน 5 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 4 รายเป็นเพศหญิงมีอายุระหว่าง 20-40 ปี, มีสถานภาพสมรสคู่ มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 2 ราย, มัธยมศึกษาต้น 4 ราย และมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรกรรม มีรายได้ น้อยกว่า 5,000, 5,000-10,000 (บาท/เดือน), ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย คือพ่อ/แม่, ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยจิตเภท 6-10 ปี, 11-15 ปี 2 ราย

ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คือ ผู้ใหญ่บ้าน องค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน นักพัฒนาชุมชนองค์การบริหารส่วนตำบลมะรือโบออก เกษตรตำบลมะรือโบออก และปลัดตำบลมะรือโบออก จำนวน 12 ราย พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 7 ราย เป็นเพศชาย , มีอายุระหว่าง 41-60ปี 2 ราย, มีสถานภาพสมรสคู่ 12 ราย, มีการศึกษาระดับประถมศึกษา 4 ราย มัธยมศึกษาปลาย 4 รายและมีอาชีพรอง คือ เกษตรกรรม มีรายได้ 10,001-15,000(บาท/เดือน) 7 ราย

### 2. สาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้

จากการสัมภาษณ์รายบุคคลผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ญาติ/ผู้ดูแลจำนวน 5 รายและผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 12 ราย พบว่า สาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มี 6 สาเหตุ คือ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา 3) การใช้สารเสพติด 4) ความเครียดของผู้ป่วย 5) ญาติเบียดเบียน ท้อแท้ ในการดูแล 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค จิตเวช และสถานบริการด้านสุขภาพจิต ผู้ป่วยไม่ทราบถึงสาเหตุของโรคจิตเภทที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษา เช่น สาเหตุจากความไม่สมดุลของชีวเคมีในสมอง พันธุกรรม ความเครียด และการใช้สารเสพติด รวมถึงไม่ทราบข้อบ่งชี้ ผลข้างเคียงของยา และวิธีการรับประทาน และไม่ทราบสถานบริการด้านสุขภาพจิตใกล้บ้าน ดังคำพูดต่อไปนี้

“โรคนี้คือโรคคิดมากเกิน”... “แฟนช่วยเอายาให้กิน หมอบอกว่ายาบำรุงประสาท บำรุงเลือดได้หมด แต่กินแล้วง่วงนอน เลยหยุดยาที่ทำให้ง่วง”... “ไม่กินข้าวเย็นจะกินยาอย่างไร”... “พอกลับมาเราไม่รู้ไปรับยาที่ไหนเพราะตอนอยู่เชียงใหม่รับที่สวนปรุง ก็เลยไม่กินยาขาดยามา 1 ปี”

2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา ผู้ป่วยขาดความตระหนักในการรับประทานยา โดยรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ ผู้ป่วยบางรายเมื่อรู้สึกอาการทางจิตดีขึ้นจะหยุดยาเองโดยที่แพทย์ไม่ได้สั่ง และในการรับประทานยาผู้ป่วยจะเป็นผู้จัดยาแต่ละมื้อเอง ไม่มีญาติ/ผู้ดูแลควบคุม ดูแลความถูกต้อง

“เห็นอาการดีขึ้นก็หยุดกินยามั่ง”... “ยาหมั่นกินเอง กินมั่งไม่กินมั่ง”



3) การใช้สารเสพติด ผู้ป่วยใช้สารเสพติดประเภทถูกกฎหมายในชีวิตประจำวัน เช่น ดื่มกาแฟ สูรา และสูบบุหรี่จาก ปริมาณการใช้แตกต่างกันแต่ละบุคคล ซึ่งสารเสพติดที่ผู้ป่วยใช้มีผลต่อความไม่สมดุลสารชีวเคมีในสมอง ทำให้เกิดอาการกำเริบได้ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ที่กินเหล้ากับสูบบุหรี่ มีเบียร์วันละกระป๋องบ้าง”...“พวกนี้น่าว่ากินเหล้าหนัก”

4) ความเครียดของผู้ป่วย ความเครียดที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบโดยผู้ป่วยเกิดความเครียดจากคำพูดหรือการกระทำของคนในครอบครัว ผู้อื่นมากระตุ้นอารมณ์ และส่วนหนึ่งเกิดจากความรู้สึก อารมณ์ของตัวผู้ป่วยเอง ดังคำพูดต่อไปนี้

