

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอำเภอโพธาราม จังหวัดราชบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค
 - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนินโรค
 - 1.5 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.3 ระบบบริการงานจิตเวชของโรงพยาบาลโพธาราม
3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเอง
 - 3.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม
 - 3.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเอง
 - 3.4 พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.6 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
4. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 4.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล
 - 4.2 บทบาทในการให้ความรู้
 - 4.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ

4.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

5. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

5.2 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

6. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชชนิดหนึ่ง จิตเภทมาจากคำศัพท์ว่าจิต บวกกับคำว่าเภท จิตแปลว่าจิตใจ เกเภทแปลว่า แยกแยกหรือทำลาย ดังนั้นจิตเภทจึงแปลว่าจิตใจที่แตกแยกในภาษาอังกฤษใช้คำว่า Schizophrenia ซึ่งมีรากศัพท์มาจากภาษากรีกและถูกนำมาใช้ครั้งแรกโดยจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler เมื่อปี ค.ศ 1908 และใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบัน (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544)

1.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก (WHO,1992) ได้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทว่า เป็นโรคที่ผู้ป่วยมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ การรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ที่ (Blunted) สติสัมปชัญญะและความสามารถด้านเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าการสูญเสียการรับรู้ และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือนโดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย บาดเจ็บที่สมอง พืชจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2545)

สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ได้ให้นิยามโรคจิตเภทตามแนวทางการจำแนกโรคของ DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder Forth Edition) (1995) ว่าเป็นกลุ่มอาการของความผิดปกติที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง ประกอบด้วยอาการด้านบวกและอาการด้านลบ อาการด้านบวกประกอบด้วย ความคิดหลงผิด อาการประสาทหลอน ความผิดปกติของการพูดและความผิดปกติของพฤติกรรม ส่วนลักษณะอาการด้านลบเป็นภาวะที่ขาดที่ในคนทั่ว ๆ ไปควรจะมี ประกอบด้วยอารมณ์เฉยเมย พูดน้อยหรือไม่พูด และขาดความสนใจในกิจกรรมทุกชนิดซึ่งผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีอาการทั้งด้านบวกและด้านลบติดต่อกันเป็นเวลาอย่างน้อย 6เดือนและมีอาการในระยะอาการกำเริบชัดเจนอย่างน้อย 1เดือน(American Psychiatric Association, 1995)

สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทยได้กล่าวว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริงลักษณะเฉพาะของโรคนี้คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของจิตใจมีความ

บกพร่องไปและเกิดความผิดปกติในด้านต่างๆคือ ความรู้สึก ความคิดและพฤติกรรม (ทวี ตั้งเสรี, 2541)

Fox & Kan (1996: 321) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตและประสาทส่วนโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภทส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่าและ มากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือนโดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุควนิชย์ (2543) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่าเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่จะมีกลุ่มอาการด้านลบ เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัวเอง

อรพรรณ ลือบุญรัชชัช (2549) ได้ให้ความหมายว่าโรคจิตเภทหรือ Schizophrenia เป็นโรคที่มีความผิดปกติ ของความคิดเป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมโดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกาย หรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

ดังนั้นจึงสรุปได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางจิตในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึกอย่างรุนแรง โดยที่ไม่พบความผิดปกติทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใดอีกทั้งยังทำให้มีการแสดงออก และการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงในการดำเนินชีวิตในครอบครัว ชุมชน และสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญาและการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป

1.2 สาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษาในปัจจุบัน พบว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกันได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ปัจจัยทางจิตสังคม (psychosocial factors) และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) ซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้ (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544)

1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมองสมอง (neurochemical disturbance) เช่น

1.2.1.1 สมมติฐานของโดปามีน สมมติฐานนี้เชื่อว่า มีสาร โดปามีนหลั่งออกมามากในสมองทำให้เกิดอาการทางจิต มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีนทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ปัจจุบันเชื่อว่าการบกพร่องของการหลั่งสารโดปามีนในบริเวณ Prefrontal cortex ทำให้เกิดอาการทางลบและการทำงานที่ผิดปกติของโดปามีนที่ striatum ซึ่งทำให้มีการปล่อยสารโดปามีนทำให้เกิดอาการทางบวก (Kaplan & Sadock, 1998)

1.2.1.2 สมมติฐานเกี่ยวกับ Transmethylation เชื่อว่าการเติม methyl group เข้าไปในโมเลกุลของ catecholamine จะทำให้เกิดโรคจิตเภท โดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความผิดปกติจะมีcatecholamine หลั่งออกมาในสมองมาก

1.2.1.3 สมมติฐานความไม่สมดุลระหว่าง dopamine กับ norepinephrine เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาด norepinephrine ร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุล และเกิดอาการของโรคจิตเภทได้

1.2.1.4 สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (Brain imaging) จากการศึกษาในปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า

1.2.2 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) จากการศึกษาเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการเป็นโรคจิตเภทพบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป การศึกษาในบุตรบุญธรรมที่มีบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทพบว่า จะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเภทเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ละ 20 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่าในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้อีกด้วยมีร้อยละ 14 (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

1.2.3 ปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial factors)

1.2.3.1 ด้านความขัดแย้งในจิตใจ (intrapsychic conflict) โดยทฤษฎีจิตวิเคราะห์ได้กล่าวถึงพื้นฐานพฤติกรรมมนุษย์ว่า เกิดมาจากแรงผลักดันภายในหลายอย่าง เช่น แรงขับทางเพศ หรือแรงขับของความก้าวร้าว ซึ่งส่วนมากเป็นแรงขับที่ยังไม่ได้รับการขัดเกลา และเป็นแรงผลักดันที่อยู่ภายใต้จิตสำนึกของมนุษย์ทุกคน สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เกิดจากบุคคลไม่สามารถจัดการตนเอง และแรงขับที่เกิดจากแรงผลักดันภายใน ที่เรียกว่าสัญชาตญาณ เป็นผลให้เกิดความไม่เหมาะสมในการทำหน้าที่ของคนทางจิตใจ ร่วมกับการใช้กลไกทางจิต ชนิดที่ไม่

ช่วยแก้ไขปัญหา เช่น projection, denial หรือ regression จากสิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดความแปรปรวนทางจิตใจ (Taylor, 1994)

1.2.3.2 ด้านสัมพันธภาพระหว่างมารดา กับทารกที่ผิดปกติ (defects in the mother-child relationship) ทารกแรกเกิดไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้จะนั้นผู้เลี้ยงดูหรือมารดาเป็นผู้สนองความต้องการให้ทารกทุกอย่าง บุคคลทั้งสองจึงมีความสัมพันธ์ต่อกัน เป็นความผูกพัน ความไม่ปกติเกิดจากการที่เด็กควรพัฒนามาช่วยตนเองได้ แต่เด็กไม่สามารถแยกจากมารดาได้ ต้องคอยพึ่งพาอาศัยมารดาตลอด พบได้ในกรณีที่ผู้เลี้ยงดูหรือมารดาแสดงให้เด็กเห็นว่าตนเองมีอำนาจเหนือเด็ก เด็กจึงไม่มั่นใจ ไม่เป็นตัวของตัวเอง

