

HEALTH BELIEFS, PARTICIPATION BEHAVIOR AND COMMUNITY REHABILITATION GUIDELINES FOR SCHIZOPHRENIA PATIENTS*

*Uraiwan Kerdsang, M.A.***, *Ungsinun Intarakamhang, Ph.D.****,
*Narisara Peungposop, Ph.D.*****, *Theerayut Kerdsang, RN, M.N.S.******

Abstract

Objective: To describe the health beliefs in schizophrenia, participation behavior in rehabilitation, and community rehabilitation guideline for schizophrenia patients.

Methods: This study was qualitative research. Purposive sampling was used to select 12 participants as key informants including schizophrenia patients, caregivers, village health volunteers, community leaders, health professionals, and experts. Data gathering was conducted by a semi-structured in-depth interview until saturation. Data were analyzed using content analysis.

Results: 1) Health beliefs in schizophrenia: The perceived risk aspects of schizophrenia were recurrence and relapse caused by untreated in an acute phase, medication non-adherence, substance abuse, relationship problems with caregivers, stigmatization, and disability from relapse. The perceived severity of schizophrenia was medication compliance, substance abuse, and stigma from their violent behavior. The perceived barriers to rehabilitation were lack of knowledge about schizophrenia, negative attitude toward the patients, and a lack of community participation. The perceived benefits of treatment were early referral, continuous medication, focus on caregivers, community participation, self-care rehabilitation, safety, and community peace. The perceived motivation was knowledge support from professionals, positive attitude toward the patients, family and community participation, support, and perceived ability from experience and positive aspects of caregiving. 2) Rehabilitation Participation Behavior. It found that family engagement will encourage communities and network parties to participate in community rehabilitation and manage the problem with local resources. 3) Community rehabilitation guidelines for schizophrenic patients. It found 3 key approaches: (1) returning health information to the community, (2) supporting knowledge and rehabilitation skills for schizophrenic patients using activities based on the original way regularly, and (3) integrating the collaboration of all local sectors.

Conclusion: Understanding the health beliefs in schizophrenia from direct experienced people is essential to develop community-based rehabilitation skills and enhance the quality of life of schizophrenic patients further.

Keywords: health beliefs, participation behavior, community rehabilitation, schizophrenia patients

* This study was a Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for Degree of Doctor of Philosophy, it was supported by a research grant from Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

**Ph.D. Candidate, (Applied Behavioral Sc. Research), Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

***Corresponding author: Associate Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University, e-mail: ungsinun@gmail.com

****Assistant Professor, Behavioral Science Research Institute, Srinakharinwirot University

*****Assistant Professor, Faculty of Nursing, Surathani Rajabhat University

Received: 9 December 2021, Revised: 1 June 2022, Accepted: 8 June 2022

ความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมการมีส่วนร่วม และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน*

อุไรวรรณ เกิดสังข์, ศศ.ม.**, อังคินันท์ อินทรกำแหง, ปร.ค.***,
นริศรา พึ่งโพธิ์สถ, ปร.ค.****, วีระยุทธ เกิดสังข์, พย.ม.*****

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อบรรยายความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

วิธีการศึกษา : เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงจากผู้มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภท มาเป็นผู้ให้ข้อมูล จำนวน 12 คน ได้แก่ ผู้ป่วยจิตเภท ญาติผู้ดูแล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้นำชุมชน บุคลากรสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา : 1) ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท : ด้านการรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการกำเริบและกลับเป็นซ้ำจากความเสี่ยง ได้แก่ ไม่ได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลัน ไม่รวมมือในการรับประทานยา ใช้สารเสพติด ปัญหาความสัมพันธ์กับผู้ดูแล ถูกตีตรา และความเสื่อมถอยของสมรรถภาพจากการป่วยซ้ำ ด้านการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท ได้แก่ ขาดยา ใช้สารเสพติด และการตีตราผู้ป่วยจากพฤติกรรมความรุนแรง ด้านการรับรู้อุปสรรคต่อการฟื้นฟูดูแลตนเองในโรคจิตเภท ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เจตคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วย ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา ได้แก่ การส่งต่อผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาได้อย่างรวดเร็ว การรับประทานยาต่อเนื่อง การให้ความสำคัญกับผู้ดูแล การมีส่วนร่วมของชุมชน การฟื้นฟูทักษะการดูแลตนเอง ความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชน ด้านสิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติในโรคจิตเภท ได้แก่ การสนับสนุนความรู้จากเจ้าหน้าที่ การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท การฝึกปฏิบัติแบบมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน การสนับสนุนด้านกำลังใจ และด้านการรับรู้ความสามารถ ได้แก่ ประสบการณ์ความสำเร็จจากการดูแลผู้ป่วยและมุมมองด้านบวกในการดูแล 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีส่วนร่วมของครอบครัวจะช่วยสนับสนุนให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ และจัดการปัญหาด้วยทรัพยากรในท้องถิ่น 3) แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน พบว่า มี 3 แนวทางที่สำคัญ ได้แก่ (1) การคืนข้อมูลด้านสุขภาพแก่ชุมชน (2) การสนับสนุนความรู้และการฝึกทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยกิจกรรมตามบริบทวิถีเดิมอย่างสม่ำเสมอ และ (3) การบูรณาการการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วน

สรุป : การเข้าใจความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภทจากผู้มีประสบการณ์ตามบริบทที่เกี่ยวข้องเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่การพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโดยชุมชนมีส่วนร่วม และช่วยเสริมสร้างคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

คำสำคัญ : ความเชื่อด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการมีส่วนร่วม, การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน, ผู้ป่วยจิตเภท

*การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์ เรื่อง การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฯ วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (เน้นวิจัย) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ได้รับสนับสนุนทุนวิจัย จากสถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ

****นักศึกษาหลักสูตรปริญญาคุณวุฒิบัณฑิต (เน้นวิจัย) สาขาการวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

****ผู้ประสานงานบทความ: รองศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, e-mail: ungsimun@gmail.com**

*****ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ**

******ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏสุราษฎร์ธานี**

วันที่รับ: 9 ธันวาคม 2564, วันที่แก้ไข: 1 มิถุนายน 2565, วันที่ตอบรับ: 8 มิถุนายน 2565

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคเรื้อรังทางจิตเวช ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ และพฤติกรรม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ทำให้สูญเสียสมรรถภาพมากที่สุด (Rossler, Joachim Salize, Van Os, & Riecher-Rossler, 2005) จำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับบริการในภาพรวมทั้งประเทศเพิ่มขึ้นในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 คิดเป็นจำนวน 2.7, 3.1 และ 3.8 ล้านคน ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2562) และเป็น 1 ใน 5 โรคทางจิตเวชที่พบอัตราการป่วยซ้ำสูงที่สุด (Shao, Chen, Chang, Lin, & Lin, 2013) เนื่องจากผู้ป่วยขาดความตระหนักรู้และทัศนคติที่ไม่ดีต่อการเจ็บป่วย (Hill et al., 2010) ขาดวินัยในการรับประทานยาต่อเนื่อง (Hamann, Lipp, Christ-Zapp, Spellmann, & Kissling, 2014) ใช้สารเสพติดร่วม รวมถึงถูกละเลยจากสังคม ครอบครัว ขาดความรู้ข้อมูลที่สำคัญต่อการรักษา (Marsh & Johnson, 1997) ชุมชนขาดศักยภาพในการดูแล และอคติต่อผู้ป่วย จึงเกิดตราใบ (สุริยาศิเพชร์ และเพ็ญญา แดงคือมยุทธิ์, 2558) ขาดโอกาสการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต (Varcarolis, 2014) ขาดระบบสนับสนุนการเข้าถึงบริการ และการมีส่วนร่วม ครอบครัวและชุมชนที่ให้การดูแลผู้ป่วยเป็นเวลานานจะเกิดความรู้สึกเป็นภาระและท้อแท้ (American Psychiatric Association, 2013) ผู้ป่วยที่ถูกตีตราจากสังคม รู้สึกอับอาย สูญเสียพลังอำนาจ และมองเห็นคุณค่าในตัวเองต่ำ (Lv, Wolf, & Wang, 2013)

จากประสบการณ์การทำงานด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนของผู้วิจัย มากกว่า 20 ปี พบช่องว่าง

