

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าเอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และนำมาสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค
 - 1.3 อาการและอาการแสดง
 - 1.4 การดำเนินโรค
 - 1.5 การรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม
 - 2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.3 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.4 บทบาทของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.5 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4. แนวคิดในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.1 ความหมายของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.2 แนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.3 จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
5. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังคงพบทุกกลุ่มประชากรในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia ที่มีความหมายว่า การไม่สัมพันธ์กันหรือการแยกส่วนจากกัน ซึ่งเป็นคำที่เรียกผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน และยังสามารถศึกษาได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงหลายแบบสามารถจำแนกเป็นกลุ่มๆได้ ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีความผิดปกติเบื้องต้นเหมือนกัน 4 อย่าง จึงใช้คำว่า 4'A หรือ the four "As" คือขึ้นต้นด้วยตัว A ทั้ง 4 อาการได้แก่ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

Associational disturbance หมายถึง มีความคิดไม่ต่อเนื่อง และความคิดไม่เชื่อมโยงหรือไม่สัมพันธ์กัน

Affective disturbance หมายถึง มีการแสดงออกของอารมณ์แปรปรวน ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสถานการณ์

Ambivalenc หมายถึง มีความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้จะทำอะไร

Autism หมายถึง การสร้างเรื่องของตนเองขึ้นมา จึงอยู่ในโลกของตนเอง

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) บ้างเมื่อป่วยนานและกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536)

สมกพ เรื่องตระกุล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรส่วนโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติของโรคทางกาย และโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ไป

1.2 สาเหตุของการเกิดโรค

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยังมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน นอกจากนั้นยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โตกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้าน

ลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor,1994)

4) ด้านประสาทสรีรวิทยาพบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาพฤติกรรม ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ,2536 และ Taylor,1994)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีวิตไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือจากการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) อธิบายว่าเดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีที่ทำไม่เป็นมิตร (hostility) หรืออยู่ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการ ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาโดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาจิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 อาการและอาการแสดง

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ซึ่งการจำแนกกลุ่มอาการที่สำคัญได้ 8 กลุ่ม ดังนี้ (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.3.1 บกพร่องในรูปความคิด (disturbances in form of thought) เช่นมีกระแสคำพูดไม่ต่อเนื่อง ข้อความขาดความสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ข้อความที่พูดขาดคุณภาพ และมีการใช้หลักภาษาผิด หรือบางครั้งใช้ภาษาที่แปลกๆ ไม่ใช่ภาษาพูดที่บุคคลใช้สื่อสารกัน โดยทั่วไปและอาจพบผู้ป่วยมีการใช้คำพูดบางคำซ้ำๆ หรือความคิดเดิมๆ ร่วมกับการหยุดพูดไปอย่างกะทันหัน

1.3.2 บกพร่องในเนื้อหาความคิด (disturbances in content of thought) ข้อมูลส่วนนี้ ประเมินจากเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูดออกมา มีเนื้อหาที่แสดงถึงความนึกคิดที่หลงผิด (delusion) ความคิดหลงผิดทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ตามจริง (lack of insight) ความคิดที่เป็นความหลงผิดนี้ มีหลายแบบ ดังนี้

persecutory delusions	:ผู้ป่วยเชื่อว่ามีคนคอยติดตามมาคุกคามเขาหรือมีคนจะมาฆ่าเขา
delusions of jealousy	:ผู้ป่วยเชื่อว่าคู่ครองของตนไปมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น
delusions of guilt of sin	:ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองได้ทำบาปหรือทำบางสิ่งบางอย่างที่ชกโทษไม่ได้
grandiose delusions	:ผู้เชื่อว่าตนเองมีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ
religious delusions	:ผู้ป่วยมีความเชื่อผิด ๆ ในทางศาสนา
somatic delusions	:ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีโรคบางอย่างเกิดขึ้นในร่างกายตน
delusions of reference	:ผู้ป่วยมีความเชื่อบางอย่างหรือเหตุการณ์บางอย่างมาเกี่ยวข้องกับเขา เช่น ผู้อ่านข่าวทางโทรทัศน์กำลังพูดถึงเขาหรือยิ้มให้เขา
delusions of being controlled	:ผู้ป่วยรู้สึกที่ ความคิดของเขาได้หรือการกระทำของเขาถูกควบคุมด้วยอำนาจบางอย่าง
delusions of mind reading	:ผู้ป่วยรู้สึกที่คนอื่น ๆ อ่านใจเขาได้หรือรู้ความคิดของเขา
thought broadcasting	:ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของเขาดังไปทั่วทำให้ตัวเขาเองและผู้อื่นได้ยินความคิดเหล่านี้

thought insertion	:ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดต่าง ๆ ไม่ใช่ของเขาแต่ถูกใส่ ภายนอกสอดแทรกเข้ามาในความคิดของเขา
thought withdrawal	:ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของเขาได้ถูกนำออกไปจาก ตัวเขา

1.3.3 บกพร่องในด้านการรับรู้ (disturbance in perception) เป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ที่ผิดปกติหรือที่เรียกว่าอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้สิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าเกิดขึ้นจริง ซึ่งต่างจากการแปลผิด (illusion) เพราะการแปลผิดมีสิ่งเร้าจริงแต่ผู้ป่วยแปล หรือเห็นเป็นอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยเห็นสายน้ำเกลือแล้วบอกว่า เป็นงูมาพันอยู่ที่ข้อมือการรับรู้ผิดปกติพบได้ทางระบบประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ระบบได้แก่

ก. ระบบการรับเสียง ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาเรียก เสียงคนมาด่าว่า เรียกว่าอาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) เป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท

ข. ระบบการรับภาพ ผู้ป่วยบอกว่าหรือทำท่าที่เห็นว่าเห็นภาพบางอย่าง โดยไม่มีภาพจริง ๆ เรียกว่าประสาทหลอน (visual hallucination)

ค. ระบบรับความรู้สึกทางผิวหนัง ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่าง เช่น แมลง ตัวเล็ก ๆ มาเดินไต่อยู่ตามตัวหรือตามผิวหนัง เรียกว่าประสาทหลอนทางผิวหนัง (tactile hallucination)

ง. ระบบการรับกลิ่น ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้กลิ่นบางสิ่งบางอย่าง ส่วนมากเป็นกลิ่นแปลก ๆ ที่ไม่เคยได้กลิ่นมาก่อน เรียกว่าประสาทหลอนทางกลิ่น (olfactory hallucination)

จ. ระบบการรับรส ผู้ป่วยรู้สึกว่าลิ้นของตนเองได้รับรสแปลก ๆ ส่วนมากเป็นรสที่ตนเองไม่พอใจ เรียกว่าประสาทหลอนทางการรับรส (gustatory hallucination)

1.3.4 บกพร่องในด้านอารมณ์ (disturbances in affect) มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์ (inappropriate affect) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมามาก (labile) ไม่แสดงออกของอารมณ์ ไม่แสดงความรู้สึก สีหน้าเรียบเฉย (blunt หรือ flat affect) หรือมีอารมณ์ (apathy)

