# บทความวิจัย (Research article)

## ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

## Lived Experiences of Primary Caregivers in Preventing Relapse of the Disease in Schizophrenia Patients

**วิลาวัณย์ กล้าแรง[1]*, อารยา จิรมนัสวงศ์[1], พยอม ตัณฑจรรยา[2], ธัญดา อินเงิน[3], ณัชชา พลวงงาม[2], รุจิสรร สุระถาวร[1]**

**Wilawan Klaraeng[1]*, Araya Jiramanasawong[1], Payom Tantajanya[2], Tanyada Inngern[3], Natcha Pluangngam[2], Rujisan Surataworn[1]**

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: wilawan@bcnsurin.ac.th; โทรศัพท์ 086-8768138)

(Received: September 20, 2022; Revised: December 27, 2022; Accepted: December 27, 2022)

**บทคัดย่อ**

การวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ให้ข้อมูลคือ ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกแบบเจาะจง ตามคุณสมบัติ ดังนี้ 1) เป็นญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุ 30 ปีขึ้นไป 3) ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาการดีไม่เข้ารับการรักษาซ้ำเกิน 5 ปี 4) มีประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ 5) มีอาชีพที่มีรายได้เพียงพอ 6) มีทัศนคติเชิงบวก จำนวน 12 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ตามแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้างจนได้ข้อมูลอิ่มตัว วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาเพื่อพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า ประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ 1) ดูแลด้วยจิตกุศลให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ ไม่ขาดยาไม่ป่วยซ้ำเป็นความสำเร็จ 2) อุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จคือ ผู้ดูแลไม่มีวิธีจัดการผู้ป่วยและเครียด 3) ผ่านอุปสรรคมาได้ เพราะมีตัวช่วยและกำลังใจที่ดี และ 4) เมตตาผู้ป่วยจิตเภท และให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็น

ทีมสุขภาพจิต องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรนำผลวิจัยไปพัฒนาผู้ดูแลหลักให้ดีขึ้น และควรวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้กำเริบซ้ำ

**คำสำคัญ**: ประสบการณ์ชีวิต, โรคจิตเภท, ผู้ดูแลหลัก

---

1 อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข
Instructer, Boromarajonani College of Nursing, Surin, Faculty of Nursing, Praboromarajchanok Institute Ministry of Public Health

2 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลสุรินทร์
Registered Nurse (Professional Level), Surin Hospital

3 พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสลักได
Registered Nurse (Professional Level), Salakdai Sub-district Health Promoting Hospital

## Abstract

This descriptive qualitative research aims to study the life experiences of primary caregivers in recurrence prevention care for schizophrenic patients. The information providers are the primary caregivers of a schizophrenic patient who was previously treated at Surin Hospital. There were 12 people purportedly selected according to the following inclusion criteria: 1) living with the patient in the same houses; 2) being at aged 30 years and over; 3) taking care of schizophrenic patients in good conditions and did not receive repeated treatment for more than 5 years; 4) had life experiences that helped the patient not to get relapsed; 5) earing sufficient career income; 6) having positive attitudes. Data have been collected through in-depth interviews, following the semi-structured interview approach. When the information was saturated, the data have been analyzed by descriptive content analysis.

The results show that the life experiences of primary caregivers that help prevent relapse, or vice versa, in schizophrenic patients, consist of 1) factors of success come from taking care of the patients with kindness and generosity so that they have chances to show their potential, not withdrawing the medicines and not getting sick repeatedly 2) on the contrary, an obstacle of success occurs in cases that the caregivers do not have a way to manage patients and getting stress themselves. 3) sincere help and supportive encouragement from others bring the caregivers to get through many obstacles., and 4) provide kindliness and assistance as needed

Mental health teams and local governments should apply the research results to develop better caregivers. Research on a model or program to develop caregiver skills for schizophrenic patients to prevent relapses should be continually done.

**Keywords**: Lived experiences, Schizophrenia, Primary caregivers

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน เพราะผู้ป่วยมีความผิดปกติทางความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ทำให้รักษาให้หายขาดได้ยาก และแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบ แต่ก็สามารถเกิดการกลับมาเป็นซ้ำได้ (สุดาพร สถิตยุทธการ, 2559) จากสถิติผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมทั้งผู้ป่วยใหม่และกลับเป็นซ้ำ ระหว่างปีงบประมาณ 2562 - 2564 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี คือ 273,817 ราย, 283,065 ราย และ 284,273 ราย ตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2565) การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาสำคัญ ทำให้เกิดความผิดปกติของสมอง และมีอาการทางจิตรุนแรงได้

ง่าย (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2558) เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ขาดแรงจูงใจในการรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา มีความพร่องทางเศรษฐกิจ ใช้สารเสพติด ต้องเผชิญกับการถูกด้อยค่า ถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนเมื่อมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ถูกสังคมตีตราโดยการรังเกียจและซ้ำเติมผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น มีการพกพาอาวุธไว้กับตัว การทำร้ายผู้อื่นเพราะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด เป็นต้น (ปนิดา พุ่มพุทธ และ ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ, 2564) ส่งผลต่อการตอบสนองต่อการรักษาและการฟื้นหาย ก่อให้เกิดพฤติกรรมรุนแรงและการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยได้ นอกจากนี้ ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวโดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกเป็นภาระการดูแลของครอบครัว รวมทั้งยังทำให้เกิดการสูญเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาที่นับเป็นมูลค่ามหาศาลในแต่ละปีของประเทศ (สุดาพร สถิตยุทธการ, 2559)

จากการทบทวนวรรณกรรมสาเหตุของการกลับเป็นซ้ำพบว่า เกิดจากความไม่ร่วมมือในการรักษาและการรับประทานยา และมีการใช้สารเสพติด (สุดาพร สถิตยุทธการ, 2559) อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยจิตเภทจัดเป็นกลุ่มเปราะบางและมีความสามารถในการจัดการตนเองน้อย จึงจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ดูแลในการจัดการกับปัญหาข้างต้น จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักต่อการรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรกจะรู้สึกกังวลใจในระดับสูง เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท แต่ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์ในการดูแลมานาน จะควบคุมความกังวลได้ดี มีความเข้าใจพฤติกรรมและอารมณ์ผู้ป่วย มีวิธีในการสื่อสารที่เหมาะสม และเรียนรู้วิธีจัดการที่จะลดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ได้ดี (ทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ, 2563) ชี้ให้เห็นว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักส่งผลเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยอาศัยความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของครอบครัว การชื่นชม การให้ความรัก และความเห็นอกเห็นใจกับผู้ป่วย รวมทั้ง ความรู้และทักษะความมั่นใจในตนเอง วุฒิภาวะ และการยอมรับของผู้ดูแล (Shiraishi & Reilly, 2019) ครอบครัวจะต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยรับประทานยารักษาอาการทางจิตอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ร่วมกับช่วยเหลือติดต่อกับเพื่อนบ้านเพื่อให้เข้าใจในโรคที่ผู้ป่วยเป็น และทราบข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมจากบุคลากรทางการแพทย์ หรือแหล่งช่วยเหลือทางสังคมเมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น (สุดาพร สถิตยุทธการ, 2559) ผู้ดูแลหลักที่มีประสบการณ์ชีวิตในการเผชิญและจัดการกับปัญหาทุกสิ่งโดยตรง ความสำเร็จจากการดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาและการสื่อสารกับเพื่อนบ้านให้เข้าใจจนผู้ป่วยอาการดีขึ้นไม่ป่วยซ้ำ สะท้อนความเป็นผู้ดูแลที่มีความรู้ความเข้าใจผู้ป่วย เข้าใจโรค และยาทางจิตเวช มีความสามารถในการดูแลอย่างเหมาะสม มีทัศนคติและปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับบุคคลในครอบครัว มีการแสดงออกทางอารมณ์เหมาะสม มีความเข้าใจไม่กล่าวตำหนิผู้ป่วย ถึงแม้บางครั้งพฤติกรรมผู้ป่วยทำให้เกิดความยุ่งยากใจกับญาติและผู้ใกล้ชิด แต่ความเข้าใจช่วยให้ยอมรับ และสามารถจัดการได้เหมาะสม เผชิญได้อย่างเข้มแข็ง

