

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท: มุมมองผู้ป่วย
FACTORS ASSOCIATED WITH READMISSION OF SCHIZOPHRENIA
PATIENTS: PATIENT'S PERSPECTIVES

กนกวรรณ บุญเสริม, พย.ม. (Kanokwan Bunserm, MNS)*

Abstract

Objectives: This qualitative study aimed to study patients' perspective on factors associated with readmission of schizophrenia patients.

Methods: Using purposive sampling, 6 schizophrenia patients who had the illness 1-5 years and more than 5 years and had been admitted to Songkhla Rajanagarindra psychiatric hospital at least 2 times during 1 October 2009 - 30 September 2010 participated in the study. The study instrument was an in-depth interview questionnaire developed based on Fathy et al. concept (2006). The questionnaire was content validated by 3 experts. The questionnaire consisted of four aspects: illness perception, practice, attitude, and family relationship. Data were analyzed using content analysis.

Results: The finding showed that 66.7% of participants were male, had average age of 32.5 years old, and had elementary level of education. Participants perceived their illness.

They performed self-care to prevent relapse by consuming medication. They had both positive and negative attitude toward illness. For the relation with family, serious fighting and abusing various substances were the causes of relapsing. Having occupation and earn their own income as well as joining activities with family members and communities were sources of their proudness.

Conclusion: This finding could be used to develop rehabilitation activities for patients before discharging.

Keywords: Schizophrenia patients, Readmission, Factors

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในมุมมองของผู้ป่วยเอง

*Advance Practice Nurse สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต โรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์
 E-mail: k.boonsrem@yahoo.com

วิธีการศึกษา: เป็นวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) วิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ 2 ครั้งขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 – 30 กันยายน 2553 โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยช่วง 1 – 5 ปี และ 5 ปีขึ้นไป จำนวน 6 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ที่สร้างขึ้นเอง ตามกรอบแนวคิดของ Fathy et al. (2006) ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ด้านคือ ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย ด้านการปฏิบัติตัว ด้านทัศนคติ ด้านความสัมพันธ์ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลความสอดคล้องทางเนื้อหา

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 66.7 เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 32.5 ปี ระดับการศึกษาประถมศึกษา มีการรับรู้ตนเองต่อการเจ็บป่วย ด้านการปฏิบัติตัว มีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันอาการกำเริบ โดยการรับประทานยา ด้านทัศนคติ มีทัศนคติในด้านบวกและลบ ด้านความสัมพันธ์กับคนในครอบครัวพบว่า การทะเลาะวิวาทที่รุนแรง และการใช้สารเสพติดหลายชนิดเป็นสาเหตุให้เกิดอาการกำเริบ การประกอบอาชีพมีรายได้เป็นของตนเอง และกิจกรรมร่วมกับคนในครอบครัว และชุมชน ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกภาคภูมิใจมากที่สุด

สรุป: ผลการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีการพัฒนาทักษะในการจัดกิจกรรมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจาก

โรงพยาบาล

คำสำคัญ: ผู้ป่วยจิตเภท การกลับมารักษาซ้ำ ปัจจัย

ความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภท เป็นโรคที่เกิดจากความผิดปกติของจิตใจ ความคิดผิดปกติ มีอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน และสูญเสียการเข้าร่วมสังคม (Crismon & Buckley, 2005) การดำเนินของโรคจำเป็นต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลได้บ่อย (Gelder, Mayou, & Geddes, 1999; Warner & Girolamo, 1995) ทำให้ไม่หายขาด ต้องรักษาต่อเนื่องเป็นเวลานาน หรือตลอดชีวิต (อภิญาเจริญกล้า, 2551) ก่อให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ในประเทศสหรัฐอเมริกาได้ประมาณการเฉพาะค่ารักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า มีมูลค่าเทียบเท่า ร้อยละ 0.5 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศชาติ (Warner & Girolamo, 1995) ในประเทศไทยผู้ป่วยโรคจิตเภทพบมากเป็นลำดับที่หนึ่งของผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช (พิกุล เจริญสุกสัททรัพย์, สิรินาฏ รัชฎาภมาศ, จามจุรี อุดรสาร, และ อัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2551) ซึ่งปี 2546-2551 มีจำนวนเฉลี่ย 93,300 รายต่อปี (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.พ.) และพบประมาณ ร้อยละ 40-50 ของโรคทางจิตเวช (National Institute of Mental Health., 2007) จากข้อมูลองค์การอนามัยโลกในปี 2550 พบว่า ประชากรทั่วโลกประมาณ 24 ล้านคนเป็นโรคจิตเภท (World Health Organization, 2007) ประเทศไทย ปี 2549 กรมสุขภาพจิต รายงานความชุกจำนวน 662 คนต่อประชากร 100,000 คน พบว่า ความชุกประมาณร้อยละ 0.88 ความชุก

ในเพศชายและเพศหญิงมีค่าเท่ากัน 0.3-0.7 การเริ่มป่วยก่อนอายุ 10 ปี หรือหลังอายุ 50 ปี พบได้น้อยมาก หลังจากเริ่มป่วยแล้ว ผู้ป่วยมักเสื่อมเสียการทำงานทั้งทางด้านสังคมและด้านการงาน โดยเฉพาะช่วง 5-10 ปีแรก ซึ่งช่วงนี้ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555)

ในปัจจุบัน การรักษาโรคจิตเภท มี 3 ระยะ คือ ระยะเฉียบพลัน (acute phase) ระยะทำให้คงสภาพ (stabilization phase) และระยะอาการคงที่ (maintenance phase) วิธีการรักษาโดยการให้ยาทางจิตเวช การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยจิตสังคม และการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2555) ซึ่งมี 2 รูปแบบ คือ แบบผู้ป่วยนอก และแบบผู้ป่วยใน ซึ่งการรักษาแบบผู้ป่วยในนั้น ต้องมีข้อบ่งชี้ตามภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชศาสตร์ คือ เพื่อการวินิจฉัย การรับยารักษาคงที่ ความปลอดภัยของผู้ป่วยจากภาวะมีความคิดทำร้ายตัวเองหรือผู้อื่น มีพฤติกรรมผิดปกติอย่างมากจนไม่สามารถดูแลตนเองได้ (Sadock & Sadock, 2007) ซึ่งการรักษาแบบผู้ป่วยในนั้นมีค่าใช้จ่ายที่สูง จากการศึกษาต้นทุนการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท 1 ครั้ง/คน/ปี พบว่า การรักษาแบบผู้ป่วยใน มีค่าเฉลี่ย 31,207 บาท/ครั้ง แตกต่างอย่างมากเมื่อเทียบกับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก มีค่าเฉลี่ย 714.81 บาท/ครั้ง (4 เท่า) (Kongsakon & Kanchanatawan, 2007) เป็นการสูญเสียด้านงบประมาณอย่างมาก ส่วนการสูญเสียทางสังคม เช่น เกิดปัญหาการเงิน ปัญหาการแยกตัวออกจากสังคม ปัญหาเกี่ยวกับอาชีพ ปัญหาสัมพันธภาพ และปัญหาด้านการดูแลตนเอง การเจ็บป่วยส่งผลกระทบต่อครอบครัวของผู้ป่วย

