

SELF-CARE EXPERIENCES OF NON-RELAPSED SCHIZOPHRENIA PATIENTS AND CAREGIVERS IN A SUB-DISTRICT

Tieanthong Harabutra, M.S.N., Natnapha Wongsil, M.S.N.***

Abstract

Objective: To search for experiences of self-care among non-relapsed schizophrenia patients and caregivers in a sub-district using the Husserlian phenomenology qualitative research methodology.

Methods: Data were collected from 10 non-relapsed schizophrenia patients and 10 non-relapsed caregivers of patients with schizophrenia by specifically selected sampling. Participation observation and tape recording were used during data collection. The quality of the content validity tool was examined by 3 experts who used interview data to extract the data verbatim, analyzed the data according to Colaizzi's model, and examined the data by validation method triangular exam.

Results: The self-care experiences of non-relapsed schizophrenia patients consisted of 7 main issues: 1) self-awareness 2) communication 3) spending free time 4) coping with problems 5) developing a social support system 6) taking care of themselves physically and 7) the practice of religious activities. For the experiences of caregivers of non-relapsed schizophrenia patients, it was found that the way they took care of them to take care themselves well while at home, to be able to do daily routines on their own and to do the household consisted of 5 issues: 1) methods of communication in the family 2) participation in patients care 3) managing when the patients may suffer from psychotic symptoms 4) methods of becoming non-relapsed and 5) managing stress when the caregivers felt anxiety or faced the problems including having a source of support.

Conclusion: According to the results, the researcher can understand the self-care experiences of non-relapsed schizophrenia patients and caregivers. From that knowledge, the researcher can apply to develop the appropriate nursing care to reduce the chance of schizophrenia patients relapse.

Keywords: self-care experience, non-relapsed schizophrenia patients, caregivers

*Corresponding author: Lecturers, Faculty of Nursing, Kasem Bundit University, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

**Registered Nurse, Bueng Nam Rak Subdistrict Health Promotion Hospital

Received: 8 August 2022, Revised: 23 April 2023, Accepted: 1 May 2023

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแลในชุมชน

เทียนทอง หาระบุตร, พย.ม. **, นาดนภา วงษ์ศีล, พย.ม. **

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อค้นหาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแล

วิธีการศึกษา : ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ 10 คน และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ 10 คน คัดเลือกแบบเจาะจง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ร่วมกับการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และการบันทึกเทประหว่างการเก็บข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้รับการตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน หลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลได้นำข้อมูลมาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ วิเคราะห์ข้อมูลโดยวิธีวิเคราะห์เนื้อหา และตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า

ผลการศึกษา : ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแล มี 7 ประเด็น ดังนี้ 1) การรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสาร 3) การใช้เวลาว่าง 4) การเผชิญปัญหา 5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม 6) การดูแลตนเองด้านร่างกาย และ 7) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ในส่วนของประสบการณ์การดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ พบว่า การดูแลของผู้ดูแลที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านสามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รวมถึงช่วยเหลือบ้านได้มี 5 ประเด็น คือ 1) รูปแบบวิธีสื่อสารกันในครอบครัว 2) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3) การจัดการเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต 4) สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ทำให้อาการไม่กำเริบ และ 5) การจัดการความเครียดเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาจนเกิดความเครียด หรือวิตกกังวล รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุน

สรุป : การวิจัยนี้ทำให้เข้าใจประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและผู้ดูแล ซึ่งสามารถนำความรู้ที่ได้มาพัฒนาเพื่อเป็นแนวทางให้การพยาบาลเพื่อลดโอกาสการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ : ประสบการณ์การดูแลตนเอง, ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ, ผู้ดูแล

*ผู้ประสานงานบทความ: อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษมบัณฑิต, e-mail: tieanthong.har@kbu.ac.th

**พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์

วันที่รับ: 8 สิงหาคม 2565, วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2566, วันที่ตอบรับ: 1 พฤษภาคม 2566

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังทางจิตที่พบมากที่สุดจากจำนวนผู้ป่วยที่มารับบริการด้านสุขภาพจิตรักษาในโรงพยาบาลทั่วประเทศ ปี 2561 - 2564 มีจำนวน 80,092 , 57,096, 55,811 และ 49,651 ราย (กรมสุขภาพจิต, 2561 และ 2564 - 2565) ในจังหวัดฉะเชิงเทราพบผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการ ปี 2564 - 2565 จำนวน 1,875 และ 2,048 ราย (ระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศ ไทย กรมสุขภาพจิต, 2564 และ 2565) อำเภอ บางน้ำเปรี้ยว ปี 2564 - 2565 มีผู้ป่วยโรคจิตเภท รวม 165 และ 196 ราย (โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว, 2566) โดยเป็นผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ปี 2564 - 2565 จำนวน 29 และ 30 ราย (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล, 2565) ซึ่งในปีงบประมาณ 2563 ผู้ป่วยในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้ทำลายข้าวของ จำนวน 1 ราย และ ทำร้ายคนในบ้าน จำนวน 1 ราย ทำให้ต้องส่งต่อไป รับการรักษาในโรงพยาบาล รวม 2 ราย คิดเป็น ร้อยละ 6.67

การป่วยซ้ำ คือ การที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล หรือมีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่ต้องปรับแผนการรักษาโดยการปรับเปลี่ยนยา (Hui, 2011) จากการศึกษาของ กมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ (2562) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน มีความร่วมมือจากการใช้ยาอย่างสม่ำเสมอเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 46.20 เป็นร้อยละ 61.50 อาการไม่พึง ประสงค์ที่รบกวนชีวิตประจำวันลดลง เช่น อาการ ง่วงนอนมากทุกวัน พบร้อยละ 46.20 เป็นไม่พบ

ผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าว ในระหว่างการศึกษาไม่ พบผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบจนก่อให้เกิด อันตรายร้ายแรงต่อชีวิต ร่างกาย หรือทรัพย์สินของ ตนเองหรือผู้อื่น สมภพ เรื่องตระกูล (2549) และ กนกวรรณ บุญเสริม (2559) กล่าวว่า การป่วยซ้ำใน ผู้ป่วยจิตเภทเกิดจากผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีทัศนคติต่อโรค และยาไม่ดี ขาดความตระหนักในการรับประทานยา กลับไป ใช้สารเสพติด ความเครียดของผู้ป่วย ขาดการดูแล ตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบ ญาติและผู้ดูแลขาด ความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติไม่ดี ต่อผู้ป่วย เปื่อ หมายที่จะดูแล รวมถึงชุมชนขาดความรู้โรคจิตเภท ส่วนการช่วยเหลือทางสังคมสอดคล้องกับ การศึกษาของ ฌฐติกา ชูรัตน์ (2559) กนกวรรณ บุญเสริม (2559) และ กชพร รัตนสมพร และคณะ (2558) พบว่าการสนับสนุนทางสังคม สามารถ ร่วมกันทำนายอาการทางจิตได้ร้อยละ 22.2 และที่ สำคัญในผู้ป่วยบางรายพบว่าอาจมีความบกพร่อง ในการดูแลตนเองจนเกิดการป่วยซ้ำ (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559; นลิน ดวงปัญญา และ เพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, 2563) ดังนั้น การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจากการที่มีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวรวมทั้งมี ทัศนคติที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยลดการกลับเป็น ซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการดูแลคน ทั่วกันอย่างเป็นองค์รวม โดยรวมทั้งกาย จิตสังคม และจิตวิญญาณ ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill & Smith (1990)

และแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดของพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ประกอบด้วยการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมรับในการเผชิญปัญหา และการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม (ขวัญสุดา บุญทศ และคณะ, 2556) การดูแลตนเองด้านร่างกาย และการปฏิบัติศาสนกิจ (นาถนภา วงษ์ศิลป์ และคณะ, 2556) จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า งานวิจัยส่วนใหญ่ในการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ซึ่งไม่สามารถนำไปใช้ในเรื่องการดูแลตนเองที่ไม่กลับเป็นซ้ำได้ และไม่สามารถถอดบทเรียน ที่นำมาพัฒนาและขยายผลให้กับครอบครัวอื่น ๆ ในพื้นที่ได้ ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาเชิงคุณภาพ โดยใช้วิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) ที่ใช้ศาสตร์และศิลป์ (ชาย โพธิ์สิตา, 2550) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของแต่ละบุคคล และศึกษาโลกของการดำเนินชีวิตอยู่ (ธิดารัตน์ คณิงเพียร, 2556) เป็นทั้งปรัชญาและ

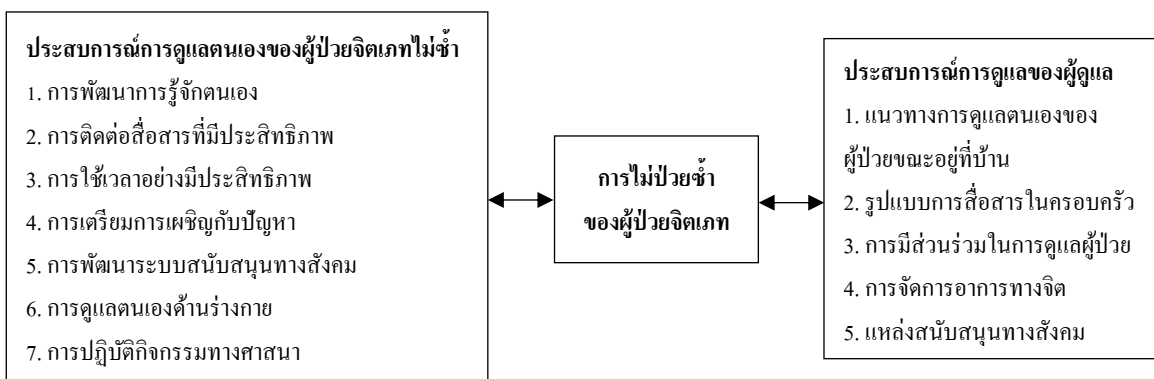
วิธีการสืบค้นและอธิบายโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น รวมถึงประสบการณ์ของมนุษย์ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง (Omery, 1983) โดยไม่คำนึงถึงแนวคิด ทฤษฎีหรือคำอธิบายใด ๆ มีความเป็นอิสระจากแนวคิดเดิม และจากการคาดการณ์ (Streubert, & Carpenter, 1999)