จากสถานการณ์การกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและการทบทวนวรรณกรรมที่สะท้อนบทบาทสำคัญของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยและคณะซึ่งปฏิบัติร่วมกับกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์ ซึ่งพบว่าในระหว่างปี 2561-2565 มีอัตราผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน ร้อยละ 3.75, 2.66, 4.75 และ 5.69 ตามลำดับ เป็นการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและเกินเป้าหมาย ร้อยละ 5 ซึ่งกลุ่มงานจิตเวชกำหนดขึ้นเพื่อวางแผนให้เป็นไปตามเกณฑ์ที่กองการพยาบาลกำหนดให้อัตราการป่วยซ้ำลดลง

ร้อยละ 10 ของทุกปี (กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์, 2565) ดังนั้น การศึกษาจากประสบการณ์ของบุคคลสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น ไม่ป่วยซ้ำ ก็คือผู้ดูแล โดยเฉพาะผู้ดูแลหลัก (primary care giver) ว่าพวกเขาได้ทำอะไร และอย่างไรบ้าง จนสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ป่วยซ้ำได้สำเร็จ การที่จะได้ข้อมูลสำคัญเหล่านี้ ต้องใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก อันจะนำสู่การได้ต้นแบบการดูแลและพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้เหมาะสมมากขึ้น ลดอัตราการป่วยซ้ำก่อเกิดเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และสังคมสืบไป

## วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลัก ในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพแบบพรรณนา (descriptive qualitative research) มีวิธีดำเนินการวิจัยรายละเอียด ดังนี้

**ผู้ให้ข้อมูลหลัก** เป็นผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลสุรินทร์ คัดเลือกแบบเจาะจง (purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก ดังนี้ 1) เป็นญาติที่อาศัยอยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วย 2) อายุ 30 ปีขึ้นไป 3) ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอาการดีไม่เข้ารับการรักษาซ้ำเกิน 5 ปีขึ้นไป 4) มีประสบการณ์ชีวิตที่ช่วยให้ผู้ป่วยไม่กลับเป็นซ้ำ 5) มีอาชีพที่มีรายได้เพียงพอ 6) มีทัศนคติเชิงบวก ดำเนินการสัมภาษณ์จนกว่าจะได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถให้ข้อสรุปที่ชัดเจนจนกระทั่งข้อมูลอิ่มตัวเพียงพอที่จะอธิบายประสบการณ์ผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยจิตเภทได้ จำนวนทั้งสิ้น 12 คน

**เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัย**

เป็นแนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วยคำถามปลายเปิด ยืดหยุ่นสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In–depth interview) มีข้อคำถามหลัก จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ 1) แต่ละวันท่านจะต้องทำอะไรบ้าง/ท่านดูแลคุณ.. อย่างไรบ้าง/ ท่านรู้สึกอย่างไรที่ต้องดูแล....ที่ป่วยเป็นจิตเภท/ มีกิจกรรมที่ต้องทำร่วมกันอะไรบ้าง และผลการดูแลเป็นอย่างไร 2) ท่านทำอย่างไร คุณ..จึงไม่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำ/ มีวิธีการดูแลอย่างไรบ้าง / คิดว่าเพราะอะไรคุณ..จึงอาการดีขึ้น 3) มีปัญหาหรืออุปสรรคอย่างไรบ้าง/ ทำอย่างไรถึงผ่านมาได้ 4) หากท่านมีโอกาสท่านจะบอกเล่าประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของท่านอย่างไรบ้าง 5) ท่านอยากบอกกับสังคมหรือชุมชนให้เข้าใจผู้ป่วยจิตเภทในเรื่องใด 6) ท่านต้องการการสนับสนุน/ช่วยเหลือจากองค์กรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องใดบ้าง เพราะเหตุใด โดยข้อคำถามย่อยอาจเกิดขึ้นขณะเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อให้สัมภาษณ์ต่อเนื่องจนได้ข้อมูลเชิงลึกที่สามารถพรรณนาประสบการณ์ชีวิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ข้อสรุปชัดเจนเพียงพอ

แนวทางการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช 1 ท่าน และอาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวชและการวิจัยเชิงคุณภาพ 1 ท่าน นำไปทดลองใช้แนว

ทางการสัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ราย นำมาปรับปรุงแนวคำถามให้เหมาะสมก่อนเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูลจริงกับผู้ให้ข้อมูลหลัก

**วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล** ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง มีรายละเอียด ดังนี้

1. ประชุมเตรียมความพร้อมคณะวิจัยในการดำเนินการสัมภาษณ์และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการทบทวนวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย และหลักการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก หัวหน้าทีมวิจัยทำหน้าที่เป็นผู้สัมภาษณ์หลัก เก็บข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตลักษณะการดูแลช่วยเหลือ และการสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ และพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (non-participant observation) การบันทึกเสียง โดยผู้วิจัยขออนุญาตผู้ให้ข้อมูลหลักก่อนดำเนินการบันทึกเสียง ทั้งนี้ จะทำการปกป้องผู้ให้ข้อมูลโดยไม่มีการบันทึกชื่อผู้ให้ข้อมูลและยึดหลักการตัดสินใจของผู้ให้ข้อมูล สามารถออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยจะไม่มีผลต่อการดำเนินชีวิตและสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับ

2. ดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2564 สถานที่ดำเนินการวิจัยคือบ้านผู้ดูแลหลัก ตามขั้นตอน ดังนี้

2.1 สร้างสัมพันธภาพโดยการทักทายแนะนำตัวเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลหลักไว้วางใจ

2.2 แจ้งจุดประสงค์ รายละเอียดการวิจัย การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล เมื่อมีความเข้าใจและยินดีแล้วให้ลงนามยินยอมร่วมวิจัยก่อน แล้วจึงดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึกเสมือนเป็นการสนทนาในชีวิตประจำวัน ตามแบบสัมภาษณ์ที่มีแนวคำถามกึ่งโครงสร้างเกี่ยวกับประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยจะใช้เวลา 45-60 นาที