คือ การเพิ่มค่าใช้จ่ายทางการเงิน พฤติกรรมของผู้ป่วยเวลามีอาการกำเริบก่อให้เกิดความอับอายเพื่อนบ้าน การประกอบอาชีพหารายได้ ก่อให้เกิดความเครียดของญาติผู้ดูแลด้วย (ยอดสร้อยวิเวกวรรณ, 2543)

การรักษาแบบผู้ป่วยใน พบว่า การกลับมารักษาซ้ำภายในระยะ 3 เดือนของผู้ป่วยพบความชุกร้อยละ 42.6 ($\text{Readmitted} \leq 1 \text{ เดือน} = 14.4 \%$, $\text{Readmitted} \leq 3 \text{ เดือน} = 26.8 \%$) (ยุพารัตน์ คุณรัตน์, 2544) จากการรายงานของกรมสุขภาพจิตพบว่า มากที่สุดเป็นลำดับที่ 1 คือ ผู้ป่วยโรคจิตเภท มีอัตราการกลับมาซ้ำแบบผู้ป่วยในภายใน 28 วัน ร้อยละ 70 (พิกุล เจริญสุกมลทรัพย์, สิรินาฏ รัชฎาภาส, จามจุรี อุดรสาร, และอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์, 2551) ในต่างประเทศ พบว่า ปัจจัยเสี่ยงการกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ คือ ผู้ป่วยมีอายุน้อยได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในครั้งแรก และมีประวัติได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำๆ (Nirma, Diego, & Lilian, 2009) และผู้ป่วยที่มีประวัติใช้สารเสพติดโดยเฉพาะแอลกอฮอล์ (Bimerew, Sonn, & Kortebout, 1978) ในประเทศไทย พบว่า ปัจจัยเสี่ยง คือ ผู้ป่วยที่ป่วยมานานกว่า 5 ปี และมีอาการกำเริบภายในระยะเวลา 1 ปี มีแนวโน้มจะได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำ มากกว่า กลุ่มที่ป่วยมาน้อยกว่า 5 ปี และมีระยะเวลาอาการสงบนาน (Chulakadabba, 1999) สำหรับปัจจัยป้องกัน พบว่า ผู้ป่วยหลังกลับจากโรงพยาบาลไปอยู่ในชุมชนที่มีการเฝ้าดูทางด้านจิตสังคมมีความเสี่ยงที่จะกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำน้อยกว่าผู้ป่วยที่กลับมามาติดตามการรักษาแบบผู้ป่วยนอกตามปกติถึงร้อยละ 40 (Nirma, Diego, & Lilian, 2009) และผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในรูปแบบ Day care

treatment มีแนวโน้มที่จะกลับมารักษาแบบผู้ป่วยในซ้ำลดลง (Yoshimasu, Kiyohara, & Kazutaka, 2002)

ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลจิตเวช ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงได้มีการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อพัฒนารูปแบบองค์ความรู้ เทคโนโลยี เพื่อป้องกันการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจากโรงพยาบาลเชื่อมโยงสู่ชุมชนและเครือข่ายบุคลากรสาธารณสุขต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภท

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (qualitative research) โดยมีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

ประชากร คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษารักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ตั้งแต่ 2 ครั้ง ขึ้นไป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2552 – วันที่ 30 กันยายน 2553 โดยมีระยะเวลาของการเจ็บป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเฉียบพลัน (ป่วยภายใน 1 – 5 ปี) กลุ่มเรื้อรัง (ป่วยมากกว่า 5 ปีขึ้นไป) โดยกำหนดขนาด และการกระจายของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ในพื้นที่

2 จังหวัด คือ จังหวัดสงขลา และจังหวัดสตูล มีจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 6 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภท สามารถอ่าน ฟัง และพูดภาษาไทยได้ และยินดีให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถาม จำนวน 14 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาการเจ็บป่วย สมาชิกในครอบครัว และประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2: แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย มีจำนวน 6 ข้อ ด้านการปฏิบัติตัว มีจำนวน 9 ข้อ ด้านทัศนคติ มีจำนวน 6 ข้อ และด้านความสัมพันธ์ มีจำนวน 11 ข้อ

ขั้นตอนการพัฒนาแนวคำถามในการสัมภาษณ์

การพัฒนาแนวคำถามในการสัมภาษณ์ เริ่มจากศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัจจัย ที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยจิตเภท และทดลองสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 3 ราย เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยใน จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาออกแบบชุดคำถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity)

โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5 คน และปรับปรุงชุดคำถามให้เหมาะสมก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยประสานงานเบื้องต้น กับผู้รับผิดชอบงานจิตเวชที่อยู่โรงพยาบาลชุมชน หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในพื้นที่ เพื่อนัดหมายวัน เวลา และสถานที่สัมภาษณ์ผู้ป่วย จากนั้นผู้วิจัยลงพื้นที่ด้วยตนเอง เพื่อดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย โดยขออนุญาตบันทึกเสียงระหว่างสัมภาษณ์ ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลถอดบทสนทนาจากการบันทึกเสียงสัมภาษณ์ หากข้อมูลไม่ครบถ้วน มีการนัดสัมภาษณ์เพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติม

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของกรมสุขภาพจิต ผู้วิจัยแนะนำตนเอง ชี้แจงการพิทักษ์สิทธิ จุดประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอน ระยะเวลา การวิจัย การขออนุญาตใช้เครื่องบันทึกเสียง และการถอดรหัสข้อมูล แก่ผู้ถูกวิจัยและผู้ดูแลเป็นรายบุคคล ชี้แจงว่าข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ไม่มีผลใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่างจะนำเสนอในภาพรวม หากมีข้อสงสัยสอบถามได้ หรือสามารถยุติการให้ข้อมูลได้ตลอดเวลา และมีการลงนามเก็บไว้เป็นหลักฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการ

แจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วย ด้านปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทำการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) จำแนกตามหมวดหมู่ของข้อมูล

ผลการวิจัย

ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 6 คน ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 66.7 มีอายุระหว่าง 20-29 ปี มีสถานภาพสมรส และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 50 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 66.7 มีรายได้ระหว่าง 2,500-7,500 บาทต่อเดือน ร้อยละ 50 ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับบิดา-มารดาซึ่งเป็นผู้ดูแลหลัก ร้อยละ 50 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย ช่วง 1-5 ปี ร้อยละ 50 จำนวนครั้งในการนอนโรงพยาบาล 4-6 ครั้ง ร้อยละ 50

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

จากการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในมุมมองของผู้ป่วย มีผลการศึกษาดังนี้

1. ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วย: พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่รู้จักโรคจิตเภท แต่เรียกโรคที่ตนเองเป็นว่า โรคจิตอ่อน โรคบ้า โรคประสาท สาเหตุเกิดจากพันธุกรรม ปัญหาครอบครัว การใช้สารเสพติด การรักษา โดยรับประทานยา ร่วมกับการรักษาในโรงพยาบาล ความคาดหวังอยากให้ตัวเองหาย ทำงานได้ไม่เป็นภาระของครอบครัว