“ทะเลาะกัน ทะเลาะกับแม่และพี่ชาย...”เวลาพูดไม่เข้าหู พูดไม่ตีใส่กัน อารมณ์ขึ้นอีก...”มันอยู่ประจำมันแบบนั้นแหละ เวลามันคั่งใหม่มันคั่งไป แต่คั่งบ่อยๆ ก็ไม่ตีแรง เวลาตีๆ มันก็เหมือนเรา...”“บอกไม่ถูก กินยาทุกวัน แต่ก็คิดฟุ้งซ่าน ถ้าใครมาด่าก็ไม่ชอบ ระวังตัวเองไม่ได้ มันจะมาขึ้นทันที”

5) ญาติหวาดกลัว เมื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแล การเจ็บป่วยเรื้อรังของผู้ป่วยทำให้ญาติรู้สึกเป็นภาระที่ต้องดูแลจึงเกิดความรู้สึกท้อแท้ เมื่อหน่ายและสิ้นหวัง ส่งผลให้ญาติดูแลใส่ใจผู้ป่วยน้อยลง ผู้ป่วยบางรายกลับเป็นซ้ำ ดังคำพูดต่อไปนี้

“ยาๆ อะไร ยายให้มันกินเอง ซี้เกียจไปว่านายกับมัน มันชื้อยาไปยุ่งกับมัน กับแม่หมั้นไม่รู้ทำไมมันไม่ถูกแรง...” “กลัวสุดท้ายไม่ไหวเข้าแค่ ขวาน พัว หยบหมด ถ้าวันไหนมันบายใจบายก็บายใจ ยายไม่รอด ถ้ามันไม่ดีขึ้น ยายอยากตายพันเวอร์...”“เฮ้ยเครียด เบื่อ กลัวมากเป็นแบบวันก่อน นอนไม่หลับ พะว้าพะวัง กลัวตัวเองเป็นโรคจิตด้วย แล้วเราก็พูดก็เตือน พูดห้ามแก้ไขไม่ได้ด้วยนะ ก็ปล่อยเลยตามเลย ”

6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ จากสถานการณ์ความไม่สงบทำให้ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล รู้สึกไม่ปลอดภัยในการเดินทางไปรักษา ต้องการรักษาใกล้บ้านเพื่อประหยัดค่าใช้จ่าย อีกทั้งเพื่อนหรือคนในชุมชนเป็นอีกปัจจัยที่กระตุ้นโดยการชักชวนให้ผู้ป่วยใช้สารเสพติด รวมถึงคนในครอบครัวไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังคำพูดต่อไปนี้

“หมอรอบหน้าขอรับยาที่อนามัยได้มัย ไปสงขลาหมดที่หลายบาท...”“ไม่ค่อยมีใครพาไปเขาไม่อยากจะออกกันหรอก ชับมอไซด์เขากลับ ถ้าเหมารถยนต์ที่นี้ 300 บาท สุดท้ายก็เวลาไปเอายานี้...”“เออจะใครอีกล่ะหมอ ก็พรรคพวกเดิมๆของแกนั่นแหละที่ชวนกินเหล้า บางทีก็ชวนไปเที่ยว คาธาโอเกาะตามประสาผู้ชายบ้าง...”“น้องชายกับเพื่อนชอบเอายา มันไปแอบหมอมอ พวกมันติดยา พวกมันไม่อยากจะกินยา”

### 3. แนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการสัมภาษณ์รายบุคคลผู้ป่วยจำนวน 5 ราย ญาติ/ผู้ดูแลจำนวน 5 ราย ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจำนวน 12 ราย พบว่า แนวทางในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ มี 6 ประการ คือ 1) ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา และควรให้ข้อมูลเป็นรายการที่ 2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ลด ละ เลิกใช้สารเสพติด 4) จัดการอารมณ์ให้เบื่ง 5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร 6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา และควรให้ข้อมูลเป็นรายการที่ ผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ควรส่งเสริมความรู้ให้ครบทุกประเด็น

“มันเดินทั้งคืน ไม่่วง ไม่นอน เห็นพ่อแม่ว่าพูดคนเดียวบ้าง” “เออน่ายาช่วยได้” “โรคนี้คือโรคไม่ค่อยสบาย จิตผิดปกติ...” “อยากให้รักษาเห็นคุณภาพ ไม่ใช่ปริมาณ อบรมผู้ป่วยกับญาติเป็นรายๆ ไป...” “บางคนไปหาความเชื่อทางไสยศาสตร์ คนทรง แต่อาศัยผู้ช่วยเหลือ น่าจะพาไปตรวจที่โรงพยาบาลของรัฐ บางครั้งที่มีอาการเพราะคิดมากหรือ”

2) สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ควรสนับสนุน ดูแล และควบคุมให้ผู้ป่วยรับประทานยาทุกวัน ติดตามพบแพทย์ตามนัดและรับยาที่สถานพยาบาลใกล้บ้านเพื่อป้องกันอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำ

“ไม่ลืมกินยา ไปรับยาต่อเนื่อง ทาหม้อตามนัด...” “กินยาทุกวันน่าจะชัวร์...” “ถ้ามียาที่อ่อนโยมก็น่าจะดีนะ ไม่ต้องเดินทางไปไกล ลำบากขับมอเตอร์ไซด์นักแล้วนี่”

3) ลด ละ เลิก ยาเสพติด สารเสพติดเป็นปัจจัยหนึ่งที่กระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบหรือกลับเป็นซ้ำผู้ป่วยจึงควร ลด ละ เลิก ยาเสพติดที่เป็นตัวกระตุ้น หรือยาที่ต้องการเลิกให้เข้ารับการรักษา

“พ่อยากเลิกเหล้าเหมือนกัน...” “ให้กินยาทุกวัน อย่ากินเหล้า”

4) จัดการอารมณ์ให้เป็น ให้ความรู้เรื่องอารมณ์ เช่น เครียด โกรธ และการจัดการอารมณ์ที่ถูกต้องแก่ผู้ป่วย ลดสิ่งกระตุ้น โดยให้ผู้อื่นแสดงการกระทำ/คำพูดที่ดี

“อยากให้บอกมันเรื่องอารมณ์มั่ง อย่าให้เครียด อย่าให้โกรธ...” “อาการมันหายไม่ได้” “ก็อย่างนั้นพูดกันดีๆ อยู่ให้สบายอารมณ์กัน ด่ากัน เวลาพูดไม่ดี พูดใส่หู อารมณ์ขึ้นอีก”

5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร ชุมชนควรให้ความช่วยเหลือตามบทบาทหน้าที่ ควรมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเฉพาะด้านจิตเวชให้ความรู้ด้านโรคจิตในชุมชน ดูแลเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ให้บริการด้วยวาจาที่ดีสุภาพและอ้อม. ตัวหลักเยี่ยมบ้าน ร่วมทำกิจกรรมในชุมชน “เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้ชาวบ้านเกี่ยวกับโรคมั้ง...” “ชอบเพลงดีเหมือนลูกหม้อ...” “เวลามีปัญหาผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน จะได้ตามเจ้าหน้าที่คนนี้คิดยาระงับอาการให้ก่อน และดูแลผู้ป่วยพวกนี้โดยตรง เพราะคนไข้พวกนี้ในชุมชนเยอะขึ้นทุกวัน...” “อสม. ตัวหลักเยี่ยมบ้าน 2 สัปดาห์ครั้ง ทำกิจกรรมร่วมกัน”

ทุกฝ่ายมีการเยี่ยมบ้านเพื่อสร้างกำลังใจและทราบสาเหตุ ปัญหาที่เขาเป็น ความต้องการช่วยเหลือประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง “ทุกฝ่ายอย่าปล่อยปละละเลย...” “คุยกับเขาแก้ปัญหาด้วยกัน พูดกับเขาดีๆ ช่วยเหลือเขาเท่าที่เราช่วยได้...” “เชิญญาติพี่น้องมาให้ความรู้เรื่องทั้งหมด ทำให้ไปหาสาเหตุมาจากอะไร จะช่วยให้อาการลดลงได้...” “ปลัดตำบลเยี่ยมบ้านเป็นกำลังใจและจะได้ทราบสาเหตุ ปัญหาที่เขาเป็น ความต้องการช่วยเหลือ และถ้ายังงั้นเราจะช่วยประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้”

องค์การบริหารส่วนตำบล/นักพัฒนาชุมชน ดูแลให้ได้รับเบี้ยยังชีพแก่ผู้พิการทางจิตที่ได้รับการขึ้นทะเบียน เกษตรตำบลช่วยเหลือเรื่องกิจกรรมเสริมรายได้/ด้านเกษตรและองค์การบริหารส่วนตำบลจัดทำโครงการ ผู้พิการติดบ้านติดเตียงและผู้ด้อยโอกาสในชุมชน “มีโครงการเยี่ยมบ้านผู้พิการและผู้ด้อยโอกาสในชุมชน และดูแลให้ได้รับเบี้ยยังชีพรายที่ได้รับการขึ้นทะเบียน...” “ช่วยอำนวยความสะดวกให้ความรู้เรื่องการปลูกผักตามบ้านเรา เช่น เจ้าหน้าที่มาขอความรู้เรื่องการปลูกกล้วย มะนาวตามสนใจ”