2.3 ระหว่างดำเนินการวิจัยหากผู้ถูกวิจัยมีความรู้สึกอึดอัด เศร้าหรืออารมณ์ผิดปกติผู้วิจัยจะหยุดการสัมภาษณ์ทันที เพื่อดูแลให้ความช่วยเหลือก่อน และจะกลับมาสัมภาษณ์ใหม่อีกเมื่อผู้ถูกวิจัยยินดีให้ข้อมูลต่อและมีความพร้อม โดยจะย้อนกลับมาสัมภาษณ์เพิ่มอีกจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ชัดเจนครบถ้วน

**การวิเคราะห์ข้อมูล**

1. ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่มาจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่แตกต่างกันได้แก่ ข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตลักษณะการดูแลช่วยเหลือและการสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง และวิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน (methodological triangulation) โดยผู้วิจัยวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลเรื่องเดียวกันที่ได้จากวิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธี เพื่อยืนยันตรวจสอบกันและเพิ่มเติมความสมบูรณ์ครบถ้วน ได้แก่ การสังเกต การสัมภาษณ์ และข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร (ชาย โพธิสิตา, 2562)

2. ผู้วิจัยนำข้อมูลมาจัดระเบียบเนื้อหาของข้อมูล (data organizing) และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลภาคสนาม (Field note) การวิเคราะห์จำแนกประเภทข้อมูล (typological analysis) การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) ดังนี้ (ชาย โพธิสิตา, 2562)

2.1 การจัดการข้อมูล (data management) จัดระเบียบข้อมูล ใส่รหัสของข้อมูล

2.2 แสดงข้อมูล(data display) กำหนดประเด็นสำคัญ (main theme) รายละเอียดประเด็นสำคัญ (sub theme)

2.3 อธิบายข้อมูลหรือข้อค้นพบ (data explanation) ตรวจสอบคำอธิบายหรือแนวคิดข้อค้นพบที่ได้ ดูหลักฐานให้เพียงพอ กำจัดข้อมูลหรือสร้างข้อสรุปชั่วคราว

2.4 สร้างบทสรุป และเขียนบันทึก โดยกระทำการวิเคราะห์ข้อมูลไปพร้อมกับการเก็บข้อมูล

2.5 พิสูจน์ความน่าเชื่อถือของผลการวิเคราะห์ โดยจัดหมวดหมู่เนื้อหาพิจารณาตรวจสอบความเป็นตัวแทนที่ดีของข้อมูลว่าข้อมูลที่เก็บได้มาจากผู้ดูแลหลักตามเกณฑ์การคัดเข้า ข้อมูลจากการสังเกตสถานการณ์ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้ให้ข้อมูลทั่วไป ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสังเกตลักษณะการดูแลช่วยเหลือและการสัมภาษณ์จากผู้ที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากที่ผู้วิจัยได้บทสรุปที่ผ่านการพิสูจน์ความน่าเชื่อถือแล้วนำข้อสรุปที่ได้มาเรียบเรียง และนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

## การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเองโดยคำนึงถึงหลักจริยธรรม และผ่านการอบรมหลักสูตรจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์เบื้องต้น จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ซึ่งจัดโดยสถาบันวิจัยแห่งชาติ (วช.) และได้เสนอโครงการวิจัยประสบการณ์ชีวิตของผู้ดูแลหลักในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อขอรับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์ รหัส P-EC 06-03-64 วันที่ 5 สิงหาคม 2564 โดยผู้วิจัยจะดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล 4) การเก็บรักษาเป็นความลับ 5) การนำเสนอผลวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการรับบริการของผู้ให้ข้อมูล และจะทำลายข้อมูลทั้งหมดภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

## ผลการวิจัย

ผู้ดูแลหลักผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 12 คน เป็นชาย 2 คน หญิง 10 คน อายุระหว่าง 54-82 ปี อาศัยอยู่กับผู้ป่วยจิตเภท โดยมีภูมิลำเนาจังหวัดสุรินทร์ มีประสบการณ์ชีวิตในการดูแลเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. ดูแลด้วยจิตกุศล ให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ ไม่ขาดยาไม่ป่วยซ้ำเป็นความสำเร็จ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาสม่ำเสมออย่างต่อเนื่องจะสามารถควบคุมอาการได้ และสามารถทำงานร่วมกับผู้อื่นร่วมกิจกรรมในชุมชนได้

1.1 การดูแลด้วยจิตกุศล โดยดูแลด้วยใจบริสุทธิ์ ให้ความรัก ความเข้าใจ ความห่วงใย รวมทั้ง การใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่ตำหนิ พูดให้กำลังใจกัน ใช้ความเอื้ออาทร ไม่ไปอะไร ๆ กับเขาเยอะ ทำได้แค่ไหนก็แค่นั้น พยายามเข้าใจไม่ไปกดดันซ้ำเติม จิตกุศลของผู้ดูแลและคนรอบข้างเป็นเสมือนยาวิเศษหล่อเลี้ยงหัวใจผู้ป่วยจิตเภท เป็นการหล่อเลี้ยงหัวใจทั้งผู้ให้และผู้รับ แล้วเติบโตไปด้วยกัน ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*“ยายเป็นแม่ (78 ปี) ก็ยอมรับการเจ็บป่วยของลูกนะ ป่วยมานาน แรก ๆ ก็มีปัญหาเยอะเหมือนกัน แต่ตอนนี้เข้าใจแล้ว เขาก็ดีไม่เคยป่วยซ้ำอีกเลย ดูมีความสุขนะได้อยู่ดูแลปรนนิบัติพ่อแม่ ยายว่าเพราะจิตอันเป็นกุศลนี่แหละที่ช่วยเขาอาการดีขึ้น เขาปรนนิบัติพ่อแม่ ยายก็ชมเขา เขาก็ยิ้มดีใจ” (Caregiver7)*

*“คอยดูแลการกินยาเตือนให้กินยา พาไปพบแพทย์ พูดคุยให้กำลังใจผู้ป่วย ไม่พูดตำหนิ ไม่จุกจิกจู้จี้ขี้บ่น ใช้คำพูดที่ไพเราะ ไม่พูดขัดใจให้หงุดหงิด ไม่ให้อดนอน เมื่อรู้สึกเหนื่อยก็พัก ใช้ความรักในการดูแล และใช้ธรรมะ” (Caregiver6)*

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ การที่ผู้ดูแลเรียนรู้จริตและความสามารถของผู้ป่วยและช่วยสนับสนุนให้เขาได้แสดงความสามารถ เป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแล ดังตัวอย่างคำบอกเล่าของผู้ดูแลหลัก ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*“ก่อนป่วยเขาทำงานบริษัทที่กรุงเทพฯเขาเก่งเขาเป็นหัวหน้างาน พอป่วยทำงานไม่ได้ก็กลับมาช่วยแม่ทำงานบ้าน ทำสวนปลูกผักผลไม้ หุงข้าว ทำกับข้าว เตรียมตักบาตร ผู้ป่วยจะเป็นคนจัดยาให้แม่กิน รู้สึกเขาจะห่วงใยคอยดูแลพ่อแม่ ก็รู้สึกดีใจนะที่ลูกป่วยแล้วได้ดูแลพ่อแม่อย่างดี (หัวเราะ) ทุกคนช่วยกันทำงาน จะไม่มีปัญหาขัดแย้งกัน ยายว่าเขามีความสุขได้ทำงานสวนที่เขารักนี่แหละทำให้เขาอาการดีขึ้น เขาภูมิใจที่ดูแลตัวเองจนหาย เขาทำสวนและได้ดูแลพ่อแม่ด้วย ตอนนี้ยายก็ดีใจนะ (หัวเราะ)” (Caregiver3)*