ข้อควรระวังในการรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ คือ ต้องแยกแยะระหว่างอาการที่เกิดจริง กับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา neuroleptic เพราะยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีท่าที่เฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ (masked face) และเดินตัวแข็ง ๆ

1.3.5 บกพร่องในด้านการรับรู้ตนเอง (disturbances in sense of self) หรือสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of ego boundaries) ผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นจากการกระทำที่ไม่เหมาะสม

หรือแปลก การแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยไม่สามารถทำนายได้ ผู้ป่วยทำกริยาเหมือนเอาลักษณะต่างๆ ของผู้อื่นที่อยู่รอบตัวมาผสมรวมเป็นกริยาของตนเอง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพูดบางสิ่งๆ ที่เหมือนว่าผู้ป่วยเป็นอีกคนหนึ่งที่ไม่ใช่คนเดิม (depersonalization) โดยตัวผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจและไม่รู้ตัวจึงเหมือนผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความเป็นจริง

1.3.6 บกพร่องในการเสริมสร้างกำลังใจ (disturbances in volition) ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่มีเป้าหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ไม่รู้ว่าแต่ละวันควรทำอะไร ต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในการทำงานและในการจัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมสันทนาการต่างๆ อาการเหล่านี้เกิดร่วมกับความรู้สึกที่เรียกว่าสองจิตสองใจ (ambivalence) ในลักษณะเข้าไปเผชิญหรือหลีกเลี่ยง (approach - avoidance) มีความรู้สึกสองอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำนองเดียวกับรักและเกลียดในบุคคลคนเดียวกัน มีผลให้ผู้ป่วยสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้ว่าควรทำอะไร

1.3.7 บกพร่องในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ (disturbances in relationship) ผู้ป่วยจะค่อยๆ สูญเสียความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว ความรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว (withdrawal) โดยแยกตัวออกจากสังคมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สร้างโลกขึ้นมาเองในจินตนาการ ตอบสนองความต้องการทางจิตใจให้ตนเองด้วยความฝันหรือจินตนาการ (fantasy) เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะยิ่งปรับตัวเข้ากับผู้อื่นยาก และมีความคิดเป็นแบบ autistic คือคิดหรือกำหนดสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่สนใจต่อกฎเกณฑ์ หรือความเป็นจริงในสังคมรอบตัว

1.3.8 บกพร่องในด้านการเคลื่อนไหว (disturbances in motor behavior) อาจเป็นแบบเคลื่อนไหวหรือมีการกระทำมาก (overactivity) และแบบไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือต้องการทำอะไร (inactivity) มีการกระทำท่าทางเสริมแต่งแปลกๆ (bizarre mannerisms) บางรายตื่นตื่นก้าวร้าว (aggressive) บางรายนั่งเฉยๆ โยกตัวไปมาเป็นจังหวะ (pacing and rocking) หรือบางไม่พูด ไม่เคลื่อนไหวหรือจับให้อยู่ท่าใดก็อยู่เช่นนั้น (catatonic)

1.4 การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) คือ

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติ

ตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลเรื่อง

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิตเช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้าน จิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยังเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ

1.5 การรักษาโรคจิตเภท

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs)

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษมตันผลาชีวะ, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมา ได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด

ปัจจุบันมียาต้านโรคจิตที่นิยมใช้อยู่หลายชนิด สมาจิตแพทย์อเมริกัน (APA, 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่ ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical antipsychotic drug) และยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Novel or Conventional or Atypical antipsychotic drug)

1.5.1.1 ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical antipsychotic drug)

หลักการใช้อายกลุ่มนี้ แบ่งออกเป็น 2 ระยะ รักษาอาการระยะเฉียบพลันกับการให้ยาระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาต้านโรคจิตชนิดดั้งเดิมแบ่งออกเป็น 5 กลุ่ม คือ

1) ฟีนโทอะซีน (Phenothiazine) เป็นยาที่มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยลดโดปามีน ที่มีผลต่ออาการทางจิตทำให้อาการทุเลาลงและหายไป จะมีอารมณ์ จิตใจ ฤติกรรม และมีความนึกคิดเหมือนปกติมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยหลับง่าย และหลับสนิทขึ้น ยาที่นิยมใช้ในกลุ่มนี้นี้มีชื่อทางการค้า ได้แก่ ลาร์แกกติล (Largactil) เมลลาริล (Melleri) อะนาเทนซอล (Anatensol) สติลาซีน (Stelazine)

2) บิวทีโรซีน (Butyropeone) เป็นยาที่ใช้ระงับอาการทางจิต และอาการทางจิตที่ออกฤทธิ์สูง ไม่ทำให้ง่วงนอนแต่ทำให้เกิดอาการข้างเคียงจากผลของยาได้ง่าย นิยมใช้มากในปัจจุบัน เพราะออกฤทธิ์ในการรักษาได้เร็วกว่า ลาร์แกกติล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลันจะได้ผลดี ยาในกลุ่มนี้ที่สำคัญมีชื่อทางการค้า คือ ฮาดดอล (Hadol) ฮาริดอล (Haridol)

3) ไทโอแซนทีน (Thioxanthenes) เป็นยาออกฤทธิ์เช่นเดียวกับ ฟีนโทอะซีน ต่างกันที่ยาทั้ง 2 กลุ่มนี้ บางตัวจะออกฤทธิ์ต่อระบบใดระบบหนึ่งได้ดีกว่ากัน โดยทั่วไปจะใช้ร่วมกันเพื่อทำให้การออกฤทธิ์ได้ผลดีต่อผู้ป่วย ยาทางกลุ่มนี้นี้มีชื่อทางการค้า ได้แก่ นาเวน (Navanc) ฟลูแอนซอล (Fluanxol)

4) ไดไฮโดรอินโดลิน (Dihydroindoline) ยาในกลุ่มนี้ได้รับการศึกษาอย่างกว้างขวางในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท แต่พบว่าการออกฤทธิ์ไม่ค่อยสม่ำเสมอ เมื่อเทียบกับยาในกลุ่มอื่น ปัจจุบันในประเทศไทยไม่ได้ใช้ยาในกลุ่มนี้แล้ว

5) ไดเบนโซซาซีปีน (Dibenzoxazepines) ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันไม่มีใช้แล้ว

1.5.1.2 ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drug) ยาในกลุ่มนี้

ปัจจุบันมีอยู่ 4 ชนิด ได้แก่ โคลซาปีน (Clozapine) หรือชื่อทางการค้าว่า โคลซาริล (Clozaril) ริสเพอริดอล (Risperidone) ชื่อทางการค้าคือ ริสเพอริดอล (Risperidal) โอลานซาปีน (Olanzapine) ชื่อทางการค้า ไชเพคซา (Zyprexa) และควีทีน (Quetiapine) ชื่อทางการค้าคือ ซีโรเคลว (Seroquei) (NIMH,