1.2.3.3 ด้านการติดต่อสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว(double-bind communication) การที่บุคคลเติบโตมาในสภาพแวดล้อมที่ครอบครัวมีการสื่อสารไม่สม่ำเสมอไม่คงเส้นคงวา ไม่ตรงไปตรงมา หรือมีข้อมูลแอบแฝงอยู่ สร้างความสับสนให้กับครอบครัว โดยเฉพาะเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ทำให้เด็กมีความยุ่งยากในการแยกแยะความจริง เกิดความไม่ไว้วางใจและมีท่าทางระมัดระวัง ขาดความมั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพกับคนอื่น

1.2.3.4 ด้านครอบครัวที่มีพยาธิสภาพ (Dysfunction family) เกิดมาในครอบครัวที่มีผู้ที่เลี้ยงดูหรือบิดามารดา มีปัญหาสุขภาพจิต เช่น บุคลิกภาพแปรปรวน ตีดา ตีสุรา เชื่อว่ามีผลต่อคุณภาพการเลี้ยงดูบุตร ไม่สามารถตอบสนองร่างกายและจิตใจได้อย่างเหมาะสม

1.2.4 ปัจจัยทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic factors) เป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท จากการศึกษาทางระบาดวิทยาส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิด คือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้งว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

1.3 ลักษณะอาการของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีบุคลิกภาพก่อนการเจ็บป่วยเป็นแบบ Schizotypal คือ มีบุคลิกภาพค่อนข้างเงียบ เก็บกด มีเพื่อนน้อย ช่างฝัน เก็บตัว หวาดระแวง และไม่ค่อยสมาคมกับผู้อื่น (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ, 2545) ในระยะแรกๆ อาการของความเจ็บป่วยจะพัฒนาไปอย่างช้า ๆ ค่อยเป็นค่อยไปเริ่มต้นโดยการแยกตัวก่อนหรือบางรายจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน จากการตรวจสภาพจิต จะพบ ความผิดปกติทางการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิดและพฤติกรรมดังนี้ คือ มีความผิดปกติทางอารมณ์ มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดและเหตุการณ์ในขณะนั้นและแบบเฉยเมย ไม่แสดงความรู้สึก ความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เช่น อะอะ โวยวายไม่อยู่นิ่ง ซึมเฉยไม่พูด อยู่ทำอะไรทำหนึ่งเป็นเวลานาน ทำอะไรซ้ำๆ และทำอะไรตรงข้ามกับที่สั่ง ความผิดปกติทางการพูด เริ่มจากการที่ผู้ป่วยไม่ยอมพูด พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ

พูดไม่ตรงประเด็นและใช้ภาษาที่สร้างขึ้นมาใหม่ ความผิดปกติทางความคิด คือ มีความคิดผิดปกติในรูปแบบความคิดผิดปกติขาดการเชื่อมโยงเหตุผล ไม่สามารถลำดับความคิดตามขั้นตอนของเหตุการณ์ คำพูดไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปเรื่องหนึ่ง เนื้อหาความคิดผิดปกติ จะออกมาในรูปแบบของการหลงผิดแปลกประหลาดที่ไม่สัมพันธ์กันและความผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่างๆ ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ประมาณ ร้อยละ 75 รองลงมา คือ ภาพหลอนนอกจากนี้ อาการแสดงของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบฉับพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994; Johnson, 1993)

1.3.1 อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms / Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการเด่นชัด คือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือ อาการหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พุดจาตັบสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

1.3.2 อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms / Type II syndrome) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียววนๆ โดยไม่มีปฏิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสมหรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ขาดความกระตือรือร้น (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิชย์, 2543)

1.4 การดำเนินโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลายหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น แต่ก็อาจมีบ้างที่อาการเริ่มเป็นในวัยกลางคน (มานิต ศรีสุรภานนท์, 2542) การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นอย่างช้าๆ ในระยะแรกอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตเห็นหรือเห็นความสำคัญ และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536; มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่เริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยเฉลี่ยระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนบอกยากว่าผิดปกติตั้งแต่เมื่อไหร่ โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพการเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิมระยะนี้ในช่วงที่ผู้ป่วยเครียดจัดหรือช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุรามาก อาจเห็นชัดขึ้นว่าไม่ค่อยปกติ ในบางคนอาจจะไม่เห็นระยะนี้ชัดเจนแต่พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการ โรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.4.2 ระยะเวลาการกำเริบ (Active phase) คือ มีอาการชัดเจน โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก ได้แก่ อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดไม่ประติดประต่อกันหรือพูดไม่รู้เรื่อง และมีพฤติกรรมแปลกประหลาดชัดเจน ญาติและบุคคลใกล้ชิดจะสังเกตพบและพามาพบแพทย์ใน ระยะเวลานี้เป็นส่วนมาก อาการที่พบบ่อยมีดังนี้ อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลก ๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มักจะหมกมุ่นอยู่กับความคิดของตนเองที่เข้าใจคนเดียว มีความคิดหลงผิด คิดว่าตนกำลังถูกผู้อื่นปองร้าย มีความคิดแปลกประหลาดอาการด้านอารมณ์ ผู้ป่วยมีลักษณะอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางครั้งมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วนหรือหัวเราะคนเดียว อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการของโรคจิตดีขึ้นอาการด้านการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีอาการประสาทหลอน ที่พบบ่อย คือ หูแว่ว ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในด้านการปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมอาจต้องออกจากงานหรือโรงเรียนเป็น ระยะเวลาสั้นทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นทั้งในด้านต่างๆ (Moller&Murphy,2001) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายวัน ติดต่อกัน ผมเฝ้า รุงรัง ชอบเดินไปมา กลางคืนไม่นอนหรือทำท่าทางแปลกๆ บางครั้งหงุดหงิด ฉุนเฉียว มีพฤติกรรมก้าวร้าว

1.4.3 ระยะเวลาหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการเช่น ประสาทหลอน หลงผิด อาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเหมือนใน ช่วงแรกส่วนมากในระยะนี้จะพบลักษณะของอาการทางลบ ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีลักษณะพฤติกรรม เกี่ยวกับการทำหน้าที่ต่างๆ ลดลง เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สามารถรักษาสัมพันธภาพทางสังคม สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีลักษณะอาการแสดงออกที่ผิดปกติ ซึ่งเป็นความผิดปกติใน ด้านการบกพร่องทั้งทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรมแสดงออกในลักษณะ ต่างๆ ทั้งในลักษณะอาการด้านบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอนหรือลักษณะอาการด้านลบ เช่น เฉยเมย ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่สนใจปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