การปฏิบัติงาน (gap of practice) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ อัตราการกลับเป็นซ้ำยังคงเพิ่มขึ้น จากรายงานสถิติของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ (2562) พบว่าในปี พ.ศ. 2560 ถึง พ.ศ. 2562 มีผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นจำนวน 150, 117 และ 263 คน ตามลำดับ และอัตราการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน คิดเป็นร้อยละ 4.10, 2.20 และ 4.27 ตามลำดับ ทั้งนี้เกิดจากผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา ขาดวินัยและความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่อง (Hamann et al., 2014) ด้วยข้อจำกัดของโรคเกิดความบกพร่องในการดูแลตนเอง และผู้ดูแลขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และขาดข้อมูลที่จำเป็นทางสุขภาพ (Marsh & Johnson, 1997) เกิดความยุ่งยากในการจัดการปัญหาเพียงลำพัง โดยเฉพาะในระยะเฉียบพลันของโรค ซึ่งผู้ป่วยมักเป็นอันตรายทั้งต่อตนเอง ผู้อื่น และทรัพย์สิน จากอาการหูแว่วและประสาทหลอน (Poonnotok, Thampanichawat, Patoomwan, & Sangon, 2016) ซึ่งโรคจิตเภทเมื่อกำเริบแล้วไม่ได้ส่งผลกระทบเฉพาะผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังสร้างความเดือดร้อนแก่ครอบครัวและชุมชนอีกด้วย ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จึงจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย แต่จากการปฏิบัติงานที่ผ่านมา พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว และภาคีเครือข่ายในชุมชนยังได้รับความสนใจน้อย ขาดการสนับสนุนความรู้ความเข้าใจ และบูรณาการความรู้สู่การปฏิบัติ และขาดการให้การช่วยเหลือฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีส่วนร่วม และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท (ขนิษฐา,

2551)

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเพื่อให้เกิดความเข้าใจความเชื่อด้านสุขภาพ (health belief) ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการณ์ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภท ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model-HBM) ของโรเซนสต็อก (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988) ที่อธิบายถึงสาเหตุพฤติกรรมของคนในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน รักษา และฟื้นฟูโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับความเชื่อด้านสุขภาพและปัจจัยร่วมที่ชักนำให้เกิดการปฏิบัติ บุคคลจะต้องรับรู้ว่าคุณมีความเสี่ยงต่อภาวะการเจ็บป่วยอย่างไร เชื่อว่าการรักษาเป็นวิธีที่จะสามารถควบคุมโรคได้ สิ่งที่จะเป็นแรงจูงใจให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้เรื่องโรคและความรุนแรงของโรคจิตเภทเป็นการประเมินการรับรู้ความรุนแรง และผลกระทบจากการเกิดโรค เมื่อบุคคลเกิดการรับรู้ความรุนแรงของโรคแล้ว ส่งผลทำให้บุคคลปฏิบัติตามคำแนะนำเพื่อการป้องกันโรค (อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุริย์ ละกำป็น, และทัศนีย์ รวีวิรุณ, 2561) ตลอดจนการรับรู้ความสามารถของตนเอง (อังสินันท์ อินทรกำแหง, 2560) ในการปฏิบัติเพื่อการดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ มุ่งบรรยายลักษณะความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และค้นหาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน เพื่อใช้เป็นแนวทางวางแผนจัดทำโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อบรรยายความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท พฤติกรรมการณ์มีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

กรอบแนวคิดการวิจัย

ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ที่เป็นรูปแบบของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพในทางจิตวิทยา ซึ่งทฤษฎีนี้พัฒนามาจากทฤษฎีการรู้คิด (cognitive theory) ที่เชื่อว่า พฤติกรรมของบุคคลเกิดจาก 2 ปัจจัย คือ 1) การรู้คิดในการรับรู้คุณค่าของผลลัพธ์ก่อนแล้วจึงกระทำพฤติกรรมนั้น และ 2) คิดคาดหวังว่าเมื่อกระทำพฤติกรรมแล้วจะมีโอกาสทำให้ได้ผลลัพธ์นั้นเกิดขึ้น โรเซนสต็อก (Rosenstock, 1974) ได้ตั้งสมมุติฐานไว้ว่า บุคคลจะตัดสินใจกระทำพฤติกรรมก็ต่อเมื่อบุคคลนั้นได้รับการเตรียมความพร้อมด้านกระบวนการทางปัญญาและจิตใจ ที่ได้ตระหนักถึงพฤติกรรมดังกล่าวว่ามีผลต่อสุขภาพ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพใช้อธิบายพฤติกรรมของบุคคลในการปฏิบัติเพื่อป้องกันและรักษาโรค ปฏิบัติตนตามคำแนะนำด้านสุขภาพที่เป็นสิ่งกระตุ้นจูงใจ และมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจ และการรับรู้ของบุคคลที่เป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมได้ ซึ่งบุคคลจะต้องรับรู้โอกาสเสี่ยงและรับรู้ความรุนแรงของโรค เพื่อหลีกเลี่ยง การเลือกที่จะปฏิบัติ การพิจารณาผลประโยชน์จากการปฏิบัติกับผลที่ตามมา ปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้อง ความรู้เรื่องโรค สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติ การรับรู้ความสามารถ

ของตนเอง สิ่งเหล่านี้จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เกิดการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพตามกรอบของโรเซนสต็อก (Rosenstock et al., 1988; อังคินันท์ อินทรกำแหง, 2560) การทำความเข้าใจแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นการเตรียมความพร้อมทางด้านกระบวนการทางปัญญาและจิตใจให้เกิดตระหนักรู้ถึงพฤติกรรมสุขภาพที่จะมีผลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงไปยังผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัว และชุมชน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์เชิงวิทยา (phenomenology) ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงโครงสร้าง

ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) จากผู้ที่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคจิตเภทในพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งของอำเภอคีรีรัฐนิคม จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 12 คน ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 6 คน ได้แก่ (1.1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ มีคะแนนประเมิน BPRS น้อยกว่าหรือเท่ากับ 36 คะแนน จำนวน 2 คน (1.2) ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ดูแลหลักและมีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน (1.3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์ทำงานด้านสุขภาพจิตในชุมชนมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน และ 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง จำนวน 6 คน ได้แก่ (2.1) ผู้นำชุมชนเป็นกำนัน ผู้ใหญ่บ้านที่ดำรงตำแหน่งมาแล้ว

อย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน (2.2) บุคลากรสาธารณสุขที่มีประสบการณ์ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอย่างน้อย 1 ปี จำนวน 2 คน และ (2.3) ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตวิทยาสังคม การสาธารณสุข ด้านส่งเสริมฟื้นฟูสุขภาพ จำนวน 2 คน เก็บข้อมูลภาคสนามระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกรกฎาคม 2564

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

การดำเนินการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ เลขที่ SWUEC/E/G-150/2564 เมื่อวันที่ 8 เมษายน 2564 ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ โดยผู้ให้ข้อมูลมีสิทธิ์ที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามเมื่อรู้สึกไม่สะดวกใจสามารถขอยุติการเข้าร่วมงานวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น รวมทั้งให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การนำเสนอผลวิเคราะห์ จะเสนอเป็นภาพรวม และไม่มีเปิดเผยข้อมูลที่เกี่ยวข้องถึงตัวผู้ให้ข้อมูล

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (semi-structural interview) ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา การศึกษา อาชีพ ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามกรอบแนวคิดทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) เป็นคำถาม

ปลายเปิด จำนวน 12 ข้อ ครอบคลุม 6 ประเด็นหลัก ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยง การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค สิ่งกระตุ้นจูงใจ ให้ทำ การรับรู้ความสามารถ ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ ประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มุมมองที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีส่วนร่วม พฤติกรรมการแสดงออกและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภท ส่วนที่ 4 แบบสัมภาษณ์แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท เป็นคำถามปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ แนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทให้กลับมาใช้ชีวิตและสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชน ความต้องการที่จะเห็นการเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท และการมีส่วนร่วมเพื่อนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในผู้ป่วยจิตเภท ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลสามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ หัวข้อคำถามจะมีประเด็นหลักหรือประเด็นย่อยที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มผู้ให้ข้อมูล โดยแนวคำถามได้ผ่านการตรวจสอบเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 5 ท่าน ได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัย 3 ท่าน พยาบาลจิตเวช 1 ท่าน นักสังคมสงเคราะห์ 1 ท่าน พิจารณาความเหมาะสมของแบบสัมภาษณ์ หลังจากนั้นได้ปรับแก้ตามที่ผู้ทรงคุณวุฒิเสนอแนะ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ โดยใช้แบบประเมินอาการทางจิต (Brief Psychotic Rating Scale: BPRS) ของ Overall & Gorham (1962) แปลเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์นภา (2540) ประกอบด้วย

18 ข้อคำถาม มีลักษณะคำตอบเป็นการประมาณค่า ตั้งแต่ 1 - 7 คะแนน ตั้งแต่ไม่มีอาการจนถึงมีอาการรุนแรงมาก โดยมีการแปลผลดังนี้ คะแนน 18 - 36 คะแนน หมายถึง เกณฑ์ปกติหรือมีอาการทางจิตเล็กน้อย คะแนนมากกว่า 36 คะแนน หมายถึง มีอาการทางจิตรุนแรง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.71

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยลงพื้นที่เก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยแบบสัมภาษณ์ชนิดกึ่งโครงสร้าง มีการจัดบันทึกการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสำคัญและการบันทึกเสียง ใช้เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 30 - 60 นาที/คน/ครั้ง ทำการสัมภาษณ์จนกว่าจะไม่พบข้อสงสัย หรือไม่มีข้อมูลใหม่เกิดขึ้น ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) โดยวิธีการตรวจสอบสามเส้า (triangular) ในประเด็นต่อไปนี้เป็น 1) ที่มาของข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลที่มีทั้งเพศหญิงและเพศชายและมีประสบการณ์ที่ต่างกัน 2) ตรวจสอบความถูกต้องของประเด็นหลักที่ได้มาจากผู้ให้ข้อมูลที่หลากหลาย 3) มีการนำข้อมูลกลับไปให้ผู้ให้ข้อมูลแต่ละกลุ่มได้ตรวจสอบความถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลในรูปแบบการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) เพื่อหาประเด็นสำคัญ และให้รหัสข้อมูล (codes) แยกแยะและจัดกลุ่มข้อมูลตีความเชื่อมโยงกันของข้อมูล (sub-theme) ความสัมพันธ์ ลวดตอนข้อมูล สกัศสาระและหา