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อค้นหาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำและของผู้ดูแล

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill & Smith (1990) ร่วมกับแนวคิดของพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) และจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมี



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

องค์ประกอบดังนี้ 1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self-awareness) เป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต (Hill & Smith, 1990) การสร้างสัมพันธภาพ การรู้จักและตระหนักรู้ตนเอง การช่วยเหลือตนเองในกิจวัตรประจำวัน การเผชิญหน้ากับปัญหา และการจัดการความเครียด การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การดำเนินชีวิตในสังคม (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) 2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน (จินทนา ชุนฉาย, 2548) ประกอบด้วยการประเมินรูปแบบการติดต่อสื่อสาร การพัฒนาการรับและให้ข่าวสาร การสื่อสารด้วยคำพูดและท่าทาง และพัฒนาการแสดงออกที่เหมาะสม (Hill & Smith, 1990) ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม โดยการติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) 3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ โดยการวางแผนใช้เวลาคือการที่บุคคลสนใจต่อสุขภาพจิตที่ลึ้มหรือละเอียด ซึ่งมีความสำคัญในชีวิตประจำวันคือ การพักผ่อนออกกำลังกาย และเข้าสังคม (Hill & Smith, 1990) การที่บุคคลสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น หากผู้ป่วยสามารถวางแผนเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในแต่ละวันได้ (จินทนา ชุนฉาย, 2548) นอกจากนี้การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพทำได้โดย การประเมินและการใช้เวลาในแต่ละวัน การวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน และประเมินแบบแผนการพักผ่อน

(จินทนา ชุนฉาย, 2534) 4) การเตรียมการเผชิญกับปัญหาเป็นกระบวนการที่บุคคลจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งคุณภาพของตนเอง การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภทเป็นการจัดการกับความเครียด (จินทนา ชุนฉาย, 2548) เป็นความสามารถจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ เพื่อลดการป่วยซ้ำ 5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม คือการพัฒนากลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดหมาย เรียกว่า เครือข่ายทางสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด สามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Pender, 1996) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อสนับสนุนการดูแลตนเอง และรู้จักตนเองเมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ (ลออ สิงห์โชติสุขแพทย์, 2565) 6) การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแล เพื่อปกป้องร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแลร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี (Hill & Smith, 1990) 7) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา (นาถนภา วงษ์สีล และคณะ, 2556) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยความเชื่อทางศาสนานั้นทุกศาสนามีแก่นของคำสอน คือการกระทำความดี การละเว้นจากการทำความชั่ว และการทำจิตใจให้สงบ โดยงานวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แนวคิดการดูแลตนเองข้างต้น ตามองค์ประกอบทั้ง 7 ด้านเป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูล

เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserlian Phenomenology ให้ข้อมูลอธิบายตัวแปรเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบึงน้ำรักษ์ ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD 10 จำนวน 26 ราย ที่ไม่ป่วยซ้ำ และผู้ดูแลจำนวน 26 ราย

ผู้ให้ข้อมูล คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จำนวน 20 ราย โดยแบ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 10 ราย ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่ง ที่ได้รับการวินิจฉัยหลักจากจิตแพทย์ด้วย ICD10 ว่าเป็นจิตเภท (F20) อายุ 18 ปีขึ้นไป สามารถมีโรคร่วมทางจิตเวชได้ ที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่มีอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป นับตั้งแต่วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย อยู่ในสภาวะที่สามารถตอบการสัมภาษณ์ได้ และสามารถสื่อสารเข้าใจกับผู้วิจัยโดยใช้ภาษาไทย และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 10 ราย มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์ทางสายเลือดหรือทางกฎหมายที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป ดูแลช่วยเหลืออาศัยอยู่ร่วมบ้านมากกว่า 1 ปี และสามารถสื่อสารเข้าใจกับผู้วิจัยโดยใช้ภาษาไทย โดยมีเกณฑ์คัดออก ได้แก่ ผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบ ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่อื่น หรือย้ายที่อยู่ ผู้ดูแลไม่พร้อมให้ข้อมูล

เนื่องจากงานวิจัยเชิงคุณภาพที่ทบทวนวรรณกรรมส่วนใหญ่จะได้ข้อมูลที่อ้อมตัว และข้อมูลน่าเชื่อถือจากจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เกิน 10 ราย (จุฬาลักษณ์ ชำของ, 2547)

เครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง คือ แบบประเมินอาการทางจิตอย่างย่อ (BPRS) ของ Overall & Gorham (1962) ได้รับการแปลและเรียบเรียงเป็นภาษาไทยโดย พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2544) มี 18 ข้อคำถาม คะแนนน้อยกว่า 30 คะแนน แสดงว่ามีอาการทางจิตปกติสามารถเข้าศึกษาได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้ ผู้ที่อยู่อาศัยด้วยในปัจจุบัน จำนวนสมาชิกในครอบครัว จำนวนผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัว ผู้ที่ดูแลหลัก ระยะเวลาเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท ประวัติการใช้สารเสพติด แหล่งความช่วยเหลือและระดับของโรงพยาบาลที่รักษา 2) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแล

เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 1) แบบสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำแบบกึ่งโครงสร้าง โดยผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโดยสามารถขยายแนวคำถามหลักเป็นคำถามย่อย ประเด็นคำถามหลัก 10 ข้อ มีดังนี้

1) ท่านคิดว่าความสามารถดูแลตนเองได้มีความสำคัญต่อท่านอย่างไร และเพราะเหตุใดท่านจึงต้องดูแลตนเอง 2) กรุณาเล่าเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลตนเองในแต่ละวันของท่าน (การพักผ่อน ออกกำลังกาย เข้าสังคม และปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา) 3) ท่านมีความรู้สึกละอายใจต่อการเจ็บป่วยของตนเอง 4) ท่านมีวิธีสื่อ/บอกความต้องการของตนเองต่อคนในครอบครัวอย่างไร และการรับรู้ความต้องการของคนในครอบครัวอย่างไร 5) ท่านมีวิธีผ่อนคลายจากความเครียดอย่างไร เมื่อท่านมีปัญหาเกิดความทุกข์ใจ ท่านทำอย่างไร 6) ท่านเคยมีอาการที่แปลกไปจากทุกวันไหม อย่างไร อธิบายและยกตัวอย่างให้ฟัง (เช่น อาการทางจิต อารมณ์ พฤติกรรม การนอน) และท่านมีวิธีจัดการอาการเหล่านั้นอย่างไร 7) ท่านปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างไร - สุขภาพร่างกายดูแลอย่างไร - สุขภาพจิตใจ ดูแลอย่างไร 8) ใครมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับท่านบ้าง (บุคคลใกล้ชิดหรือหน่วยงาน) และอย่างไร 9) ท่านมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองให้กับผู้ป่วยอื่นที่อาการกำเริบซ้ำบ่อย 10) ท่านมีความเข้าใจโรคทางจิตเวชที่กำลังได้รับการรักษาอย่างไร บ้าง และ 2) แบบสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำแบบกึ่งโครงสร้างโดยผู้ศึกษาพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยสามารถขยายแนวคำถามหลักเป็นคำถามย่อย ประเด็นคำถามหลัก 6 ข้อ มีดังนี้ 1) ท่านคิดว่า ผู้ป่วยมีแนวทางการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านเป็นอย่างไร 2) ท่านมีรูปแบบวิธีสื่อสารกันในครอบครัวอย่างไร 3) ท่านมีส่วนร่วม

ในการดูแลผู้ป่วยอย่างไร 4) หากผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตแปลกไปจากทุกวัน ท่านมีวิธีจัดการอย่างไร 5) ท่านคิดว่ามีอะไรบ้างที่มีส่วนทำให้ผู้ป่วยของท่านมีการดูแลตนเองได้ดี ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ และอะไรสำคัญที่สุด 6) ท่านทำอย่างไรเมื่อประสบปัญหาอุปสรรคจนเกิดความเครียด หรือวิตกกังวล และท่านมีแหล่งสนับสนุน หรือช่วยเหลือใดบ้าง เมื่อท่านเครียด/วิตกกังวล

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นอาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน จิตแพทย์ 1 ท่านและผู้ปฏิบัติการพยาบาลชั้นสูงสาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 1 ท่าน พิจารณาการปรับแก้ และเพิ่มเติมการนำเสนอตามระยะของการวิจัย เช่น ระยะก่อนดำเนินการ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดดำเนินการ เพื่อให้เห็นภาพการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการบันทึกภาคสนาม ในระหว่างเดือนมกราคม - มีนาคม 2563 ที่บ้านของผู้ให้ข้อมูลทุกราย โดยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง เก็บข้อมูลจนอิ่มตัว คือเมื่อสัมภาษณ์ข้อมูลเริ่มมีการซ้ำกันในคนที่ 6 - 7 และสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนครบ 10 คน จึงยุติการเก็บข้อมูลโดย มีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ขั้นเตรียมการ จัดเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ก่อนที่จะดำเนินการทำการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยขออนุญาตกลุ่มตัวอย่างเพื่อทำ