เนื่องจากโรคจิตเภทมีความรุนแรงมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง มักไม่หาย อาการของโรคทรงหรือทรุดลงตามลำดับ จนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไร้ประสิทธิภาพ พบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพ เดิมก่อนป่วยและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆยังเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อม ลงเรื่อยๆ บางคนเป็นๆหายๆ ในระยะแรกของโรคอาการทางด้านลบมักเด่นชัดและในระยะต่อมา อาการทางด้านบวกจะปรากฏชัดเจน และเมื่อได้รับการรักษาอาการด้านบวกจะลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า ซึ่งการพยากรณ์โรคในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละคนจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆที่มากกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การพยากรณ์โรคดีในกลุ่มที่เริ่มมีอาการอายุมาก มีปัจจัยกระตุ้นชัดเจน เกิดขึ้นเฉียบพลัน มีอาการด้านอารมณ์ร่วมด้วย เป็นกลุ่มอาการด้านบวก การเข้าสังคม หน้าที่การงานเดิมดีก่อน เกิดอาการเป็นมาไม่นานก่อนการรักษาและผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสมรสหรือมีญาติช่วยเหลือใกล้ชิด และพบว่า การพยากรณ์โรคไม่ดีในผู้ที่ในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่เริ่มมีอาการขณะอายุน้อย ไม่พบปัจจัยกระตุ้น อารมณ์เรียบเฉย แยกตัว มีประวัติโรคจิตเภทในครอบครัว เป็นมานานก่อนการรักษาและเป็น โสด ไม่มีคนช่วยเหลือดูแล

การดำเนินโรคจิตเภทประกอบไปด้วย ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบ และ ระยะหลงเหลือ ในแต่ละระยะอาการที่เป็น สังเกตว่าในระยะเริ่มมีอาการนั้น บอกยากว่ามีความผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร ซึ่งในระยะนี้ไม่ปรากฏวิธีการรักษาที่ชัดเจน อาจเป็นเพราะอาการทางจิตที่ปรากฏไม่เด่นชัดและระบบเกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภทคือ จะต้องมีอาการที่เข้าเกณฑ์การวินิจฉัย โดยมีอาการทางจิตต่อเนื่อง 6 เดือนขึ้นไป ต้องมีอาการกำเริบอย่างน้อยนาน 1 เดือน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักถูกพามาโรงพยาบาลในระยะอาการกำเริบเด่นชัด เพื่อการบำบัดรักษาตามอาการของโรค

1.5 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะ ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1.5.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องต่อไป ผู้ป่วยจิตเภทจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1.5.1.1 การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยา รักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะกลุ่มอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ เช่น ปากคอแห้ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ถ้าคบติดไปด้านใดด้านหนึ่ง จึงต้องระมัดระวังในการใช้ยากับผู้ป่วยแต่ละราย

1.5.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้าโดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาจะเป็นชุด ชุดหนึ่งประมาณ 6-12 ครั้ง โดยแบ่งทำ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจจะทำวันละครั้ง หรือวันเว้นวันก็ได้ อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้

อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ในระยะ 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมึนงง สับสน จะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม ซึ่งอาการนี้จะมากขึ้นตามจำนวนครั้งที่ทำ เมื่อหยุดทำการรักษาอาการหลงลืมจะค่อย ๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

1.5.1.3 การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยจัดสิ่งแวดลอมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อาจใช้การผูกข้อมือและจำกัดบริเวณหรือพิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกข้อมือหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.5.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลาในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1.5.2.1 การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มเพื่อทำให้เกิดการเรียนรู้สัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

1.5.2.2 การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

1.5.2.3 การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย ผู้รักษาต้องแนะนำวิธีการควบคุมการแสดงออกของอารมณ์ สอนวิธีลดความเครียด

1.5.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องใน

ชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำรวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้ มีคุณภาพชีวิตที่ดีแต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่ออกฤทธิ์ยาวซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษานั้นส่วนใหญ่เน้นในครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อเนื่องไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว หากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องตลอดไป

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังต่อไปนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2549)

1.6.1 การประเมินสภาพปัญหา เน้นการศึกษาการค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ได้แก่

1.6.1.1 การประเมินสภาพด้านร่างกาย ประเมินบุคลิกภาพ การแต่งกาย ความสะอาด การดูแลและเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร ผู้ป่วยปฏิเสธอาหารหรือไม่ ได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอหรือไม่ การพักผ่อน ผู้ป่วยนอนหลับได้เพียงพอเพียงใด พยาบาลใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสภาวะทางด้านร่างกาย

1.6.1.2 การประเมินด้านการคิด ผู้ป่วยมีความผิดปกติระดับใด มีอาการหลงผิดประสาทหลอนหรือไม่ มีความคิดว่าผู้อื่นปองร้ายหรือไม่ มีระดับความรุนแรงเพียงใด ต้องได้รับการช่วยเหลือเร่งด่วน และระมัดระวังเป็นพิเศษเพียงใด

1.6.1.3 การรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นบ้างไหม และเกิดขึ้นตอนใด มีอาการไม่แน่ใจ มีการตอบสนองอย่างไรเพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

1.6.1.4 พฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ ไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

1.6.1.5 ด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารเพื่อสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนขอแรงรับหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียในด้านความไว้วางใจ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

1.6.2 การวินิจฉัยการพยาบาล ข้อวินิจฉัยการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณา ทั้งสภาพทางด้านร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัย การพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภท มีลักษณะดังนี้

1.6.2.1 ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตน

1.6.2.2 ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวงว่ามียาพิษในอาหาร

1.6.2.3 เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.6.2.4 พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย

1.6.2.5 แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

1.6.2.6 ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง

1.6.2.7 สับสน วุ่นวายจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.6.3 การวางแผนการพยาบาล การวางแผนการพยาบาลระยะสั้นและระยะยาว เน้นหลักการดังนี้

1.6.3.1 การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือในช่วงแรกโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

1.6.3.1.1 การดูแลความปลอดภัยให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกหวาดกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

1.6.3.1.2 การดูแลสภาพร่างกาย ให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำดื่ม การพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยมักหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจในสิ่งเหล่านี้

1.6.3.1.3 การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพ ให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

1.6.3.1.4 ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยไฟฟ้า (ECT) ต้องกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและสับสนมีนงง

1.6.3.1.5 การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ไว้วางใจและสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและเป็นกลุ่ม

1.6.3.1.6 การพัฒนาการปรับตัว การมองคน และการมองโลกในแง่ดี

1.6.3.2 การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคต ซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังต่อไปนี้

1.6.3.2.1 การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของทั้งผู้ป่วย ครอบครัว และผู้ดูแลที่บ้าน

1.6.3.2.2 การกำหนดแผนการดำเนินชีวิตในครอบครัวและในสังคมอย่างเหมาะสม

1.6.3.2.3 การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน และหน่วยงานใกล้เคียง เช่น ศูนย์บริการสุขภาพจิตเขตต่างๆ

1.6.3.3 กำหนดวัตถุประสงค์การพยาบาล ทุกแผนการพยาบาลควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแล ไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดและสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