ข้อสรุปที่เป็นประเด็นหลัก (theme) และสร้างข้อสรุปโดยยึดกรอบแนวคิดในการศึกษาเป็นหลัก โดยมีขั้นตอน การลดข้อมูล (data reduction) การจัดรูปข้อมูล (data display) และการร่างข้อสรุป (conclusion drawing)

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 12 ราย ประกอบด้วย 1) ผู้ให้ข้อมูลหลัก ได้แก่ (1.1) ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 2 คน เป็นเพศชาย 1 คน เพศหญิง 1 คน มีอายุในช่วง 30 - 40 ปี สถานภาพคู่ ศาสนาพุทธ การศึกษาระดับชั้น ป.6 อาชีพรับจ้าง (1.2) ญาติผู้ดูแล จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 40 - 50 ปี สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพรับจ้าง (1.3) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 2 คน เป็นเพศหญิง มีอายุในช่วง 50 - 60 ปี สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี อาชีพเกษตร 2) ผู้ให้ข้อมูลรอง ได้แก่ (2.1) กำนัน 1 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน เป็นเพศชาย มีอายุในช่วง 50 - 60 ปี นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี (2.2) บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 2 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ มีอายุในช่วง 30 - 40 ปี นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี (2.3) ผู้เชี่ยวชาญ เป็นจิตแพทย์ จำนวน 2 คน มีอายุในช่วง 50 - 60 ปี สถานภาพคู่ นับถือศาสนาพุทธ การศึกษาระดับปริญญาตรี

ส่วนที่ 2 ผลการวิจัยความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท และแนวทางการฟื้นฟู

สมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน

1. ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท

1.1 การรับรู้ความเสี่ยงของโรคจิตเภท

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีอาการกำเริบของโรคและกลับเป็นซ้ำได้ จากความเสี่ยงเหล่านี้ 1) การไม่ได้รับการรักษาในระยะเฉียบพลันและการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง “การปล่อยปละละเลยอาการที่สำคัญจะเป็นภัยแก่ตนเองและสังคมได้” (ผู้ดูแล) “การไม่ได้รับการรักษาที่ต่อเนื่อง ส่วนหนึ่งเกิดจากการไม่ยอมรับความเจ็บป่วย” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 2) การบริหารยาที่ไม่ถูกต้อง และไม่ร่วมมือในการรับประทานยา “ทานยาไม่ตรงเวลา ไม่ได้พบหมอตามนัด” (ผู้ป่วย) “โรคจิตเภทเป็นโรคที่หายยากไม่หายขาด หากขาดยาหรือทานยาจิตเวชไม่ต่อเนื่อง” (อสม.) “ผู้ป่วยมักจะคิดว่าหายแล้ว ทิ้งยาไม่ยอมรับการเจ็บป่วย” (ผู้นำชุมชน) 3) การใช้สารเสพติดหรือสารกระตุ้น “ผู้ป่วยใช้สารเสพติด สารกระตุ้นต่าง ๆ จะส่งผลให้การรักษายาก เรื้อรัง เกิดเป็นความบกพร่องของร่างกาย จิตใจ สมอง ไม่สามารถกลับมาเหมือนเดิมได้” (ผู้ดูแล) “การใช้สารกระตุ้น เสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองและผู้อื่น ส่งผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน สังคม” (ผู้เชี่ยวชาญ) 4) ความสัมพันธ์ของผู้ดูแล การขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแล “ความเสี่ยงจากปัญหาความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ขาดความเข้าใจ การทะเลาะเบาะแว้ง การทำร้ายกันในครอบครัว” (ผู้ดูแล) “การใช้อารมณ์มีผลต่อการกระตุ้นการเจ็บป่วยให้ป่วยซ้ำได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 5) การถูกตีตราจากชุมชน “พวกเขาแสดงความรังเกียจไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับ จากทั้งคนในครอบครัว และ

ชุมชน” (ผู้ป่วย) “รู้สึกสงสารเค้า บางครั้งถูกคนในครอบครัว เพื่อนบ้าน ล้อเลียนเรียกว่าคนบ้า คนขาดหุ่น” (ผู้นำชุมชน) 6) ความเสี่ยงของการเจ็บป่วยซ้ำ จะนำไปสู่การเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ ที่อาจเกิดความพิการตามมา ส่งผลให้เกิดการถูกตีตราจากสังคมรอบข้าง “มันก็น่าแปลกเหมือนกัน กินยาไปนาน ๆ แล้วผู้ป่วยเค้าจะเฉื่อยไม่ค่อยสดชื่นสดใสทำงานได้ช้าลง” (ผู้ดูแล)

1.2 การรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท

พบว่า ความรุนแรงของโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์ที่สอดคล้องกับการรับรู้ความเสี่ยง ดังนี้ 1) ความรุนแรงของโรคจะเกิดขึ้นหากผู้ป่วยขาดยา ใช้สารเสพติดซ้ำ รวมถึงการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ช้าเกินไป “มันจำไม่ได้ว่าทำร้ายใครบ้าง มันหงุดหงิดไปหมด เพราะผมใช้ยาบ้า ผมยอมรับว่าผิดมาก” (ผู้ป่วย) “ผู้ป่วยไม่ยอมรับการกินยา มักคิดว่าหายแล้ว และมีการตีหมาแพ่ สุนัขหรีเยอะสุดท้ายก้าวร้าว ควบคุมไม่ได้” (ผู้ดูแล) “โรคมันคุมไม่ได้ มันกำเริบ จึงทำให้มีความรุนแรงเกิดขึ้น ถ้าโรคจะคุมได้ก็ต้องคุมด้วยยาเป็นตัวสำคัญ สังคมจะได้รับความปลอดภัย หากผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่องก่อนที่จะเข้าสู่การฟื้นฟูในระดับต่อไป” (ผู้เชี่ยวชาญ) “ปัญหาการขาดยาทางจิตเวชเป็นปัญหาหลักที่ส่งผลให้ผู้ป่วยก่อความรุนแรงได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “ภาพที่ผู้ป่วยก้าวร้าว อัตราร้ายคนรอบข้าง อัตรายาจะลดลง ถ้าได้นำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็วตั้งแต่เห็นอาการเริ่มแรก” (ผู้นำชุมชน) 2) ภาพลักษณ์ของผู้ป่วยจิตเภทที่กระทำความรุนแรง เกิดการตีตรา

หรือประทับตราบาป “ครอบครัว ชุมชน เกิดความกลัวฝังใจ ทำให้ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน” (อสม.) “การก่อความรุนแรงในผู้ป่วยจิตเภทหากเป็นข่าว จะสะท้อนภาพที่รุนแรงน่ากลัวให้กับสังคม ทั้ง ๆ ที่ความเป็นจริงจำนวนการก่อความรุนแรงมีอัตราน้อยกว่าคนปกติที่ก่อความรุนแรงและทำร้ายกัน” (ผู้เชี่ยวชาญ)

1.3 การรับรู้อุปสรรคต่อการฟื้นฟูดูแลตนเองในโรคจิตเภท

พบว่า 1) ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้เกี่ยวกับโรค ผลข้างเคียงของยา และความมั่นใจในการใช้ชีวิต “ตัวเราเองที่ไม่มี ความมั่นคงทางจิตใจ ไม่มีอะไรทำ เจอเพื่อนกลุ่มเดิมทำให้กลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ” (ผู้ป่วย) “ทานยาแล้วแพ้ยาง บางครั้งตัวแข็งทื่อ ทำงานไม่ค่อยได้ ทำให้ไม่อยากทานยา และทิ้งไปเลย” (ผู้ป่วย) “ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย และการฟื้นฟูของตัวเอง ไม่มีความมั่นใจว่าสังคมจะยอมรับหรือไม่” (ผู้เชี่ยวชาญ) 2) เจตคติของครอบครัว ความรู้ความเข้าใจ และการเอาใจใส่ในการดูแล ดังคำกล่าวที่ว่า “หากคนในครอบครัวแสดงความรังเกียจ ไม่สนใจดูแล เป็นภาระกับสังคม จะไปคาดหวังให้ผู้นำชุมชน หรือแม้แต่เพื่อนบ้านเข้าช่วยเหลือ มันก็คงจะยาก” (ผู้ดูแล) “ครอบครัวเป็นผู้ดูแลหลัก แต่ไม่สามารถทำหน้าที่ในการดูแลได้เต็มศักยภาพ ด้วยปัญหาทัศนคติ ขาดความรู้ที่ถูกต้อง เศรษฐกิจในบ้าน การมีผู้ดูแลเพียงคนเดียว ทำให้ผู้ป่วยขาดยา ขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง นำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำได้” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 3) ชุมชนขาดการมีส่วนร่วม ขาดระบบการติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง ตีตราผู้ป่วย “คนในชุมชนมองว่า