1999) การออกฤทธิ์ของยาต้านโรคจิต (Actions) แต่เดิมสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการออกฤทธิ์ที่มากเกินไปของโดปามีน ทั้งนี้พบว่ายากลุ่มดั้งเดิมที่ใช้รักษาโรคจิตทุกชนิดนั้น ออกฤทธิ์ต่อโดปามีนรีเซพเตอร์ (Dopamine receptor) ส่วนในปัจจุบันมีการศึกษาค้นพบยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ การออกฤทธิ์ของยาโดยปิดกั้นโดปามีน รีเซพเตอร์ (Dopamine receptor) และ Serotonin – 5-Hydroxy Tryptamine (5-HT_{2A}) Receptors ยากลุ่มใหม่นี้จะรักษาอาการทางจิตด้านลบได้ดีกว่ากลุ่มดั้งเดิม ในขณะที่อาการด้านบวกรักษาได้ดีเท่ากัน การเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาน้อยกว่ายากลุ่มดั้งเดิม และสามารถใช้วันละ 1 ครั้งได้ เนื่องจากครึ่งชีวิตของยามีระยะเวลาที่ยาวนาน แต่ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ มีราคาสูงกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต (Adverse effects) ยาต้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการผิดปกติบางอย่าง (Kaplan & Sadock, 2000) ดังต่อไปนี้

1. ฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anti cholinergic effects) ประกอบด้วย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องอืด ท้องผูก บางรายอาจมีปัสสาวะคั่ง ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า รูม่านตาขยาย และต่อหิน ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคลซาปีน (Clozapine) มักจะมีน้ำลายไหลยืด และกลั้นปัสสาวะไม่ได้

2. อาการเอ็กซ์ตราไพรามิดัล (Extra pyramidal effects : EPS) ประกอบด้วยอาการเหล่านี้ คือ

1) ดิสโทเนีย (Dystonia) มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมง ถึง 5 วัน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่พบคือ ศีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่น ตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาดำ บางรายลิ้นคัปปากและสั่น

2) อาการเหมือนพาร์กินสัน (Parkinson like syndrome) ประกอบด้วย มือสั่นขณะพัก กล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินแบบชอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์ น้ำลายไหล

3) อะไคเนเชีย (Akinesia) แสดงอาการออกมาในรูปอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ทำทางแข็งทื่อ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ

4) อะคาทีเชีย (Akathisia) มักเกิดภายใน 5 ถึง 40 วัน หลังเริ่มใช้ยา กลุ่มนี้ผู้ป่วยจะรู้สึกตื้อตัน กระวนกระวาย เดินไปมา ผุดลุกผุดนั่ง ขาสั่น ง่วงง่วน ซึ่งมีลักษณะคล้ายความวิตกกังวล

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive therapy : ECT)

ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาด้านจิตสังคม (Psychosocial therapy)

การรักษาด้านจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาด้านจิตสังคม ประกอบด้วย

1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และรับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาแบบกลุ่มให้มีความมีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความรักและพฤติกรรม

2) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึงการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith H., Orthers.1989) เนื่องจากการจัด กิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะความริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึกรักษาทัศนคติ การเป็นตัวแทนที่ดีอย่างจริงใจ การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งความเจียม (Trotzer,1997) ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัดเช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

3) นิเวศน์บำบัด (Mileu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จากการที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายคือ การใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุดและเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ การวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงปัญหาหรือแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนทำให้

ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยสามารถนำการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนได้ และเป็น การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ความหมาย

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่รักษาไว้ซึ่ง ชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) การดูแลตนเองเป็นบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็นกระบวนการ ปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของ พฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ดังนี้

Penter (1987) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง ความต้องการโดยทั่วไปของการ ปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำโดยตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริม สุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำและความสามารถที่ ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง ซึ่ง ประกอบด้วยการกระทำโดยตรงที่หลีกเลี่ยงการทำลายสุขภาพ การบำรุงรักษา การปรับปรุงและการ เจริญเติบโต

สมณทนา บุญชัย (2545) กล่าวว่า กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อ ให้ เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก

Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำ ด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก พฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมี ประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ปัจจุบัน Orem (2001) ยังได้เน้นถึงจุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่มีเป้าประสงค์สูงสุด เพื่อให้บุคคลมีความผาสุก

สรุป พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคล ตั้งใจกระทำด้วย ตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแล ตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

2.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม

จากแนวคิดข้างต้น จะเห็นว่าบุคคลจำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และพัฒนาการตลอดจนความผาสุกที่จะเกิดขึ้น โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (Orem อ่างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540)

2.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้ จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

- 1) คงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ (maintenance of sufficient intakes of air , water, food)
 - 1.1) บริโภคอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ แล้วคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอก
 - 1.2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง
 - 1.3) หลีกเลี่ยงการบาดเจ็บจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ
- 2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ (proision of care associated with eliminative processes and excrements)
 - 2.1) จัดการให้มีการขับถ่ายปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และ สิ่งแวดล้อม
 - 2.2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย
 - 2.3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล
 - 2.4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ
- 3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (maintenance of balance between activity and rest)
 - 3.1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม
 - 3.2) รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

- 3.3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทาง
 ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง
- 4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับ ผู้อื่น
 (maintenance of balance between solitude and social interaction)
- 4.1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่
 พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมี
 ประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น
- 4.2) ปฏิบัติต่อตนเองเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคล
 รอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน
- 4.3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม
- 5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ (prevention of
 hazards to life, functioning and well being)
- 5.1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่เกิดขึ้น
- 5.2) จัดการป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย
- 5.3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ
- 5.4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ
- 6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และ
 ความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)
- 6.1) พัฒนาและรักษาระบบไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของ ตนเอง
- 6.2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
- 6.3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและ หน้าที่
 ของบุคคล
- 6.4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่
 ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (development self-care requisites) เป็น
 การดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การ ตั้งครรภ์
 การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อ
 พัฒนาการเช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไป

เป็นต้น เพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคล การป้องกันมี 2 ลักษณะ คือ 1) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น 2) การบรรเทาหรือเอาชนะอาการที่เกิดขึ้น และการที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถ ในการป้องกันผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากการขาด การศึกษา การมี ปัญหาการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดี หรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ความกดดันและเผชิญความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและอยู่ใน ภาวะใกล้เสียชีวิต

2.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพหรือ ความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค และอยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของร่างกาย เปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม หรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อารมณ์ เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เบื่อหน่ายชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ถ้าบุคคลที่มี สุขภาพเบี่ยงเบนไป มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถประยุกต์ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเอง ได้ เช่นเดียวกับ Orem (1991, อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีดังนี้ คือ

1) การแสวงหาและคงไว้ ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม

2) การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละ ระยะ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง

3) การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟู อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยร่างกายสามารถทำ หน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการ และความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่ บกพร่องไป

4) การรับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค กระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

5) การปรับปรุงตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

6) การเรียนรู้ที่มีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมีผลต่อการกระทำหน้าที่และ กระบวนการพัฒนา หรือสนับสนุนให้มีความผาสุก เป็นการกระทำที่ลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำงานที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem , 2001: 43)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคล ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป คือความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

John (1985, อ้างใน ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) กล่าวว่า การที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. การสอนผู้ป่วยด้านสุขภาพอนามัย (Patient education)
2. การสร้างการยอมรับในผู้ป่วย (Patient compliance)
3. ผู้ป่วยต้องมีการช่วยเหลือตนเอง (Self help)

ในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัว การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งการดูแลตนเองนั้นต้องครอบคลุมในทุกๆด้าน ตั้งแต่การดูแลตนเองด้านอากาศ/ อาหาร/ น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จึงจะทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขได้ แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเวช มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านใดด้านหนึ่งแล้ว ย่อมทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและมีผลกระทบในด้านอื่นๆ ตามมาอย่างแน่นอน ดังนั้นการศึกษาถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองจะช่วยให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท มากยิ่งขึ้น

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรุนแรง (ประคิษฐ์ ตันสุรัตน์, 2534) มักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน (สมสร เชื้อหิรัญ, 2532) ซึ่งความบกพร่องนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน อย่างแน่นอนจากการะของโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการรับรู้ โดยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ จึงทำให้ไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง มี ดังนี้ คือ

- 1) ขาดความสามารถในการประเมินความผิดปกติ ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำนั้น ส่วนใหญ่มักไม่สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนได้ เช่น ก่อนที่อาการ

ทางจิตจะกำเริบตนเองมีความรู้สึกอย่างไร หรือจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นก่อน จึงทำให้ไม่มีการป้องกัน และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้

2) ไม่สามารถขอความช่วยเหลือเพื่อการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภท อาจจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากญาติหรือคนใกล้ชิดได้ เช่น การปรึกษาญาติเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การให้ญาติพาไปพบแพทย์ เป็นต้น แต่เราพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้ เนื่องจาก ไม่สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้หรือบางครั้งมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับญาติ

3) ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ไม่ยอมรับประทานยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้มีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ รวมทั้งเป็นภาระแก่ญาติได้ สาเหตุอาจมาจาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่สามารถจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษา

4) ปัญหาการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท จะแสดงออกมาในรูปความคิดปกติของพฤติกรรม และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบในด้านสังคม และด้านการปรับตัว เมื่อมีปัญหาไม่สามารถพูดคุยปรึกษาใครได้ และผลที่ตามมาคือทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ทางสังคมไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษา การใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในเขตรับผิดชอบของอำเภอท่าช้าง โดยประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย เป็นการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการใช้จ่ายทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ โดย Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนริเริ่มและกระทำ ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

2.5 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.5.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นปัจจัยที่กำหนดการกระทำ หรือพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของ Orem มี 10 ประการ (Orem, 1995) คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม ระบบบริการและการดูแลด้านสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และทรัพยากรที่สามารถแสวงหาได้ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของ Orem มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1) อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem,1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจทางเลือกที่ดี จากการศึกษาของ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และเป็นช่วงซึ่งบุคคลมีวุฒิภาวะการพัฒนากการดูแลตนเองสูงสุด

2) เพศ ความแตกต่าง ระหว่างเพศชาย และเพศหญิง ในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของ Van Dogen (1997) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตต่อยาต้านโรคจิตจำนวน 92 ราย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิง จะมีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้งการรักษาดีกว่าเพศชาย

3) ระยะพัฒนาการ ระยะพัฒนาการในแต่ละวัยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน เช่น ในวัยเด็กอาจจะยังดูแลตนเองไม่ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองลดลง วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุดมีวุฒิภาวะสามารถดูแลตนเองได้ ในวัยนี้เป็นวัยที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท แม้ว่าจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้ว แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยมักจะเริ่มตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่ต้องศึกษาหาความรู้ กำลังกำหนดแบบแผนชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จะส่งผลให้เกิดความตึงเครียด การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อบรรเทาความตึงเครียดให้ลดลง ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งในวัยผู้ใหญ่นั้นการสนับสนุนจากคู่สมรส จะส่งผลถึงการดูแลตนเอง การมีสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือความเจ็บป่วยขึ้น การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง จากการศึกษา ของ Brown (1991, อ้างในรัชณี ศรีหิรัญ, 2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรส มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด

4) ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตลอดจนภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งหลังจากควบคุมโรคให้สงบระยะหนึ่งโรคจิตอาจมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวบ่งชี้ถึงการดำเนินของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปแบบใด ในผู้ที่เป็นโรคจิตที่กลับป่วยซ้ำบ่อย ๆ จะยังมีความผิดปกติมากขึ้น ซึ่งทำให้การดูแลตนเองยุ่งยากมากขึ้น (จันทรประกา ไชยรักษ์ และคณะ, 2536) การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ประสบการณ์การบำบัดรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ที่เจ็บป่วย มีการปรับตัวและพัฒนาการ

เผชิญปัญหา Orem เชื่อว่าความสามารถในการดูแลตนเองจะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล (Orem, 1995)

5) สังคม วัฒนธรรม เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ ในผู้ที่ เป็นโรคจิต ในระยะที่มีอาการหลงเหลือนั้น สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก เพราะการที่ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จะทำให้แยกตัวมากขึ้นหมกมุ่นกับความคิดของตนเอง ไม่รู้ว่า จะพูด หรือสื่อสารบอกความต้องการกับใคร ขาดทักษะทางสังคม เกิดความตึงเครียด สิ่งเหล่านี้ จะ เป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ จนกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ได้ในที่สุด

6) ระบบบริการสุขภาพ และการดูแลด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริม สุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ในปัจจุบัน เปลี่ยนไปจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพ จึงต้องเอื้ออำนวยโดยมีการจัดระบบส่งต่อ จัดบริการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ ซึ่งระบบบริการดังกล่าวนับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยจิตเภท เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สถานบริการใกล้บ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ถ้าระบบบริการในชุมชนมี ความเข้มแข็งพอ และมีประสิทธิภาพสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะลดภาระค่าใช้จ่ายลง สะดวก ลดเวลาการเดินทาง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ระยะยาว

7) ระบบครอบครัว ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ที่สำคัญมากเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะใน ภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับ ความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องอยู่กับ โรคเรื้อรังและยาวนานเกือบตลอด ทั้งชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องดูแลตนเองต่อเองที่บ้านนั้น การสนับสนุน จากครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยมาก ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยของ ครอบครัวมีผลอย่างมากในการกำหนดอัตราการป่วยซ้ำ (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2531) การแสดงอารมณ์ สูงที่มีลักษณะวิพากษ์วิจารณ์สูง ไม่เป็นมิตรหรือการมีอารมณ์ผูกพันมากเกินไปของครอบครัว มีผลต่อ การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

8) แบบแผนชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะมี แบบแผนชีวิตการดูแลตนเองที่ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบทั้งด้านร่างกายและ จิตใจในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านการพักผ่อนนันทนาการ การออกกำลังกาย การดูแลความ

ระอาของร่างกายและเสื้อผ้า มีการขับถ่ายปกติ มีการเข้าสังคมปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับภาวะการเจ็บป่วย เช่น ในเรื่องการรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับแบบแผนชีวิตในเรื่องดังกล่าวได้ ก็จะทำให้ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือล้มรับรับประทานยา การปรับแบบแผนชีวิตดังกล่าวจะส่งเสริมให้มีการป้องกันการป่วยซ้ำ และฟื้นฟูให้กับสู่สภาพเดิม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ที่บ้าน

9) สภาพแวดล้อมความแตกต่างของสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่บ้านจะต้องมีการปรับตัว ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีอาการหลงเหลือ ต้องดูแลตนเองมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ต้องปรับวิธีการดูแลตนเอง เช่น พัฒนาการเรียนรู้วิธีการปรับพฤติกรรมการเผชิญกับปัญหาความเครียด การอยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้านและชุมชนใกล้เคียง ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยยังคงมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

10) แหล่งประโยชน์และทรัพยากร การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตที่มีความรุนแรงเป็นโรคเรื้อรัง เสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง แหล่งประโยชน์เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ พัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ และยังเป็นแหล่งให้ความหวังและกำลังใจ ที่จะมีชีวิตอยู่และดูแลตนเอง

2.5.2 ปัจจัยด้านความรู้ โดยความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบ ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การมาพบแพทย์ตามนัด ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาที่สามารถแก้ไขเองได้ เป็นต้น โดยความรู้ด้านต่างๆเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังการศึกษาของ Kennedy et al. (2000, อ้างถึงใน ยุวดี วงษ์แสง, 2548) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่ดีรับรู้ถึงลักษณะอาการทางจิต จัดการกับอาการทางจิตด้วยตนเอง ตลอดจนการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น จะมีผลลดการป่วยซ้ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1995) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตน ค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถรู้ถึงลักษณะอาการทางจิต จัดการกับอาการทางจิตด้วยตนเอง ตลอดจนการรับรู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติได้นั้น ต้องเกิดจากที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค แลการจัดการกับอาการของโรคก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมณะ (2541) พบว่าการเยี่ยมบ้านโดยผสมผสานการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดสิ่งแวดล้อม มีผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นจะเห็นว่าความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติ

2.5.3 ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker et al. (1974, อ้างถึงใน พิศมร เศษดวง, 2545) ได้กล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ต่อลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อชีวิตการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยง หรือลดการเจ็บป่วย และความรุนแรงของการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็จะเกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันการมีอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง จากผลการศึกษาของ อุมพร กาญจนรักษ์ (2545) ถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับ เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาพบว่า แบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอำนาจจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

2.5.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสุขที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน (หงส์ บันเทิงสุข, 2545) และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนั้นจากการศึกษา จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับที่ Chien et al. (2003) กล่าวว่า การฝึกทักษะสังคมเข้าไปในระยะต่างๆของการเจ็บป่วย เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนั้นการสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัว จะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง Jopp and Carroll (1993, อ้างถึงใน ยุวดี วงษ์แสง, 2548)

สรุปว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือปัจจัยพื้นฐานความรู้ ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งหากส่งเสริมให้ความรู้แก่ผู้ป่วย สนับสนุนสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง ที่จะดูแลตนเองได้ เชื่อมั่นในความสามารถของแพทย์ พยาบาล ในการให้การช่วยเหลือ และเชื่อว่าตนเองสามารถดำเนินชีวิตอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมีความสุขไม่เกิดการป่วยซ้ำ การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน และจะจำเป็นมากขึ้นเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าปัจจัยในทุกๆ ข้อ มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น ดังนั้นในการปฏิบัติกิจกรรม

การพยาบาลเพื่อลดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เป็นส่วนประกอบ ในการประเมินสภาพอาการและปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทด้วย

2.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 หัวข้อ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536; พรทิพย์ ธรรมวงศ์, จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542; จันทรา วีระสมบุรณ์, 2542; Carson, 1995; Hunter, 2000) คือ

2.6.1 การดูแลตนเองด้านการใช้จ่ายทางจิต โดยมีสาเหตุจากการขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะเห็นได้จากการศึกษาของ สุวีรัตน์ โบจรัส (2535) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท และการบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยโดยศึกษา 3 ด้านคือ ตัวผู้ป่วยเอง ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติของญาติต่อการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล สัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ทัศนคติความพร้อมของญาติต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการทางจิตญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน 1-2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแลญาติ ส่วนมากมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง การรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วน สาเหตุการกินยาไม่ครบถ้วนคือ ไม่ยอมกินยา ญาติควบคุมไม่ได้ หยุคกินยาเอง คิดว่าตนเองหายขาด ขาดคนดูแลเอาใจใส่ เรียงลำดับจากมากไปน้อย การมารับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยมารับการรักษาตามทัศนคติต่อการเจ็บป่วย ญาติส่วนใหญ่คิดว่าไม่หายขาด ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วย และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีต่อญาติ ญาติมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย แต่ทัศนคติด้านลบค่อนข้างมาก

2.6.2 การดูแลด้านสุขภาพจิตเนื่องจากอาการทางจิตอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย (สมจิตต์ ลุประสงค์ และคณะ, 2538) และ จากภาวะพฤติกรรมถดถอย/ ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

2.6.3 ด้านการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้า เมื่อออกจากบ้าน ผลจากการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ผลจากการไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน หิด ผู้ป่วยจิตเวชมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรก และอาจทำให้เกิดบาดแผลได้ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

2.6.4 ด้านการป้องกันการกลับซ้ำพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา (เพลินพิส จันทรศักดิ์ และคณะ, 2539) ทำให้เกิดอาการกำเริบ

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในเรื่องของพฤติกรรมในการดูแลตนเองซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดผลกระทบอื่น ๆ ที่จะตามมา และเมื่อวิเคราะห์ตามข้อมูลข้างต้นจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่สำคัญใน 4 ด้าน คือ ซึ่งจากสภาพปัญหาที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมิน ดังนั้นพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ จึงประกอบด้วย

- 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด
- 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต
- 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ

การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีหลายรูปแบบ เช่น การสังเกต การตอบคำถาม การประเมินตนเอง การสัมภาษณ์ เป็นต้น แม้ว่าการใช้การประเมินจะมีหลายวิธี แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ เนื่องจากบทบาทของพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างใกล้ชิดมากกว่าวิชาชีพอื่น ผู้ศึกษาเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จะสามารถทำให้ผู้ศึกษาได้ข้อมูลจากผู้ป่วยข้อมูลที่ตรงกับความเป็นจริง ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด (อุมาพร กาญจนรักษ์, 2545) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่สร้างขึ้นโดย รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ประกอบด้วย

พฤติกรรมในการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อความนั้นๆ ตรงกับการปฏิบัติตนของตนมากที่สุด แบ่งข้อคำถามทั้งหมด ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|-------------------------|
| 1. ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด | จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) |
| 2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต | จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 10-17) |
| 3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 18-21) |
| 4. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ | จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 22-24) |

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ในด้านสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคล ที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคม โดยรวม หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาล ด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับ พฤติกรรม เป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการ ทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้ง ในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบน และเจ็บป่วยทางจิต

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า เป็นการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการ พยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมี วัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะใน การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีใน สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการ รักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2549) กล่าวว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือ ผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และ ชุมชนในการพึ่งตนเอง สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน เน้นการพัฒนาสุขภาพจิตและ ส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว

และชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

3.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างใน อรพรรณ ลีอนุชวิชัย, 2545)

1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด

2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล

3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน

4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว

และผู้ป่วยกับผู้นำบัด

5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล

6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน

7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว

ประสานงานติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้จ่าย การเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีลักษณะแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชนเพื่อให้รับบริการบริการที่มีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนเพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

3.3 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การจัดกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาลดังนี้

3.3.1. การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพะ ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาล ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพะ แนวทางในการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีดังนี้ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545)

3.3.1.1 การสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที

3.3.1.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพะของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัวและสมาชิกของชุมชน

3.3.1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย

3.3.1.4 การดูแลที่บ้านและการบำบัดการให้การพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

3.3.1.5 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพะที่ดี

3.3.1.6 การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

3.3.2. การดูแลที่บ้าน (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

3.3.2.1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหามีการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหในปัจจุบัน (Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา สามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงได้ต่อไป

3.3.2.2 การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้เข้าใจสถานการณ์และปัญหาของตน ตระหนักรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่นการทักทาย การแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหา เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขปัญหามาเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ค้นหาวិธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้กำลังใจ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล

3.3.2.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัวเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการทางจิต ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา ความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เมื่อเกิดภาวะเครียดจะอย่างไร การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การแนะนำครอบครัวในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เป็นต้น

3.3.2.4 การป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยเร็ว ลดภาวะความเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วยและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น รวมทั้งทรัพย์สินต่างๆ โดยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาและเรียนรู้แผนในการแก้ไขปัญหาค ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ใน

ด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน โดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลาย ความเครียด การใช้แหล่งช่วยเหลือและการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

3.3.3. การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจ ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจน ประเมินติดตามผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือ ตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพและลคโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรมกิจกรรมใน ชุมชน

3.4 บทบาทของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความ เข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธ์ภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตา ตลอดจนมีความอดทนต่อผู้ป่วย ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี (2536) ได้กล่าวถึงเหตุที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้ามามี ส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

3.4.1 ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานที่สุด และมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่รู้ปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ

3.4.2 บ้านถือเป็นสังคมแห่งแรกของผู้ป่วยและเป็นแหล่งลคพฤติกรรมที่ดีแก่ ผู้ป่วย

3.4.3 การรักษาโรคทางจิตไม่เหมือนการรักษาโรคทางกายการรักษาโรคทางจิต จำเป็นต้องใช้กลวิธีในการช่วยลคปัญหาของผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ใน ครอบครัวการหมั่นมาปรึกษากับแพทย์บุคลากรจะเป็นสิ่งช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นได้มากกว่าการ ปล่อยปัญหาทิ้งไว้เฉยๆ และอาจเป็นทางหนึ่งที่จะลคการะความเดือดร้อนของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวได้

3.4.4 ผู้ดูแลหรือญาติเป็นผู้รับภาระในด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยป่วยเรื้อรังยัง ทำให้ผู้ดูแลและญาติเดือดร้อนในการรับภาระค่าใช้จ่าย

3.5 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่เรื้อรัง (APA , 1994 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล ,2538) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลรวมทั้ง ครอบครัวจนตลอดชีวิต และ ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหาย ๆ และจากการนำนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วย ออกสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย

ที่บ้าน ซึ่ง Horowitz (Horowitz , 1982 cite in Davis, 1992 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543) ได้กล่าวถึงการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

3.5.1.การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตนเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานจะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจ ไปอยู่ที่การทำงานได้

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขัดขืน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีการะทางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลานาน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

4.5.2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสี่ยงภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยประกอบอาชีพมีรายได้ค่าจุนครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่ายโดยการลด หรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

3.5.3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

3.5.4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

3.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

พยาบาลจิตเวชเมื่อมาปฏิบัติงานในชุมชนเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ย่อมจะมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม จะมีกิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม แต่การปฏิบัติงานในชุมชน การให้บริการพยาบาลให้กับคนหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นผู้ป่วย เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสาน ร่วมงานบริการกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะกับทีมจิตเวชเท่านั้น เพราะเหตุนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวช จึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวชทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ (Specialist) (อุบล นิวัติชัย, 2527)

3.6.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

1) บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Therapist) หมายถึง การให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดเพื่อการส่งต่อแก่ผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อ (short term therapy)

2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator)

นอกจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชนับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรมเรื่องการให้ยา แก่ผู้ป่วย มากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้การพยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่น ๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวช อาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้

มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคคลอื่นที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Education)

พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่าง ๆ ทางการพยาบาลจิตเวช

4) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker)

เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชนมีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาทางจิตเวชพยาบาลจิตเวชควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator)

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดการจัดลำดับความสำคัญ และแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6) บทบาทผู้นิเทศและผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant) พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การสนับสนุน ประคับประคอง สอนบุคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางสู่เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติ เมื่อปัญหาทางสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่วไป

7) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse)

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถานบันอีกบทบาทหนึ่งที่จะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

3.6.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบบากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของ

การพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “ บุคคล ”
 สาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

1. เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการ
 ให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและวิญญาณ
2. คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำ
 หน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ ให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความ
 ต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ
 ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย
3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการ
 พยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย
 คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษา/บรรเทาอาการ
 ของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or
 Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกัน
 สุขภาพ (Health Protection)

ในสภาพของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดย
 คำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลัก
 ปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์
 รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1. การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and
 education) เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดง
 ถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและการรักษาสุขภาพของตนเอง
2. การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการ ได้
 เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเอง
 เป็นอย่างไร และควรเลือกอะไรสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ
3. การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริงที่เหมาะสม
 (Realistic Goal-setting) จะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผล
 ของความถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการรับได้

4. พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working Together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