ความรู้เรื่องยาว่าเป็นยาทางจิตเวชแต่ไม่รู้จักชื่อยา มีทั้งวิธีคิดและวิธีรับประทาน ใช้ตามแพทย์สั่ง รับประทานยาที่มีประโยชน์ ทำให้ควบคุมตัวเองได้ รู้สึกกลัว ถ้าต้องกินยาตลอดชีวิต สาเหตุที่รับประทานยาไม่ครบ กลัวยาหมด กลัวคิดยา อยากทดลองว่า ถ้าหยุดยาแล้วเป็นอย่างไร หยุดยาเองเพราะรู้สึกเบื่อและแพ้ยา ในขณะที่อยู่โรงพยาบาล มีการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือ ด้านสุขภาพ ไม่เคยรู้จัก เคยใช้บริการจากบัตรประกันสุขภาพ ยามจำเป็นขอจากองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้ใหญ่บ้าน เคยได้รับบริการเยี่ยมบ้าน จากอาสาสมัครสาธารณสุข ผู้ป่วยอยากให้มีการขึ้นทะเบียนผู้พิการ การมีกองทุนในหมู่บ้าน ช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาล และบริการรถรับส่ง ผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล

2. ด้านการปฏิบัติตัว: ในการดูแลตนเอง เมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท จะพบว่า ผู้ป่วยมีวิธีการดูแลตนเองเหมือนกัน คือ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง สังเกตอาการเตือน เช่น นอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิด กระวนกระวาย อาการกำเริบ มีอาการหูแว่ว นอนไม่หลับ ฝันร้าย ทะเลาะกับคนในบ้าน อยากยาเสพติด วิธีการจัดการ คือ รับประทานยา ไปมัสยิดละหมาดเพื่อล้างบาป ไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล วิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปนอนโรงพยาบาล คือ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง เลิกดื่มกาแฟ สุรา สารเสพติด ผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด แต่มีการดื่มกาแฟในปริมาณที่สูงเพื่อแก้แ้ว ผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดเกิดจากเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ ดื่มเบียร์ สุรา ยาอดอง กล้วยา ยาบ้า คมกาว ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ประสาทเสีย ปัญหาที่รู้สึกทุกข์ใจ ไม่มีเงินใช้ ไม่มีงานทำ กังวลกลัวเพื่อนชวนไปใช้สารเสพติด

3. ด้านทัศนคติ: พบว่าเมื่อรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรคจิตเภท ความรู้สึกทุกข์ใจมากที่สุดคือ รู้สึกกลัวอาการกำเริบของตนเองทำให้คนอื่นเดือดร้อน กลัวการนอนโรงพยาบาล กลัวหมอฉีดยา รู้สึกทุกข์ทรมานใจ เครียด อึดอัด การแสดงความรู้สึก ทำที่ของคนในครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยมีการรับรู้ในเชิงบวก คือ คนในครอบครัวเข้าใจในตัวผู้ป่วย พุดคุยให้กำลังใจ การรับรู้ในเชิงลบ คือ การแสดงอารมณ์เกรี้ยวกราดต่อผู้ป่วยเวลามีอาการกำเริบ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว คือ ความรู้สึกเหนื่อยเวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบ แต่ทุกคนก็ให้ความช่วยเหลือ ความรู้สึกของคนในชุมชนที่มีต่อผู้ป่วยในเชิงบวก คือ คนในชุมชน ยอมรับ และเห็นใจผู้ป่วย มีกลุ่มเด็กในหมู่บ้านที่รู้สึกกลัวผู้ป่วยพอเห็นหน้าแล้วชวนกันวิ่งหนี เป้าหมายในชีวิต มีกรมองตัวเองในเชิงบวก อยากมีงานทำ มีรายได้เป็นของตนเอง ไม่เป็นภาระของครอบครัว

4. ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว: ผู้ดูแลหลัก เกี่ยวพันเป็นบิดา มารดา บุตรสาว ภรรยา และน้องชาย การปฏิบัติที่ทำให้ผู้ป่วยไวใจคือดูแลให้รับประทานยาทำกับข้าวให้กิน ช่วยพาไปโรงพยาบาลเวลามีอาการกำเริบ กำลังใจจากบุคลากรสาธารณสุขคอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษา กำลังใจจากคนในชุมชน การพุดชมเชย การชวนไปทำงานในหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว เช่น การทำกับข้าวและกินข้าวร่วมกัน การช่วยเหลือทำงานบ้านเล็กๆ น้อยๆ คนในชุมชนชวนผู้ป่วยไปร่วมทำขนม ชวนไปละหมาดที่มัสยิด การแสดงออกด้วยคำพุดของคนในครอบครัว ชอบคำพุดที่ทำให้รู้สึกดี พุดให้กำลังใจ ส่วนคำพุดทำให้รู้สึกไม่ดี คือ การใช้

คำพูดที่รุนแรงกับคนในครอบครัวเช่นพูดคำหยาบ ทะเลาะวิวาทกับพี่ชาย น้องชาย บิดา เรื่องอาการ หลงผิดของผู้ป่วย

การอภิปรายผลการวิจัย

จากการวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับมารักษาซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทในมุมมองของผู้ป่วย ผู้วิจัยขอนำเสนอการอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. ด้านการรับรู้ต่อการเจ็บป่วยโรคจิตเภท:

พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่รู้จักโรคจิตเภท แต่เรียกโรคที่ตนเองป่วยอยู่ว่า โรคจิตอ่อน โรคบ้า โรคประสาท และให้ความหมายว่า เป็นโรค จี๊ระแวงโรคชอบผู้หญิงง่าย ในรายที่ปฏิเสธการเจ็บป่วย บอกว่าไม่เป็นอะไร ตัวเองมีปัญหานอนไม่หลับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ลุประสงค์ และวาสนา เหล่าคงธรรม (2551) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่จะยอมรับการเจ็บป่วย มีการดูแลตนเองดีและให้ความร่วมมือในการรักษา สาเหตุการเจ็บป่วยพบว่า เกิดจากมีคนในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิต ด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลลักษณ์ บุระะกิติ (2548) และการศึกษาของฟาตีและคณะ (Fathy et al., 2006) พบว่า การมีคนในครอบครัว มีประวัติป่วยเป็นโรคจิต ส่งผลกระทบให้ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมีอาการกำเริบและป่วยซ้ำได้ สาเหตุ พบรองลงมา คือ ปัญหาครอบครัวการหย่าร้าง ปัญหาการสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก ทำให้เสียใจและเกิดการป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชร คันธสายบัว (2548) พบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด

เกิดขึ้น และนอกจากนี้ลักษณะครอบครัว หรือ ปัญหาภายในครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่มีผลต่อการเผชิญปัญหาต่างของผู้ป่วยด้วย เช่น ด้าน การปรับตัวและการเผชิญกับกับปัญหา การอยู่ท่ามกลางสถานการณ์หรือภาวะกดดันของคนในครอบครัว ปัญหาความเครียดเรื่องภาระหนี้สิน ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นาถนภา วงษ์สีล (2555) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกหรือบุคคลในครอบครัวมีผลกระทบต่อผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ ยังพบสาเหตุในกลุ่มผู้ป่วยชาย ที่รับรู้ว่า การป่วยกลับเป็นซ้ำของตนเองเกิดจากการไปใช้สารเสพติด เช่น คี๋มสุรา ใช้ยาบ้า คมกาว ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ เวนิช บุราชรินทร์ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2554) พบว่า เพศกับการใช้สารเสพติดและอาการทางลบไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ด้านการรักษาโรคจิตเภท พบว่า การรักษาโรคของตนเองให้สงบ โดยการรักษาที่ได้รับจากทางโรงพยาบาลจิตเวชหากหยุดยาขาดยา ไม่กินยา อาการก็จะกำเริบเป็นอีก และยังพบว่า มีญาติผู้ป่วย บางราย มีความเชื่อด้านไสยศาสตร์ ใช้วิธีการรักษากับหมอบ้าน เช่น การใช้น้ำมันดี การนั่งสมาธิ ส่วนวิธีการบำบัดรักษาในโรงพยาบาล เช่น โรงพยาบาลจิตเวช โรงพยาบาลธัญญารักษ์ เพื่อหยุดยาเสพติด ความคาดหวังต่อการรักษาพบว่า ผู้ป่วยทุกคนอยากให้ตัวเองหายจะได้ทำงาน มีรายได้เป็นของตัวเองไม่เป็นภาระของครอบครัว และหยุดใช้สารเสพติดได้ บางรายใฝ่ฝันว่า “จะสามารถสร้างครอบครัวใหม่” ซึ่งจะเห็นได้ว่า

การรับรู้ด้านการรักษามีผลต่อความคาดหวังของผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองโดยการแสวงหาวิธีการรักษาที่หลากหลายรูปแบบ เพื่อหวังว่า สักวันหนึ่งตนเองจะต้องหายป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของโสธยา ศุภโรจณี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2555) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับโปรแกรมการเสริมพลังอำนาจจะมีพฤติกรรมป้องกันตนเองในการป่วยกลับเป็นซ้ำ และช่วยเพิ่มพฤติกรรมการรักษาด้วยยาสามารถลดการป่วยกลับเป็นซ้ำได้

ความรู้เรื่องยาที่รับประทาน ผู้ป่วยทุกคนรับรู้ว่ายารักษาตนเองเป็นอยู่ต้องรักษาด้วยยาทางจิตเวช แต่ไม่รู้จักชื่อยา ไม่รู้ว่าชื่อยาอะไร ซึ่งยาที่ใช้รักษามีทั้งวิธีคิดและวิธีรับประทาน ที่ค่อนข้างหลากหลาย ทั้งสี ขนาด จำนวนเม็ด และมีอายุผู้ป่วยบางรายรับประทานตามแพทย์สั่ง แต่บางรายก็มีการหยุดยาเอง มีผู้ป่วยรายหนึ่งบอกว่า “หยุดยาเองไม่ได้ เพราะยามีผลต่อการเจ็บป่วย” การรับรู้ประโยชน์หรือข้อดีของการรับประทานยา คือ รับประทานยาแล้ว ทำให้ไม่เที่ยวนอกบ้าน ทำให้อารมณ์ดี ไม่นั่งซึมเศร้า ไม่หงุดหงิด กลางคืนนอนหลับดี ตื่นมาทำงานได้ ผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “กินแล้วทำให้ไม่ไปใช้สารเสพติด” เมื่อถามถึงความรู้สึกที่ต้องกินยาตลอดชีวิต ผู้ป่วยทุกคนรับรู้ว่ายารักษาตนเองเป็นอยู่ต้องกินยาตลอดชีวิต สิ่งที่สะท้อนให้เห็น คือ การแสดงความรู้สึกของผู้ป่วยที่บอกว่า “รู้สึกเห็นใจต่อคนรอบข้างเกรงใจหมอ” ผู้ป่วยบางราย รู้สึกไม่ไหว “ถ้าพ่อตายก็เลิกกินยา” “รู้สึกเบื่อกินยา” ในขณะที่พบผู้ป่วยรายหนึ่ง “รู้สึกกลัวว่ากินยานานๆ แล้วจะเกิดโรคแทรกซ้อน” ส่วนการรับรู้ว่าการข้างเคียงที่เกิดจากการใช้ยา พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมี เช่น ง่วงนอน

เวียนหัว มึนหัว ลึนแข็ง ตัวสั้นๆ มีผื่นแดง ตามองไม่ชัด แต่เนื่องจาก การรักษาแต่ละครั้ง ผู้ป่วยได้รับยาไม่เหมือนกัน บางคนง่วงนอน อ่อนเพลีย ไม่สามารถทำงานได้เป็นต้น สาเหตุที่รับประทานยาไม่ครบ พบว่าเกิดจากความกลัว คือ กลัวยาหมด เนื่องจาก “หมอให้ยามาไม่เท่ากัน จำเป็นต้องแบ่งยาเก็บไว้เป็นยาด้วยอย่าง” สาเหตุของการไม่รับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง พบว่ากลัวติดยา กลัวเกิดอาการแทรกซ้อนจากการใช้ยา รองลงมา คือ ผู้ป่วยอยากทดลองว่าถ้าหยุดยาแล้วเป็นอย่างไร พบในรายที่หยุดยาเอง เนื่องจาก รู้สึกเบื่อกินยา กอปรกับ มีอาการแพ้ยา ทำให้ทำงานไม่ได้ มีผู้ป่วยรายหนึ่ง เล่าว่า “กินยาแล้วไม่ถูกกับยา ทำให้รู้สึกว่าการข้างเคียงของยาเวลาที่กินของสแลง เลยหยุดกินยา” จึงสรุปได้ว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยจิตเภทป่วยกลับเป็นซ้ำเกิดจาก ความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือการหยุดยาเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุณี นิธิพิบูลย์ และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ (2553) พบว่าความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม และผลของกระบวนการกลุ่มทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เรื่องยาจิตเวช ประโยชน์ของยาที่ตนเองกินอยู่ และรู้จักสังเกตอาการข้างเคียงของยาและถ้าหยุดยาจะมีอาการทางจิตกำเริบ และจากการศึกษาของ ผกัรัตน์ ถาวรวงษ์ และชลธิดา ลิ้มวงษ์ (2550) และกาญจนา เหมะรัตน์ เพลิน เสี่ยงโชคอยู่ อุนจิตร คุณารักษ์ และนิรมล ปะนะสุนา (2555) พบว่าการจัดการรายการในผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มความร่วมมือในการรับประทานยาจิตเวชและ

มีการป่วยกลับเป็นซ้ำลดลง

ด้านการรับรู้ การรักษายังอยู่ในโรงพยาบาล การบำบัดทางจิตสังคม ถือว่าเป็นการรักษาอย่างหนึ่ง สำหรับผู้ป่วยจิตเภท นั่นคือการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด เช่น กลุ่มกายบริหาร กลุ่มหยุดยาเสพติด กลุ่มเกษตร กลุ่มงานประดิษฐ์ กิจกรรมคลายเครียด โดยกิจกรรมดังกล่าวเน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของสมาชิกร่วมกันในกลุ่ม ซึ่งจากการศึกษาของ วรรณ รัตนภิรมย์ (2553) พบว่า การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดสามารถกระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการดูแลตนเองมากขึ้น ภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล

ด้านการรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือด้านสุขภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยไม่เคยรู้จักและไม่รู้ว่าจะไปขอรับความช่วยเหลือได้ที่ไหน ในรายที่รู้จักและเคยใช้บริการจากการใช้สิทธิบัตรประกันสุขภาพ ซึ่งชาวบ้านเรียกกันว่า “บัตรทอง หรือบัตรสามสิบบาท” พบเพียงผู้ป่วยรายเดียวที่ใช้ข้อมูลเอกสาร เมื่อได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล การช่วยเหลือด้านอื่นๆ จะขอความช่วยเหลือเมื่อยามจำเป็น คือ จากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่เรียกว่าอบบตอ (อบต). หรือบางครั้งก็เป็นผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน ให้พาส่งโรงพยาบาลเวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ด้านบุคลากรสาธารณสุขสุขเกี่ยวกับบริการเยี่ยมบ้าน พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับบริการ ในรายที่เคยได้รับ บริการ พบว่า มาพร้อมกับเจ้าหน้าที่อบบตอ ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่ผู้ป่วยมีอาการต้องพาส่งโรงพยาบาล ส่วนบริการจากอาสาสมัครสาธารณสุข ในรายที่ได้รับบริการมาเยี่ยมพูดคุย ด้านสวัสดิการด้านสุขภาพ ผู้ป่วยอยากให้มีสวัสดิการ เช่น การขึ้นทะเบียนผู้พิการ การมีกองทุนในหมู่บ้าน

ช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล การบริการลดรับส่งผู้ป่วยในพื้นที่ห่างไกล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนุชนาด ชัยเจริญ (2552) เกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท พบว่า Psycho education Family Intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความรู้และทัศนคติต่อโรคดีขึ้น การรับรู้ความสามารถตนเองและการสนับสนุนทางสังคมเพิ่มขึ้น ความรู้สึกเป็นภาระลดลงอัตราป่วยซ้ำและการเข้ารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยลดลง ความร่วมมือในการรักษาและด้านจิตสังคมเพิ่มขึ้น

2. ด้านการปฏิบัติตัว: ในการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท จะพบว่า ผู้ป่วยมีวิธีการดูแลตนเองที่เหมือนกัน คือ การรับประทานยาตามแพทย์สั่ง พร้อมกับการดูแลตนเอง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ช่วยเหลือทำงานบ้าน การพักผ่อน การออกกำลังกาย การนอนหลับพักผ่อน การปรับเปลี่ยนความคิดตนเอง การควบคุมอารมณ์ไม่หมกมุ่นเรื่องเพศ การไม่ใช้สารเสพติด การประกอบอาชีพ ทำงานสร้างรายได้ให้กับตนเอง ซึ่งอาชีพของผู้ป่วยส่วนใหญ่ คือ ทำประมง สวนยางพาราอาชีพรับจ้างเป็นต้น ส่วนวิธีการดูแลตนเองไม่ให้กลับไปนอนโรงพยาบาล คือ การรับประทานยาร่วมกับการออกกำลังกายเป็นสิ่งสำคัญ ส่วนผู้ป่วยชายบางรายบอกว่า “หลีกเลี่ยงสารเสพติดของมีนมมาดูแลตนเอง ทำจิตใจให้สงบ รู้จักผ่อนคลาย และที่สำคัญต้องทำจิตใจให้เข้มแข็ง” เมื่อกลับไปอยู่บ้านการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของแพทย์ พยาบาล พบว่า ผู้ป่วยให้ความสำคัญเกี่ยวกับการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง การเลิกดื่มกาแฟ สุรา สารเสพติด การพักผ่อนให้เพียงพอ ร่วมกับการทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ

และการออกกำลังกาย

ในส่วนของผู้ป่วยที่รู้สึกทุกข์ใจหรือไม่สบายใจ พบว่า ปัญหาไม่มีเงินใช้ ไม่มีงานทำ ปัญหากังวลเกี่ยวกับคนในครอบครัว ปัญหากลัวเพื่อนชวนไปใช้สารเสพติด เป็นต้น ซึ่งวิธีการแก้ปัญหา คือ การพูดคุยระบายความรู้สึกกับคนสนิท การผ่อนคลายตนเอง การเดินเล่นตามชายหาด บางคนใช้วิธีการแยกตัวไปอยู่คนเดียว ส่วนวิธีการทำให้ตนเองมีความสุข คือ การได้ทำกิจกรรมที่ตนเองชอบ มีผู้ป่วยรายหนึ่ง บอกว่า “ความสุข คือ ฝันอยากมีครอบครัวใหม่ แต่งงานใหม่” ส่วนผู้ป่วยอีกรายหนึ่งบอกว่า “ตัวเองจะมีความสุขก็ต่อเมื่อ มีงานทำ มีเงิน หุดยาเสพติดได้” จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ในเชิงบวก เกี่ยวกับพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองเพื่อไม่กลับไปป่วยซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเพชรี กันธสาขบว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา การแสดงอารมณ์ของครอบครัว ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและจากการศึกษาของนุชนาถ ชัยเจริญ (2552) พบว่า Multiple-Family Group Intervention ช่วยให้ครอบครัวมีความกดดันลดลง ลดอัตราป่วยซ้ำ ลดการเข้ารักษาในโรงพยาบาล และอาการทางจิตของผู้ป่วยดีขึ้น

การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาการเตือนก่อนที่โรคจะกำเริบ พบว่า ผู้ป่วยเคยมีอาการกำเริบ ทั้งทางด้านบวก และด้านลบผสมผสานกัน อาการเตือนที่พบ คือ มีอาการนอนไม่หลับ อารมณ์หงุดหงิด กระวนกระวาย อาการซึมแยกตัว

ไม่สนใจใคร ส่วนอาการกำเริบที่พบ คือ มีอาการหูแว่วได้ยินเสียงคนมาพูดข้างหู นอนไม่หลับ ฝันร้าย แยกตัว มีอารมณ์หงุดหงิด ทะเลาะกับคนในบ้าน มีผู้ป่วยชายรายหนึ่ง บอกว่า “อาการกำเริบของตนเองเกิดจากพฤติกรรมขโมย หยิบของคนอื่นไปโดยไม่รู้สึกตัว” และผู้ป่วยชายรายหนึ่งเล่าถึงอาการกำเริบของตนเองว่า “มีอาการร้อนวูบวาบตามตัวรู้สึกเหมือนอยากยาเสพติด” ซึ่งผู้ป่วยแต่ละคนจะมีวิธีการจัดการกับอาการกำเริบของตนเองแตกต่างกัน โดยใช้วิธีการรับประทานยาและการควบคุมตัวเอง ใช้วิธีไปมีสติละหมาดเพื่อล้างบาป ส่วนในรายที่อยากสารเสพติด ใช้วิธีควบคุมตัวเอง ทำจิตใจให้สงบ อาบน้ำเย็นๆ แล้วรีบไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิษฏกานต์ ชาญพิบูลพงศ์ (2555) พบว่า การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบซ้ำ ทำได้โดยการเตรียมความพร้อมของผู้ป่วยก่อนจำหน่าย การบำบัดเมื่อพบอาการนำและการแก้ปัญหาเมื่อเกิดอาการนำช่วยป้องกันการกำเริบและป่วยกลับเป็นซ้ำได้