การศึกษาอธิบายให้ทราบถึงขั้นตอนวิจัย ระยะเวลาในการวิจัย โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนเห็นยินยอมการเข้าร่วมวิจัยและได้รับชี้แจงให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยและถอนตัวจากการวิจัยได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง นอกจากนี้ข้อมูลที่ได้รับจากการวิจัยครั้งนี้จะเก็บเป็นความลับ ไม่เปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยนำผลการวิจัยมาใช้ประโยชน์ในทางวิชาการเท่านั้น

2. ขั้นตอนการ ผู้วิจัยได้ไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน โดยให้เลือกวัน เวลาที่สะดวกที่จะให้ผู้วิจัยเข้าไปพบ เพื่อสอบถามข้อมูลในส่วนที่ 1 และ 3 ก่อน หลังจากผู้ให้ข้อมูลไว้วางใจ พร้อมทั้งจะให้ข้อมูลเชิงลึก จึงเริ่มสัมภาษณ์เชิงลึก ในส่วนที่ 2 และ 4 โดยในขณะสัมภาษณ์จะมีการปรับข้อคำถามเพื่อความชัดเจน ตามบริบทและสีหน้าอารมณ์ของผู้ให้ข้อมูลโดยใช้ทักษะสัมภาษณ์เชิงลึก คำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล มีระยะพักข้อละ 2 นาที เพื่อป้องกันการเกิดความเครียด หลังการสัมภาษณ์เสร็จแสดงความขอบคุณ

3. การสังเกตและการจดบันทึก ผู้วิจัยได้ใช้การสังเกตพฤติกรรมการแสดงความคิดเห็นของกลุ่มตัวอย่างขณะสัมภาษณ์ และหลังจากการสังเกต ผู้วิจัยจะบันทึกข้อมูลควบคู่ไปด้วย

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเองโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากแนวคำถามสำหรับสัมภาษณ์ ร่วมกับการบันทึกเทปใช้เวลาสัมภาษณ์ครั้งละ 20 นาที การสัมภาษณ์สิ้นสุดลงเมื่อมีความอิ่มตัวของข้อมูลกล่าวคือ ประเด็นที่ได้ซ้ำและไม่มีข้อมูลใหม่เพิ่มขึ้น และมีอุปสรรคที่ใช้ในการเก็บรวบรวม

ข้อมูล ได้แก่ 1) กล้องถ่ายรูป โดยผู้วิจัยได้เลือกถ่ายภาพที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่ศึกษาโดยมีการขออนุญาตและได้รับคำยินยอมจากผู้เกี่ยวข้อง 2) เครื่องบันทึกเสียง 3) สมุดบันทึกการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบเชิงลึก (In-depth interview) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และการบันทึกภาคสนาม

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยขอ อนุมัติ โครงการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา รหัสโครงการวิจัย PH_CCO_REC 014/2562 ได้รับอนุมัติเมื่อวันที่ 7 พฤษภาคม 2562 ผู้วิจัยได้ปฏิบัติตามหลักจรรยาบรรณของนักวิจัยอย่างเคร่งครัด ภายหลังจากได้รับอนุมัติให้ทำวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา ผู้วิจัยอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการตอบแบบสัมภาษณ์ และอธิบายให้กลุ่มตัวอย่างทราบว่า การตอบรับหรือการปฏิเสธการเข้าร่วมการศึกษาครั้งนี้ ไม่มีผลกระทบต่อการรักษาแต่อย่างใด คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างจะปกปิดเป็นความลับ จะไม่มีการเปิดเผยให้ผู้ไม่เกี่ยวข้องทราบผลการศึกษาจะนำเสนอในภาพรวมเท่านั้น โดยกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวจากการเข้าร่วมการศึกษาได้ตลอดเวลา และหากมีข้อสงสัยสามารถสอบถามผู้วิจัยได้ ก่อนการสัมภาษณ์มีการให้ลงชื่อเข้าร่วมการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล

ของผู้ป่วยโดยการแจกแจงความถี่ วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับแนวทางการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) ตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการตรวจสอบสามเส้า โดยวิธีการสัมภาษณ์ต่างเวลา สถานที่และบุคคล ตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง ตามแนวทางของ Colaizzi's model โดยการนำเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์มาถอดแบบคำต่อคำ (Verbatim) อ่านทบทวนคำสัมภาษณ์หลายครั้ง แยกเป็นหมวดหมู่และนำข้อความหรือประโยคที่กำหนดมารวบรวมและจัดเป็นประเด็นหลัก ๆ ตามที่กำหนด ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ถูกนำมาอธิบายปรากฏการณ์อย่างละเอียดเพื่อสรุปประสบการณ์จริงที่ได้จากการศึกษา

การตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trust worthiness)

ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลโดยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์มาสรุปผล และอ่านบทสัมภาษณ์ที่ได้จากการถอดเทปแบบคำต่อคำ คึงข้อความสำคัญแล้วแปลความหมายของข้อความนั้น ๆ และนำมาวิเคราะห์สรุปเป็นภาพรวม และนำไปให้ผู้ให้ข้อมูลทวนสอบ พบว่าในการทวนสอบข้อมูลไม่มีการปรับเปลี่ยนใด ๆ

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล 2) ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ 3) ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยและผู้ดูแล พบว่า เพศชายและหญิงเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพโสด และหย่า/แยก เท่ากันร้อยละ 40.00 มีอาชีพรับจ้างและไม่มีอาชีพคิดเป็นร้อยละ 40.00 เท่ากัน ส่วนใหญ่อายุช่วง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 ศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 80.00 รายได้ต่อเดือนมากกว่า 10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 50.00 มีรายได้เพียงพอคิดเป็นร้อยละ 70.00 สมาชิกในครอบครัวอยู่ในช่วง 5 - 10 คน คิดเป็นร้อยละ 80.00 ผู้ดูแลหลักเป็นผู้ที่คิดเป็น ร้อยละ 30.00 ระยะเวลาเจ็บป่วยน้อยกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 70.00 ไม่มีประวัติเคยใช้สารเสพติดคิดเป็นร้อยละ 60.00 แหล่งที่ให้ความช่วยเหลือได้แก่ รพ.สต. อสม. ครอบครัว และผู้ใหญ่นบ้านคิดเป็นร้อยละ 80.00 และมีสถานที่รักษาได้แก่ รพ.ชุมชน รพ.สต. (ยาใจ) คิดเป็นร้อยละ 90.00

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ พบว่า เป็นชายและหญิงเท่ากันคิดเป็นร้อยละ 50.00 ส่วนใหญ่อายุช่วง 51 - 60 ปี คิดเป็นร้อยละ 50.00 สถานภาพสมรสอยู่ร่วมกันคิดเป็นร้อยละ 60.00 ศึกษาในระดับประถมศึกษาคิดเป็นร้อยละ 50.00 อาชีพรับจ้างคิดเป็นร้อยละ 50.00 รายได้มากกว่า 15,000 บาทต่อเดือน คิดเป็นร้อยละ 60.00

2. ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ มี 7 ประเด็น ได้แก่ 1) การรู้จักตนเอง 2) การติดต่อสื่อสาร 3) การใช้เวลาว่าง 4) การเผชิญปัญหา 5) การพัฒนาระบบ

สนับสนุนทางสังคม 6) การดูแลตนเองด้านร่างกาย และ 7) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

หากพิจารณาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำกลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของการดูแลตนเอง ดังนี้

1) การไม่ป่วยซ้ำ หรือ อาการกำเริบ หมายถึง ไม่มีอาการป่วยที่ต้องกลับไปรักษาตัวในโรงพยาบาล การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก และไม่มีอาการของโรคจนต้องเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยใน ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป นับตั้งแต่วันจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“เป็น 10 ปี แล้วที่ไม่ต้องนอนโรงพยาบาล ถ้าเราสนใจดูแลตนเองเรื่องอะไรก็ไม่มาเกิด นอนกินยาอยู่อย่างสบายใจ”

“ไม่ต้องกลับไปนอนในรพ. 15 ปีแล้วที่ดี ทุกวันนี้ทำงานได้ ไม่เห็นภาพคนตายแบบแต่ก่อน”

2) การมีร่างกายแข็งแรง หมายถึง การไม่ป่วยทางร่างกาย สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้เอง รวมถึงช่วยดูแลคนในครอบครัว สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“จิตเราไม่ค่อยดี ไม่สมบูรณ์ต้องดูแลตนเองดี ๆ ให้แข็งแรงลูก ๆ คอยเตือนกินยา นอนกินอาหารดี ๆ ออกกำลังกายทุกวัน โรคเป็นงานการของอัลลอฮ ทดสอบ ต้องกินยาไปตลอดชีวิต”

“ทำให้ไม่เป็นภาระใคร กินอยู่หลับนอนได้ มีแรงช่วยตัวเอง ช่วยดูแลแม่”

3) คำแนะนำการดูแลตนเองให้กับเพื่อนผู้ป่วยอื่น หมายถึง ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางการควบคุมอาการได้ดี และสามารถบอกต่อสิ่งที่ดีในการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วยอื่นได้ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“แนะนำเพื่อนให้ทำอะไรทำ กินยาให้ตรงเวลา”

“กินยาไปเรื่อย ๆ ดูแลตัวเองให้ดีแล้วจะสบาย”

และจากการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจำแนกได้ 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) การรู้จักตนเอง หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการรู้จักลักษณะของตนเอง เพื่อให้เกิดความเข้าใจ ค่านิยม ความต้องการของตนเองและการแสดงความรู้สึกต่อตนเอง แบ่งย่อยได้ 3 ประเด็น