3.6.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

จากคำจำกัดความและแนวคิดดังกล่าวนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน การส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชครอบคลุมกับสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูง (Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) ประกอบด้วย

(Hickey, J.V. et al., 1999)

1. การเป็นผู้ชำนาญทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
2. การมีทักษะการสอน อบรม และแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว (education)
3. การเป็นที่ปรึกษา (consultation)
4. การประสานงาน ทั้งในสาขาวิชาชีพเดียวกัน ต่างสาขาวิชาชีพ (collaboration)
5. บทบาท change agent
6. การเป็นผู้นำ และผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical and professional leadership)
7. การใช้ผลงานการวิจัย (researcher) เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
8. บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม (ethical)
9. การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation of outcomes)
10. การประกันคุณภาพ (quality assurance) ทางการพยาบาล

การดำเนินโครงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะ และกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงโดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำข้อมูลด้านระบาดวิทยาสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมความคิด ความเชื่อ การรับรู้และการปรับพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ดำเนินการโดยการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยมีกรอบแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยต่างๆ เป็นแนวทางในการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาจิต การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการประเมินผล

2. ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความคิดในการเผชิญปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท กระบวนการคิดในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การบำบัดแนวทางการบำบัดทางความคิด การฝึกใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดหลักการแก้ไขปัญหา เรียนรู้วิธีการคิดแบบใหม่ ฝึกใช้เทคนิคการเผชิญปัญหา ซึ่งในการสอนและฝึกทักษะต้องใช้เทคนิคหลากหลายเช่นการสาธิต การทดลองปฏิบัติในสถานการณ์สมมุติ ในแต่ละขั้นตอนต้องมีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3. ด้านการให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหา รวมถึงพฤติกรรมแบบแผนการแก้ปัญหาของตน พัฒนาหรือแสวงวิธีแก้ปัญหา ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

4. ด้านการประสานงาน ประสานงานกับ โรงพยาบาลท่าซ่าง คือผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โดยชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่จะใช้วิธีสนับสนุนและให้ความรู้ ภายหลังจากดำเนินการศึกษา มีการพัฒนาคุณภาพบริการ เกิดการ

เปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการ มีความตระหนักในบทบาทเรื่องการเสริมสร้างพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำ

6. ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในชุมชน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทบทวนงานวิจัยที่วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย หรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยค้ำหาวิธีการที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนท่าช้าง จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการบำบัดในรูปแบบต่างๆ ในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภททั้งในและต่างประเทศ มาเป็นแนวทางในการคัดเลือก ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีต่างๆ มาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดและโปรแกรมการบำบัด

4. แนวคิดในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

4.1 ความหมายของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

การให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึงกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอันมีผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีเป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสพการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ จากการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์ , 2546)

4.2 แนวคิดการให้ความรู้และประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1991) กล่าวว่า ระบบการพยาบาล (nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ของผู้ป่วย ระบบพยาบาล จะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ และลงมือกระทำเพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเอง รวมทั้งปรับการใช้ และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล แบ่งตามความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ (Control of movement and manipulatim) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ

- 1) การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)
- 2) การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)
- 3) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system)

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีความสามารถที่จะปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบ ตามแนวคิดของ Orem (1991) ดังนี้

4.2.1 การชี้แนะ เป็นวิธีการที่พยาบาลชี้แนะให้ผู้ป่วยเลือก เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ โดยที่จะพยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วย เป็นเพียงแต่ให้ในรูปแบบความต้องการแนะนำ การบอกแนวทาง การให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับการสนับสนุน

4.2.2 การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ กิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้อยู่ในภาวะเครียด หรือความทุกข์ทรมานจากโรค สามารถควบคุมหรือจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ด้วยวิธีการสนับสนุนด้วย คำพูด กิริยาท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ โดยพยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเหมาะสม

4.2.3 การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้ และได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ในการวางแผนที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง การปรับเปลี่ยนเจตคติ คุณค่า การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยน อัตมโนทัศน์และพัฒนาทางด้านร่างกาย โดยพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยมีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้รับคำแนะนำ และสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การจัดทำเอกสารหรือ หนังสือ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทอ่านที่บ้าน

4.2.4 การสอน วิธีที่เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการรู้จักควบคุม

ตนเอง การสอนสิ่งต่างๆ เพิ่มให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดรวมถึง
 ให้ผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ต้องตัดสินใจ กระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หลัก
 ในการสอนผู้ป่วยดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2534)

- 1) ควรสอนในสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องเรียนรู้ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนมักจะมีการเรียนรู้การดูแล
 ตัวเองบางอย่างมาแล้ว
- 2) เนื้อหาที่จะสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องดัดแปลง
 หรือเสริมสร้าง ความรู้สึกรู้คิด และการกระทำ
- 3) ความพร้อมของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการที่จะเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถ
 ควบคุมอาการของโรค มีอาการอ่อนเพลียได้ ยากล่อมประสาท มีภาวะเครียดมากเกินไป มีความวิตก
 กังวลสูง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้
- 4) การเรียนรู้จะมีเพิ่มมากขึ้นควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการให้ผู้ป่วย
 ได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งจะกระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความ
 คิดเห็น ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อเพิ่มการเรียนรู้ พยาบาลไม่เพียงสอนหลักการให้ผู้ป่วย แต่จะต้อง
 ให้ผู้ป่วย ทราบว่าจะต้องทำอะไร ให้ผู้ป่วยได้ฝึก และเรียนรู้ความผิดพลาดว่า ผิดตรงไหน เพราะเหตุ
 ใด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น
- 5) การประเมินโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะช่วยในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและปรับ
 พฤติกรรม โดยผู้ป่วย และพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินถึง
 ความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายในการเรียนรู้ และการให้คำชม และการให้กำลังใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วย
 เรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำ
 กิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น ส่วนในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจงและแก้ไข
 พยายามหลีกเลี่ยงไม่ตีเถียน หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ
- 6) เนื้อหาที่จะสอน ต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย แต่ละคน
 ซึ่งแตกต่างกันการประเมินความเข้าใจ และการยอมรับของผู้ป่วยด้วย
- 7) สัมพันธภาพที่ดี และอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพใน
 การเรียนการสอน ความไว้วางใจตัวพยาบาล และความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้
 ของผู้ป่วย ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อ สื่อสาร ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึก
 มีคุณค่าในตัวเองและเพื่อเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

4.3 จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน (อกิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพที่ดี ต้องการให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติ และมีรูปแบบการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาพอนามัยดี สามารถใช้วิจารณญาณและความรอบรู้ในการเลือกใช้บริการต่างๆ ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการตัดสินใจร่วม เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง

โดยสรุป จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ คือ การพัฒนาบุคคลโดย

1. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก รู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีส่วนร่วม ในวิถีทางการดำเนินชีวิตของชุมชนอย่างสร้างสรรค์ และมีเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่ดี
3. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีความเชื่อมั่นในการพัฒนา และพึ่งพาตนเอง
4. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้รับข้อมูล ความรู้ ทางสุขภาพอยู่ตลอดเวลา
5. ให้ความรู้ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความต้องการของประชาชนและชุมชน
6. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีความรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพ และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และชุมชนได้

นอกจากนี้จุดมุ่งหมายของพยาบาล ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Knowledge) หมายถึง การสอน การแนะนำให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. เจตคติด้านสุขภาพ (Health Attitude) หมายถึง การสอน อธิบาย การให้เหตุผล ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้ประชาชนมีเจตคติและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม
3. การปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health Practice) หมายถึง การนำเสนอแนวทาง วิธีการ และการกระทำ เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5. โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านจากการศึกษาของ พัชณา ชันลา (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ผสมผสานกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) โดยในโปรแกรม

สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านซึ่งผู้ศึกษาใช้ในการศึกษารุ่นนี้ มุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้าน ที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด

2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน การศึกษาของ พัทธนา ชันลา ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เรื่องจิตเภท 3) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 4) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ศึกษาทำการศึกษายู่ พบปัญหาที่แตกต่างในด้านต่างๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ทำการปรับเปลี่ยนกิจกรรมการพยาบาลบางกิจกรรมเพื่อความเหมาะสม ให้ตรงกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้เข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมาก พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา คือ ความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกผู้อื่น ความเห็นใจและการยอมรับผู้อื่นโดยไม่มีอคติ ตลอดจนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลให้พบกับสิ่งที่เขาต้องการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้

ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง ผสมผสานกระบวนการให้คำปรึกษาไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักประสบอยู่ การให้คำปรึกษาและผู้ดูแลจะเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ และการเปิดเผยข้อมูลหรือความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน เป็นการปฏิบัติการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กันโดยการปฏิบัติขั้นแรก จะส่งผลไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป เป็นการปฏิบัติที่เป็นกระบวนการ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการเปลี่ยนแปลงจากการเน้นการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ มาสู่การดูแลในชุมชน โดยมีเหตุผลว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยพิเศษ เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลได้ตลอดไป ผู้ป่วยต้องกลับบ้านและดำเนินชีวิตที่บ้าน พยาบาลวิชาชีพจึงจำเป็นต้องเตรียมความรู้สำหรับผู้ดูแลหลัก ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีแนวทางในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถใช้ใบความรู้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง อีกทั้งครอบคลุมเรื่องการรับประทานยา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยา การงดใช้สารเสพติด

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย มีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งทางวัตถุ และทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียด การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ในการ จัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วิธีที่จะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ คือ การให้ยารักษาโรคอย่างต่อเนื่อง โดยการมาตรวจตามนัด ปัจจัยอื่นๆที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความตึงเครียด และความขัดแย้งในครอบครัว ตัวผู้ป่วยเองและผู้ดูแลหลักจะสามารถช่วยกันป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยการคอยสังเกตอาการเตือน เนื่องจากก่อนจะมีอาการกำเริบมักจะมีอาการอื่น ๆ นำมาก่อน ซึ่งถ้าการรักษาที่เหมาะสมได้ทันทั่วถึง จะป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตนั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถเผชิญปัญหาได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและการช่วยเหลือ ได้อย่างถูกต้อง และเหมาะสม รวมทั้งผู้ดูแลหลักมีทักษะการจัดการและการเผชิญกับภาวะวิกฤตที่จำเป็นได้

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านที่บ้าน มีดังนี้

พัทธนา ชันลา (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบผู้ป่วยจิตเภทหลังการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน มีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันวิสาข์ ชูจิต (2543) ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยขาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และควบคุมกลุ่ม 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็นรายบุคคลตามโปรแกรม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .001 และการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานหลังใส่ท่อระบายทรวงอก วันที่ 2 และ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

พรสวรรค์ พูลกระจ่าง (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระเจ้าพระยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (1991) พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคอง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

สุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548) การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม มีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่ม

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง มากกว่าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยา และการ

จัดการกับอาการต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อนนันทนาการและการออกกำลังกายและด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

รัชนี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่าย ร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

อัญชลิ ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คนซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม ตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ผลการทดลอง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ 0.5 และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ผลงานวิจัยในต่างประเทศ มีดังนี้ คือ

Boarman et al. (1999) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับวิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 2 แห่ง วิธีการโดยการ Admit ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงไปยังหอผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน(n=110) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่ Admit ที่ Acute Ward ทำการประเมินผลอาการทางคลินิก และทางสังคม โดยประเมินทุก 6 และ 12 เดือน สำหรับการวัดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ จะทำการประเมินเมื่อครบ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในชุมชน เกิดผลดีต่อผู้ป่วยมากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Doherty (1998) ได้เขียนรายงานการศึกษาเกี่ยวกับองค์กรต่าง ๆ ที่ได้จัดบริการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการบริการผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้านภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ที่ไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในอีก พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูล เกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้ประสบการณ์การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ก็จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น โดยธรรมชาติแล้วการให้บริการผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความสุขอย่างมากที่ได้รับการดูแล เพราะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านที่แวดล้อมด้วยญาติพี่น้อง การจัดระบบนี้เป็นสิ่งที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการได้ทั่วโลก และจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นในอนาคต

Langle et al. (2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชหลายโรค โดยการดูแลรักษาอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งได้พัฒนารูปแบบนี้มามากกว่า 4 ปี เป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลทางด้านจิตเวชในขณะที่อยู่ที่บ้าน โดยการประเมินความต้องการและให้การบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจในด้านการลดค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการอยู่รักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมากกว่า 3 ปี ลดลงเหลือ 206 วัน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลงจาก 70,000 เหรียญสหรัฐต่อปี เหลือเพียง 8,000 เหรียญสหรัฐต่อปี จากผลการศึกษาเพียง 1 ราย เป็นสิ่งที่เกิดความหวัง ในการผลักดันให้มีการพัฒนาการประเมินการวางแผนการรักษารายบุคคลอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1, 2, 3

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักค้นหา

ปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ

อาการ การดำเนินของโรค การรักษา และการใช้ยาทางจิตที่ถูกต้อง

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,4

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ติดตาม

ปัญหาจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาเพิ่มเติม วางแผนแก้ไข

ปัญหา และแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม

สุขภาพจิต และให้ความรู้และฝึกฝนทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2, 5

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช

กระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิด

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก

ติดตาม ปัญหาจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สอบถามปัญหาเพิ่มเติม

ประเมินผลและสรุปปัญหา

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้ความรู้เกี่ยวกับ

พฤติกรรมที่นำไปสู่การป่วยซ้ำ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

ของ

ผู้ป่วยจิตเภท

- การใช้ยาทางจิต
- การดูแลสุขภาพจิต
- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