ด้านการรับรู้เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ใช้สารเสพติด กลับพบว่า มีการดื่มกาแฟในปริมาณที่สูงเพื่อแก้แ้ว ส่วนผู้ป่วยชาย ที่ยอมรับว่าเคยใช้สารเสพติด เล่าว่า “ใช้สารเสพติดเพราะทำให้อารมณ์ตนเองดีขึ้น โดยเริ่มจากเพื่อนชวนให้สูบบุหรี่ตั้งแต่อายุสิบสามปี ต่อมาดื่มเบียร์ สุรา ยาแดง ใช้กัญชา ยาบ้า คมกาวสามเค และเครื่องดื่มชูกำลัง” ผลกระทบที่มีต่อร่างกาย จิตใจ ซึ่งผู้ป่วยรับรู้ ว่า สารเสพติดที่ใช้ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ประสาทเสีย คนที่บ้านและคนในชุมชนไม่ชอบ ซึ่งสอดคล้องกับ

การศึกษาของ สาวิตรี สุริยะฉาย เพ็ญพัศตร์ อุทิศ (2553) พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วม ภายหลังการเข้าร่วมกลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคองต่ำกว่า ก่อนเข้ากลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง

3. ด้านทัศนคติ: ความรู้สึกเมื่อทราบว่าตนเองป่วยด้วยโรคจิตเภท ผู้ป่วยรู้สึกกลัว คือกลัวอาการกำเริบของตนเอง บางคนรู้สึกสับสน อยากหายไม่อยากเป็น ในรายที่ปฏิเสธการเจ็บป่วยก็จะบอกว่า “มีด้วยหรือโรคแบบนี้ ไม่เข้าใจ ไม่รู้จักโรคนี้” แต่ถ้าถามถึงความรู้สึกว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท แล้วต้องนอนโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยทุกคนมีความรู้สึกกลัวที่ต้องนอนโรงพยาบาล กลัวหมอฉีดยา รู้สึกทุกข์ทรมานมากๆ รู้สึกเครียดจนบอกไม่ถูก รู้สึกอึดอัดไม่อยากไป รู้สึกไม่ชอบกฎระเบียบข้อบังคับ ในรายที่ปฏิเสธการเจ็บป่วย บอกว่า “โรคที่เป็นอยู่เกิดจากคนอื่นทำให้เครียด ไม่สบายใจ ไม่จำเป็นต้องไปนอนโรงพยาบาล” ส่วนความรู้สึกทุกข์ใจมากที่สุดเมื่อป่วยด้วยโรคจิตเภท คือ ช่วงเวลามีอาการกำเริบของโรคแล้วทำให้คนอื่นเดือดร้อน มีผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง เล่าว่า “รู้สึกอึดอัดช่วงเวลามีประจำเดือน” และผู้ป่วยชายรายหนึ่ง บอกว่า “รู้สึกเสียเวลาทำมาหากิน ต้องขอเงินพ่อแม่ ไม่มีเงินใช้ ไม่มีงานทำ” เป็นต้น ส่วนการแสดงความรู้สึก ทำที่ ของคนในครอบครัวต่อป่วยเป็นโรคจิตเภท มีการรับรู้แสดงออกในเชิงบวก กับคือรู้ว่าคนในครอบครัวเข้าใจในตัวผู้ป่วยดี สังเกตจากการพูดคุยให้กำลังใจอยู่เสมอ มีผู้ป่วยชายรายหนึ่งเล่าถึงลูกสาวของตนเองว่า “เมื่อรู้ว่าพ่อป่วยเป็นโรคจิตเภทไปหาหนังสือเรื่องโรคจิตเภทมาอ่านให้ฟัง” ส่วนการแสดงออกในทางลบ รับรู้ได้จากของ

คนในบ้าน โดยผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง เล่าว่า “แม่จะโมโหและหวาดเสียวดังเวลาถูกป่วยและมีอาการกำเริบก็จะเยี่ยวใส่ผ้า ในบางครั้งก็สังเกตเห็นแม่บ่นว่ารู้สึกท้อใจเพราะมีคนป่วยในบ้านถึงสองคน คือ ผู้ป่วยและพี่ชาย” นอกจากนั้น การแสดงออกในทางไม่ชอบพอเล็ง เนื่องจากเคยมีปากเสียงกันมาก่อน แต่แม่ดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วยดี ในส่วนของผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว พบว่า คนในครอบครัวรู้สึกเหนื่อยเวลาผู้ป่วยมีอาการกำเริบ แต่ทุกคนก็ช่วยเหลือโดยไม่เคยบ่น มีผู้ป่วยรายหนึ่ง ที่คิดในแง่บวก คือ “ไม่คิดว่าเกิดผลกระทบ เพราะเวลาที่ตนเองป่วยนั้นจะมีแม่กับลูกสาวคอยดูแลตลอด” ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการเจ็บป่วยของโรคที่ป่วยเรื้อรังเป็นระยะเวลานาน ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการปรับตัวและดูแลเอาใจใส่ดี (นวลลักษณ์ บุระะกิติ, 2548) ส่วนคนในชุมชนมีการแสดงความรู้สึกหรือทำที่ต่อผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีการรับรู้ในเชิงบวก คือ เข้าใจว่า คนในชุมชน ยอมรับ เข้าใจ และเห็นใจผู้ป่วย บางคนตั้งชื่อหรือฉายาให้ใหม่ ซึ่งผู้ป่วยหญิงรายหนึ่ง เล่าว่า “คนในชุมชนมักเรียกฉันว่า เจ้านาย ไม่สบาย บางทีก็เรียก (ชื่อเล่นผู้ป่วย) บ้า ฉันรู้สึกชอบไม่โกรธเขาหรอก” บางคนรู้สึกเฉยๆ ไม่พูดว่าอะไร มีเพียงผู้ป่วยชายรายหนึ่ง เล่าว่า “ตนเองรับรู้ถึงความรู้สึกของผู้ใหญ่ ว่ารู้สึกเสียใจและเสียใจในตัวผมที่ต้องกลายเป็นคนป่วย เพราะไปคบกับคนไม่ดี แต่พอรักษาแล้วอาการดีขึ้นก็ยอมรับได้ ยังมีแค่เพียง กลุ่มเด็กในหมู่บ้านที่รู้สึกกลัวผม เพราะพอเวลาเห็นหน้าแล้วจะขวนขว้างหนี” เป็นต้น ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การพูดคุยหยอกล้อ การล้อเลียน หรือความรู้สึกกลัวผู้ป่วยเวลาอาศัยอยู่ในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงตราบาป

ที่เกิดขึ้นกับตนเอง การมองตัวเองในอนาคต หรือ เป้าหมายในชีวิต เมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ป่วย ส่วนใหญ่ มีการมองตนเองในเชิงบวก คือ อยากมีครอบครัวใหม่หรือแต่งงานใหม่ อยากมีงานทำจะได้มีเงินใช้ ฝันอยากให้ลูกเรียนสูงๆ จะได้มีงานทำตนเองรู้สึกภาคภูมิใจ ซึ่งจากการศึกษาของ วรรณษา จำปาศรี และเพ็ญญา แดงด้อมยุทธ์ (2555) พบว่า การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการบำบัดด้วยกลุ่มจิตบำบัดประคับประคอง ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติแสดงว่ามีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทเรียนรู้สถานการณ์ และพัฒนาตนเองให้มีความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าของตนเอง มีความหวัง มีกำลังใจที่จะเผชิญปัญหาปรับตัวกับสังคม