1.6.4 การปฏิบัติการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

1.6.4.1 เสริมสร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ

1.6.4.2 ลดความวิตกกังวลด้วยการยอมรับเสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม

1.6.4.3 รักษาสมดุลด้านชีววิทยา

1.6.4.4 ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร

1.6.4.5 ใช้หลักสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

1.6.4.6 นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริง โดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม

1.6.4.7 ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วยและผู้ที่อยู่ข้างเคียงในช่วงที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง

1.6.5 การประเมินผล ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่เริ่มต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- ไม่รู้สติ
- 1.6.5.1 ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะ
- 1.6.5.2 ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยาและการบำบัดทางชีวภาพ
- 1.6.5.3 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ดีขึ้น
- 1.6.5.4 ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- 1.6.5.5 ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- 1.6.5.6 ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัว
- ดีขึ้น
- 1.6.5.7 ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิดและการรับรู้ ซึ่งมีการแสดงออกทางอารมณ์ ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ผู้ให้การพยาบาลจึงต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุกๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมินได้ วางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.1 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ส่งผลให้มีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรังระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัวชุมชนและสังคม จะเห็นได้ว่า ในปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้เปลี่ยนแปลงไปโดยเน้นที่การรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่าย ออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมของผู้ศึกษาเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชนดังนี้ สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น จากการศึกษาของ Davis (1992) อังในคารา ศัตรูลีและคณะ (2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย

จิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม มีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่นไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้อง ผู้ป่วยร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่นได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการรับประทานที่ไม่เรียบร้อยและปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักใช้เวลาว่างในการนั่งเฉย การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะถูกจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ฟังวิทยุซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิกคนอื่น ถ้าจะไปก็ต้องไปกับสมาชิกในครอบครัว จากผลการศึกษาของเพ็ญภา แดงค้อมยุทธ์, อรพรรณ ลือบุญธวัชชัยและชนกพร จิตปัญญา (2547) พบว่าในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาเมื่อ บุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิตก็จะมีทัศนคติทางลบหวาดกลัวไม่คบหา เมื่อพบเห็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการกำเริบรุนแรงจะรังเกียจหรือไม่ติดต่อไม่ให้อำนาจในการเข้าร่วมในกิจกรรมทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยถูกตัดโอกาสในการมีกิจกรรมและการใช้ชีวิตอย่างปกติในสังคมของตน ทำให้ขาดทักษะที่จำเป็นในการดำรงชีวิตอยู่อย่างว่าเหวและรู้สึกว่าคุณเองมีความผิดเป็นที่รังเกียจของสังคม รวมทั้งมองตนเองไร้ค่าไม่มีความมั่นใจในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2545) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องประสบกับปัญหาเมื่อ บุคคลอื่นรู้ว่าเป็นผู้ป่วยโรคจิต คนทั่วไปพยายามหลีกเลี่ยงไม่ยอมคบหาพูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ พยายามหลีกเลี่ยงการพบปะกับผู้ป่วย มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วยบางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้เห็นทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนไม่น่าเชื่อถือไว้ใจไม่ได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายถูกทอดทิ้งให้ใช้ชีวิตอยู่อย่างโดดเดี่ยว กล่าวโดยสรุป ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในครอบครัวปัจจุบันนี้มีทั้งผู้ป่วยที่ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่และผู้ป่วยที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามศักยภาพ ดังนั้นสิ่งที่ปัญหาสำคัญคือ การดูแลตนเอง การทำกิจวัตรประจำวัน การจัดการกับอาการที่เหลืออยู่ ทักษะการเผชิญความเครียด การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะทางสังคม การยอมรับจากญาติผู้ดูแล การยอมรับจากสังคม ซึ่งปัญหาดังกล่าวเป็นอุปสรรคที่สำคัญในการดำรงชีวิต จึงอาจส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้อย่างมีความสุข ส่งต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2544) เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนคือ การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีโดยให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมโดยการผสมผสาน กาย จิต สังคม จิตวิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาล ดังนี้

2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาวะ (Pender, 2002 อ้างในสุภาณี วาจาดี, 2551) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ชูนิพันธุ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะ แนวทางในการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมี

ดังนี้ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) ประกอบด้วย การเยี่ยมชมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหา อุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัวและสมาชิกในชุมชน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกันรวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย การเยี่ยมบ้านและให้การบำบัด การพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

2.2.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวมคือ กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและหรือครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและหรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการและพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการรวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยผู้ป่วยแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (Hear and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา ตระหนักรู้ถึงการมีส่วนร่วมกับสาเหตุและการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและช่วยให้ผู้ป่วยได้หาความหมายจากประสบการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ เข้าใจสถานภาพและปัญหาของตน ตระหนักรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การ

แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและหรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหาเป็นการแยกแยะปัญหาเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริงและการแก้ไขปัญหาเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและหรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง พยายามเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้กำลังใจ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัวเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการทางจิต ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เกิดจากพื้นฐานความเชื่อว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทางวัตถุและบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเผชิญความเครียดและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม จึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว ส่วนสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างบรรยากาศที่มีผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วยมีความอบอุ่น เป็นมิตร รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย พบและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอและให้เกียรติยกย่องนับถือ ทั้งในฐานะความเป็นบุคคลและตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม การป้องกันการกลับเป็นซ้ำเป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยเร็ว ลดภาวะเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน โดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งความช่วยเหลือและการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

2.2.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดจนติดตามประเมินผลงานนั่นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพและลดโอกาสในการป่วยซ้ำโดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชนการจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวของชุมชนที่จะจัดการดำเนินการช่วยเหลือ

ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างการพัฒนา รูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

2.3 ระบบบริการผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลโพธาราม โรงพยาบาลโพธาราม เป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 340 เตียง มีกลุ่มงานจิตเวชให้บริการสร้างเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาฟื้นฟู แก่ผู้รับบริการด้านสุขภาพจิตแบบผู้ป่วยนอก โดยจิตแพทย์โรงพยาบาลราชบุรี จิตแพทย์โรงพยาบาลโรคจิตเวชอื่นๆ เป็นผู้ให้การบำบัดรักษาและมีแพทย์รักษาการจิตแพทย์โรงพยาบาลโพธาราม เป็นผู้ให้การดูแลต่อเนื่องในพื้นที่โดยให้กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลโพธารามเป็นประสานความร่วมมือแบบเครือข่ายในการดูแลบำบัดรักษาและส่งพบจิตแพทย์โรงพยาบาลราชบุรีอย่างต่อเนื่อง 6 เดือน / ครั้ง ครอบคลุม 8 กลุ่มอาการคือโรคจิตโรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า โรคปัญญาอ่อน โรคลมชัก ตีตสารเสพติด ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอื่นๆ และผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตายหรือฆ่าตัวตายสำเร็จ

กลุ่มเป้าหมาย ประกอบด้วย

1. ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชและผู้ติดยาและสารเสพติดทุกประเภทที่มีอาการทางจิตเวชร่วม