1.1) การรู้จักลักษณะของตนเอง หมายถึง เข้าใจนิสัย อารมณ์ของตนเอง สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ในปัจจุบันไม่คิดอะไร รู้ว่าเราช้ากว่าคนอื่น คิดช้า ทำช้า นึกไม่ค่อยออกไม่เร็วแบบคนอื่น ถ้ากินยาตรงเวลาเราจะมีความสุข”

“เมื่อก่อนมีคนที่บ้า ฉันก็รู้ตัวเลยเฉย ๆ ทำจิตใจเราให้ดี”

1.2) การเข้าใจยอมรับโรคที่เป็น
หมายถึง การรู้ตัวว่าตนเองเจ็บป่วยด้วยโรคอะไร
ต้องรักษาแบบไหน สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบาง
ท่านกล่าวไว้ว่า

“ไม่ได้นึกอะไร ถึงวันป่วยเป็นงานการของอัลลอฮ
ทดสอบ ต้องกินยาตลอดชีวิต”

“ฉันรู้ว่าเป็นโรคจิต ฉันต้องนินทา และกินยารักษา
ตลอดชีวิต”

1.3) การแสดงความรู้สึกต่อ
ตนเอง หมายถึง การที่เรารับรู้และเข้าใจความคิด
ความรู้สึกที่มีต่อตนเองแล้วแสดงออกมาด้วยสีหน้า
อารมณ์ ท่าทาง คำพูด สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง
บางท่านกล่าวไว้ว่า

“สะว่ามันหายดีแล้ว เมื่อก่อนในหัวจะจืด ๆ ตอนนี
นาน ๆ เป็นที กินยาแก้ปวด ก็หายปวด”

“ตอนนี้รู้สึกดี กินนอนได้ ได้นั่งรถไปหาเพื่อนที่
ศรีธัญญาต้องทำตัวดี ๆ รู้ว่าเราเป็นภาระที่เค้า”

2) การรับรู้ความรู้สึกและการสื่อสาร
หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการสื่อ
ความต้องการของตนเอง รวมทั้งรับรู้ความรู้สึกและ
ความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน
แบ่งย่อยได้ 2 ประเด็น ดังนี้

2.1) การบอกความต้องการของ
ตนเอง หมายถึง การแสดงออกถึงความต้องการด้วย

การร้องขอ เป็นคำพูด เขียนข้อความบอก สอดคล้อง
กับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“พูดคุยกับสามี บอกญาติที่บ้านเวลาอยากได้อะไร”

“อยากได้อะไร บอกพี่สาว แต่ไม่ขออะไรมาก
เกินไป พี่เค้าเหนื่อย”

2.2) การรับรู้ความรู้สึกความ
ต้องการของผู้อื่น หมายถึง การเข้าใจ ใส่ใจ สังเกต
กับสิ่งที่เห็นความรู้สึกของคนที่อยู่ร่วมกัน
สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“น้องอนเรา ที่ชอบลิ้มของในห้องน้ำพวก
กางเกงใน น้องจะว่าเรา น้องอารมณ์แรงกว่าเรา
เราจะเจียนเจียนไม่ได้ คิดตามว่าเราผิดจริง”

“ใช้การสังเกตสีหน้าของคนในบ้าน ถ้าคนในบ้าน
ไม่พอใจเราเค้าจะไม่พูดด้วย เราทำตัวดีดี”

3) การใช้เวลาว่างและปฏิสัมพันธ์ทาง
สังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยใน
การจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมในชีวิตประจำวัน
คือ การพักผ่อน ออกกำลังกาย และเข้าสังคม ได้
อย่างเหมาะสม แบ่งรายละเอียด รวม 3 ประเด็น
ดังนี้

3.1) การพักผ่อน หมายถึง สิ่ง
ทำในวันเวลาที่ว่าง แล้วทำให้รู้สึกจิตใจผ่อนคลาย
สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“บายนั่งเล่น ดูทีวี สักพักหนึ่งก็เข้าครัวทำกับข้าว”

“จะพักก็วันที่ไม่มีงานรับจ้าง จะนอนเล่น
เดิน ไปคุยที่ร้านค้า”

3.2) การออกกำลังกาย หมายถึง การขยับเคลื่อนไหวร่างกาย ใ้แรงไปตามความต้องการของตนเอง ทำให้รู้สึกเหนื่อย เหงื่อออกร่างกายสดชื่นขึ้น สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ชอบขี่จักรยาน จะมีน้องช่วยเตือนไม่ให้กินเยอะ
เดียวอ้วน โรคจะเข้ามาอีก”

“หมอสอนมาฉันก็ทำนั่งอยู่กับที่แล้วแกว่งแขน
ทุกวัน”

3.3) การเข้าสังคม หมายถึง การมีเวลาเข้าร่วมกิจกรรมกับผู้อื่นในชุมชนตามโอกาสอันสมควร สอดคล้องกับ กลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ไปช่วยล้างจานในงานศพที่วัดแถวบ้าน รู้ข่าวงาน
บุญที่ไหน ฉันจะไปร่วมงาน”

“ส่วนใหญ่พอป่วย เตียนนอนแล้ว จะไปนั่งคุยกับ
เพื่อนที่ร้านขายข้าวตามสั่ง”

4) การเผชิญปัญหา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดการก่อนที่จะมีอาการ

ทางจิตกำเริบ และการผ่อนคลายความเครียดได้แบ่ง 2 ประเด็น คือ

4.1) การจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ หมายถึง การดูแลตนเอง เฝ้าระวังป้องกัน และแก้ไขก่อนที่จะมีอาการแสดงของโรคจิตขึ้น สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ช่วงนี้ไม่มีอาการอะไร ปกติ ไม่เคยต้องนอน
โรงพยาบาล ต้องกินยาทุกวันจะไม่มีอาการ”

“วันไหนรู้สึกไม่ดีจะบอกกับน้องสาว น้องจะ
ปลอบใจถามเรื่องกินยาตามหมอสั่งใหม่ ปกติดี
ทุกวัน ถ้าได้กินยา หลับสบายตื่นดี 4 กว่าทุกวัน”

4.2) ผ่อนคลายจากความเครียด สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“เครียดเข้าครัวล้างจาน ขี่จักรยานไปนอกบ้านหา
อะไรกิน ไปนั่งคุยร้านก๋วยเตี๋ยว จะถอนหญ้า ทำ
ความสะอาดบ้าน นึกว่าจะทำอะไร ทำกับข้าวให้
แม่กิน”

“เวลาเครียดจะไปนั่งคุยกับน้องสาว
เดียวมันก็หายเอง”

5) การสนับสนุนการสังคมและการช่วยเหลือสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการติดต่อกับบุคคลหรือหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือได้ รวมทั้งช่วยเหลือผู้อื่นได้แบ่งเป็น 2 ประเด็นย่อย ดังนี้

5.1) ติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือ หน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ หมายถึง การรู้จักขอความช่วยเหลือจากสิ่งสนับสนุนทางสังคมที่ตนมี กลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวว่า

“มีพี่อยู่ข้างบ้าน น้องอยู่บ้านเดียวกัน มีพี่ที่อยู่กรุงเทพฯ มาเยี่ยมซื้อไรมาทำกิน อสม.เอายาทางจิตมาส่งให้ ทุก 3 เดือน มีหมออนามัยมาเยี่ยมที่บ้าน”

“มีสามีอยู่ด้วย และลูก ๆ ไปทำงานกลับบ้านมี อสม. หมออนามัยช่วยส่งยากินให้”

5.2) การช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน หมายถึง การมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้อื่นตามกำลังที่ตนมี สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“เวลาขาดคนงาน เช่น งานศพ จะไปช่วยงานครัวที่วัด บางทีได้ค่าจ้าง”

“คนข้างบ้านพูดคุยด้วยดี มีงานอะไรก็ไปช่วยกันช่วยเหลือกัน”

6) การดูแลภาวะสุขภาพ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วย เพื่อปกป้องร่างกาย จิตใจ โดยการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อดำรงอยู่ของการมีสุขภาพที่ดี แบ่งเป็นประเด็นย่อย 2 ประเด็น ดังนี้

6.1) การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง การทำสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนิน

ชีวิตตามแบบวิถีของตนเอง สอดคล้องกับ กลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ตื่นนอนแต่เช้าล้างหน้าแปรงฟัน ทำกับข้าวให้แม่ หลานไปโรงเรียน กวาดบ้านถูบ้านล้างจาน ซักผ้า รีดผ้าให้น้อง หลาน แม่และของตัวเองกินข้าวสาม มื้อตามเวลา ต้องจำเอายา ข้าวให้แม่กิน ได้ออก กำลังกายบ้าง บ่าย ๆ นั่งเล่น ดูทีวีบ้าง สักพักนึ่งก็ เข้าครัวทำข้าวเย็นกิน พาแม่อาบน้ำหาข้าวให้แม่กิน ก่อน วันพระใหญ่ได้ไปวัดบ้าง เข้านอนตอน 2 - 3 ทุ่ม กินยาหลับสบาย”

“ปกติจะไม่ต้องทำอะไรนะ ลูกทำให้หมด ยายแค่ เดินบ้าง นั่ง ๆ นอน ๆ กลัวจะล้ม”

6.2) การปฏิบัติตามแผนการรักษา หมายถึง การดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เมื่อเข้าใจแล้วทำตามประสบการณ์ที่ตนเองได้สะสมมาว่าทำแล้วรู้สึกสบายดี แบ่ง 2 ด้าน ดังต่อไปนี้

6.2.1) ด้านสุขภาพร่างกาย หมายถึง การดูแลตนเองในส่วนของร่างกาย สอดคล้องกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ไปตรวจสุขภาพทุกปีไม่พบเบาหวานความดัน กินยาตลอดห้ามขาด ช่วยที่บ้านทำนา”