4. ด้านความสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว: ผู้ที่รับผิดชอบเป็นผู้ดูแลหลักเกี่ยวข้อง เป็น บิดามารดาบุตรสาว ภรรยาและน้องชาย โดยดูแลเรื่องการรับประทานยา การประกอบอาหาร การพูดคุยให้กำลังใจ สอนไม่ให้ไปยุ่งเกี่ยวกับ ยาเสพติด พาไปพบแพทย์ตามนัดและหางานให้ทำ ส่วนการปฏิบัติของคนในครอบครัวที่ทำให้ผู้ป่วย ไขว้ใจมากที่สุด คือ บิดา-มารดาดูแลให้รับประทาน ยา ทำกับข้าวให้กิน ยายดูแลพูดคุยให้กำลังใจ คอย สวดมนต์ภาวนาขอให้ผู้ป่วยหายและไปเยี่ยมเวลา นอนโรงพยาบาล น้องชายพาไปทำงานด้วย ลูกสาว พุดให้กำลังใจทุกวันถ้าดีใจก็จะเข้าไปกอดลูก ส่วนคนอื่นๆ ช่วยพาไปโรงพยาบาลเวลามีอาการ กำเริบ ด้านกำลังใจผู้ป่วยได้รับจากญาติผู้ดูแลหลัก เนื่องจากคอยดูแลช่วยเหลือทุกเรื่อง นอกจากนั้น บุคลากรสาธารณสุข ที่คอยให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาโรคที่ทำให้ผู้ป่วยหาย และกำลังใจ ที่ได้รับจากคนในชุมชน พบว่า การพูดคุยชมเชย ซึ่ง

ผู้ป่วยหญิงรายหนึ่งเล่าว่า “กินยาแล้วหน้าตาสวย” และผู้ป่วยชายรายหนึ่งเล่าว่า “พอเลิกใช้สารเสพติด แล้วบอกว่าดี” ชาวบ้านบางคนชวนผู้ป่วยไป สมัครเป็นนักร้องเมืองท้องถิ่นในหมู่บ้าน เป็นต้น นอกจากนั้น การที่ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกิจกรรม ของครอบครัว เช่น การทำกับข้าวและกินข้าวร่วมกัน การเกื้อกูลซึ่งกันและกัน โดยผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า “เวลาทำงานหาเงินมาได้ก็นำเงินมารวมกันเพื่อ ไปซื้อข้าวสารมาหุงกินกัน” “การช่วยเหลือทำงาน บ้านเล็กๆน้อยๆ เช่นหุงข้าว ล้างจาน ซักผ้า” การ ทำบุญช่วงวันเทศกาลวันสำคัญทางศาสนา เช่น ตรุษจีน เสงเม้ง การถือศีลอดวันอาทิตย์ นอกจาก นั้น คนในชุมชนชวนผู้ป่วยไปร่วมกิจกรรม เช่น ชวนไปทำขนม ชวนไปละหมาดที่มัสยิด ชวนไป ช่วยงานบุญของเพื่อนบ้าน ไปร่วมกิจกรรมที่วัด เวลาเทศกาลวันสำคัญทางศาสนา เป็นต้น

ด้านการแสดงออกด้วยคำพูดของคนใน ครอบครัว พบว่า ผู้ป่วยชอบคำพูดที่ทำให้รู้สึกดี เช่น คำพูดให้กำลังใจ พุดให้ฟังเกี่ยวกับความรู้ เรื่องโรคที่ป่วย และพุดให้ส่งสารตัวเองอย่าไปใช้ สารเสพติด ส่วนคำพูดที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่ดี เช่น พุดคำหยาบ พุดเสียงดัง พุดให้หงุดหงิดใจ พุดเรื่อง ยืมเงิน เป็นต้น ด้านความขัดแย้ง ทะเลาะวิวาท หรือใช้ความรุนแรงต่อกัน พบว่า ผู้ป่วยทุกคนเคย ทะเลาะวิวาทกับคนในครอบครัวแต่เป็นเหตุการณ์ ที่ไม่รุนแรง ผู้ป่วยรายหนึ่ง เล่าว่า “เคยทะเลาะกับ พี่ชายเรื่องขอตั้งค้แม่ เวลาอารมณ์ดีก็ไม่เป็นไร แต่ถ้าอารมณ์เขาไม่ดีเขาก็ว่า เนื่องจากพี่ชายเคยมี อาการป่วยเป็นโรคทางจิตเวชเหมือนกัน แต่ไม่ได้ รับการรักษาต่อเนื่อง จึงไม่พอใจที่เห็นผู้ป่วยใช้ เงินเปลือง” ส่วนผู้ป่วยชายรายหนึ่ง ทะเลาะกับ น้องชาย เพราะอารมณ์ร้อน เล่าว่า “ตอนนั้นเรา

กินข้าวแล้วมันเหลือนิดๆในชาม เราเทให้ไก่ น้อยชายต่อว่าทำไมเทข้าวทิ้ง แล้วเราโมโห บอกว่า กินไม่เพื่อสัตว์” และ ผู้ป่วยรายหนึ่ง เล่าว่า “มีเรื่องทะเลาะวิวาทกับบิดามีการใช้วาจาที่รุนแรง เป็นเรื่องเกี่ยวกับอาการหลงผิดของตนเอง คิดว่า พ่อมาเอาผู้หญิงของตัวเองไปเป็นเมีย” เป็นต้น ซึ่งจะเห็นได้ว่า การแสดงออกในเชิงพฤติกรรม ของผู้ป่วยสื่อให้ถึงอาการทางจิต ซึ่งญาติผู้ดูแลต้องสังเกตและแปลความหมายให้ตรงกัน ดังนั้นญาติจึงต้องมีภาวะทางอารมณ์พอสมควรในการแสดงคำพูด หรืออารมณ์ที่แสดงออกไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นวลลักษณ์ บุรณะกิติ (2548) พบว่า ปัจจัยจากญาติขาดการดูแลเอาใจใส่ และสมาชิกในครอบครัวที่มีอาการป่วยทางจิต ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทป่วยกลับเป็นซ้ำได้ และนาถนาวงษ์ศิลป์ (2555) พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกหรือบุคคลในครอบครัวมีผลกระทบต่อการป่วยกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

ข้อเสนอแนะ

1. การรับรู้ต่อการเจ็บป่วย การปฏิบัติตัวทัศนคติ และความสัมพันธ์ของครอบครัว ของผู้ป่วย มีอิทธิพลต่อการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท ก่อให้เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคได้ การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมกลุ่มในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนจำหน่ายจากโรงพยาบาล ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพร้อมก่อนกลับไปอยู่ที่บ้านได้

2. ควรมีการพัฒนากิจกรรมหรือโปรแกรมกลุ่มบำบัด เช่นการให้สุขภาพจิตศึกษา การให้คำปรึกษาครอบครัว ในกรณีที่มีการทะเลาะวิวาท

ที่รุนแรงระหว่างบุคคลในครอบครัว และการสนับสนุนให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการทำครอบครัวบำบัดเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเกิดทัศนคติที่ดีต่อกัน นอกจากนี้ควรมีการพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยที่มีอยู่ให้สามารถดูแลตนเองได้ มีอาชีพ หารายได้เป็นของตนเอง เพื่อใช้ในชีวิตประจำวัน อันส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง

3. การใช้สารเสพติด เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ การสอนให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ รู้จักทักษะการปฏิเสธ เพื่อใช้ในดูแลตนเองไม่กลับไปเสพยา

4. ในการศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาโปรแกรมหรือกิจกรรมที่ใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมก่อนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.วันดี สุทธรังษี คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ซึ่งเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาโครงการวิจัย และให้การสนับสนุนด้านวิชาการในการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขที่สนับสนุนงบประมาณในการศึกษาวิจัย และที่สำคัญ ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยจิตเภททุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาคูณค่าและประโยชน์อันเกิดจากการศึกษานี้ที่ขอมอบแด่กลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล และทีมสหวิชาชีพทุกท่านที่มีเมตตาริฉินในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททุกคน

เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต. (ม.ป.พ.). *ตารางแสดงจำนวนและอัตราผู้ป่วยสุขภาพจิตต่อประชากร 100,000 คน ปีพ.ศ. 2540-2550*, สืบค้นเมื่อ 5 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.plan.dmh.go.th/FormRptDmh/view.asp?id=125>

กาญจนา เหมะรัตน์, เพลิน เสียงโซ่อยู่, อุณจิตร์ คุณารักษ์ และนิรมล ปะนะสุนา. (2555). ผลของการจัดการรายกรณีในผู้ป่วยจิตเภทต่อความร่วมมือในการรับประทานยาและการป่วยซ้ำ. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 63-73.

นวลลักษณ์ บุระเกติ. (2548). *การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำ และผลของการใช้การสังคมสงเคราะห์จิตเวชที่มีต่อพฤติกรรมแยกตนเองของผู้ป่วยจิตเภท*. โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์, กรมสุขภาพจิต.

นาถนภา วงษ์สีล. (2555). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยและไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทไทยมุสลิม*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

นิษฐกานต์ ธัญญพิบูลพงศ์. (2555). *การประเมินอาการนำก่อนอาการกำเริบในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชบัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

นุชนาถ ชัยเจริญ. (2552). *การสังเคราะห์งานวิจัยเกี่ยวกับการช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วย*

จิตเภท. สารนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

ผการัตน์ ถาวรวงศ์ และชลธิชา สิมะวงศ์. (2550). กรณีศึกษา: ผลของการจัดการรายกรณีต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา และการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลสวนปรุง. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 21(2), 54-64.

พิกุล เจริญสุกุลทรัพย์, สิรินาฏ รัชฎาภาส, จามจุรี อุดรสาร, และอัจฉริยาภรณ์ สุพิชญ์. (2551). *การพัฒนาระบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์*. สืบค้นเมื่อ 7 มิถุนายน 2554, จาก <http://www.jvkk.go.th/research/qresearch.asp?code=0102350>

เพชร คันธสายบัว. (2544). *การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตบัณฑิตวิทยาลัย, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

เพชร คันธสายบัว. (2548). *การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท*. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 19(1), 1-9.

มานิต ศรีสุรภานนท์และจำลอง ดิษยวณิช. (2542). *ตำราจิตเวชศาสตร์*. เชียงใหม่: แสงศิลป์การพิมพ์.

มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์. (2555). *จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. (2543). *สุขภาพจิตและพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล*. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล
- ยุพรัตน์ คุณรัตน์. (2544). *ปัจจัยเสี่ยงของการกลับมารักษาซ้ำภายในระยะ 3 เดือนของผู้ป่วยในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์, กรมสุขภาพจิต, กระทรวงสาธารณสุข, ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 7 ปี 2544 “ความสุขที่พอเพียง”* หน้า 99. กรุงเทพฯ.
- วรรณรัตน์ภิรมย์. (2553). *การส่งเสริมความหวังในผู้ป่วยจิตเภท: การพยาบาลตามหลักฐานเชิงประจักษ์*. สารนิพนธ์การศึกษาลัทธิศรัทธา ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณษา จำปาศรี เพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2555). ผลของการใช้กลุ่มจิตบำบัดประคับประคองต่อการรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 51-62.
- เวนิช บุราชนินทร์ เพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 25(3), 24-37.
- สมจิตต์ ลูประสงค์ และวาสนา เหล่าคงธรรม. (2551). ผลของการให้คำปรึกษาต่อความร่วมมือในการรักษาความรู้เรื่องโรค และการรักษา การแสดงออกของอารมณ์ในครอบครัวต่อผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 22(2), 53-67.
- สาวตรี สุริยะฉาย และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ. (2553). การศึกษาใช้จิตบำบัดประคับประคองแบบกลุ่มต่อภาวะซึมเศร้า ในผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติดร่วมโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 202-217.
- สุณี นิมิพิบูลย์และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2553). ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาที่เน้นกระบวนการกลุ่มต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 24(1), 218-230.
- โสธยา สุภโรจน์ และเพ็ญญา แดงค้อมยุทธ. (2555). ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อพฤติกรรมป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, 26(2), 41-50.
- อภิญาเจริญน้ำ. (2551). *ประสบการณ์ด้านจิตใจของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาจิตวิทยาการศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- Bimerew, M. S., Sonn, F. C., & Kortenbout, W. P. (2007). Substance abuse and the risk of readmission of people with schizophrenia at Amanuel Psychiatric Hospital, Ethiopia. *Curationis*, 30(2), 74-81.
- Chulakadabba, S. (1999). The Study of Risk Factors for Re-Admission in Schizophrenic Patients at Siriraj Hospital 1992-1996.

- Siriraj Hospital Gazette*, 51, 358-365.
- Crismon, M. L., & Buckley, P. F. (2005). Schizophrenia. In: J. T. Dipro., et al. (Eds.), *Pharmacotherapy: A pathophysiologic approach* (6th ed., pp. 1209–33). Stamford, CT: McGraw-Hill.
- Fathy, S., El-Gamal, M., El-Tayebani, M., Abdel, A. K., & Sadek, A. (2006). Predictors of re-admission of schizophrenia patients. *Bulletin of Alexandria Faculty of Medicine*, 42(3).
- Gelder, M., Mayou, R., & Geddes, J. (1999). *Psychiatry* (2nd ed.). (pp. 159-83). Oxford: Oxford University Press.
- Kongsakon, R., & Kanchanatawan, B. (2007). Cost analysis of treatment for schizophrenic patients in social security scheme, Thailand. *ASEAN Journal of Psychiatry*, 8(2), 118-123.
- National Institute of Mental Health. (2007). *Schizophrenia*. [online]. Retrieved February 23, 2007, from National Institute of Mental Health website: <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizosph.cfm>
- Nirma, C. S., Diego, G. B., & Lilian, S. P. (2009). A Case-Control Study of Factors Associated With Multiple Psychiatric Readmissions. *Psychiatric Services*, 60, 786-791.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. (2007). *Synopsis of psychiatry* (10th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Warner, R., & Girolamo, G. (1995). *Schizophrenia*. (pp.1-16). Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization. (2007). *Schizophrenia*. Retrieved November 3, 2011, from http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/
- Yoshimasu, K., Kiyohara, C., & Kazutaka, O. (2002). Efficacy of day care treatment against readmission in patients with schizophrenia: A comparison between out-patients with and without day care treatment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 56, 397-401.