เป็นเรื่องของครอบครัว ไม่ได้เป็นบทบาทโดยตรง ไม่อยากทุ่มทรัพยากรมาตรงนี้ ไปทำในเชิงโครงสร้างชุมชนดีกว่า เห็นผลชัดกว่า” (อสม.) “ความไม่มั่นใจของผู้ป่วยว่าสังคมจะยอมรับหรือไม่ การไม่ยอมรับการฟื้นฟูของผู้ป่วยเอง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 4) อุปสรรคด้านอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น กฎหมาย บทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข “กฎหมาย ระเบียบต่าง ๆ ปัจจุบันกลับเอื้อให้กลุ่มเสี่ยงต่างๆ เข้าถึงการใส่สารเสพติดและเป็นอุปสรรคให้เจ้าหน้าที่เข้าไปดำเนินการช่วยเหลือ การเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่” (ผู้นำชุมชน) “ภาระงานเป็นตัวขัดขวางในการทำหน้าที่เพราะพนักงานหนักมาก การเป็นพยาบาลคนเดียวในชุมชนต้องให้การดูแลทุกโรค” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “บุคลากรทางการแพทย์มีจำนวนน้อยให้ความสำคัญกับการรักษามากกว่าการฟื้นฟู” (ผู้ดูแล)

1.4 การรับรู้ประโยชน์ เพื่อส่งเสริมและป้องกันการเจ็บป่วยในโรคจิตเภท พบว่า 1) การนำผู้ป่วยทางจิตเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็วที่สุด 2) การรักษาบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทคือหัวใจหลัก 3) การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง 4) การให้ความสำคัญกับผู้ดูแล และการมีส่วนร่วมของชุมชน 5) การได้รับการฟื้นฟู ฝึกทักษะการดูแลตนเอง และ 6) การให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและความสงบสุขของชุมชน “การรักษาอย่างเข้มข้นตั้งแต่แรกจะเป็นประโยชน์ ช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดความเรื้อรังของโรค การฝึกการเข้าสังคม การรับประทานยาม่าเสมอ มีระบบเตือนเมื่อขาดยาและพัฒนาฐานข้อมูลให้รู้และเข้าถึง สุดท้ายสร้างกระบวนการ

ฟื้นฟู” (ผู้เชี่ยวชาญ) “การยอมรับความเจ็บป่วยได้รับการรักษาจากหมอ ได้รับยาดี คำแนะนำดีมีความรู้เพิ่มขึ้น” (ผู้ป่วย) “การได้รับการรักษาจะช่วยให้กลับมาดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อีกครั้งสามารถควบคุมตนเองได้ทำให้ได้รับโอกาสในการทำงาน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “ความรู้ความเข้าใจในตัวโรค จะเกิดประโยชน์ต่อการใช้ชีวิตร่วมกันอย่างปกติ” (ผู้ดูแล) “การรักษาฟื้นฟู มีประโยชน์ ทำให้ผู้ป่วยได้คืนชีวิตใหม่ จำเป็นต้องมีการติดตามเยี่ยม เพื่อประเมินการอยู่ร่วมกับคนอื่น” (อสม.) “ลดปัญหาอาชญากรรมในครอบครัว ลดการสูญเสีย ประหยัดค่าใช้จ่าย ที่สำคัญเกิดประโยชน์กับผู้ป่วย ได้รับการยอมรับ สามารถกลับมาใช้ชีวิตในสังคม ลดภาระของครอบครัว” (ผู้นำชุมชน) “ชุมชนเห็นความสำคัญ เกิดความตระหนักต่อปัญหา โดยมีภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนและจับมือเดินไปด้วยกันในการฟื้นฟูผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต” (อสม.)

1.5 สิ่งกระตุ้นจูงใจให้ปฏิบัติในโรคจิตเภท พบว่า 1) การได้รับการสนับสนุนความรู้จากเจ้าหน้าที่เกิดการปฏิบัติที่ดี “การได้รับความรู้คำแนะนำที่ดี เป็นที่ปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลมีแรงจูงใจอยากจะหายจากโรค” (ผู้ป่วย) “การได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ ถือว่าสำคัญมาก โดยเฉพาะความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต เพราะเป็นเครื่องมือที่ทำให้มีความมั่นใจในการเข้าไปทำงานกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว” (อสม.) “การได้รับการสนับสนุนความรู้ให้กับผู้นำชุมชน ช่วยให้เข้าใจผู้ป่วยจิตเภทเข้าใจระบบการรักษา เข้าใจกฎหมายสุขภาพจิต

เข้าใจถึงวิธีการจัดการช่วยเหลือและการดูแล หลังจากผู้ป่วยกลับมาอยู่ที่บ้าน” (ผู้นำชุมชน) 2) การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท “รู้สึกสงสารเห็นใจคนที่ป่วยทางจิต” (อสม) “การที่เราเห็นพัฒนาการของผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น ทำให้มีแรงจูงใจอยากจะทำงานต่อ เพราะเราเห็นว่าเขาก็ทำงานได้ เป็นความภาคภูมิใจ” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 3) การได้ลงมือปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน “การลงมือปฏิบัติช่วยเหลือและแก้ปัญหา อาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะผู้นำและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและความร่วมมือของภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น โดยมีจุดหมายเดียวกันคือให้ชุมชนมีความสุข ลดความรุนแรง” (ผู้นำชุมชน) 4) การได้รับการสนับสนุนด้านกำลังใจ “สิ่งแวดล้อมรอบตัวเป็นทั้งกำลังใจและแรงกระตุ้นให้สู้กับตัวโรคเพราะต้องการให้สังคมยอมรับคนที่เรารัก” (ผู้ดูแล) “ครอบครัวจะใส่ใจการดูแลทั้งร่างกาย และจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีภาพลักษณ์ที่ดี มีคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์เป็นที่ยอมรับ” (ผู้ดูแล) “ได้รับกำลังใจจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน และการสร้างกำลังใจให้ตัวเอง ความเชื่อมั่นจากการดูแลตนเองเป็นอย่างดี การฝึกคิดบวก การสร้างเป้าหมายให้ตนเองต่อสู้กับโรคเพื่อครอบครัว เพื่อตัวเอง” (ผู้ป่วย)

1.6 การรับรู้ความสามารถ พบว่า ส่วนใหญ่มีการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านประสบการณ์ ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตดีแล้วจะมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี “การที่มทำงานมีความรับผิดชอบในชีวิตประจำวัน ปรับตัว

ในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นเป็นความภาคภูมิใจที่ได้กลับมาใช้ชีวิตแบบคนปกติไม่เป็นภาระคนอื่น” (ผู้ป่วย) และผู้ดูแลที่มีประสบการณ์จะเข้าใจบทบาทความสามารถของตนเอง และมีมุมมองด้านบวกจากการดูแล “รู้จักค้นหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือในชุมชน ต้องไม่ให้ตนเองรู้สึกโดดเดี่ยวในการแก้ปัญหา” (ผู้ดูแล) “ผู้ดูแลต้องรู้จักปล่อยวางความเครียด เติมพลังสร้างความเข้มแข็งให้ตนเอง การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ว่ายาวนานทำให้เกิดประสบการณ์ สามารถแบ่งปันประสบการณ์ให้แก่ผู้ดูแลคนอื่น ๆ ได้” (ผู้ดูแล) “เราเป็น อสม. ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่อง สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทำ ใ้รับผิดชอบในหน้าที่ของตนเอง สำคัญเราต้องทำงานเป็นทีม” (อสม.) “การเป็นพยาบาลชุมชน มีหน้าที่มาก ทำให้งานติดตามเยี่ยมบ้านไม่สามารถทำได้อย่างเป็นระบบ แต่สามารถทำได้เป็นรายกรณี การสนับสนุนฟื้นฟูผู้ป่วยให้มีงานทำ เรารับรู้ได้ถึงความภาคภูมิใจที่เห็นผลลัพธ์ที่ดี ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และรู้สึกได้ถึงควมมีคุณค่าในตนเองมาก” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยความปลอดภัย การสร้างความร่วมมือของภาคีเครือข่ายเข้ามาจัดการปัญหาร่วมกัน การสื่อสารพูดคุยอย่างเข้าใจเพื่อลดความขัดแย้ง สนับสนุนส่งเสริมการมีงานทำ เข้ามามีส่วนร่วมกับชุมชน” (ผู้นำชุมชน) “การผลักดันเชิงนโยบายและให้การสนับสนุนการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท คำนึงถึงหลัก bio-psycho-social การสนับสนุนระบบการดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน” (ผู้เชี่ยวชาญ)

2. พฤติกรรมการมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยชุมชนเริ่มจาก 1) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว “ครอบครัวต้องให้การดูแลผู้ป่วยมาก่อนคนอื่น มันคือความรักความอบอุ่นทางใจทำให้ผมสบายใจ” (ผู้ป่วย) “การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายจากครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า เป็นประโยชน์กับครอบครัว รู้สึกมีตัวตนในบ้าน” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “การดูแลของครอบครัวเป็นอย่างดีจะช่วยส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุน เพราะชุมชนยอมรับครอบครัวที่เอาใจใส่ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยเป็นภาระแก่สังคม” (ผู้ดูแล) 2) พฤติกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชน (ผู้นำ จิตอาสา ผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย) พบว่า พฤติกรรมการมีส่วนร่วมจะเกิดขึ้นได้ (1) ชุมชนต้องตระหนักในปัญหาและเห็นความสำคัญ “การทำให้ชุมชนเห็นถึงปัญหาเกิดความตระหนักพร้อมด้วยชุดข้อมูลจากชุมชน การวิเคราะห์ ทบทวน โดยชุมชน เพื่อเห็นภาพร่วมกันของการจัดการปัญหาโดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ร่วมกับภาคีเครือข่าย และการสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง” (ผู้เชี่ยวชาญ) (2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมติดตามเยี่ยมบ้านต่อเนื่องในชุมชน “การติดตามเยี่ยมบ้านให้กำลังใจของ อสม.สามารถทำได้ แต่ไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทั้งหมด” (อสม.) “ด้วยประสบการณ์ที่ไม่เท่ากันของ อสม. ทักษะคิดในการช่วยเหลือมีความแตกต่างกัน คนที่มีประสบการณ์แล้วจะไม่กลัว คนที่มีประสบการณ์น้อย จะมีความรู้สึกเหมือนชาวบ้านทั่วไป กลัว ไม่ปลอดภัยที่จะเข้าไป โดยเฉพาะกรณี

ที่เคยมีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “การเข้าถึงครอบครัวและผู้ป่วยโดยบทบาทของ อสม. จะทำได้ง่ายกว่าผู้นำชุมชน เพราะเป็นบทบาทที่ต้องเข้าไปดูแลสุขภาพของแต่ละครอบครัว เช่น การนำยาไปให้ที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยติดเตียง นำข้อมูลต่างๆมาให้กับ รพ.สต.ในพื้นที่ เป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน” (ผู้นำชุมชน) “อสม.ชักชวน ให้ทำกิจกรรมฟื้นฟูตนเองและการทำเกษตรกรรม การทำงาน การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชนหรือสถานีอนามัย ” (ผู้ดูแล) “อสม. จะต้องเข้ามาเกี่ยวข้องกับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยการเยี่ยมบ้านสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย และรับรู้ปัญหาเพื่อให้เขาได้รับยาตามกำหนดเวลา ไม่ขาดยา” (ผู้เชี่ยวชาญ) 3) พฤติกรรมการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรม การทำงาน และการจ้างงานในชุมชน “การได้รับโอกาสจากชุมชนให้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรม เข้าไปทำงานทำให้ผู้ป่วยมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ ไม่รังเกียจ การฝึกใช้สมอง ฝึกใช้สมาธิ ฝึกทอนเงิน ฝึกหยิบของ เป็นการแลกเปลี่ยนสังคม แลกเปลี่ยนความรู้ เค้าจะได้รู้สึกว่ามีสังคมยอมรับ” (ผู้ดูแล) “การดึงผู้ป่วยและครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน เช่น การประชุมหมู่บ้าน เป็นจิตอาสา ช่วยให้เค้าได้เป็นส่วนหนึ่ง และแสดงความรับผิดชอบ เป็นการดึงคนเหล่านี้ให้มาอยู่ในสังคม สังคมเกิดการยอมรับ และให้โอกาส” (ผู้นำชุมชน)

3. แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน พบว่า แนวทางฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชน มีดังนี้ 1) แนวทางการคืนข้อมูลให้

ชุมชน เป็นการวางแผนขั้นต้น การดูแลต่อเนื่อง และให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน “ข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่ หุ่นส่วนความร่วมมือในท้องถิ่นควรรับรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ และวางแผนการ ฟื้นฟูดูแลได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการคืนข้อมูลแก่ ชุมชนถือว่าเป็นประโยชน์มาก” (เจ้าหน้าที่ สาธารณสุข) 2) แนวทางการสร้างองค์ความรู้ด้าน สุขภาพจิตและจิตเวชให้ชุมชน “การได้รับการ เพิ่มพูนความรู้ทางด้านสุขภาพจะเป็นประโยชน์กับ คนในชุมชนมาก อสม. จะมีบทบาทในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวช และสร้างความมั่นใจให้กับครอบครัว ได้เป็นอย่างดี การส่งเสริมความรู้แก่ อสม. ผู้นำ ครอบครัว เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยนั้นเกิดประสิทธิภาพ และการได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ศึกษางานจะช่วยทำ ให้เกิดแรงจูงใจ การพาผู้ป่วยไปเห็นกิจกรรมต่าง ๆ ในการสร้างงานอาชีพ การสร้างกลุ่มดูแลกันเองใน ชุมชน” (ผู้นำชุมชน) “การสนับสนุนความรู้ด้าน กฎหมาย ร่วมขับเคลื่อนงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน เช่น พรบ.สุขภาพจิต พรบ.ฟื้นฟู คุณภาพชีวิตผู้พิการ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทาง สังคม” (ผู้เชี่ยวชาญ) “ต้องปรับทัศนคติที่ดี มีใจ อ่อนโยน ควรได้รับการพัฒนาทักษะการช่วยเหลือ ฟื้นฟู การสื่อสาร การเข้าหาผู้ป่วย พูดคุยด้านบวก และมีทัศนคติที่ดีเป็นสิ่งสำคัญ” (อสม.) 3) การวางแผนพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิต เภท สนับสนุนส่งเสริมการทำงานตามวิถีเดิม “ควร ประเมินผู้ป่วยว่ามีความถนัดหรือความสามารถ อะไร จะทำให้การวางแผนการฟื้นฟูได้ตรงความ ต้องการตามที่ชอบ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

อย่างเหมาะสม” (ผู้ดูแล) “การฟื้นฟูเป็นการพัฒนา ปรับปรุงตัวเราให้มีสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่น มีความรับผิดชอบตนเอง มีงานทำ ได้มีชีวิตที่ดีขึ้น” (ผู้ป่วย) “ผู้ป่วยทางด้านจิตมักจะมีสติของตนเองว่าการ เจ็บป่วยเป็นภาระของคนอื่น การได้รับการส่งเสริม ให้มีงานทำ มีรายได้ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงความมี คุณค่า การเพิ่มโอกาสให้ได้รับการสนับสนุนที่ตรง กับความต้องการ เกิดการปฏิบัติจริง ได้แบ่งเบ ภาระของครอบครัว สังคม” (ผู้ดูแล) “การฟื้นฟูเป็น การสร้างภาพลักษณ์ใหม่ ให้ได้รับการยอมรับจาก สังคมรอบข้าง เป็นความพยายามที่จะลดการตีตรา จากสังคม การแบ่งแยก กีดกันผู้ป่วยทางจิต” (เจ้าหน้าที่สาธารณสุข) “ระยะแรกของการฟื้นฟู ควรเป็นการฟื้นฟูต่อเนื่องทางการแพทย์ด้วย การเยี่ยมบ้านสักระยะหนึ่ง ก่อนเข้าสู่ระยะที่ 2 โดย จะไปใช้ศักยภาพของชุมชนช่วยฟื้นฟูคนไข้ การ ฟื้นฟูในวิถีเดิมที่เคยมี ให้กำลังใจเขา ให้พอที่จะ ทำงานได้ ผู้ดูแลอย่าคาดหวังความสมบูรณ์เหมือน ตอนยังไม่ป่วย ความคาดหวังนำไปสู่ความผิดหวัง ได้ แต่สิ่งที่ต้องทำคือ การให้กำลังใจ” (ผู้เชี่ยวชาญ) “การยกระดับคนไข้ จากที่เป็นคนป่วยและหายป่วย กลับมาอยู่บ้าน แต่เราจะเพิ่มคุณค่าให้มีคุณค่าชีวิตที่ ดีกว่าที่เป็นอยู่ ด้วยการมีงานทำ มีคุณภาพชีวิต ขึ้นมา นำไปสู่ความภาคภูมิใจ” (ผู้เชี่ยวชาญ) 4) บูรณาการการทำงานร่วมกับเขตสุขภาพ และภาคี เครือข่ายท้องถิ่น เพื่อประสิทธิภาพของการบริหาร งบประมาณให้เกิดประโยชน์กับประชาชนในพื้นที่ “การประชุมวางแผนร่วมกันทั้งครอบครัว แกนนำ สุขภาพ และภาคีเครือข่ายในท้องถิ่น เพื่อร่วมวาง แผนการฟื้นฟูดูแลอย่างต่อเนื่อง ด้วยมิติการฟื้นฟู