2. ผู้ติดยาและสารเสพติดทุกประเภท ทั้งระบบสมัครใจและบังคับบำบัดรักษา ตาม พรบ. การบำบัดรักษายาและเสพติดให้โทษ ปี พ.ศ. 2545

3. ประชาชนทุกเพศ ทุกวัย

ขอบเขตการให้บริการ ปฏิบัติงานในวันและเวลาราชการ 8.30-16.30 น. ดังนี้

1. งานบำบัดรักษาของกลุ่มงานจิตเวช แบ่งตามเกณฑ์ 8 กลุ่มอาการของกองแผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ให้การบำบัดรักษารวม 7 กลุ่มอาการ ยกเว้นกลุ่มอาการที่ 6 คือกลุ่มพยายามฆ่าหรือฆ่าตัวตายให้บริการที่คลินิกพลังชีวิตให้บริการ โดยกลุ่มงานการพยาบาล

2. งานจิตเวชชุมชน การให้บริการผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของโรงพยาบาลโพธาราม ได้มุ่งเน้นการแก้ปัญหาของชุมชน โดยมองชุมชนทั้งชุมชนว่ามีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยง สัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ปัญหาที่เกิดขึ้นบุคคลย่อยกระทบกระเทือนต่อบุคคล ครอบครัวและชุมชน ดังนั้นระบบบริการจึงเน้นการบริการแบบองค์รวม (Holistic) และบูรณาการ (Integration) มีการจัดระบบการดำเนินงานสุขภาพจิตได้ครอบคลุมด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแบบองค์รวม เน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ ชุมชน และเครือข่ายภาคีสุขภาพในการดำเนินงาน โดยยึดหลักการตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของประชาชน มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผลให้สอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาล

ปริมาณงานที่รับผิดชอบ งานที่ปฏิบัติ มีดังนี้

1. งานบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิตเวช ในวันและเวลาราชการ ผู้ป่วยนัดเฉพาะ วันจันทร์ อังคาร และพุธ ผู้ป่วยทั่วไป ทุกวันเวลาราชการ
2. งานบำบัดรักษาผู้เสพยาและสารเสพติด
 - 2.1 ผู้ป่วยAmphetamine เป็นกลุ่ม CBT และ Motivation วันจันทร์ พุธ ศุกร์
 - 2.2 ผู้ป่วยสุรา บุหรี่ และอื่น ๆ ทุกวันเวลาราชการ
3. ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตในคลินิกต่าง ๆ เช่น คลินิกคลายเครียด ครอบครัวบำบัด และอื่น ๆ ทุกวันเวลาราชการ
4. งานจิตเวชชุมชน วันพฤหัสบดี และศุกร์

3. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

3.1 ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง เป็น กิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ทำอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย(สมจิต หนูเจริญกุล, 2534) การดูแลตนเองเป็นบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองไว้ดังนี้

Pender (1987) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง ความต้องการโดยทั่วไปของการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำโดยตนเอง ครอบครัว หรือชุมชนเพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำและความสามารถที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วยการกระทำโดยตรงที่หลีกเลี่ยงการทำลายสุขภาพ การบำรุงรักษา การปรับปรุงและการเจริญเติบโต

Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้อย่างมีเป้าหมายของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพหรือความผาสุกนั้นๆ

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุด

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุกประกอบด้วย พฤติกรรมการ

ดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการและพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

3.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม จากความหมายข้างต้นจะเห็นว่า บุคคลจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการกระทำหน้าที่และพัฒนาการตลอดจนความผาสุกที่จะเกิดขึ้น โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (Orem อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

3.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการขงบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

3.2.1.1 การคงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอ (Maintenance of sufficient intakes of air, water, food) ได้แก่ การบริโภคอาหารน้ำ อากาศให้เพียงพอกับการทำหน้าที่ของร่างกายที่ปกติแล้วคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอก การรักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง การหาความผิดปกติจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหารโดยไม่ทำให้เกิดโทษ

3.2.1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายของเสียและการระบายให้เป็นไปตามปกติ (poison of care associated with eliminative processes and excrements) ได้แก่ จัดการให้มีการขับถ่ายปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และ สิ่งแวดล้อม จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

3.2.1.3 การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (Maintenance of balance between activity and rest) ได้แก่ เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา แลการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

3.2.1.4 การรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (Maintenance of balance between solitude and social interaction) ได้แก่ การคงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็นในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเองและสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น การปฏิบัติต่อตนเพื่อสร้างมิตรให้ความ

รัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเอง และการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

3.2.1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตหน้าที่และสวัสดิภาพ (Prevention of hazards it life, functioning and well being) ได้แก่ สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่เกิดขึ้น จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ ควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

3.2.1.6 ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (Promotion of normalcy)

3.2.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Development self-care requests) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครร์ก การคลอดบุตรการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

3.2.2.1 การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างคลอด วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยสูงอายุ

3.2.2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคล การป้องกันมี 2 ลักษณะ คือ 1) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น 2) การบรรเทาหรือเอาชนะอาการที่เกิดขึ้น และการที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถ ในการป้องกันผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากการขาดการศึกษา การมีปัญหการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดี หรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ความกดดันและเผชิญความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

3.2.3 การดูแลตนเองตามภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพหรือความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค และอยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม หรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เบื่อหน่ายชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ถ้าบุคคลที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถประยุกต์ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเองได้

เช่นเดียวกับโอเร็ม (Orem อ้างในสมจิต หนูเจริญกุล ,2540) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเป็ยงเบนทางสุขภาพ มีดังนี้ คือ

3.2.3.1 การแสวงหาและคงไว้ ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม

3.2.3.2 การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของ โรคที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง

3.2.3.3 การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟู อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการและความผิดปกติหรือชดเชยส่วนที่บกพร่องไป

3.2.3.4 การรับรู้และสนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค กระบวนการที่เป็นขั้นตอนคือ การคาดการณ์ (estimative) การเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

3.2.3.5 การปรับปรุงตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

3.2.3.6 การเรียนรู้ที่มีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่

3.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมีผลต่อการกระทำหน้าที่และกระบวนการพัฒนาหรือสนับสนุนให้มีความผาสุก เป็นการกระทำที่ลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผนในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำหน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem , 2001 : 43)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป คือความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อความสำเร็จเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

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

ในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัวการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งการดูแลตนเองนั้นต้องครอบคลุมในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร /น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จึงจะทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขได้ แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามผู้ป่วยจิตเวช มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านใดด้านหนึ่งแล้ว ย่อมทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและมีผลกระทบในด้านอื่นๆ ตามมาอย่างแน่นอน ดังนั้นการศึกษาถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเองจะช่วยให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น

3.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มักเสื่อมไปตามระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคอยกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยคงการดูแลตนเองไว้ให้มากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในการศึกษารั้งนี้หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มาใช้ในการศึกษา ส่วนใหญ่ พบว่า จะมีการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 หัวข้อ