“กินอยู่หลับนอนให้เป็นเวลา กินยาตลอด ถึงวัน หมอนัดไปและดูแลตัวเองไม่ให้อ้วน”

6.2.2) ด้านสุขภาพจิตใจ หมายถึง การดูแลตนเองในส่วนของจิตใจ สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ไม่ต้องเครียดอะไร ไม่คิดมาก ชอบดูหนัง ดูละคร ที่ตลก ๆ ไม่ไปทะเลาะกับใคร”

“ฉันจะเฉย ๆ ไม่โกรธ ไม่เครียด ลูกชมว่าทำไม วันนี้มีแต่งตัวสวย แม่จะให้ปล่อยแก็ร์”

7) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยความเชื่อ หมายถึง การยอมรับเห็นด้วยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“วันพระใหญ่ได้ไปวัดบั้ง ฟังพระสวดได้ จักรยานไปกับน้องที่วัด”

“ทำละหมาดทั้ง 5 เวลาตามหลักศาสนา ทำแล้วสบายใจ”

3. ประสิทธิภาพการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำมีแนวทางการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้าน สามารถดูแลตนเองได้ดี ไม่รู้สึกหนักใจที่ต้องดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างกล่าวไว้ว่า

“เป็น 10 กว่าปีแล้ว ที่น้องดูแลตัวเองได้ดีมาก เน้นว่าหายากินเอง ไม่ต้องมีใครจัดการให้ เป็นคนรักษาความสะอาด ทำงานบ้านสะอาดมากช่วยดูแลแม่ให้ด้วย ไปงานเข้าสังคมได้”

“ยังพอช่วยดูแลตัวเองได้ ไม่วุ่นวายเหมือนแต่ก่อน รักษาเค้าดูแลตัวเองได้ ช่วยทำนาได้ รู้เรื่องปกติหมด จีรธไปไหนมาไหนได้เอง ช่วงนี้กลางวันยังมาช่วยดูแลด้วย”

สำหรับประสิทธิภาพการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ ที่มีส่วนช่วยทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดี ลดการป่วยซ้ำได้ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบ 5 ประเด็นหลัก ดังนี้

1) รูปแบบการสื่อสารในครอบครัว หมายถึง ลักษณะวิธีการพูดคุยกับคนในครอบครัว พบว่ามีการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด ทำให้เกิดความเข้าใจกันทั้ง 2 ทาง สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ในบ้านไม่ใช้ภูมิ้ง น้องพูดจาดี เรียกพี่นำทุกครั้ง เราก็พูดจาดีกับน้อง ไม่มีดุคำ สมัยก่อนป่วยใหม่ ๆ ไม่รู้ว่าป่วย มีคุณค่าบ้าง ตอนนี้เข้าใจแล้ว”

“เค้าอยากได้อะไรจะบอกเรา เวลาที่มีน้องมาเยี่ยมที่บ้าน แล้วพูดจาไม่ดีกับผู้ป่วย นิจะคอยว่า ถ้าทำแบบนั้นพระเจ้าจะลงโทษ น้องก็เลิกพูดแบบนั้นอีก”

2) การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผู้ดูแลให้การสนับสนุนดูแล ช่วยเหลือแก่

ผู้ป่วยในความดูแลของตนในรูปแบบเฉพาะ จาก การสัมภาษณ์พบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย 3 ประเด็นคือ ผู้ดูแลจะคอยเตือนการรับประทานยา ด้านจิตใจไม่ให้ผู้ป่วยเครียด และการช่วยเหลือ ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่าง บางท่านกล่าวไว้ว่า

“คอยเตือนกินยา ช่วยดูแลค่าใช้จ่ายต่าง ๆ เจ็บป่วย พาไปหาหมอ”

“วันหยุดอยู่เป็นเพื่อน ชวนคุยชวนไปเที่ยวไม่ให้ พ่อเหงา”

“ช่วยสังเกตอาการหลาน คอยเตือนกินยาต่อเนื่อง”

3) การจัดการเมื่อผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิต หมายถึง ความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขอาการแสดงทางจิตก่อนที่จะเริ่ม แสดงอาการ จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบว่ามี 2 ประเด็นย่อยในการจัดการคือ การดูแลเบื้องต้นที่บ้านก่อน และเมื่อไม่ดีขึ้นจะพาไปหาหมอที่ โรงพยาบาล สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่าน กล่าวไว้ว่า

“ถ้ามีจะไปปลอบใจก่อน อย่าคิดมาก ถ้าไม่ไหว จริง ๆ ปรึกษาหมอ พาไปโรงพยาบาล”

“เริ่มจากผู้ดูแลเรื่องยาว่ากินครบไหม กินยาแล้วเข้า นอน ถ้าดีปัญหาจะไม่เกิด ถ้าหากมีอาการแปลก ต้องพาไปหาหมอ ผมสังเกตอาการเค้าทุกวัน ถ้ามี

รีบบอก อสม. ก่อนพาไปโรงพยาบาล”

4) การดูแลใส่ใจและสนับสนุนจาก ครอบครัว หมายถึง สิ่งที่คุณดูแลเห็นว่ามีความสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยของคุณสามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุข ที่บ้าน จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลพบประเด็นสิ่งที่ สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองได้ดี 3 ประเด็นคือ การมีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน การได้รับยารักษาโรคติดต่อเนื่อง และการมีสมาชิก ในครอบครัวที่เข้าใจดูแลกัน สอดคล้องกับกลุ่ม ตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“ความสะดวกในบ้านด้วยสิ่งอำนวยความสะดวก พร้อมใช้ อยากได้อะไรได้หมด สิ่งที่สำคัญเค้ายังมี ลูก เค้าถึงดูแลตัวเองดีเพื่อลูก กินยาตามปกติจะไม่ เป็นอะไร ไม่มีปัญหา ไม่เครียด”

“ค่าใช้จ่ายในบ้านฉันเป็นคนดูแล และการมีลูก ๆ ช่วยกันดูแล รวมถึงได้รับยาตามหมอสั่ง”

“ยากินไม่ขาดคนในบ้านก็เข้าใจเค้าทุกคน ผมว่าคนในบ้านเข้าใจ ใส่ใจสำคัญ”

5) การเผชิญความเครียด หมายถึง วิธีการ ปรับตัวของผู้ดูแลต่อปัญหา ความเครียดที่อาจ เกิดขึ้นจากการสัมภาษณ์ผู้ดูแล พบประเด็นการ จัดการ 3 ประเด็น คือ ไม่พึ่งหน่วยงานภายนอก ใช้ การแก้ปัญหาด้วยตนเองและปรึกษากันในครอบครัว สอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างบางท่านกล่าวไว้ว่า

“เมื่อเครียดหายใจลึก ๆ ทำให้เหนื่อย เช่น วิ่ง มี
ภรรยาช่วยปลอบใจแก้ปัญหาด้วยกัน ไม่ต้องให้
หน่วยงานราชการมาช่วย ตนเองชอบช่วยเป็นจิต
อาสา เช่น งานวัด ปกติแก้กันเองในครอบครัว”

“นั่งเฉย ๆ สักพัก ค่อย ๆ คิดว่าจะอย่างไรต่อไป
ส่วนมากแก้ด้วยตัวเอง ถ้าแก้ยาก เรานั่งคิดว่า ข้อนี้
ไม่ได้ เวลาเครียดจะละหมาด อ่านคัมภีร์อัลกุรอาน
แล้วจะสบายใจ ได้สามีเข้าใจไม่ว่า”

การอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างให้ความหมายของการดูแล
ตนเองคือการไม่ป่วยซ้ำอาการกำเริบ การมีร่างกาย
แข็งแรง รวมถึงยังสามารถมีคำแนะนำให้กับเพื่อน
ผู้ป่วยจิตเภทอื่นได้ ส่งผลให้ไม่เกิดการป่วยซ้ำที่
ต้องเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตามที่ Orem
(2001) พบว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่เกิด
จากการเรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคล เป็น
พฤติกรรมที่เกิดขึ้น ระหว่างการดำเนิน
ชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือ
สิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อ
พัฒนาการ การดำเนินชีวิต หรือความผาสุกของ
บุคคล นอกจากนี้ Hill & Smith (1990) พบว่า การ
ดูแลตนเอง เป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะ
รับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตน เพื่อป้องกัน
โรค ควบคุมโรค หรือรักษาโรค ดังนั้นจากการให้
ความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำคัญที่
กลุ่มตัวอย่างรับรู้และคงไว้ซึ่งการดูแลตนเองที่ดี
อภิปรายเป็น 7 ประเด็นหลัก ดังนี้

1. การรู้จักตนเอง เป็นการรู้จักลักษณะ

ของตนเอง เข้าใจยอมรับโรคที่เป็น และมีการแสดง
ความรู้สึกต่อตนเอง ซึ่ง Hill & Smith (1990) พบว่า
การรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของ
สุขภาพจิตที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต นอกจากนี้ จินตนา
ยุนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่าผลจากการรู้จักตนเองทำ
ให้บุคคลทราบความคิด พฤติกรรมและความ
ต้องการของตนเอง สอดคล้องกับ Hill & Smith
(1990) ที่กล่าวว่า การเข้าใจค่านิยมของตนเองอย่าง
ชัดเจน การรับรู้และแสดงความรู้สึกของตนเอง
ส่งผลต่อการพัฒนาการรู้จักตนเอง Hill & Smith
(1990) จากการศึกษาของ ราตรี เกรือวรรณ (2553)
มีการวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมารักษาซ้ำของ
ผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาลสวนปรุง พบว่า
ผู้ป่วยยอมรับการเจ็บป่วย แต่ไม่มีความรู้ความ
เข้าใจเรื่องโรคจิตเภท และยา และมีทัศนคติต่อโรค
และยาจิตเวชไม่ดี การแสดงความรู้สึกต่อตนเองจะ
ทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น แสดงว่าหาก
ผู้ป่วยมีการรู้จักตนเองที่ดีเข้าใจและยอมรับโรค
ที่เป็นอยู่จะมีโอกาสป่วยซ้ำลดลง สอดคล้องกับ
การศึกษาของสุธิกาญจน์ ไชยลาภ และ อังสนา
วิริยโกศล (2557) พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่รู้จักตนเอง
และสามารถควบคุมได้จะมีทักษะในการดูแล
ตนเองดี