ในชุมชนการสะท้อนให้ชุมชนเห็นปัญหาและลงไปจับเคลื่อนในลักษณะ *bottom up* และมีเวทีเข้าไปคุยกับเขตสุขภาพ ควรที่จะนำงบประมาณท้องถิ่นเพื่อเข้ามาบริหารจัดการการฟื้นฟูโดยได้รับการปรึกษา” (ผู้เชี่ยวชาญ) “บทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชนมีความสำคัญในแต่ละด้าน และต้องทำงานสอดคล้องกันในการดูแลผู้ป่วย ให้สามารถมีพัฒนาการที่ดีขึ้น จนกว่าสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ” (ผู้นำชุมชน) “อยากให้อสม. เข้ามาเยี่ยมบ้าน ติดตามการดูแลอย่างสม่ำเสมอ สนับสนุนและให้พลังใจในการใช้ชีวิตทุก ๆ วัน” (ผู้ป่วย)

การอภิปรายผล

1. การรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท จากผลการศึกษาตามองค์ประกอบของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 1) องค์ประกอบด้านการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจิตเภท พบว่า ทั้งในกลุ่มผู้ที่มีประสบการณ์ตรง และกลุ่มผู้นำหุ้นส่วน เชื่อว่า การกำเริบของโรคและกลับเป็นซ้ำเป็นโอกาสเสี่ยงที่สำคัญ ทั้งนี้ เกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ขาดการเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็ว การปล่อยปละละเลยอาการที่สำคัญ ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ใช้สารเสพติดซ้ำตลอดถึงทัศนคติที่ไม่ดี ไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา (Hamann et al., 2014) ที่พบว่า การป่วยซ้ำของโรคจิตเภท เกิดจากการขาดความตระหนักรู้ต่อการเจ็บป่วย ทัศนคติที่ไม่ดี และความต่อเนื่องในการรับประทานยา ใช้สารเสพติดซ้ำ นอกจากนี้ ยังพบว่าปัญหาด้าน

ความสัมพันธ์ในครอบครัว ความเห็นห่าง การทะเลาะเบาะแว้ง ไม่ยอมรับ การตีตรา ส่งผลต่อการกำเริบซ้ำได้ สอดคล้องกับการศึกษาของนาถนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิสา สุขตระกูล (2556) ที่พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกหรือบุคคลในครอบครัวมีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ส่วนการลดการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยของครอบครัว เป็นการจัดการและควบคุมอารมณ์เพื่อความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เรียนรู้การสื่อสารที่ชัดเจน ช่วยผู้ดูแลเข้าถึงความรู้สึก ความต้องการของผู้ป่วย ช่วยลดความเครียดลดอาการทางจิตได้ (Norman, Malla, Mclean, McIntosh, Neufeld, Vorugenti, & Cortese, 2002) ดังนั้น ความเสี่ยงจากการกำเริบจะส่งผลต่อการรับรู้ความรุนแรงของโรคจิตเภท หากผู้ป่วยขาดยาทางจิตเวช ใช้สารเสพติด หรือการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่ช้าเกินไป ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการก่อความรุนแรงสูงกว่าปกติ คือ การขาดการรักษาต่อเนื่อง ปัญหาการใช้สารเสพติด และการไม่รับรู้ความเจ็บป่วย เป็นความเสี่ยงต่อการก่อความรุนแรง (กรมสุขภาพจิต, 2563) ซึ่งมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดมีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงมากถึงร้อยละ 27.60 ในขณะที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ใช้สารเสพติด พบเพียงร้อยละ 8.50 (Fazel, Langstrom, Hjerm, Grann, & Lichtenstein, 2009) ดังนั้นการนำผู้ป่วยเข้าสู่กระบวนการรักษาที่รวดเร็ว จะลดความรุนแรงที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำต่อคนอื่น ลดความกลัวฝังใจลดการปฏิบัติเสธจากชุมชน ซึ่งผลการศึกษาพบว่า

การรับรู้ตราบาป เกิดจากการถูกตีตรา แสดงความรังเกียจ ไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน ส่งผลให้เกิดการเจ็บป่วยซ้ำ และเกิดความเสี่ยงของโรค สอดคล้องกับงานวิจัยของอริ สุภาวงศ์ (2549) ที่พบว่า พฤติกรรมก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ทำร้ายญาติและผู้ที่อยู่ใกล้เคียงของผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่ออคติและตราบาปจากสังคม นำไปสู่การเจ็บป่วยซ้ำ ขณะเดียวกัน พฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วยส่งผลกระทบต่อภาพลักษณ์ ทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเข้าสังคม เกิดความรู้สึกเป็นตราบาป อับอาย (สุทธิสา คีเพชร, และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ์, 2558)

2) องค์ประกอบด้านการรับรู้อุปสรรค พบว่า อุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ได้แก่ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค เบื่อหน่ายในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และผลข้างเคียงจากยา สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต่อเนื่องและมีการรับประทานยาไม่ถูกต้อง ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากยา และกลับมาป่วยซ้ำ (Sullivan, Wells, Morgenstern, & Leake, 1995) นอกจากนี้ เจตคติ การถูกตีตรา ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน ตลอดจนบทบาทหน้าที่ในชุมชนจะเป็นอุปสรรคขัดขวางต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังมีการศึกษาพบว่า การแบ่งแยก ปิดกั้น ไม่ได้ได้รับการยอมรับจากชุมชน ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการพัฒนาทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต และขาดการมีส่วนร่วมของชุมชน (Varcariolis, 2014) ซึ่งการเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงของโรคจิตเภทและการป่วยซ้ำจะเป็นอุปสรรคขัดขวางการฟื้นคืนสู่สภาวะ (สมรัักษ์

ชวานิชวงศ์, 2558) 3) องค์ประกอบด้านการรับรู้ประโยชน์ของการรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การนำผู้ป่วยทางจิตเข้าสู่กระบวนการรักษาให้เร็วที่สุด จะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นตัวเร็ว ลดความเรื้อรังของโรค ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า หากผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการเข้าถึงบริการมากขึ้นเท่าใด ก็จะมีส่งผลต่อประสิทธิภาพของพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น การรักษาบำบัดของผู้ป่วยจิตเภทคือหัวใจหลัก การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง โดยการให้ความสำคัญกับผู้ดูแล ครอบครัว ชุมชน (ถนัด อวารุณหัก, 2562) ซึ่งการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันให้ความสำคัญกับการใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐานมากขึ้น การได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ให้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม การฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น ทำให้ผู้ป่วยได้คืนชีวิตใหม่ ลดภาระอื่น ๆ ลงได้หลายมิติ (Award & Voruganti, 2008) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ลูประสงค์, สงวน ธานี, เกสร สายธนู, และกิงกาญจน์ ชูเมือง (2560) พบว่า การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภท เป็นการเพิ่มโอกาสให้เกิดการสนับสนุนทางสังคม ให้กำลังใจช่วยกันดูแล เป็นสิ่งแวดล้อมที่ดีที่จะทำให้ผู้ป่วยมีสภาพจิตใจที่เข้มแข็ง ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความหวัง ตลอดจนรู้จักรับผิดชอบตนเองเพื่อต่อสู้และอยู่ร่วมกับการเจ็บป่วย นอกจากนี้ผลการศึกษาชี้ให้เห็นว่าการได้รับความรู้จากผู้เชี่ยวชาญทางด้านสุขภาพจิต การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท การได้รับความร่วมมือที่ดีจากชุมชนและการลงมือปฏิบัติด้วยกัน

ทำให้เกิดประสบการณ์และเห็นผลความสำเร็จของการฟื้นฟู แม้เพียงหนึ่งราย ทำให้มีแรงจูงใจ และเกิดกำลังใจ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การให้ความรู้ร่วมกับการฝึกปฏิบัติจะส่งผลต่อประสิทธิภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท มากกว่าการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพเพียงอย่างเดียว (Puspitosari, Wardaningsih, & Nanwani, 2019) และ 4) องค์ประกอบด้านสิ่งที่กระตุ้นจูงใจและการรับรู้ความสามารถ การได้รับกำลังใจจากเจ้าหน้าที่ และบุคคลในครอบครัว ชุมชนทำให้เกิดการฟื้นฟูดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้ด้วย ความมั่นใจ ซึ่งมีผลต่อแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพขององค์ประกอบด้านการรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งตัวผู้ป่วยและผู้ให้การดูแลที่จะช่วยเหลือในชุมชนในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเภทเป็นอย่างดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันญา แสงแก้ว, เรณูการ์ ทองคำรอด, และ กชพงส์ สารการ (2558) พบว่า ครอบครัว ผู้ดูแลอาสาสมัครสาธารณสุข มีบทบาทสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้มีความสามารถจัดการกับอาการของผู้ป่วยที่เปลี่ยนแปลง ส่งเสริมด้านการรับประทานยา การดูแลช่วยเหลือฟื้นฟูทักษะด้านสังคม การใช้ชีวิต การทำงาน

2. พฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมมีส่วนร่วมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เริ่มต้นจาก 1) พฤติกรรมมีส่วนร่วมของครอบครัว ซึ่งเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยด้วยความรักความอบอุ่น จะช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ หายป่วย ครอบครัวควรเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับผิชอบในหน้าที่การงานที่ได้รับมอบหมาย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมี

คุณค่า มีตัวตน และเป็นประโยชน์กับครอบครัว การศึกษาของแก้วตามิศรี, และเพ็ญญา แดงต่อมยุทธ์ (2555) พบว่า การรับรู้ความรู้สึกห่วงใยซึ่งกันละกัน มีความใกล้ชิดผูกพัน ทำให้บุคคลรับรู้ถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง นอกจากนี้ การดูแลของครอบครัวเป็นอย่างดีจะช่วยส่งเสริมสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เพราะชุมชนยอมรับครอบครัวที่เอาใจใส่ ไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยเป็นภาระแก่สังคม 2) พฤติกรรมมีส่วนร่วมของชุมชน (ผู้นำชุมชน จิตอาสาในชุมชน อสม. และผู้ดูแล และภาคีเครือข่าย) จะเกิดจาก (1) การทำให้ชุมชนเห็นถึงปัญหา เกิดความตระหนักร่วมด้วย ชูข้อมูลจากชุมชน (2) การวิเคราะห์ ทบทวน โดยชุมชน เพื่อเห็นภาพร่วมกันของการจัดการปัญหา โดยใช้ทรัพยากรในท้องถิ่น ร่วมกับภาคีเครือข่าย และ (3) การสนับสนุนช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง สอดคล้องกับการศึกษาของเกียรติภูมิ วงศ์วรจิต, พิทักษ์พล บุญยมาลิก, สุพัตรา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน (2550) พบว่า การทำให้ประชาชนตระหนักในปัญหาและความสำคัญของความจำเป็นในการแก้ไข มีอิสระตัดสินใจ มีโอกาสใช้ศักยภาพของตนเองดำเนินกิจกรรมพัฒนาความสามารถ มีความรับผิดชอบ รู้สึกเป็นเจ้าของ จะเป็นส่วนสำคัญนำไปสู่จุดหมาย ซึ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนบ่งบอกถึงความเข้มแข็งและความพร้อม สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐติกา ชูรัตน์ (2559) พบว่า การพัฒนางานจิตเวชชุมชน ควรให้ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนร่วมค้นหาสาเหตุและมีส่วนร่วมในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทชุมชน ทั้งนี้การมีส่วนร่วม

ของ อสม. และแกนนำชุมชน โดยบทบาทและหน้าที่ที่สามารถเข้าถึงครอบครัวและผู้ป่วยได้ง่าย เพราะเป็นบทบาทที่ต้องเข้าไปดูแลสุขภาพของแต่ละครอบครัว การติดตามดูแลอย่างต่อเนื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยกับญาติ สร้างความไว้วางใจกับผู้ป่วย จะเป็นประโยชน์ สามารถให้กำลังใจที่ดี และ 3) การสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน และสนับสนุนการฟื้นฟูสู่การทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณค่า เป็นความภูมิใจที่สามารถเลี้ยงดูครอบครัว ลดภาระของครอบครัวและสังคมลงได้ สอดคล้องกับศึกษาของกนกวรรณ บุญเสริม (2559) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการประกอบอาชีพ มีรายได้เป็นของตนเอง และมีกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยภาคภูมิใจที่สุด เป็นการยกระดับคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ อีกทั้งเป็นผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วย ลดความรุนแรงของอาการทางจิต สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และอยู่ร่วมในสังคมได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของอรสา วัฒนศิริ, และเสาวภา ศรีภูสิตโต (2556) ที่พบว่า กระบวนการดูแลต่อเนื่อง การสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนในผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมและเครือข่าย จะช่วยลดการป่วยซ้ำและเพิ่มระดับความสามารถโดยรวมและการมีคุณภาพชีวิตที่เพิ่มขึ้น

3. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่ามี 4 แนวทางที่สำคัญ ดังนี้

1) แนวทางการคืนข้อมูลให้ชุมชน เป็นการวางแผนขั้นตอนการดูแลต่อเนื่องและให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งข้อมูลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่ถือว่าเป็นสิ่งสำคัญที่หุ้นส่วนความร่วมมือใน

ท้องถิ่นควรรับรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การให้ความช่วยเหลือ และวางแผนการฟื้นฟูดูแลต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของอุไรวรรณ เกิดสังข์ (2561) พบว่า ความสำเร็จของชุมชนในการแก้ปัญหาสุขภาพจิตแบบครบวงจรและยั่งยืน กระบวนการคืนข้อมูลสู่ชุมชนและสร้างความตระหนักในปัญหาพร้อม เป็นจุดเริ่มต้นที่นำไปสู่การค้นหาคำตอบที่แท้จริงและเห็นข้อมูลที่เด่นชัด ชัดชัดตรง สามารถเจาะลึกไปสู่การมีส่วนร่วมแก้ปัญหาของชุมชนได้ 2) แนวทางการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชให้ชุมชน การได้รับการเพิ่มพูนความรู้ทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช ความเชื่อด้านสุขภาพในโรคจิตเภท ความรู้ด้านกฎหมาย เช่น พ.ร.บ.สุขภาพจิต พ.ร.บ.ฟื้นฟูคุณภาพชีวิตผู้พิการ แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม การสร้างเจตคติให้เกิดความเข้าใจ การฝึกปฏิบัติ พัฒนาศักยภาพสื่อสาร การช่วยเหลือ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในรูปแบบต่าง ๆ จะสร้างความมั่นใจแก่ชุมชน เกิดประสิทธิภาพในการดูแลมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชน การสนับสนุนความรู้ทางสุขภาพจิตและจิตเวช การพัฒนาทักษะทางสังคม ส่งผลให้เกิดประสิทธิภาพในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (Puspitosaria et al., 2019) การสนับสนุนความรู้แก่ชุมชนถือว่าเป็นเรื่องที่สำคัญ (พิชามญชุ์ ปุณโณทก, 2562) การพัฒนาทักษะ ความเชื่อมั่นของบุคคลในการปฏิบัติหน้าที่ในชุมชน ให้เป็นที่ยอมรับและมีประโยชน์ในการแก้ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เกิดผลลัพธ์เชิงบวกต่อการทำงานผ่านการสนับสนุนของครอบครัว

ชุมชน (Asher, Hanlon, Birhane, Habtamu, Eaton, Weiss, & De Silva, 2018) 3) การวางแผนการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท สนับสนุนส่งเสริมการทำงานตามวิถีเดิม การฟื้นฟูฯ เป็นการพัฒนาความสามารถจากที่เคยบกพร่องให้ฟื้นคืนกลับมา มีการประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่ตรงกับความต้องการและความสามารถ เพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างเหมาะสม สนับสนุนโอกาสทางสังคม ด้วยกิจกรรมการงาน ตามบริบทที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต ลดการป่วยซ้ำได้ ด้วยความร่วมมือของผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่าย ที่มีความเชื่อมโยงทั้งระบบ การฟื้นฟูเป็นการสร้างภาพลักษณ์ใหม่ ให้ได้รับการยอมรับจากสังคมรอบข้าง เป็นความพยายามที่จะลดการตีตราจากสังคม สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนมีความสำคัญในการจัดกระทำดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างยั่งยืน (Addington & Lecomte, 2012) การฟื้นฟูสมรรถภาพโดยชุมชนแสดงให้เห็นถึงผลการปรับปรุงคุณภาพชีวิต ลดความพิการซ้ำซ้อน และปรับปรุงการทำงานการเข้าสังคมของผู้ป่วยจิตเวช (Wang, Zhou, Yu, Qiu, & Wang, 2013) ซึ่งระยะแรกของการฟื้นฟูควรเป็นการฟื้นฟูต่อเนื่องทางด้าน การแพทย์ด้วยการรักษา การติดตามเยี่ยมบ้าน ส่วนระยะที่ 2 เป็นการฟื้นฟูทักษะทางสังคม การงาน อาชีพ โดยใช้ศักยภาพของชุมชน 4) การบูรณาการการทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย โดยการบูรณาการร่วมกันกับเขตสุขภาพ และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนส่งผลให้ผู้ป่วย

จิตเภทได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีอาการทางจิตดีขึ้น และยังกระตุ้นให้คณะกรรมการสุขภาพของรัฐในท้องถิ่นร่วมกับองค์กรภาคประชาชนรวมบริการสุขภาพจิตเข้าไว้ในแผนงบประมาณของท้องถิ่น เพื่อขยายการทำงานให้ครอบคลุมเขตบริการมากขึ้น การสร้างบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องในชุมชน เกิดการบูรณาการทำงานร่วมกัน เห็นความสำคัญของกันและกัน ทำงานสอดคล้องกันในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีพัฒนาการที่ดีขึ้นจนสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ตามปกติ (Chatterjee, Patel, Chatterjee, & Weiss, 2003) ปัจจัยการเสริมสร้างความเข้มแข็งการทำงานในแนวราบ การสร้างบทบาทการเป็นหุ้นส่วนที่อยู่บนฐานทรัพยากรของชุมชนและมีความสัมพันธ์กับบริบททางสังคม เกิดจากการทำงานร่วมกันในชุมชน จะช่วยเสริมให้ผู้พิการทางจิตสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้ (Leelakraiwan, 2007) หากได้รับความร่วมมือจากชุมชนและการมีนโยบายที่ชัดเจน ผู้นำทุกระดับเห็นความสำคัญ และการมีอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีศักยภาพเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

1. ควรทำการวิจัยพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โดยครอบครัว ชุมชนมีส่วนร่วมเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
2. ควรสนับสนุนให้ครอบครัว แกนนำท้องถิ่นเข้ามามีบทบาทในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ตลอดจนการบูรณาการภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมบนฐานความรู้ความเชื่อทางด้านสุขภาพในโรคจิตเภทที่ถูกต้อง และเกิดความเข้าใจ

มีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท

3. ควรสนับสนุนความรู้ทางด้านสุขภาพจิต และจิตเวชควบคู่ไปกับการพัฒนาทักษะการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนมีส่วนร่วมให้เกิดความต่อเนื่อง และยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของงานวิจัย เรื่อง “การวิจัยและพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทโดยชุมชนเป็นฐานที่มีต่อพฤติกรรมมีส่วนร่วมของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน” ขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิ และกลุ่มผู้ให้ข้อมูลการวิจัยทุกท่านที่ยินดีเป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (2562). รายงานประจำปี 2562. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต. (2563). คู่มือระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรงสำหรับสถาบัน โรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: พรอสเพอริตีพลัส.

กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30(1), 123-138.

เกียรติภูมิ วงศ์วรจิต, พิทักษ์พล บุญมาลิก, สุพัศรา สุขสว่าง, และศิริลักษณ์ สว่างวงศ์สิน. (2550). *รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน*. รายงานวิจัย โรงพยาบาลศรีธัญญา. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต.

แก้วดา มีศรี, และเพ็ญภา แดงค้อมอุทธ์. (2555). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(1), 35-49.

ชนิษฐา นันทบุตร. (2551). *ระบบการดูแลสุขภาพชุมชน แนวคิด เครื่องมือและการออกแบบ*. กรุงเทพฯ: อุกาการพิมพ์.

ถนัด อวารุลหัก. (2562). ปัจจัยการรับรู้และแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอเวียงจันทน์ราชวาต. *วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ*, 15(2), 42-50.

นาดนภา วงษ์ศีล, จินตนา ยูนิพันธุ์, และสุนิสา สุขตระกูล. (2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 27(3), 87-100.

ณัฐติกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหล็กที่ประสบเหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสารมหาวิทยาลัยราชภัฏวราชนครินทร์ สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์*, 3(1), 24-36.

พิชามณูย์ ปุณโณทก. (2562). *โครงการความพร้อมและความต้องการสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน เขตจังหวัดชลบุรี*. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. มหาวิทยาลัยบูรพา.

พันธุ์ธนา กิตติรัตนไพบูลย์. (2540). *ตราบาปและโรคทางจิตเวช*. วารสารสวนปรง, 13(1), 17-33.

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2562). *รายงานสถิติผู้ป่วยโรคจิตเวช ในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ประจำปี 2562*.

โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. (2562). สถิติการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วันของผู้ป่วยจิตเภท. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

สมจิตต์ ลูประสงค์, สงวนธานี, เกสร สายชนู, และกิ่งกาญจน์ ชูเมือง. (2560). คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลจังหวัดอุบลราชธานี. *วารสารสวนปรง*, 33(3), 175-188.

สมรักษ์ ชูวานิชวงศ์. (2558). บทพรรณนาธิการ. *วารสารเพื่อนรักสุขภาพจิต*, 15(58), 3.

- สุธิสา ตีเพชร, และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2558). ผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการติดตามตนเองในผู้เป็นโรคจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(1), 123-138.
- สุนันญา แสงแก้ว, เรณูการ์ ทองคำรอด, และกชพงศ์ สารการ. (2558). ผลของโปรแกรมการดูแลแบบมีส่วนร่วมครอบครัวและอสม. ต่อความรุนแรงของอาการทางจิตในผู้ป่วยจิตเภท. การประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 8.
- อรสา วัฒนศิริ, และเสาวภา ศรีภูถิตโต. (2556). การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. *วารสารกองการพยาบาล*, 40(1), 67-83.
- อารี สุภาวงศ์. (2549). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซับซ้อน อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี. *วารสารสมาคมนักวิจัย*, 19(2), 92-103.
- อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพฯ: สุขุมวิทการพิมพ์.
- อากาศร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกะปิ่น, และทัศนีย์ รวีวรกุล. (2561). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีผู้ปฏิบัติการปฏิบัติ (ฉบับปรับปรุง). กรุงเทพฯ: เอ็มเอ็น คอมพิวเตอร์.
- อุไรวรรณ เกิดสังข์. (2561). ปัจจัยความสำเร็จของชุมชนในการแก้ไขปัญหสุขภาพจิตแบบครบวงจรและยั่งยืนตามแนวคิด CBR. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- Addington, J., & Lecomte, T. (2012). *Cognitive behavior therapy for schizophrenia*. *F1000 Medicine Reports*, 4: 6.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed). Washington DC: APA.
- Asher, L., Hanlon, C., Birhane, R., Habtamu, A., Eaton, J., Weiss, H. A., Patel, V., Fekadu, A., & Silva, M. D. (2018). Community-based rehabilitation intervention for people with schizophrenia in Ethiopia (RISE): a 12-month mixed methods pilot study. *BMC Psychiatry*, 18: 250.
- Awad, A. G., & Voruganti, L. N. (2008). The burden of schizophrenia on caregivers: A review. *Pharmacoeconomic*, 26(2), 149-162.
- Chatterjee, S., Patel, V., Chatterjee, A., & Weiss, H. A. (2003). Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *The British Journal of Psychiatry*, 182(1), 57-62.
- Fazel, S., Langstrom, N., Hjern, A., Grann, M., & Lichtenstein, P. (2009). Schizophrenia, substance abuse, and violent crime. *Jama*, 301(19), 2016-2023.
- Hamann, J., Lipp, M. L., Christ-Zapp, S., Spellmann, I., & Kissling, W. (2014). Psychiatrist and patient responses to suspected medication nonadherence in schizophrenia spectrum disorders. *Psychiatric Services*, 65(7), 881-887.
- Hill, M., Crumlish, N., Whitty, P., Clarke, M., Browne, S., Kamali, M., Kinsella, A., Waddington, J., Lackin, C., O'Callaghan, E. (2010). Nonadherence to medication four years after the first episode of psychosis and association risk factors. *Psychiatry service*, 61, 189-192.
- LeeLakraiwan, C. (2007). *Community-Based Care for Mentally Ill Persons: A Case Study in an Urban Community, Khon kaen Province*. (Dissertation for The Degree of Doctor of Philosophy). Khon Kaen University, Khon Kaen.
- Lv, Y., Wolf, A., & Wang, X. (2013). Experience stigma and self-stigma in Chinese patients with schizophrenia. *General Hospital Psychiatry*, 35(1), 83-88.
- Marsh, D., & Johnson, D. (1997). The family experience of mental illness: Implication for intervention professional psychology. *Research and Practice*, 28(7), 229-237.
- Norman, R.M.G., Malla, A., Mclean, T.S., McIntosh, E.M., Neufeld, R.W., Vorugenti, L.P., & Cortese, L. (2002). An evaluation of a stress management program for individuals with schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 58(2-3), 293-303.

- Overall, J.E., & Gorham D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10: 799-812.
- Poonnotok, P., Thampanichawat, W., Patoomwan, A., & Sangon, S. (2016). Struggling to Restore Normalcy: Thai Parents' Experiences in Being Caregivers of Children with Early Schizophrenia. *Pacific Rim International Journal of Nursing Research*, 20(1), 71-84.
- Puspitosari, W. A., Wardaningsih, S., & Nanwani, S. (2019). Improving the quality of life of people with schizophrenia through community-based rehabilitation in Yogyakarta Province, Indonesia: A quasi-experimental study. *Asian journal of psychiatry*, 42, 67-73.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(4), 328-335.
- Rosenstock, I., Strecher, V., & Becker, M. (1988). Social Learning Theory and Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Rossler, W., Joachim Salize, H., Van Os, J., & Riecher-Rossler, A. (2005). Size of burden of schizophrenia and psychotic disorder. *European Neuropsychopharmacology*, 15(4), 399-409.
- Shao, W.C., Chen, H., Chang, Y.F., Lin, W.C., & Lin, E.C.L. (2013). The relationship between medication adherence and rehospitalization: A prospective study of schizophrenia patients discharge from psychiatric acute wards. *Hu Li Za Zhi*, 60(5), 31-40.
- Sullivan, G., Wells, K.B., Morgenstern, H., & Leake, B. (1995). Identifying modifiable risk factors for re-hospitalization: A case-control study of seriously mentally ill persons in Mississippi. *American Journal of Psychiatry*, 152(12), 1749-1756.
- Varcarolis, E. M. (2014). *Foundation of Psychiatric Mental Health Nursing*. NY: W. B. Saunders Company.
- Wang, L., Zhou, J., Yu, X., Qiu, J., & Wang, B., (2013). Psychosocial rehabilitation training in the treatment of schizophrenia outpatients: a randomized, psychosocial rehabilitation training and monomedication-controlled study. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 29(2), 597-600.