*“ผู้ป่วยร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชนได้ ให้เขาแสดงความคิดเห็น และส่งเสริมให้เขามีคุณค่าในตนเอง เขาเป็นคนมีความรู้ความสามารถดึงศักยภาพออกมาช่วยเสริมพลังให้เขา แบบนี้ทำให้เขาอาการดี” (Caregiver7, 10)*

1.3 ไม่ขาดยา ไม่ป่วยซ้ำ คือ ความสำเร็จของผู้ดูแลหลัก ความสำเร็จของผู้ดูแลหลักคือ “ไม่ขาดยา” “ ไม่ป่วยซ้ำ” เมื่อคนดูแลเอาใจใส่ผู้ป่วย ผู้ป่วยก็มักจะตั้งใจดูแลตนเองด้วย ผู้ดูแลหลักเอาใจใส่ดูแลเรื่องการรับประทานยาให้สม่ำเสมอต่อเนื่องตามคำสั่งแพทย์ กระตุ้นเตือนหรือพาผู้ป่วยพบแพทย์ตามนัด พยายามอย่าให้เขาขาดยา ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*“ลูกชายยายป่วยมา 15 ปีแล้ว ดีที่ลูกเขาไม่ดื่มเหล้า และเขาก็กินยาต่อเนื่องตลอด เขากินยาของเขาเอง ทำให้อาการปกติสามารถทำงานได้และก็ร่วมกิจกรรมในชุมชนได้”(Caregiver2)*

*“คอยดูแลให้กินยา พาไปพบแพทย์ดูแลเขาพักผ่อนให้เพียงพอ ไม่ให้นอนดึก ตอนนี้เขาก็กินยาตลอดและไม่ดื่มเหล้าแล้วอาการดีขึ้นเยอะ เราจะใช้ธรรมะ สวดมนต์ก่อนนอน ดูแลเอาใจใส่ให้ร่วมกิจกรรมในหมู่บ้านช่วยให้*

*เขารู้สึกมีคุณค่า และพยายามพูดคุยกับเพื่อนบ้านให้เขาได้รับการยอมรับจากคนในชุมชน จะได้ช่วยกันดูแลไม่ให้เขามีอาการกำเริบ"(Caregiver5)*

2. อุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จ คือ ผู้ดูแลไม่มีวิธีจัดการผู้ป่วย และเครียด

อุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีมากมาย ทำให้ผู้ดูแลและทุกคนในครอบครัวเครียดมากและไม่มีวิธีจัดการที่ดีพอ การดูแลผู้ป่วยในช่วงแรกจึงไม่ค่อยประสบความสำเร็จเท่าที่ควร

2.1 ผู้ดูแลมีความเครียด ผู้ดูแลหลักไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตามปกติ แล้วยังต้องดูแลทุกอย่าง ทั้งเรื่องอาหารการกินความเป็นอยู่ทุกอย่าง จัดการทั้งงานบ้านงานอาชีพ บางครั้งครอบครัวต้องดูแลใกล้ชิดจนไม่สามารถไปทำงาน บางทีทำให้ขาดรายได้จึงเป็นปัญหาอุปสรรคค่อนข้างมาก บางครอบครัวผู้ดูแลเป็นแม่ที่แก่ชราก็ค่อนข้างลำบากมากเครียดมากในการดูแลลูกที่ป่วยทางจิตเวช แต่ที่สุดแล้วแม้ท่านจะชรามากเครียดมากท่านก็จำต้องฝืนลุกขึ้นมาดูแลลูกเพราะบางครอบครัวมีกันแค่สองคนแม่ลูก ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*"ในช่วงแรก ๆ ทุกคนเครียดมากต้องคอยช่วยดูแล อาบน้ำ ซักผ้า จะไม่ได้ไปทำงาน ไม่มีรายได้เลย บางครั้งผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว เราก็ต้องอดทน ๆ ๆ จนเครียด ต้องใช้เงินมากเหมารถไปรักษา ในต่างจังหวัดบ้าง รพ.เอกชนบ้าง..(น้ำตาไหลตลอดขณะเล่า) ถ้าให้เล่าก็ยาวมากกว่าจะถึงวันนี้ ยายก็ต้องขายข้าว ขายวัว หมดเนื้อหมดตัวหาแต่เงินมารักษาลูก"(Caregiver1)*

*"ช่วงแรกของการป่วยไปรักษาที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด 3-4 ครั้ง ต้องเหมารถและต้องมีคนไปช่วยดูแล และพาไปรักษาเข้าทรงแม่มด ครั้งละประมาณ 10,000 บาท จะทำยังไงได้เมื่อสามีป่วย คนเป็นภรรยาก็กู้หนี้ยืมสินต้องขายข้าว ขายนา ขายควาย มารักษา ต้องประหยัดอดออม แม่ลูกอ่อนต้องเลี้ยงลูกที่เล็กๆ คนเดียว ช่วงนั้นที่ผู้ป่วยมีอาการ เราก็เพิ่งจะคลอดลูกคนสุดท้องได้ 20 วัน มีความเครียดมาก ลำบากมาก ต้องอดทนต่ออารมณ์ความคิดแปลก ๆ ของผู้ป่วย" (Caregiver5)*

2.2 ไม่มีวิธีจัดการผู้ป่วย ในบางครั้งผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ดูแลบางท่านไม่สามารถควบคุมกำกับการกินยาได้ด้วยเหตุผลต่าง ๆ นานา เช่น เมื่อมีอาการดีขึ้น ผู้ป่วยคิดว่าหายปกติจึงไม่ยอมกินยา รวมทั้งผู้ป่วยบางรายมีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ หรือการใช้สารเสพติดแล้วยังคงอยู่ในสังคมเพื่อนที่มีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ซึ่งชวนให้เลิกยากมาก คนดูแลก็ไม่รู้จะจัดการเขายังไง บอกเขามากเขาก็หงุดหงิดเมื่อจัดการไรเขาไม่ได้เขาก็มีอาการกำเริบ ซึ่งเป็นปัญหาอุปสรรคที่ผู้ดูแลเล่าว่ายากมากเหนื่อยมากในการดูแล บางครั้งผู้ป่วยอารมณ์หงุดหงิดรุนแรง คนในบ้านในชุมชนก็จะกลัว บางคนไม่รู้จะทำยังไงดีเลยหนีไปอาศัยบ้านญาติก่อน และบางทีจัดการไม่ได้ก็จะเกิดความเสียหาย มีการบาดเจ็บบ้าง ข้าวของเสียหายบ้าง บางครั้งบางครอบครัวต้องใช้เงินจำนวนมากหรือขายทรัพย์สินเพื่อเหมารถนำผู้ป่วยไปรักษา หรือแสวงหาการรักษาอื่น ๆ พาไปรักษากับคนทรงเจ้า บางครั้งก็ได้รับความช่วยเหลือจากเพื่อนบ้านหรือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ปัญหาอุปสรรคที่ยากที่สุดคือ "ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา หรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง" ญาติไม่สามารถควบ คุมกำกับการรับประทานยาได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*"เขาไม่ยอมกินยาก็ไม่รู้จะทำยังไงบอกเขามากก็หงุดหงิดปล่อยไปนาน ๆ เข้าเขาก็ป่วยซ้ำอีก ถ้าเขาอารมณ์หงุดหงิดฉุนเฉียว เราก็ทำอะไรเขาไม่ได้อีกก็ได้แต่อดทนหาวิธีรักษาไปทั่ว และบางครั้งก็พาเขาไปเข้าทรงแม่มดทำหาไปทุกอย่างให้แต่เขาหาย" (Caregiver1)*