ผู้ใหญ่บ้านดูแลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับสิทธิ์ก่อน เช่น ของแจก “บางครั้งของแจก ข้าวสาร เสื้อผ้า คนกลุ่มนี้เราจะยกเว้นให้สิทธิ์ให้ได้อก่อน” ถ้าผู้ป่วยมีอาการกำเริบควรมีผู้นำชุมชนซึ่งเป็นที่ยอมรับของผู้ป่วยและคนในชุมชนเข้าไปช่วยพูดคุยให้อาการสงบขึ้นต้น, จัดให้มีรถในหมู่บ้านคอยส่งต่อผู้ป่วยถ้ามีอาการตอนกลางคืนและมีการบันทึกประวัติครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเพื่อเฝ้าระวังการเกิดโรคในรุ่นลูกหลานต่อไป “เวลามีปัญหา คือ นิยมผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน เขาให้เกียรติใครพูดไม่ลงแต่ถาคันนี้ไปจะพูดลง...” “เรารู้จักตั้งแต่ต้นตระกูล มีเชื้อใหม่ ถาตระกูลนี้มีเชื้อลูกหลานเกิดออก เรากันที่กลุ่มเลือด...” “อยู่แบบพี่น้อง กลางคืนขอให้บอกมีรถช่วยตลอด”





6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล ผู้นำชุมชนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรมีทัศนคติที่ดีต่อกัน ปฏิบัติกับผู้ป่วยเป็นเหมือนคนปกติเหมือนผู้ป่วยโรคอื่นที่ไม่ถูกชุมชนกีดกัน สนับสนุนผู้ป่วยมาร่วมกิจกรรมที่ชุมชนจัดขึ้น สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ตามศักยภาพของตนถึงแม้ผู้ป่วยไม่หายจากโรคจิตเภทนั้นแต่ก็ไม่ให้ชีวิตแย่ไปกว่าเดิม หรือกลับเป็นซ้ำอีก

“ พี่อยู่เวรป้อมก็เจอคน ไปทำกิจกรรมผู้สูงอายุ เวลาทำดอกไม้ ก็ช่วยเขาตัดลวด ตัดกระดาษ ออกกำลังกายหัวเราะกับเขา มีงานรดน้ำดำหัวผู้สูงอายุพี่ก็ไป ตามใจงานอะไรพี่ไปเพ พี่ชอบครีกรีน...” “เวลามีเลือกผู้ใหญ่ เลือกตั้งอะไรก็ไปทุกครั้ง...” “พี่ไปเวลาถึงงานวัด งานแต่ง ชอบไปนั่งฟังเพลง ช่วยเขามั่งนิตๆหน่อยๆ...” “เวลามีงานพี่ไปช่วยขนดินท์ประจำ ช่วยได้ก็ช่วยกันไป...” “ไปประชุมสัก 10 คน เกี่ยวกับกลุ่มสตรี ก็เขาพวกนี้พาไปด้วย...” “เขาทำงานปกติได้ ทำอาชีพ เช่น ย่านลิเภา อาชีพหลัก ทำสวน รับจ้าง ปลูกผัก อาชีพรอง ก่อสร้าง รับจ้างงานป่าทำสวน จ้างเก็บลูกปลั้ว...” “อยากให้เรากลับไปกับเรา...” “ที่นี่มีกิจกรรมบ่อยครั้งทำให้ผู้ป่วยมาร่วมได้”