2. การติดต่อสื่อสาร ความต้องการของ
ตนเอง รวมทั้งรับความรู้สึกและความต้องการของ
ผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกันทำให้เกิดการสื่อสารที่มี
ประสิทธิภาพ (นวลฉวี ประเสริฐสุข, 2558) จาก
การศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการติดต่อสื่อสาร
ร้องขอ และมีการรับรู้ความรู้สึกความต้องการของ
คนในครอบครัว เข้าใจกันและสามารถตอบสนอง

กัน เช่นเดียวกับ จันทนา ชุนฉาย (2548) ที่กล่าวว่า การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพทำให้ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน สอดคล้องกับการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่า ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม ที่มาจากการแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมของครอบครัว ซึ่งการติดต่อสื่อสารที่ดีมีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเองที่ดีด้วยเช่นกัน

3. การใช้เวลาว่าง คือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน คือ การพักผ่อน ออกกำลังกาย และเข้าสังคม ได้อย่างเหมาะสม Hill & Smith, 1990) และการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จันทนา ชุนฉาย (2548) กล่าวว่า การที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการพักผ่อน เช่น การดูหนัง ฟังเพลง นอนกลางวัน ปลูกต้นไม้ ที่สวนนอกบ้าน ออกกำลังกาย เดิน วิ่ง แกว่งแขนและจี้จักรยาน ส่วนใหญ่มีการเข้าสังคม ตามโอกาสทั้งงานบุญ งานแต่ง งานศพ หรือการไปเยี่ยมญาติ

4. การเผชิญปัญหา รวมถึงจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ และบอกวิธีผ่อนคลายจากความเครียดได้ (จันทนา ชุนฉาย, 2548) ดังนั้น การเตรียมการเผชิญกับปัญหาจึงเป็นกระบวนการที่บุคคลจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหาเป็นการ

จัดการกับความเครียด ตลอดจนปัญหาต่าง ๆ ที่มากระทบเพื่อลดการป่วยซ้ำ จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างบางส่วน มีการจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ โดยรู้จักการกำกับดูแลตนเองและแก้ไขเบื้องต้นก่อนที่จะมีอาการแสดงของโรคจิตเกิดขึ้น ส่วนใหญ่มีวิธีผ่อนคลายจากความเครียดด้วยตนเองได้ดี ไม่ว่าจะเป็น ทำงาน เข้าครัว ฟังเพลง ปลูกต้นไม้ และหาเพื่อนเพื่อระบายพูดคุย (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ซึ่งการทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเครียดเป็นผลมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ของผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยมานาน

5. การสนับสนุนทางสังคมและการช่วยเหลือสังคม การปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยในการติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงาน (คณะกรรมการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรม โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2559) ที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ รวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน ซึ่งผู้ป่วยทุกคนจำเป็นต้องมีการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมที่ดี เทียนทอง หาระบุตร (2555) กล่าวว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม คือการพัฒนากลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม เช่นเดียวกับ Pender (1996) กล่าวว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้ในการเผชิญความเครียด สามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤต การสนับสนุนทางสังคมสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ สอดคล้องกับที่ ไพลิน ปรัชญกุล (2548) พบว่า หากครอบครัวและชุมชนให้การสนับสนุน

ทางสังคมกับผู้ป่วยจิตเภทจะลดการป่วยซ้ำได้ โดยกลุ่มตัวอย่างครึ่งหนึ่งสามารถติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ และยังมีการช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อนตามกำลังที่ตนมีทำให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วยความสุขในชุมชน

6. การดูแลตนเองด้านร่างกาย ประกอบด้วยการช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และปฏิบัติตามแผนการรักษา (Hill & Smith, 1990) ดังนั้นการดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแล เพื่อปกป้องร่างกาย และเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี โดยกลุ่มตัวอย่างทุกคนจะมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของแต่ละบุคคลได้ตามแบบวิถีชีวิตของตน และปฏิบัติตามแผนการรักษาด้วยการจัดหาอาหารมีประโยชน์พักผ่อนเพียงพอ รับประทานยาต่อเนื่อง ไปตรวจตามนัด รวมถึงมีการตรวจสุขภาพประจำปี ส่วนการดูแลตนเองในด้านจิตใจรู้ตัว ปรับตัวต่อความเครียดได้ในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคมพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีอาการทางจิตที่ควบคุมได้ ระดับทักษะในการดูแลตนเองดี (สุธิกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล, 2557)

7. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามหลักความเชื่อทางศาสนาที่ตนเองนับถือ โดยทุกศาสนามีแก่นของคำสอนให้ทำความดี ละเว้นทำชั่ว ทำจิตใจให้สงบ (ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย,

โรจน์ จินตนาวัฒน์ และลินจง โพธิบาล, 2564) ซึ่งมีทั้งที่นับถือศาสนาพุทธ และอิสลาม พบว่าส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมได้ตามศาสนาที่ตนเองนับถือ มีเพียงหนึ่งรายนับถือศาสนาพุทธที่ไม่ได้ไปไหนเนื่องจากมีอายุมากกลัวเดินล้ม เมื่อผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาตามความเชื่อของตนเองแล้ว จิตใจจะสงบเกิดความเชื่อมั่น พร้อมทั้งดูแลตนเองได้ต่อไป หลักศาสนาอิสลามอัลกุรอานได้กล่าวถึง ความเจ็บป่วยหรือโรคทางจิตใจว่าเป็นผลมาจากจิตใจของเขาปฏิเสธต่อหลักการสอนของอัลลอฮ์ ผู้นั้นย่อมได้รับการลงโทษจากอัลลอฮ์ เกิดเจ็บป่วยได้ (มุหัมมัดคาอีย์ เจ๊ะละ, 2552) หากมุสลิมขาดศรัทธาต่ออัลลอฮ์ และปฏิเสธการปฏิบัติศาสนกิจย่อมทำให้เกิดการเจ็บป่วยขึ้นได้ (กมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ, 2562) ผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองที่สัมพันธ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โอกาสป่วยซ้ำน้อยลง

ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ ผู้ดูแลรับรู้ได้ว่าผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลของตน มีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง ไม่มีอาการป่วยซ้ำ ทั้งนี้ผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในการดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยต้องการหรือบกพร่อง ร่วมกันหาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำ นลิน ดวงปัญญา และเพ็ญญาแดงค้อมยุทธ (2563) พบว่าผู้ป่วยครอบครัวและชุมชนควรร่วมกันหาสาเหตุและมีส่วนร่วมในการป้องกันกลับเป็นซ้ำที่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน สามารถอภิปรายเป็นรายด้าน ได้ดังนี้

1. รูปแบบวิธีสื่อสารกันในครอบครัว คือ ลักษณะวิธีการพูดคุยกับคนในครอบครัว จาก

การศึกษาพบว่า ทุกรายมีการสื่อสารในครอบครัวแบบเปิด สามารถโต้ตอบกันได้ ทำให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันทั้ง 2 ทางรวมถึง มีการใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยนต่อกัน สอดคล้องกับ Vincent (2004) ที่ศึกษาการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทชายที่ป่วยซ้ำในประเทศสิงคโปร์ พบว่าการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่รุนแรงมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ และกนกวรรณ บุญเสริม (2559) พบว่า การทะเลาะวิวาทที่รุนแรงในครอบครัวเป็นสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบได้

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ผลการวิจัยสนับสนุนการค้นพบว่าการมีส่วนร่วมโดยการที่ผู้ดูแลให้การสนับสนุนดูแล ช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยในความดูแลของตนในรูปแบบเฉพาะ จากการศึกษาพบว่าทุกรายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ดูแลจะคอยเตือนการรับประทานยาตรงเวลา ต่อเนื่องทุกวันเมื่อยาใกล้หมดจะไปรับยาแทนตามวันนัดให้ที่โรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และช่วยดูแลค่าใช้จ่ายที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ทำให้ผู้ป่วยไม่เกิดการป่วยซ้ำ (ณัฐติกา ชูรัตน์, 2559) และกมลวรรณ สีเชียงสา และคณะ, (2562) ได้ศึกษาสาเหตุและแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปี่เหลียงหนึ่งในสาเหตุการกลับเป็นซ้ำ คือความเครียดของผู้ป่วย และแนวทางป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือจัดการอารมณ์ให้เป็น ซึ่งทั้งสองงานวิจัยของอรณพ ทองคำ (2546) และ ของสุพรรณิ สายบุตร และ ชานนท์ โกมลมาลย์ (2563) ต้องการรับการ

สนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง ดังนั้นหากผู้ป่วยจิตเภทไม่ได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบจากปัญหาที่พบคือสมาชิกในครอบครัวไม่ให้ความสนใจซึ่งกันและกัน