*“เขาดื่มเหล้าสูบบุหรี่ เครื่องดื่มกระตุ้น แล้วยังไม่สนใจกินยาอาการก็กำเริบ แถมอยู่ในสังคมเพื่อนที่มีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ซึ่งชวนให้เขาเลิกยากมาก คนดูแลก็ไม่รู้จะจัดการเขายังไง เป็นอะไรที่ยากมากเหนื่อยมากจริง ๆ” (Caregiver2)*

3. ผ่านอุปสรรคมาได้ เพราะมีตัวช่วยและกำลังใจที่ดี

3.1 มีตัวช่วย ในที่สุดแล้วแม้มีอุปสรรคมากมาย แต่หลาย ๆ ครอบครัวก็สามารถผ่านไปได้ด้วยความพยายามของคนในครอบครัว เพื่อนบ้านและชุมชน ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยา เลิกสุรา ยาเสพติดทุกชนิด จึงผ่านปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ มาได้ ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*“ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาช่วงแรกหมดเยอะมาก ต้องเหมารถพาไปรักษาที่โรงพยาบาลต่างจังหวัด 2 ครั้ง และ โรงพยาบาลในจังหวัดหลายครั้ง ต้องขายทรัพย์สินเพื่อนำเงินมาใช้จ่ายและใช้หนี้ด้วย ดีที่มีลูกสาวคอยช่วยเหลือค่าใช้จ่าย (สีหน้าแววตาปลื้มลูกสาว) ยายต้องประหยัด อดออม และอดทน” (Caregiver3)*

*“ลูกๆหลานๆ และเพื่อนบ้านเข้าใจเขา ช่วยเหลือให้งานเขาทำพอมีรายได้บ้าง ทำได้บ้างไม่ได้บ้างตามประสาก็ไม่ว่าอะไร มีงานไรก็ชวนเขาไปด้วย เราก็ซึ้งน้ำใจทุกคนเลยนะช่วยเหลือกันจนเขาอาการดีขึ้นเรื่อย ๆ เราก็หายเหนื่อย” (Caregiver4)*

3.2 มีกำลังใจที่ดี การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำเพื่อให้เขารู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่ดีที่อย่างน้อยก็ยังมีคนรักเข้าใจเอาใจใส่เขาจนอาการดีขึ้น เป็นกำลังใจที่ดีทั้งผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัว นับเป็นประสบการณ์ที่ทุกคนได้เรียนรู้ไปด้วยกัน และก็เป็นเรื่องที่น่ายินดีที่บางครอบครัวไม่มีปัญหาอุปสรรคอะไรเลย และเป็นกำลังใจที่ดีให้กับหลาย ๆ ครอบครัวที่จะก้าวข้ามปัญหาอุปสรรค ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*“ไม่มีอุปสรรค ไม่ได้ช่วยอะไรมาก เพียงแต่เราอย่าไปดูว่าเขาให้อิสระเขา” (Caregiver11)*

*“ยายเครียด (น้ำตาไหล) กังวลกับอาการป่วยของลูกชายมากเลยนะ แต่ยายก็ได้รับกำลังใจที่ดีจากลูกๆคนอื่นๆ ทุกคนช่วยกัน เพื่อนบ้านก็ช่วยให้กำลังใจให้คำแนะนำดีนะให้การช่วยเหลือบ้าง ดีที่เพื่อนบ้านชุมชนยอมรับ. (น้ำตาแห่งความปีติ)” (Caregiver3)*

*“ในฐานะภรรยาก็จะดูแลการกินยา ผู้ป่วยไม่ดื่มสุรา หรือสารเสพติด หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นให้เครียดหรือหงุดหงิด ดูแลให้ได้พักผ่อนที่เพียงพอ ก็พยายามให้กำลังใจตัวเองแล้วก็ได้การช่วยเหลือและกำลังใจจากลูกหลานจากเพื่อนบ้านด้วย เขาก็อาการดีขึ้นเรื่อย ๆ เราก็มีแรงหายเหนื่อย” (Caregiver4)*

4. เมตตาผู้ป่วยจิตเภท และให้การช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็น

4.1 เมตตาผู้ป่วยจิตเภท ให้เขามีที่ยืนในสังคม ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกขอบคุณทุกคนที่ให้ความช่วยเหลือและเมตตาผู้ป่วยให้เขามีที่ยืนในสังคม และยังได้ขออนุญาตกล่าวจากใจต่อทุกคนว่า “ผู้ดูแลไม่ได้อยากมีญาติป่วยทางจิต ผู้ป่วยจิตเภทเองเขาก็ไม่ได้ต้องการที่จะป่วยทางจิตเวชเช่นกัน” และเขาก็ต้องการการยอมรับจากทุกคน ต้องการมีที่ยืนในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์เช่นเดียวกับเราทุกคน เราต่างต้องการความรักความเข้าใจ-ความเห็นใจจากคนรอบข้างทุกคนในสังคม ผู้ป่วยจิตเภทไม่ต้องการถูกสังคมตีตราว่าเป็น “คน บ- อา- บา ไม้โท”(รณรงค์จะไม่ใช้คำนี้กับผู้ป่วยจิตเวช) เขาต้องการเหมือนกับที่ทุกท่านต้องการ ผู้ดูแลขอเป็นประจักษ์พยานว่า “ผู้ป่วยจิตเภทที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะสามารถควบคุมอาการได้”สามารถร่วมกิจกรรมในชุมชน และดำเนินชีวิตเป็นปกติในสังคมได้ อย่าแสดงอาการรังเกียจเขาเลยเขาไม่ได้อยากป่วย อย่าตีตราแสดงความรังเกียจไม่พอใจ

เขา เขาเหนื่อยมากท้อแท้มากพอแล้ว อย่ามาซ้ำเติมเขาอีกเลย ขอขอบคุณจากใจที่เหลือที่ยืนในสังคมให้เขา การเห็นใจยอมรับจะเป็นความสุขเล็ก ๆ ได้บ้าง ดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*“อย่าซ้ำเติมผู้ป่วยเลย อยากให้ทุกคนให้กำลังใจเขา คนดูแลเหนื่อยมาก แล้วน้องชาย (ผู้ป่วย) ชอบเดินไปทั่วหมู่บ้าน อยากให้ทุกคนเข้าใจว่าเขาป่วยเป็นโรคจิตเวช อย่าพูดอะไรให้สะเทือนใจ พูดกับเขาด้วยวาจาไพเราะ” (Caregiver9,12)*