## อภิปรายผล

1. สาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ 1) ผู้ป่วยขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ยาจิตเวชและสถานบริการด้านสุขภาพจิต เนื่องจากระดับความรู้เรื่องโรค การรักษาและทัศนคติที่ดีต่อการเข้าเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (สายรุ่ง จันทรเส็ง, 2548 ; ทัดทรง ตานะเศรษฐ, 2548 ; ราตรี เครือวัลย์, 2553) อีกทั้งการขาดความรู้เกี่ยวกับสถานบริการด้านสุขภาพจิต การไม่เข้าถึงการรับบริการ ไม่สะดวกในการรับบริการ ซึ่งระยะทางการเดินทางไปโรงพยาบาล มีผลต่อการไม่มาตรวจตามนัดและส่งผลกลับเป็นซ้ำ (Kruse & Rohland, 2002) 2) ขาดความตระหนักในการรับประทานยา การรับประทานยาไม่ถูกขนาด การรับประทานยาไม่ตรงเวลา การลืม การหยุดรับประทานยา ขาดการรักษาต่อเนื่อง มีผลกลับเป็นซ้ำ (Miller, 1997) อีกทั้ง การไม่ร่วมมือในการรักษาด้วยยาเป็นปัญหาด้านคลินิก ด้านเศรษฐกิจ ทำให้มีอาการกลับเป็นซ้ำต้องกลับมานอนในโรงพยาบาลมากขึ้น (Vanlen, Copeland, Blow, McCarthy, Gillon et al, 2002) 3) การใช้สารเสพติด เช่น ดื่มกาแฟ สุรา และสูบบุหรี่จากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ มักใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรាយาบา เพื่อลดความเครียด(ศรีสกุล แจ่มคำ, 2549) และใช้เป็นสื่อในการเข้าถึงสังคม มีผลทำให้กลับเป็นซ้ำ (Sorbara, et al, 2002) 4) ความเครียดของผู้ป่วย พบว่า การจัดการความเครียดไม่เหมาะสมเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งส่งผลให้มีอาการกำเริบซ้ำ (พัชรินทร์ อติสรณกุล และคณะ, 2554) และความขัดแย้งในครอบครัว ผู้ดูแลไม่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย ตลอดจนมีทัศนคติไม่ดี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์รุนแรง (ราตรี เครือวัลย์, 2553) และการดำเนินวิถีชีวิต วิจัยกับผู้ป่วยมีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำ (นาคดล ลำอ่าง, 2547) 5) ญาติหวาดกลัว เบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแล การมีสมาชิกเจ็บป่วยด้วย โรคจิตเภท ก่อให้เกิดความเครียด ความรู้สึกเป็นภาระของครอบครัว (Jeon, 2004) โดยพยายาม ตัดทอนรายจ่าย สุณัญญา พรหมดวง และวันเพ็ญ ทัดศรี (2558) พบว่าญาติลำบากใจในการดูแลเนื่องจากโดนผู้ป่วยทำร้ายร่างกาย ทำลายข้าวของของตนเองและผู้อื่น ทำความเดือดร้อนให้กับญาติ และอยากให้อยู่รับการรักษาโรงพยาบาลนานๆ เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำ 6) สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ โดยสิ่งแวดล้อมด้านบุคคลในชุมชนมีทัศนคติต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งทางบวกและทางลบ กล่าวคือ บางครั้งชุมชนรู้สึกสงสารที่เห็นผู้ป่วยไม่ได้รับความเป็นธรรมแต่ในบางครั้งจะรู้สึกว่าความเมตตาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ (สุพัฒนา สุขสว่าง และศิริลักษณ์ สว่างสิน, 2548) และคนในสังคมที่รู้ว่าผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วยทางจิตจะรังเกียจและซ้ำเติมผู้ป่วย (อาทวศณี คำหอม, 2552) และเมื่อผู้ป่วยกลับไปในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น การทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิด พกพาอาวุธไว้กับตัว (ราตรี เครือวัลย์, 2553) ส่วนสิ่งแวดล้อมด้านสถานการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ พบว่า ความเครียดจากสถานการณ์ความไม่ปลอดภัยเป็นสาเหตุสำคัญ

ของการไม่ไปรับยาต่อเนื่อง อีกทั้งพบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้มีความเครียดจากความต้องการของผู้ป่วยมากกว่าผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติ (บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์, 2551) และด้านเศรษฐกิจ พบว่าอุปสรรคของการมาพบแพทย์ตามนัดที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำ คือ ค่าใช้จ่ายในการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทาง

2. แนวทางการป้องกันอาการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 1) ให้ความรู้ที่ครอบคลุม ให้ครบทุกประเด็น ได้แก่ สาเหตุ อาการ วิธีการรักษา ยาและผลข้างเคียง การสังเกตอาการกำเริบ สถานพยาบาลที่รักษา และควรให้ข้อมูลเป็นรายการที่สอดคล้องกับการศึกษาผลของการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา คือ ความรู้เรื่องโรคจิตเภท สาเหตุ อาการและการรักษา, การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ การพัฒนาทักษะเผชิญปัญหาและการจัดการความเครียด, การพัฒนาทักษะทางสังคม, การสื่อสารของญาติและผู้ป่วย, การจัดความคิดที่ไม่ถูกต้องและปรับทัศนคติส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระลดลง มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ลดการกลับมารักษาซ้ำได้ (จันทรรักษ์ พลไพโรจน์ และจิตติวัลค์ ธรรมไพโรจน์, 2552) 2) สร้างความตระหนักในการรักษาต่อเนื่อง การรับประทานยาทุกวัน ไม่หยุดยาเอง พบแพทย์ตามนัดและรับยาสถานพยาบาลใกล้บ้าน จะช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำได้ (สดีไสย์ คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเหย, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมลศรี จินา (2553) พบว่าการรับรู้การดูแลด้านการบริหารยาและอาการที่เกิดจากภาวะโรค ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับรักษาซ้ำ 3) ลด ละ เลิกสารเสพติด พบว่า ภาวะโรคจิตเวชร่วมกับโรคความผิดปกติของการใช้สารเสพติดมีความสัมพันธ์กันอย่างมาก มีผลกระทบกันในทางลบ อาการของโรคทั้งสองแยงลง ส่งผลความร่วมมือในการรักษา อาการกำเริบซ้ำ (สมจิตร์ มณีกานนท์ และคณะ, 2557) การลด ละ เลิก สารเสพติดจึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญเพื่อให้การดำเนินโรคไปในทางที่ดีขึ้นร่วมกับการรับประทานยา สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร วีระเกียรติ, บุญพา ณ นคร และนพรัตน์ ไชยธานี (2558) พบว่า ความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคมและสภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดดีขึ้นกว่ากลุ่มที่ดูแลตามปกติจากผลการพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของหลักพุทธศาสนาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด 4) จัดการอารมณ์ให้เป็นการไม่ตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้น หรืออารมณ์ที่รุนแรงเกินไปของผู้ป่วยจิตเภท มักส่งผลให้เสียความสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลรอบข้าง ซึ่งการบำบัดรู้คิดช่วยลดอาการทางบวกที่ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และปรับกระบวนการคิดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมพชนา ศิริเหมอนันต์และคณะ (2555) พบว่าการบำบัดรู้คิดช่วยลดอาการทางบวก มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีกลยุทธ์ในการเผชิญกับปัญหา สามารถแก้ไขปัญหาได้ อีกทั้งการจัดการความเครียดช่วยลดอาการกำเริบซ้ำได้ (รักสุดา กิจอรุณชัย, 2555) 5) ชุมชนร่วมดูแลอย่างกัลยาณมิตร การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื่องร้องในชุมชนอย่างต่อเนื่อง มีคุณภาพชีวิตที่ดี ปรับตัวในสังคมอย่างมีความสุขนั้น เป็นการนำปัจจัยและแหล่งประโยชน์ที่บุคคล ชุมชนมีอยู่มามีส่วนร่วมในการดูแล (เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคณา วังทอง และ อนุชิต วังทอง, 2557) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ขวัญสุดา บุญยศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไช้โตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล (2554) ที่ว่าผู้ป่วยจิตเภท 1 ราย มีเครือข่ายบุคคลที่ให้การสนับสนุนอยู่ระหว่าง 3-8 ราย และการติดตามเยี่ยมโดยภาคีเครือข่ายให้มีส่วนร่วมในการดูแล การมีระดับ-ส่ง ไม่ทอดทิ้งผู้ป่วย ดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สามารถกลับไปทำงานได้ (สำราญ สุ่มหิงพันธ์, ชะลอม นุพันธ์และจวีร์พร บัวลอย, 2556) 6) ไม่สร้างตราบาปให้กัน การสะท้อนด้านบวกแก่ผู้ป่วย การยอมรับเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ลดการตีตราสร้าง ตราบาป ส่งผลสร้างความมีคุณค่าและลดการกลับเป็นซ้ำ สอดคล้องกับ สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ และชนัดดา แนบเกษร (2557) พบว่า เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนช่วยเหลือ มีอิทธิพลมากต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท และควรส่งเสริมการสนับสนุนทางสังคม เพิ่มความหวังผู้ป่วยจิตเภท เพื่อลดการรับรู้ตราบาป ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตกับครอบครัวและสังคมอย่างปกติสุขต่อไป