ดังนี้ (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541; จินคาร์ตัน พิมพีคีตและคณะ, 2542; รัชณี ศรีหิรัญ, 2544; กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547)

3.4.1 การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิตและสารเสพติด การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุด เนื่องจากการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากที่ไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาต้านโรคจิตต้องรับประทานเป็นเวลานาน ส่วนมากในผู้ป่วยครั้งแรกหลังอาการทางจิตดีขึ้นแล้วควรให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี แต่ถ้าผู้ป่วยอาการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี ถ้าเป็นนานมากกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิต ดังนี้ 1) รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรักษา 2) ไม่ควรหยุดรับประทานยา ลดยาหรือเพิ่มยาเอง ควรขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ 3) หาวิธีสำหรับตนเองที่จะไม่ลืมรับประทานยา เช่น กำหนดว่าต้องรับประทานยาหลังอาหารทุกครั้งและทำให้เป็นนิสัย ถ้าลืมรับประทานยาให้รับประทานยานั้นทันทีที่คิดได้ แต่ถ้าใกล้เวลาของยามื้อต่อไปไม่ต้องรับประทานยานั้นให้รับประทานยามื้อต่อไปตามปกติ สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นและให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ สำหรับการดูแลตนเองด้านการใช้สารเสพติด มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด การสูบบุหรี่มีผลต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ฤทธิ์ของยาลดลง เนื่องจากบุหรี่ทำให้อัตราเผาผลาญของยาเพิ่มมากขึ้นและทำให้เกิดอาการพาร์กินสัน (Parkinsonism) ดังนั้นในการรักษาจึงต้องเพิ่มขนาดของยาต้านโรคจิตให้สูงขึ้น (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนี้ มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคจิตติดสารเสพติดหรือสุราและผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะติดสุรามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่าโดยมีเหตุผลในการใช้เพื่อลดอาการข้างเคียงของยาลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่า การติดสุรา ยาหรือสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต ก่อให้เกิดอาการกำเริบและรุนแรง มีผลทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิม (Boyd, 2000) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติตัวด้านการใช้สารเสพติดโดยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

3.4.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทอาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเช่น อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลานาน หรือความเครียดที่เกิดจากสาเหตุอื่น ดังนั้น เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ควรมีการปฏิบัติตัวดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2545) ก) พิจารณาที่ตนเอง

ก่อนต้องรู้ตนเองว่ากำลังเครียด ทบทวนหาสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจากอะไร อาจปรึกษาบุคคลที่ใกล้ชิดไว้วางใจได้หรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตโดยตรง ต้องยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตในปัจจุบันและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนแก้ไขตนเอง ข) มีการเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น เคนหนีหรือย้ายสถานที่ รอให้สติอารมณ์สงบก่อนจึงเผชิญปัญหาที่ใหม่ ค) มีการเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ โดยรู้จักมองโลกในหลายแง่มุม รู้จักสร้างอารมณ์ขันให้กับตนเอง รู้จักให้อภัยและไม่ท้อถอย ง) มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดเช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การฝึกการทำสมาธิ การออกกำลังกาย

3.4.3 การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการทำงาน การศึกษา การใช้เวลาว่าง ผู้ป่วยจิตเภทควรมีการปฏิบัติ ดังนี้ ก) ด้านการทำงาน ควรมีการทำงานตามความรู้ความสามารถและความถนัดของตนเอง ควรพิจารณาเลือกงานที่มีการแข่งขันกันน้อยไม่เร่งรีบเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากเกินไป ข) ด้านการศึกษา ควรเลือกเรียนในสถานศึกษาที่เรียนไม่หนักมากเกินไป หลีกเลียงสถานศึกษาที่มีการแข่งขันกันสูงซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดได้ ค) ด้านการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ควรหาเวลาพักผ่อนหลังจากทำงานประจำเช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ รดน้ำต้นไม้ หางานอดิเรกที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวที่ตัวผู้ป่วยมีความสนใจ เช่น การปลูกพืชผักสวนครัว การปลูกดอกไม้ การเลี้ยงสัตว์ การเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน ชุมชนในเทศกาลต่างๆ

3.4.4 การดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้น ผู้ป่วยต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองเพื่อรับการตรวจรักษาได้แก่ ก) สังเกตอาการหูแว่ว ถ้ามีบ่อยครั้งมากขึ้น จนรู้สึกรำคาญและหวาดกลัวหวาดระแวงกลัวจะถูกทำร้าย ควรบอกให้ญาติทราบและรีบมาพบแพทย์ ข) นอนมากเกินไปไม่อยากนอนหรือ นอนหลับยากไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เบื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากเกินไป ควรบอกให้ญาติทราบและรีบมาพบแพทย์ ค) มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ซึมลง แยกตัวไม่อยากจะคุยกับใครหรือพูดมากขึ้น ควรบอกให้ญาติทราบและรีบมาพบแพทย์

3.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตามแนวคิดของโอเร็ม มี 10 ประการ (Orem, 1995) ดังนี้ คือ

3.5.1 อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1995)

3.5.2 เพศ ความแตกต่าง ระหว่างเพศชาย และเพศหญิงในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของ Van Dogen (1997) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตต่อยาต้านโรคจิตจำนวน 92 รายพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิง จะมีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้งการรักษาดีกว่าเพศชาย

3.5.3 ระยะพัฒนาการ ในแต่ละวัยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่าง กันเช่น ในวัยเด็กอาจจะยังดูแลตนเองไม่ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองลดลง วัย ผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุดมีวุฒิภาวะสามารถดูแลตนเองได้ แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งในวัยผู้ใหญ่นั้นการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Brown et al. (1972) อ้างในรัชนี ศรีธีรัถ (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรส มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีการ ดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด

3.5.4 ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตลอดจนภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งหลังจากควบคุมโรคให้ สงบระยะหนึ่ง โรคจิตอาจมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ ผู้ที่เป็น โรคจิตที่กลับป่วยซ้ำบ่อยๆจะยังมีความ ผิดปกติมากขึ้น ซึ่งทำให้การดูแลตนเองยุ่งยากมากขึ้น (จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ , 2536)

3.5.5 สังคม วัฒนธรรมเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจ ของผู้เจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อยเป็นตราบาป ครอบครวัไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ ในผู้ที่เป็น โรคจิตเภทระยะที่มีอาการหลงเหลือ้นั้นสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก เพราะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จะทำให้แยกตัวมากขึ้นหมกมุ่นกับความคิด ของตนเอง ไม่รู้ว่าจะพูด หรือสื่อสารบอกความต้องการกับใคร ขาดทักษะทางสังคม เกิดความตึง เครียด สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำบ่อยๆ ก็จะทำให้ เกิดความเสื่อมสภาพ จนกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้ในที่สุด