*“พวกเราบางครั้งรู้สึกว่าถูกสังคมตีตรา แสดงความรังเกียจเรา ไม่พอใจเรา เราล้มลุกคลุกคลาน กว่าจะผ่านแต่ละเรื่องมาได้ เหนื่อยท้อแท้มากพอแล้ว อย่ามาซ้ำเติมเราอีกเลย..(น้ำตาไหลขณะบอกเล่าความรู้สึก) เราอยากขอบคุณจากใจที่เหลือที่ยืนในสังคมให้เราบ้าง” (Caregiver12)*

4.2 ช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่มีแรงจูงใจ ไม่ร่วมมือในการรักษา มีความพร่องทางเศรษฐกิจ ใช้สารเสพติด ต้องเผชิญกับการถูกด้อยค่า ถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนเพราะมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย สังคมตีตราแสดงความรังเกียจซ้ำเติมผู้ป่วยและครอบครัว จึงเป็นโอกาสที่เพื่อนบ้าน ชุมชนคนรอบข้างจะให้การช่วยเหลือ ช่วยกันให้กำลังใจ เอื้ออาทร ให้โอกาส ช่วยพูดคุยถามทุกข์สุขเขาบ้าง ให้ความสัมพันธ์ที่ดี ให้เขาแสดงความคิดเห็นได้ ให้ความเข้าใจให้ความช่วยเหลือตามความต้องการจำเป็น บางเรื่องได้รับการช่วยเหลือบ้างแล้ว บางเรื่องยังขาดแคลนแต่เป็นสิ่งจำเป็นจริง ๆ จึงฝากข้อความถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพจิตทุกระดับ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลด้านสุขภาพจิตดังตัวอย่างคำบอกเล่า ดังนี้

*“ขอบคุณที่ให้โอกาสเขาร่วมกิจกรรมในชุมชน เพื่อนบ้านมีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยอาการดีขึ้น ให้กำลังใจเอื้ออาทรให้ความเข้าใจ ให้ความช่วยเหลือหลายอย่าง อยากขอบคุณจากใจ” (Caregiver2)*

*“ต้องการเงินซ่อมแซมต่อเติมบ้าน บ้านประตูและหน้าต่าง”(Caregiver2)*

*“ช่วยทำบัตรผู้พิการ เงินทุนประกอบอาชีพ”(Caregiver1,3,4,5,6,7,8)*

*“ช่วยเหลือค่ารถในการไปรับยา หางานให้ผู้ป่วยทำ” (Caregiver9,10)*

## การอภิปรายผล

1. ดูแลด้วยจิตกุศลให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ ไม่ขาดยาไม่ป่วยซ้ำเป็นความสำเร็จ เมื่อผู้ดูแลหลักมีทัศนคติที่ดีเชื่อว่าเป็นบุญกุศล แม้อยู่บนความเหนื่อยยากที่ได้ดูแลคนที่รักยามเจ็บไข้ได้ป่วย ก็จะมีกำลังใจที่ดีมีแรงมีพลังที่มากพอในการดูแลด้วยความเอาใจใส่มากขึ้นขอแต่ให้อาการเขาดีขึ้นเหนื่อยแค่ไหนก็หายเหนื่อย จึงเอาใจใส่คอยดูแลให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ พยายามให้ผู้ป่วยเรียนรู้ตัวเองยอมรับตัวเองและพอใจในตัวเอง ดังการศึกษาของนลิน ดวงปัญญา และเพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์ (2563) ให้ความหมายของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ คือ การดูแลเอาใจใส่เพื่อไม่ให้กลับป่วยซ้ำ เกิดจากความรักใคร่ ห่วงใยและผูกพัน ผู้ป่วยคือคนสำคัญ มีคุณค่าและมีความหมายต่อผู้ดูแลหลัก การดูแลด้วยจิตกุศลจึงเป็นความแข็งแกร่งในชีวิต ดังนั้น ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีพลังสุขภาพจิตที่ดีเพราะพลังสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการมองโลกในแง่ดี ทัศนคติและความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท (ศิริพร บูรณกุลกิจการ และคณะ, 2561)

การดูแลให้ผู้ป่วยได้แสดงศักยภาพ ส่งเสริมให้เขาได้แสดงความสามารถตามศักยภาพของเขา มีกิจกรรม มีงานอาชีพมีรายได้เป็นการช่วยให้เขารู้สึกมีคุณค่า ให้เขารู้สึกมีกำลังใจที่ดีที่อย่างน้อยก็ยังมีคนมองเห็นความสามารถของเขา ให้โอกาสเขาได้แสดงความสามารถ รักเข้าใจเอาใจใส่ยอมรับเขาจนเขามีอาการดีขึ้น ดังการศึกษาของไพลิน ปรัชญคุปต์ และคณะ (2558) ที่พบว่า การค้นพบศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวชและญาติ ซึ่งมีความสามารถในการร้องเพลงและกลอนลำ จึงร่วมกันประยุกต์ใช้เป็นการแสดงประจำชมรมบ้านสุขใจและประเมินความพึงพอใจต่อการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ซึ่งล้วนเป็นการดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชได้แสดงศักยภาพ นอกจากนี้ การไม่ขาดยา ไม่ป่วยซ้ำ คือ ความสำเร็จของผู้ดูแลหลัก จากผลวิจัยแม้พบว่า ผู้ดูแลหลักที่ประสบความสำเร็จส่วนใหญ่จะเป็นแม่ที่สูงอายุก็ตาม แต่ก็เป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ดังการศึกษาของขวัญสุดา บุญทศ และคณะ (2556) พบว่า ผู้ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทมากที่สุดคือ แม่ พี่ พ่อ และบุคลากรทางสุขภาพ ตามลำดับ โดยให้การสนับสนุนทางด้านอารมณ์จิตใจมากที่สุด รองลงมาคือ การให้ข้อมูลคำแนะนำ การให้สิ่งของและการสนับสนุนด้านการจ้างงาน การเสริม แรงบวกการช่วยให้รับรู้คุณค่า การให้เงิน ส่วนการส่งเสริมหรือจัดกิจกรรมฟื้นฟูสภาพพบว่าได้รับความสนับสนุนน้อยที่สุด ซึ่งแม้การสนับสนุนแต่ละอย่างจะมากน้อยต่างๆกันไป แต่ผู้ดูแลหลักก็เป็นผู้ให้การดูแลสนับสนุนช่วยเหลือในทุกสิ่งแก่ผู้ป่วยจิตเภทจนกระทั่งอาการดีขึ้นและไม่มีอาการกำเริบซ้ำ ดังการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า กลุ่มที่ได้รับการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัว มีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ (จิรากร กันทับทิม, 2559) ทั้งนี้ ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เป็นปัจจัยสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทอาการสงบ (รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ, 2562)