## สรุป

ผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และการทราบถึงสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทของผู้ป่วยที่อยู่ท่ามกลางสถานการณ์ความไม่สงบจะช่วยทำให้ทราบถึงวิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ตรงกับต้นเหตุของปัญหา และหากทุกฝ่ายทั้งผู้ป่วย ญาติ/ผู้ดูแล และชุมชนรวมกันป้องกันการกลับเป็นซ้ำด้วยการให้ความรู้ที่ครอบคลุม สร้างความตระหนักในการรักษาอย่างต่อเนื่อง ลด ละ เลิกสารเสพติด จัดการอารมณ์ให้เป็น ชุมชนรวมดูแลอย่างใกล้ชิดมิตร และไม่สร้างตราบาปให้กัน จะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถมีชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาซ้ำ ไม่สร้างความเดือดร้อนย่ำแย่และเป็นภาระแก่ญาติ/ผู้ดูแล และทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ตามศักยภาพของตน

## ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนางานจิตเวชชุมชน เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชนที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ เช่น จัดทำแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบริบทโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปืเหล็ง อำเภอเจาะไอร้อง จังหวัดนราธิวาสเมื่อมีผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำในชุมชน ให้การดูแลตามแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำแล้วนำมาประเมินผล
2. ควรจัดทำหมู่บ้านต้นแบบด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยภาคีเครือข่าย
3. ควรมีการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่ไม่เคยกลับเป็นซ้ำ เพื่อเป็นต้นแบบหรือแนวทางในการปฏิบัติแก่ผู้ป่วยที่กลับเป็นซ้ำต่อไป

## รายการอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต. (2548). **รายงานประจำปีกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2548**. นนทบุรี: กองแผนงาน.กรมสุขภาพจิต.
- ขวัญสุตา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโตะ และสุวรรณา อรุณพงศ์ไพศาล. (2554). การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท. **การประชุมวิชาการ ครั้งที่ 27 ประจำปี 2554**, ขอนแก่น, 186-189.
- จำนรรจ์ พลไพรินทร์ และฐิติวัลลค์ ธรรมไพโรจน์. (2552). การวิเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้กลุ่มสุขภาพจิตศึกษาเพื่อลดความรู้สึกลังเลเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา**, 10(1), 13-18.
- ทัตทรวง ตานะเศรษฐ. (2548). **ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ตัดคนคิดต่อการใช้ยาของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาวไทยภูเขาที่มารับบริการในโรงพยาบาลแม่สะเรียง**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นาคดล ลำอังก. (2547). **ปัจจัยที่ผู้ป่วยโรคจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในสถาบันจิตเวชศาสตร์ สมเด็จพระเจ้าพระยาใน 3 เดือน**. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา.
- พะยอม ดันนทจรรยา, สุนัญญา พรมดวง และวันเพ็ญ ทัตศรี. (2558). **ผลการให้คำปรึกษาเพื่อสร้างแรงจูงใจแบบสั้นในผู้ป่วยโรคจิตเภทขาดยา หอผู้ป่วยจิตเภท**. สุรินทร์: โรงพยาบาลสุรินทร์.
- พัชรินทร์ อติสรณกุล และคณะ. (2554). ผลการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หอผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มการพยาบาลโรงพยาบาลกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ โรงพยาบาลกาฬสินธุ์**, 1(3), 97-100.
- พิมพ์ชนา ศิริเหมอนนท์, อัจฉราพร สิริธัญวงศ์, อติทยา พรชัยเกตุ โอว ยอง. (2555). การบำบัดการรู้คิด-ปรับพฤติกรรม เพื่อลดอาการทางบวกในผู้ป่วยจิตเภท: การทบทวนหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้ในการปฏิบัติ. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย**, 57(2), 235-248.