3. การจัดการเพื่อป้องกันการเกิดอาการทางจิต หลักการว่าการที่ครอบครัวช่วยสังเกตและช่วยเหลือจัดการช่วยในการดูแลตนเองของผู้ป่วยไม่ให้กลับเป็นซ้ำได้โดยการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท นับเป็นความสามารถของผู้ดูแลในการเฝ้าระวัง ป้องกันและแก้ไขอาการแสดงทางจิตก่อนที่จะเริ่มแสดงอาการ จากการศึกษาพบว่ามีการจัดการคือ ให้การดูแลเบื้องต้นที่บ้าน ทบทวนว่าผู้ป่วยรับประทานยาครบตามคำสั่งแพทย์ไหม พูดคุยว่าผู้ป่วยมีเรื่องอะไรเครียดไม่สบายใจ และเมื่อไม่ดีขึ้นจะพาไปหาหมอที่โรงพยาบาลทันที ซึ่งที่ผ่านมา 18 เดือนนี้ไม่มีผู้ป่วยที่มีอาการแปลกไปจากทุกวัน แสดงให้เห็นว่าผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดี และหากเกิดเหตุขึ้นก็สามารถจัดการกับปัญหาได้ตามแนวทางในกลุ่มมือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต (เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี และคณะ, 2560) และควรมีการให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติไปพร้อม ๆ กัน จะช่วยสามารถป้องกันหรือลดอาการทางจิตได้ (สุดาพร สถิตยทุทธการ และคณะ, 2564)

4. สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดี ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ คือการมีสิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน การได้รับยารักษาโรคจิตต่อเนื่อง และการมีสมาชิกในครอบครัวที่เข้าใจกัน สอดคล้องกับงานวิจัยของ นลิน ดวงปัญญา และ

เพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2563) และอีกหลายเรื่องพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มาตรวจตามนัดมีสาเหตุมาจากเรื่องค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้ในการรักษา ค่าใช้จ่ายในการเดินทาง ดังเช่นในการวิจัย ของ มาลี แจ่มพงษ์ (2542) และ ขอนนิตยา เจริญยุทธ์ และคณะ (2564) ดังนั้น จะพบว่า การดูแลของญาติที่ช่วยเหลือในการดูแลนั้นส่งผลให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยการได้รับยารักษาโรคจิตต่อเนื่อง เป็นสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดี (กนกวรรณ บุญเสริม, 2559) ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการดูแลตนเองเพื่อป้องกันกำเริบโดยรับประทานยาด้วยตนเอง ซึ่งงานวิจัยในต่างประเทศที่พบว่า พฤติกรรมการใช้ยาด้วยตนเองมีผลต่อการป่วยซ้ำ อาจเกิดจากหลายสาเหตุ แต่สิ่งที่เหมาะสมควรมีบุคคลในครอบครัวเข้ามาดูแลในเรื่องการรับประทานยาจะทำให้ได้ผลที่ดีกว่าดังเช่น งานวิจัยของ สุมิสา กุมลา และคณะ (2563) กล่าวถึงสมาชิกในครอบครัวที่เข้าใจดูแลกัน มีการสื่อสารที่ดีต่อกัน และทำกิจกรรมต่างๆร่วมกันทำให้สัมพันธ์ภาพดีต่อกัน แต่ก็มีงานวิจัยของ กนกวรรณ บุญเสริม (2559) พบว่าครอบครัวที่มีความรุนแรงหรือการทะเลาะวิวาทเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดอาการกำเริบได้

5. การจัดการเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาจนเกิดความเครียดหรือวิตกกังวล รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุน วิธีการปรับตัวของผู้ดูแลต่อปัญหาความเครียดที่อาจเกิดขึ้น จากการศึกษาพบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีวิธีการจัดการเมื่อประสบปัญหาเครียด หรือ วิตกกังวล โดยไม่ต้องพึ่งหน่วยงานสนับสนุน

ภายนอก แต่จะใช้การแก้ปัญหาด้วยตนเองก่อนและใช้การปรึกษาหารือกันในกลุ่มครอบครัวของตนเอง อาจด้วยผู้ป่วยที่ต้องดูแลมีการดูแลตนเองที่ดีไม่มีการป่วยซ้ำ จึงเป็นเหตุให้ผู้ดูแลไม่ต้องประสบกับปัญหาเครียดหรือเป็นภาระจากการดูแล จากการสัมภาษณ์ปัญหาที่พบจะเป็นในเรื่องส่วนตัวของผู้ดูแลเอง เช่น งานที่ทำ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอ (อนันต์ตรี สมิทธิธรรมาเศรษฐ์, 2560)

สรุปผลการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ คือ การไม่ป่วยซ้ำอาการกำเริบ การมีร่างกายแข็งแรง รวมถึงมีคำแนะนำให้กับเพื่อนผู้ป่วยจิตเภทอื่น ๆ มี 7 ประเด็นคือ

1. การรู้จักตนเอง ได้แก่ 1.1 การรู้จักลักษณะของตนเอง (เข้าใจและยอมรับ บอกลักษณะนิสัยของตนเองได้) 1.2 การเข้าใจยอมรับโรคที่เป็น (เข้าใจโรคเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคได้ดี) 1.3 การแสดงความรู้สึกต่อตนเอง (แสดงความรู้สึกของตนเองออกมาได้เหมาะสมกับสถานการณ์)

2. การติดต่อสื่อสาร ได้แก่ 2.1 การบอกความต้องการของตนเอง (บอกสิ่งที่คิด ที่ต้องการกับครอบครัวได้อย่างเหมาะสม) 2.2 การรับรู้ความรู้สึกความต้องการของผู้อื่น (มีการรับรู้จากการสังเกตสีหน้า ท่าทางผู้อื่นและปรับตัวแก้ไขสถานการณ์จากความรู้สึกของผู้อื่นได้)

3. การใช้เวลาว่าง ได้แก่ 3.1 การพักผ่อน (รู้จักหาเวลาว่างในแต่ละวันเลือกทำกิจกรรมที่ตนชอบ) 3.2 การออกกำลังกาย (ออกกำลังกายตามแบบที่ตนเองถนัด ชื่นชอบและอาศัยการออกแรง

ทำงาน เติบโต วังมากขึ้น) 3.3 การเข้าสังคม(ไปเยี่ยมญาติ พี่น้อง ร่วมงานเลี้ยง งานศพ งานบุญน้ำชา)

4. การเผชิญปัญหา ได้แก่ 4.1 การจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ (รับประทานยาต่อเนื่องจะไม่มีอาการกำเริบ จัดการแก้ปัญหา โดยบอกคนรอบข้างให้ช่วย ถ้าไม่ดีขึ้นจะไปหาหมอที่โรงพยาบาล) 4.2 ผ่อนคลายจากความเครียด (หาวิธีผ่อนคลายที่เป็นแบบที่ตนชื่นชอบ และหาเพื่อนคุยพูดคุยระบาย)

5. การสนับสนุนการสังคมและการช่วยเหลือสังคม ได้แก่ 5.1 ติดต่อกับบุคคลใกล้ชิดหรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้ เมื่อมีอาการทางจิตกำเริบ (บอกคนในครอบครัวให้ช่วยไปหาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) 5.2 การช่วยเหลือผู้อื่นได้ เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน (ยินดีช่วยเหลือผู้อื่นตามกำลัง)

6. การดูแลตนเอง ได้แก่ 6.1 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (สามารถทำกิจวัตรได้ด้วยตนเอง) 6.2 การปฏิบัติตามแผนการรักษา 6.2.1 ด้านร่างกาย (ตรวจสุขภาพประจำปี รับประทานอาหารครบ ออกกำลังกาย พักผ่อนเพียงพอ รับประทานยาต่อเนื่อง ตรวจตามหมอนัดสม่ำเสมอ) 6.2.2 ด้านจิตใจ (ผ่อนคลายไม่เครียด)

7. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา(สามารถทำกิจกรรมได้ตามศาสนาที่ตนเองนับถือ)

ประสบการณ์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านดี สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้เอง รวมถึงช่วยดูแลบ้านได้ ประกอบด้วย 5 ประเด็น ได้แก่

1. รูปแบบวิธีสื่อสารกันในครอบครัว (สื่อสารแบบ

สองทางใช้คำพูดที่สุภาพอ่อนโยนต่อกัน)

2. การมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย (คอยเตือนการรับประทานยาต่อเนื่อง ด้านจิตใจดูแลไม่ให้เครียด ช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน)

3. การจัดการหากผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตแปลกไป (ดูแลเบื้องต้นที่บ้าน พาไปโรงพยาบาล)

4. สิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองได้ดี ไม่เกิดอาการกำเริบซ้ำ (สิ่งอำนวยความสะดวกในบ้าน การรับประทานยารักษาโรคจิตต่อเนื่อง ความเข้าใจใส่ใจของสมาชิกในครอบครัว)

5. การจัดการเมื่อผู้ดูแลประสบปัญหาจนเกิดความเครียด หรือวิตกกังวล รวมถึงการมีแหล่งสนับสนุน (ไม่พึ่งหน่วยงานภายนอก ใช้การแก้ปัญหาด้วยตนเองและปรึกษาคนในครอบครัว)

ข้อเสนอแนะ

ผลการวิจัยนำมาเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการวิจัยที่ได้สามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวมคำนึงถึงความหลากหลายของวัฒนธรรม โดยอาจปรับใช้แนวทางให้เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยและผู้ดูแล มีการจัดบริการทางการพยาบาล ได้แก่ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง การรู้จักตนเอง เผชิญปัญหา ได้รับการสนับสนุนทางสังคม ได้ปฏิบัติศาสนกิจตามหลักศาสนา ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลและการแสดงออกทางอารมณ์ในครอบครัวที่เหมาะสม และส่งเสริมผู้ป่วยได้เรียนรู้ประกอบอาชีพ

สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้านตามประสบการณ์ของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

รวมทั้งสามารถนำไปพัฒนากลุ่มสนับสนุนผู้ดูแลหลักและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในระยะสั้น และระยะยาวตามประสบการณ์ที่ได้รับของผู้ดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการบริหาร

ควรมีการจัดระบบบริการที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท และจัดบริการที่ส่งเสริมทักษะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาตัวแปรอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองเช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีโรคร่วมหรือไม่มีโรคร่วมจากการวินิจฉัย ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยแตกต่างกัน และผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้เนื่องจากความซับซ้อนของโรค อาจส่งผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2. ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมในการพัฒนารูปแบบการบริการที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก และผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท รวมถึงการนำไปทดสอบผลของการพัฒนารูปแบบบริการดังกล่าวเพื่อลดโอกาสการกลับเป็นซ้ำ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาจาก

บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์ คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา และผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านตรวจสอบเครื่องมือคุณค่าและประโยชน์ที่ได้จากงานวิจัยฉบับนี้ ขอแสดงความดีใจแก่คณาจารย์ กัลยาณมิตรและผู้ป่วยจิตเภทพร้อมผู้ดูแลทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวิจัยครั้งนี้ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่สมบูรณ์แข็งแรง

เอกสารอ้างอิง

- กษพร รัตนสมพร, อรพรรณ ลือบุญวัชรชัย, และ รัชณี เกิดโชค. (2558). ปัจจัยทำนายอาการทางจิตของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 29(3), 99-112.
- กนกวรรณ บุญเสริม. (2559). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 30 (1), 123-136.
- กมลวรรณ สีเชียงสา, จันทรีทิพย์ กาญจนศิลป์, และ สายทิพย์ สุทธิรักษา. (2562). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยทีมสหวิชาชีพของ เครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอบ้านแท่น จังหวัดชัยภูมิ. *วารสารเภสัชกรรมไทย*, 11(2), 456-469.
- กรมสุขภาพจิต. (2565). *สถิติผู้มารับบริการผู้ป่วยจิตเวช*. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- กรมสุขภาพจิต. (2561). *สถิติผู้มารับบริการผู้ป่วยจิตเวช*. <https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/>
- ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไซโค, และ สุวรรณอรุณพงศ์ไพศาล. (2556). การสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, 58(1), 89-100.
- คณะกรรมการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายคนพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมโรงพยาบาลศรีธัญญา. (2559). *แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชสู่สุขภาพะ: การจ้างงานสำหรับบุคลากรสาธารณสุข*. พรอสเพอริตีฟลัส.

จันทนา ชุนฉาย. (2548). การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาล
องค์ร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท งาน
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จุฬาลักษณ์ ชำของ. (2547). ประสบการณ์การดูแลตนเองของ
ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต].
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

จินตนา ชูนิพันธุ์ และณพรัตน์ ไชยธานี. (2547). การพยาบาล
แบบองค์รวม: แนวคิด หลักการและแนวปฏิบัติ. เอกสาร
ประกอบการอบรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแล
ผู้ป่วยจิตเภท.

จินตนา ชูนิพันธุ์. (2534). ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแล
ตนเองด้านสุขภาพจิตของคนไทยภาคกลาง.

ฉัตรทิพย์ แสงสร้อย, โรจน์ จินตนาวัฒน์, และลินจง โปธิบาล.
(2564). การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและความผาสุกทาง
จิตวิญญาณในผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงที่
ควบคุมไม่ได้. *พยาบาลสาร*. 48(4), 281-292.

ชาย โพธิ์สิตา. (2550). ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยคุณภาพ
(พิมพ์ครั้งที่ 2). บริษัทอัมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง.

ณัฐิกา ชูรัตน์. (2559). การศึกษาสาเหตุและแนวทางการ
ป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขต
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลปีเหล่งที่ประสบ
เหตุการณ์ความไม่สงบในจังหวัดชายแดนภาคใต้. *วารสาร
มหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 3(1), 24-36.

เทียนทอง หาระบุตร. (2555). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับ
พลังสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน.
[วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์
มหาวิทยาลัย.

ธิดารัตน์ คณึงเพียร. (2556). ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภท
ในชุมชน. *วารสารกองการพยาบาล*, 40 (1), 57-66.

นวลฉวี ประเสริฐสุข. (2558) การพัฒนาทักษะการเรียนรู้อย่าง
สร้างสรรค์แบบองค์รวมสำหรับผู้สูงอายุในชนบทไทย:
ด้านการดูแลสุขภาพจิต. มหาวิทยาลัยศิลปากร: กรุงเทพฯ.

นายนภา วงษ์ศิลป์, จินตนา ชูนิพันธุ์, และ สุนิศา สุขตระกูล.
(2556). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มป่วยซ้ำและไม่ป่วย
ซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต*, 27(3), 87-100.

นลิน ดวงปัญญา และเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์. (2563).
ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่
กลับป่วยซ้ำ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*,
32(2), 43-54.

นิตยา เจริญยุทธ์, หทัยรัตน์ สายมาอินทร์, และวินัสริน ก้อนศิลา.
(2564). การเสริมสร้างพลังอำนาจในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง :
บทบาทพยาบาล. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์*, 5(3), 23-35.

พันธุ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์. (2544). โครงการอบรม แนว
ทางการสัมภาษณ์และให้คะแนน BPRS ใน รูปแบบของ T-
PANSS. ในเอกสารประกอบการ บรรยายเรื่องการประเมิน
อาการผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสวนปรง. เชียงใหม่,
โรงพยาบาล สวนปรง.

เพชร คันทสายบัว. (2544). การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่ม
ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. [วิทยานิพนธ์ปริญญา
มหาบัณฑิต]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ไพลิน ปรัชญูปต์. (2548). การสนับสนุนทางสังคมของ
ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. [วิทยานิพนธ์
ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มาลี แจ่มพงษ์. (2542). ปัจจัยที่มีผลต่อการคืนดีกับแพทย์ครั้ง
แรกภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลสมเด็จพระยาของ
ผู้ป่วยจิตเภทในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. รายงาน
การวิจัย โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข.

มูหมัดอาโอ๊ะ เจะเลาะ. (2552). การดูแลสุขภาพสำหรับผู้ถือศีล
อดในเดือนรอมฎอน. *สมาคมจันทร์เสี้ยว, ยะลา*.

ราตรี เครือวรรณ. (2553). การวิเคราะห์สถานการณ์การกลับมา
รักษาซ้ำผู้ป่วยโรคจิตเภทใน โรงพยาบาลสวนปรง จังหวัด
เชียงใหม่. [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหา
บัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

ล่อ สิงห์โชติสุขแพทย์. (2565). ผลของโปรแกรมกลุ่ม
ช่วยเหลือตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ด้าน
สุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตำบลนาเว้ง
อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบุรี. *วารสารการพยาบาลจิตเวช
และสุขภาพจิต*, 36(1), 19-32.

สมภพ เรืองตระกูล. (2549). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เรือนแก้ว
การพิมพ์.

- สุดาพร สถิตยพทุธการ, จินตนา ยูนิพันธุ์, และวิภาวี เผ่ากัณฑ์การกร. (2564). ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองร่วมกับครอบครัวต่ออาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเรื้อรัง. *วารสารแพทยธานี*. 1(1), 1-22.
- สุธีกาญจน์ ไชยลาภ และอังสนา วิริยโกศล. (2557). การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนภายหลังกลับคืนสู่สังคม. *วารสารเกื้อการุณย*, 21(พิเศษ), 139-152.
- สุพรรณิ สายบุตร และชานนท์ โกมลมาลย์. (2563). *การตัดสินใจและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวในการรับผู้ป่วยจิตเภทไปดูแลต่อเนื่อง*. ประชุมวิชาการครบรอบ 66 ปี “สังคมสงเคราะห์และสวัสดิการสังคม: การปลดปล่อยความเหลื่อมล้ำสู่ความยั่งยืน” (น.194-210).
- สุมิศา กุมลา, โสภิน แสงอ่อน, และ พัทรินทร์ นันทจันทร์. (2563). ผลของโปรแกรมส่งเสริมความร่วมมือในการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 34(2), 132-152.
- เสาวลักษณ์ สุวรรณโมตรี, อนงค์นุช ศาโรก, ธนเนตร ฉันทลักษณ์วงศ์, ชุริภรณ์ เสียงล้ำ, และ วีร์ เมฆวิสัย. (2560). *คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับโรงพยาบาลในเขตสุขภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 2). วิททอเรียอิมเมจ.
- อรรถพร ทองคำ. (2546). *การทำหน้าที่ของครอบครัวต่อการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ*. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อนันต์ศรี สมิตธีรนาเศรษฐ์. (2560). การเผชิญปัญหาและการปรับตัวของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย*, 11(3), 43-56.
- Hill, L., & Smith, N. (1990). *Self-care nursing: Promotion of health* (2nd ed). Appleton & Lange.
- Hui, LM.C. (2011). Relapse in schizophrenia. *Medical Bulletin*, 16 (5), 8-9.
- Omery, A. (1983). Phenomenology: A method for nursing research. *Advanced in nursing science*, 5(2), 49-62.
- Orem, D.E. (2001). *Nursing concepts of practice* (6th ed). A Harcourt Health Sciences.
- Overall, J.E., & Gorham, D.R. (1962). The brief psychiatric rating scale. *Psychological Reports*, 10: 799-821.
- Pender, J.N. (1996). *Health Promotion in Nursing Practice*. Bookcraft.
- Streubert, H.J., & Carpenter, D.R. (1999). *Qualitative Research in nursing: Advancing The humanistic Imperative* (2nd ed). Lippincott.
- Vincent, C.K. (2004). *Study of Family Expressed Emotion and Relapse of Male Schizophrenia Patients in Singapore* [online]. www.scribd.com/doc.