2. อุปสรรคที่ทำให้ไม่สำเร็จ คือ ผู้ดูแลเครียด และไม่มีวิธีจัดการผู้ป่วย ทั้งนี้ผู้ดูแลมีความเครียดเพราะต้องจัดการทุกสิ่งอย่างในขณะที่ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารกับผู้ป่วยได้ตามปกติ จากที่ผู้ดูแลหลักหลายๆ ท่านเล่าว่า “ช่วงป่วยแรกๆ เครียดมาก เหนื่อยมาก” ทั้งดูแลการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ทำทุกอย่าง ทั้งงานบ้าน งานอาชีพ บางครอบครัวต้องดูแลใกล้ชิด จนไม่สามารถไปทำงาน ขาดรายได้ เป็นหนี้สิน และผู้ป่วยจิตเภทบางคนดื่มสุราเสพยาเสพติด ก็ยิ่งยากลำบากมากขึ้นอีก ก็ยิ่งเพิ่มความเครียดในครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของทวีศักดิ์ กสิผล และคณะ (2563) ที่พบว่า ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักต่อการรับรู้ว่าสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก จะรู้สึกเครียดกังวลใจในระดับสูง เนื่องจากขาดความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท วิธีการสื่อสารในครอบครัวระยะแรกมีการแสดงออกทางอารมณ์สูง การจัดเตรียมผู้ดูแลและสถานที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ดูแลในวัยสูงอายุ ดังนั้นพยาบาลจิตเวชจะต้องลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ดูแลโดยการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และเน้นการเข้าถึงการให้บริการจิตเวชในครอบครัวผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การไม่มีวิธีจัดการผู้ป่วย ในช่วงป่วยแรก ๆ มีอุปสรรคมากมาย บางครอบครัวไม่รู้ว่าใครจะดูแลและก็ไม่รู้ว่าจะดูแลผู้ป่วยยังไงดี ไม่เข้าใจโรคและการดูแล ไม่สามารถจัดการผู้ป่วยได้ดีพอทำให้ผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำบ่อยการดูแลจึงไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังการศึกษาของ Meng and Wu (2020) ที่พบว่าประสบการณ์ของผู้ดูแลและครอบครัวเมื่อดูแลผู้ป่วยจิตเภทมีผลในเชิงบวกและเชิงลบ ซึ่งประสบการณ์

เชิงลบคือ ผู้ดูแลหลักรับภาระหนักมาก โรงพยาบาลและสังคมควรให้การสนับสนุนช่วย เหลือมากขึ้น ทั้งความเครียดและไม่มีวิธีจัดการเป็นปัญหาอุปสรรคที่หนักหน่วงมาก และการทบทวนผลเชิงบวกของ Kulhara et al. (2012) ที่พบว่าโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงซึ่งเกี่ยวข้องกับผลกระทบที่สำคัญสำหรับทั้งผู้ป่วยและญาติ เนื่อง จากความผิดปกติของการเจ็บป่วย ญาติของผู้ป่วยจิตเภทจึงต้องแบกรับความโหดร้ายที่ยากในการจัดการ การศึกษาทั่วโลกได้ประเมินแง่มุมต่างๆของการดูแล เช่น ภาระการเผชิญปัญหา คุณภาพชีวิตการสนับสนุนทางสังคม อารมณ์ที่แสดงออกและการเจ็บป่วยทางจิตใจ

3. ผ่านอุปสรรคมาได้ เพราะมีตัวช่วยและกำลังใจที่ดี ในประเด็นการมีตัวช่วย จากผลวิจัยพบว่าทุกครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภทก็ผ่านไปได้ด้วยความพยายามของคนในครอบครัวและชุมชน ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยรับประทานยา เลิกสุรายาเสพติดทุกชนิด อุปสรรคจะมากแค่ไหนก็เลยผ่านมาได้เพราะค่อยๆได้เรียนรู้ไปด้วยกัน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ดูแลหลักเป็นการแสดงออกให้เห็นถึงความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ดูแลหลักกับผู้ป่วย ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรักความเอาใจใส่ไม่ว่าบุคคลนั้นจะมีความผิดปกติด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยตามศักยภาพของผู้ดูแลหลัก ทำให้ครอบครัวเกิดความผูกพัน เกิดความอบอุ่นในครอบครัวมากขึ้น การดูแลเป็นการกระทำโดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีดูแลตนเองได้ปลอดภัย (นลิน ดวงปัญญา, 2563) และไม่กลับมามีอาการป่วยซ้ำวิธีการดูแลวิธีการจัดการผู้ป่วยจิตเภทและเริ่มมีกำลังใจที่ดีเพราะมีตัวช่วยคือมีคนคอยช่วยเหลือสนับสนุน ไม่ว่าจะเป็นคนในครอบครัวเองและเพื่อนบ้านรวมทั้งเครือข่ายผู้นำชุมชนด้วย การมีส่วนร่วมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และการจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสามารถพัฒนาให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่เหมาะสม และผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยมากขึ้นส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างมีความสุข (ชัชชษา เพ็งเกร็ด, 2564)

การมีกำลังใจที่ดี การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมทำเพื่อให้เขารู้สึกมีคุณค่า มีกำลังใจที่ดีที่อย่างน้อยก็ยังมีคนรักเข้าใจเอาใจใส่เขาจนอาการดีขึ้น เป็นกำลังใจที่ดีทั้งผู้ป่วยผู้ดูแลและครอบครัว ดังการศึกษาของ Kulhara et al. (2012) ที่สะท้อนการมีกำลังใจที่ดีผ่านการประเมินด้านบวกของการดูแลที่ได้รับการวัดผลต่าง ๆ ว่าเป็นประสบการณ์การดูแลในเชิงบวก ความพึงพอใจในการดูแล ผลประโยชน์การดูแล และการค้นหาความหมายผ่านขนาดการดูแลและด้านบวกของประสบการณ์การดูแล การศึกษาชี้ให้เห็นว่าผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทมีประสบการณ์ในการดูแล (ในรูปแบบของการมีความอ่อนไหวต่อคนพิการความชัดเจนเกี่ยวกับลำดับความสำคัญในชีวิตและความรู้สึกที่แข็งแกร่งภายในมากขึ้น) การศึกษาบางชิ้นชี้ให้เห็นว่าผู้ที่มีประสบการณ์การดูแลเชิงลบมากขึ้นก็มีประสบการณ์ในการดูแลในเชิงบวกเช่นกัน ทั้งหมดนี้ก่อเกิดเป็นกำลังใจที่ดีให้ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวสามารถก้าวข้ามปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ นานามาได้ด้วยดี

4. เมตตาผู้ป่วยจิตเภท ให้เขามีที่ยืนในสังคม การที่ผู้ดูแลหลักได้กล่าวเชิงเป็นกระบอกเสียงให้กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว ขอที่ยืนในสังคมและแสดงความขอบคุณที่เมตตาผู้ป่วยจิตเภท และมีน้ำตาไหลขณะบอกเล่าความรู้สึกเป็นตัวสะท้อนที่ค่อนข้างชัดเจนถึงความรู้สึกทุกข์ใจสะเทือนใจกับความยากลำบากในการใช้ชีวิตของพวกเขาที่ทุกคนในสังคมพึงตระหนักถึงเพื่อให้ความเข้าใจเห็นใจ และให้