- พิมลศรี จินา. (2553). **พฤติกรรมการดูแลของผู้ดูแลตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับมารักษาซ้ำ และที่กลับมารักษาซ้ำ ในโรงพยาบาลจิตเวชภาคใต้**. สงขลา : มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เพ็ญณา แดงต่อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญวัชชัย และชนกพร จิตปัญญา. (2548). ตราบาป: การรับรู้ และผลกระทบของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว. **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต, 18(1)**, 1-9.
- บรรเจิด ทิพย์นุรักษ์. (2551). **ภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ปกติและที่อยู่ในพื้นที่เหตุการณ์ความไม่สงบภาคใต้**. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- เปรมฤดี ดำรักษ์, อังคนา วังทอง และอนุชิต วังทอง. (2557). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื่องข้อห้ามอำเภอนองจิก จังหวัดปัตตานี. **วารสารสมาคมนักวิจัย, 19(2)**, 92-103.
- มูลนิธิศรีชัยภูมิ. (2548). **เอกสารประกอบการงานโครงการณรงค์เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมสังคม**. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีชัยภูมิ.
- ราตรี เครือวัลย์. (2553). **การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่**. การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- รักสุดา กิจอรุณชัย. (2555). ผลของสุขภาพจิตศึกษาต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. **วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย, 20(3)**, 154-162.
- วรุณี มากำเนิด. (2552). **การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน**. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ศรีสกุล แจ้คำ. (2549). **การศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลบางจาก จังหวัดสมุทรปราการ**. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยจุฬาลงกรณ์
- ศิริพร วีระเกียรติ, บุญพา ณ นคร และนพรัตน์ ไชยชำนาญ. (2558). การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบนพื้นฐานของหลักพุทธศาสนาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด. **วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์, 35(1)**, 85-100.
- สมจิตร มณีกันนท์, สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, วิจิตรา พิมพ์นิตย์, นิตยา จรัสแสง และขวัญสุดา บุญทศ. (2557). ความซุกซนของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีนครินทร์. **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 59(4)**, 371-380.
- สุจิตรา วรสิงห์, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์ และชนัดดา แนบเกษร. (2557). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ตราบาปในผู้ป่วยโรคจิตเภท. **ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาการสุขภาพ, 9(3)**, 98-104.
- ลำราญ สุมะหิงพันธ์, ชะลอม นุพันธ์ และจรีพร บัวลอย. (2556). **การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยผู้ดูแล และภาคีเครือข่ายในชุมชน**. รวมผลงานวิชาการและนวัตกรรม กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์.
- สดีไสย์ คุ่มทรัพย์อนันต์ และสุรีย์ บุญเฉย. (2548). ปัจจัยทางสังคมกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีชัยภูมิ. **เอกสารการประชุมวิชาการ ครั้งที่ 1, มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ 23 ตุลาคม 2547, 20-21.**
- สายรุ้ง จันทร์เส็ง. (2548). **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาลอุตรดิตถ์**. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.



- สุพัฒนา สุขสว่าง และ ศิริลักษณ์ สว่างสิน. (2548). การศึกษาตราบาปในผู้ป่วยจิตเภท. **เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 4**, กรุงเทพฯ.
- สุวารี คำปวนสาย. (2550). ผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชโดยครอบครัวต่อการลดความเครียดในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทโรงพยาบาลทุ่งเสลี่ยม จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อรุณี โสติวินชงค์. (2550). การพัฒนาคู่มือการฝึกทักษะการจัดยารับประทานด้วยตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลศรีธัญญา. **เอกสารการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติครั้งที่ 6**, กรุงเทพฯ.
- อาชวณีย์ คำหอม. (2552). การรับรู้ตราบาปของผู้ดูแล ทักษะชีวิต และการรับรู้ตราบาปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- Jeon, Y. (2004). Shaping mutuality: Nurse-family caregiver interactions in caring for older people with depression. **International Journal of Mental Health Nursing**, **13**, 126-134.
- Kruse, R. G., & Rholand, M. B. (2002). Factors associated with attendance at a first appointment after discharge from a psychiatric hospital. **Psychiatric Services**, **53**, 473-475.
- Miller, J. F. (1997). **Compliance (medicine)**. Retrieved August 18, 2011, from [http://en.wikipedia.org/wiki/Compliance\\_%28medicine%29](http://en.wikipedia.org/wiki/Compliance_%28medicine%29).
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2000). **Kaplan and Sadocks Comprehensive Textbook**. Of Psychiatry (7th ed). Philadelphia : Lippincott.
- Verdoux, H., Gindre, C., & Sorbara, F. (2002). Cannabis use and the expression of psychosis vulnerability in daily life. **European Psychiatry**, **17**(1), 180-181.
- Valen, M., Copeland, L., Blow, F., McCarthy, J., Zeber, J., Gillon, L., et al. (2002). **Pharmacy data identify poorly adherent patients with Schizophrenia at increased risk for admission**. Retrieved June 20, 2007, from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov>.