ความ เมตตากรุณาช่วยเหลือเติมพลังบวกให้เขาบ้างตามสมควร ที่อย่างน้อยให้พวกเขารับรู้ว่าเขายังมีที่ยืนในสังคม และไม่ได้เดินอยู่ในความยากลำบากเพียงลำพัง และบุญกุศลนี้ก็ไม่ไปไหนจะยังอยู่กับทุกท่านที่มีจิตอันเป็นกุศลและก็จะเติบโตสุขใจไปด้วยกัน สังคมจะน่าอยู่เพียงใดถ้าทุกคนให้ความเมตตากรุณาช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มาช่วยกันเพิ่มพลังบวกให้เขามีแรงดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้วยการให้ความเมตตากรุณาให้เขามีที่ยืนในสังคม ผู้วิจัยขอกล่าวเช่นเดียวกันว่า “ขอบคุณผู้ป่วยจิตเภทที่ให้เรามีเมตตา” จากการศึกษาของเขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภัทร์ และคณะ (2558) ที่พบว่า อายุ ตราบาป ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความแข็งแกร่งในชีวิตและแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบกับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทตามความต้องการจำเป็น เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีอาการกำเริบ ขาดแรงจูงใจในการรักษา ปฏิเสธการเจ็บป่วย ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ความพร่องทางเศรษฐกิจ การใช้สารเสพติด การเผชิญกับการถูกด้อยค่า ถูกปฏิเสธจากคนในชุมชนเมื่อมีอาการกำเริบซ้ำบ่อย ถูกสังคมตีตราโดยการรังเกียจและซ้ำเติมผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น มีการพกพาอาวุธไว้กับตัว การทำร้ายผู้อื่นเพราะมีอาการหวาดระแวง หลงผิด เป็นต้น (ปนิดา พุ่มพุทธ และ ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ, 2564) ล้วนเป็นภาระอันหนักอึ้งเกินกว่าจะแบกรับโดยลำพัง จำเป็นที่สังคมคนรอบข้างจะต้องยื่นมือเข้าช่วยเหลือ ทุกความต้องการการช่วยเหลือที่แท้จริง ทั้งการช่วยเหลือในชีวิตประจำวัน ช่วยให้ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ทำบัตรผู้พิการ งบประมาณซ่อมแซมต่อเติมบ้าน ทุนในการประกอบอาชีพ ค่ารถในการไปรับยาหรือแม้แต่คำพูดที่แสดงความเข้าใจเห็นใจ ให้กำลังใจ ล้วนเป็นความต้องการจำเป็นแท้จริงที่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวพึงได้รับการดูแลช่วยเหลือจากสังคมรอบข้างที่เข้มแข็งมากกว่า

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในทีมช่วยเหลือเยียวยาจิตใจผู้ประสบภาวะวิกฤต (Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team: MCATT) เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยบริการสุขภาพจิตทุกระดับ และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลด้านสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เป็นต้น สามารถนำผลการวิจัยไปใช้ในการพัฒนาผู้ดูแลหลักให้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีมากขึ้น

### ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาวิจัยเกี่ยวกับรูปแบบหรือโปรแกรมการพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลเพื่อป้องกันไม่ให้กำเริบซ้ำ เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ดีและประสบความสำเร็จมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2558). *รายงานประจำปีของกรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2558*. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *รายงานผู้ป่วยมารับบริการด้านจิตเวช ข้อมูลจากระบบระบบศูนย์กลางการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชของประเทศไทย กรมสุขภาพจิต ประจำปีงบประมาณ 2564.* https://dmh.go.th/report/datacenter/dmh/

กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์. (2565). *เอกสารรายงานตัวชี้วัด เฉพาะโรคหอผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์*. กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลสุรินทร์.

ขวัญสุดา บุญทศ, อมรรัตน์ ศรีคำสุข ไชโตะ, และ สุวรรณา อรุณพงค์ไพศาล. (2556). การ สนับสนุนทางสังคมต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท. *วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย*, *58*(1), 89-100.

เขมณัฏฐ์ ศรีพรหมภัทร์, พัชรินทร์ นินทจันทร์, และ โสภิณ แสงอ่อน. (2558). ความสัมพันธ์ระหว่างความแข็งแกร่งในชีวิต ตราบาป ความรู้ แรงสนับสนุนทางสังคม และปัจจัยส่วนบุคคล กับความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *29*(1), 103-122.

จิรากร กันทับทิม, และ เพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). ผลของการบำบัดเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจโดยครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. *วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต*, *33*(3), 30-41.

ชัชชษา เพ็งเกร็ด. (2564). ผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลสมเด็จพระปิยมหาราชรมณียเขต จังหวัดกาญจนบุรี. *วารสารวิจัยการพยาบาลและการสาธารณสุข*, *1*(3), 1-16.

ชาย โพธิสิตา. (2562). *ศาสตร์และศิลป์การวิจัยเชิงคุณภาพ: คู่มือนักศึกษาและนักวิจัยสังคมศาสตร์* (พิมพ์ครั้งที่ 8). อมรินทร์.

ทวีศักดิ์ กสิผล, พิจิตรา ชุณหฐิติธรรม, ชฎาภา ประเสริฐทรง, ชนิกา เจริญจิตต์กุล, ศิริยุพา นันสุนานนท์, และ อำพัน จารุทัสนางกูร. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย*, *13*(1), 102-115.

นลิน ดวงปัญญา, และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ์. (2563). ประสบการณ์ของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับป่วยซ้ำ. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย*, *32*(2), 43-54.

ปนิดา พุ่มพุทธ, และ ขวัญตา ภูริวิทยาธีระ. (2564). บทบาทพยาบาลในการส่งเสริมความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท เพื่อลดการรับรู้ตราบาป. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, *4*(3), 215-224.

ไพลิน ปรัชญคุปต์, วรรณมณี รวมจิตร, พรชนก ทานา, และ ธนิต โคตรมะ. (2558). *กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตำบลเมืองเพีย อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดขอนแก่น*. กลุ่มงานสังคมสงเคราะห์ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.

รัตติยาพร เบ็ญเจ๊ะมะ, และ รัชนีกร อุปเสน. (2562). ปัจจัยทำนายอาการสงบของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา. *พยาบาลสาร*, *47*(4), 66-75.

ศิริพร บูรณกุลกิจการ, จิณห์จุฑา ชัยเสนา ดาลลาส, ภรภัทร เฮงอุดมทรัพย์, และ เวทิส ประทุมศรี. (2561). ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยปกป้องกับพลังสุขภาพจิตในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข*, *28*(1), 24-35.

สุดาพร สถิตยุทธการ. (2559). การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง: สถานการณ์และแนวทางการป้องกัน. *วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 8*(3), 1-15.

Kulhara, P., Kate, N., Grover, S., & Nehra, R. (2012). Positive aspects of caregiving in schizophrenia: A review. *World Journal of Psychiatry*, *2*(3), 43-48.

Meng, J., & Wu, J. (2020). The experiences of caregivers in caring persons with Schizophrenia - A descriptive literature review [Unpublished Bachelor Degree]. Lishui University. https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2: 1432923/FULLTEXT01.pdf

Shiraishi, N., & Reilly, J. (2019). Positive and negative impacts of schizophrenia on family caregivers: A systematic review and qualitative meta-summary. *Social psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *54*(3), 277-290.