3.5.6 ระบบบริการสุขภาพและการดูแลด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการ ส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบันเปลี่ยนไปจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้น ระบบบริการสุขภาพจึงต้องเอื้ออำนวยโดยมีการจัดระบบส่งต่อ จัดบริการช่วยพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเอง จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งระบบบริการดังกล่าวนับว่าเป็นความจำเป็น อย่างยิ่ง ในผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สถานบริการใกล้บ้านเป็นแหล่งประ โยชน์ที่จำเป็น ถ้า

ระบบบริการในชุมชนมีความเข้มแข็งพอ และมีประสิทธิภาพสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะลดภาระค่าใช้จ่ายลง สะดวก ลดเวลาการเดินทาง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้าน ได้ระยะยาว

3.5.7 ระบบครอบครัว ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ที่สำคัญมากเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะในภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้ตนเองเกิดความมั่นใจ ในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรังและยาวนานเกือบตลอดทั้งชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านนั้น การสนับสนุนจากระบบครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยมาก

3.5.8 แบบแผนชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะมี แบบแผนชีวิตการดูแลตนเองที่ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบทั้งด้าน ร่างกายและจิตใจในด้านต่างๆ เช่น ด้านโภชนาการ การพักผ่อนนันทนาการ การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การขับถ่ายปกติ การเข้าสังคมปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับภาวะการเจ็บป่วยเช่นในเรื่อง การรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับแบบแผนชีวิตในเรื่องดังกล่าวได้ ก็จะทำให้ไม่เกิดความ เบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือล้มรับประทานยา การปรับแบบแผนชีวิตดังกล่าวจะส่งเสริมให้มีการป้องกันการป่วยซ้ำและฟื้นฟูให้กับสู่สภาพเดิม

3.5.9 สภาพแวดล้อม ความแตกต่างของสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่บ้านจะต้องมีการปรับตัว ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มี อาการหลงเหลือต้องดูแลตนเองมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ต้องปรับวิธีการดูแลตนเองเช่นพัฒนาการเรียนรู้อวิธีการปรับตัว การเผชิญกับปัญหาความเครียด การอยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้านและชุมชน ใกล้เคียงให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยยังคงมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

3.5.10 แหล่งประ โยชน์และทรัพยากร การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีความรุนแรง เป็น โรคเรื้อรัง เสียค่าใช้จ่ายสูงต้องใช้แหล่งประ โยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทองแหล่งประ โยชน์ เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ สามารถพัฒนาได้เต็มตามศักยภาพและยังเป็น แหล่งให้ความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่และดูแลตนเองได้

ในแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น ได้ให้ความสำคัญในเรื่องของปัจจัยพื้นฐาน ส่วนบุคคล อันเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและความ ต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคนและจะจำเป็นมากขึ้น เมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่า ปัจจัยพื้นฐานในทุกๆ ข้อ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น ดังนั้นใน การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จะต้อง

คำนี้ถึงปัจจัยดังกล่าว เป็นส่วนประกอบ ในการประเมินสภาพอาการและปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทด้วย

3.6 การประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 หัวข้อ (รัชนี ศรีศรีบุญ, 2544) คือ

3.6.1 การดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิต โดยมีสาเหตุมาจาก การขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะเห็นได้จากการศึกษาของสุรรัตน์ โบจรัส (2535) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยโดยศึกษา 3 ด้านคือ ตัวผู้ป่วยเอง ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติของญาติต่อการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล สัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป ทัศนคติความพร้อมของญาติต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการทางจิตญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน 1-2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแลญาติส่วนมากมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง การรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วนสาเหตุการกินยาไม่ครบถ้วนคือไม่ยอมกินยา ญาติควบคุมไม่ได้ หยุคกินยาเอง คิดว่าตนเองหายขาด ขาดคนดูแลเอาใจใส่ เรียงลำดับจากมากไปน้อย การมารับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยมารับการรักษาตามทัศนคติต่อการเจ็บป่วยญาติส่วนใหญ่คิดว่าไม่หายขาด ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีต่อญาติ ญาติมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วยแต่ทัศนคติด้านลบค่อนข้างมาก

3.6.2 การดูแลด้านสุขภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย (สมจิตต์ ลุประสงค์และคณะ, 2538) และจากภาวะพฤติกรรมถดถอย / ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

3.6.3 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ผลจากการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ผลจากการไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกลื้อน หิด ผู้ป่วยจิตเวชมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรกและอาจทำให้เกิดบาดแผลได้ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

3.6.4 ด้านการป้องกันการกลับซ้ำพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา (เพลินพิศ จันทรสักดิ์และคณะ, 2539) ทำให้เกิดอาการกำเริบ

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในเรื่องของพฤติกรรมและการดูแลตนเองซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดผลกระทบอื่นๆที่ตามมาเมื่อวิเคราะห์ตามข้อมูลข้างต้นพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่

สำคัญใน 4 ด้าน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (1991) และจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้น ได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเช่น รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ

4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้ ซึ่งผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูง มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีซึ่งต้องกระทำอย่างต่อเนื่องทั้งขณะให้การดูแลในโรงพยาบาลและขณะอยู่ที่บ้าน โดยพยาบาลมีบทบาทในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการบำบัดรักษา การส่งเสริมป้องกันหรือลดภาวะแทรกซ้อนของโรค และการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด โดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพ ดังนั้นบทบาทของพยาบาลในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองในฐานะพยาบาลของผู้ปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชขั้นสูงจึงมีดังต่อไปนี้ คือ

4.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล โดยทำการประเมินวินิจฉัยวิเคราะห์ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหา และให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยใช้ความรู้ทางทฤษฎีพยาบาล ผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในขณะวางแผนการพยาบาลโดยการประเมินแบบแผน

ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบไม่ชอบซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1986) นอกจากนี้พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วย โดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้การดูแลผู้ป่วย ในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจโดยพยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถ ทางเทคนิคการรักษาพยาบาลการสนับสนุนการประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

4.2 บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้ เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ การเกิดโรคและประสบการณ์การตอบสนองทางวิญญานที่เกี่ยวข้องกับสติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดเหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอม สุวรรณ โณ, 2542)

4.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลนั่นคือ ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

4.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา โดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษากับผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง เพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดมีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่าย เพราะจากลักษณะของงานพยาบาลที่เป็นงานที่ให้บริการและให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษาจะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากพยาบาลสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้ด้านต่างๆเข้ามาร่วมในการให้ความรู้เช่นทฤษฎีการพัฒนากุณภาพ การจัดการกับความเครียด เทคนิคการแก้ปัญหา เป็นต้น มีความสามารถและมีทักษะในการประคับประคองทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย ทักษะการฟัง ความเข้าใจ ความเห็นใจ ความนับถือ การยอมรับและทักษะการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ (กฤตยา แสงเจริญ, 2542) โดยการที่พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่

ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมาน ของตนเองและสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาค้นคว้านี้กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทคือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัวอย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

5. แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

5.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัวโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989 อ้างในจิราพร รักการ, 2549) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกรออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมดตัวอย่าง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วยได้แก่ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบสำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือและสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบโดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989 อ้างในจิราพร รักการ, 2549)

5.1.1 การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

5.1.2 การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

5.1.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

5.2 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคองและให้คำปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษา รูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ได้แก่ การแสดงความคิดเห็นไม่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over involvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้รักษาดังข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัวในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้น รูปแบบของการบริการจึงให้จัดในรูปแบบของโปรแกรมการให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งเน้นในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา การพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา (Problem solving skills) การอยู่ในสังคม (social skills) และการติดต่อสื่อสาร (communication skills) แก่ครอบครัว

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวพัฒนาขึ้น โดย Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามาเป็นหุ้นส่วน (partnership) ในการดูแล ประกอบด้วย

5.2.1 การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว (joining) คือการที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

5.2.2 การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) คือการที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยและพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

5.2.3 การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือการที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหาและวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิดและเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

5.2.4 การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือการที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5.2.5 การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้

โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัว เกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย
- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
- 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษา การประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม
- 9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว
- 11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- 12) สอบถามถึงความรู้สึก

สูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย 13 การลดความสับสน ความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัวและผู้รักษาดังนี้

ผู้ป่วย 1) ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ 2) ลดอัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 3) ลดปริมาณการใช้ยา 4) พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร 5) ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ 6) สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว 7) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ครอบครัว 1) เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ 2) พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ที่เจ็บป่วยทางจิต 3) พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด 4) ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว 5) ลดความตึงเครียด 6) พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ผู้รักษา 1) พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วยสร้างความเข้าใจ 2) เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลายและวิธีการรักษาพยาบาล 3) ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย 4) สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤตได้ 5) พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการดูแลจากบุคลากรทางสุขภาพจิตในการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่างๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยสามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายในปีแรกหลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgata, 1985)

6. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชนและสังคม ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง

(McBride & Austin, 1996:334) มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกายสกปรก สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่สะอาด ไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร ด้อยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (Underwood, 1990) ไม่สนใจรับประทานอาหารหรือรับประทานได้ไม่เพียงพอ (Cbesla, 1996) สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงการรักษา การไอหรือสารเสพติดและอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยานอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมและปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัวและการสนับสนุนทางสังคมที่ส่งให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (สคส คัมภรพยอนันต์และสุรีย์ บุญเฉย, 2547)

รายงานผลการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำเช่น Baker (1995) ที่ศึกษาการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่สามารถอธิบายถึงอาการและการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะและให้ความสนใจต่อลักษณะเฉพาะและมีความรู้สึเกี่ยวกับเปลี่ยนแปลงที่เริ่มมีอาการรุนแรงขึ้น ค้นพบอาการเตือน จะสามารถควบคุมอาการป่วยซ้ำได้ Linszen (1997) ศึกษาเรื่องลักษณะของผู้ป่วยเป็นปัจจัยเสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า การแสดงอารมณ์เป็นปัจจัยที่สำคัญมากสำหรับการป่วยซ้ำ Huguelet (1995) ศึกษาเรื่อง การนำดัชนีชี้วัดการแสดงอารมณ์มาทำนายผลการรับไว้ในโรงพยาบาลครั้งแรกผลการศึกษาพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง การปรับตัวไม่ดีจะมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำ ภาวดี การเร็ว (2541) ศึกษาเรื่องความสม่ำเสมอในการมารับยาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่แผนกผู้ป่วยนอก ผลการศึกษาพบว่า ปัญหาความไม่สม่ำเสมอในการมารับยาเป็นสาเหตุให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดยาและมีอาการกลับเป็นซ้ำได้

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำเป็นต้องมีการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดการรักษา ทั้งขณะอยู่โรงพยาบาลหรือขณะอยู่ที่บ้าน โดยเฉพาะการดูแลตนเองขณะอยู่ที่บ้านในระยะอาการหลงเหลือมีความสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่ง การดูแลตนเองในระยะนี้ประกอบด้วย 4 หัวข้อดังต่อไปนี้ (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544)

1. การดูแลตนเองด้านการไอและสารเสพติด เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกี่ยวกับ การรับประทานยาและสารเสพติด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องรับประทานยาต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เพื่อประสิทธิภาพในการรักษาควบคุมอาการทางจิต ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สำหรับการไอสารเสพติดมีหลายการศึกษาที่สนับสนุนว่า สารเสพติดมีส่วนกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรมีการปฏิบัติโดยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

2. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกี่ยวกับ การจัดการกับความเครียดที่เกิดจากการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือจากสาเหตุอื่นๆ

3. การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกี่ยวกับ การทำงาน การศึกษา การใช้เวลาว่าง

4. การดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับซ้ำ เป็นการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกี่ยวกับการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองต่างๆ เพื่อรับการตรวจรักษาก่อนอาการรุนแรง

ความจำเป็นในการดูแลตนเองของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในชุมชนนั้นเป้าหมายหลัก คือป้องกันการกลับเป็นซ้ำและลดความรุนแรง ลูกถามของโรค ถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานก็ไม่อาจจะเลยการปฏิบัติกิจกรรมดังกล่าวได้ จึงเป็นความจำเป็นที่จะต้องสร้างสุขนิสัยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเหล่านี้ ให้เป็นประจำสม่ำเสมอเพื่อประสิทธิภาพในการดูแลตนเอง

ในโครงการศึกษาอิสระนี้ ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมโดยปรับปรุงจากการศึกษาของ จิราพร รักการ (2549) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิตประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) ซึ่งการศึกษารั้งนี้ผู้ศึกษาได้คงกิจกรรมที่ 1-5 ไว้ แต่มีการปรับเนื้อหาเพิ่มเติมในกิจกรรมที่ 5 โดยเพิ่มเนื้อหาเกี่ยวกับการฝึกทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและบริบทของการศึกษาในครั้งนี้ โดยเนื้อหาในแต่ละกิจกรรมจะส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างความสัมพันธ์และแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วย เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ในลักษณะของการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับครอบครัว (Joining) ซึ่งพัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) โดยการศึกษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว การทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัวพยายามเข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะ และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว การสร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ แสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การชี้ให้เห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ รวมทั้งการสร้าง ความหวังให้กับครอบครัวสำหรับอนาคตที่ดีกว่า ก็จะเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล

และสมาชิกในครอบครัวมีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น ซึ่งส่งผลถึงพฤติกรรม การดูแลตนเอง (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและสารเสพติด โดยเป็นการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) ซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) ตามแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัว ได้รับความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภทและการดูแลตนเองในด้านการ ใช้ยาและสารเสพติด การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการ กลับซ้ำ การให้ความรู้กับผู้ป่วยเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้และยอมรับเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของ ตนเองตามความเป็นจริง ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติอย่างไรที่จะทำ ให้มีอาการดีขึ้นและให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี การสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ถึงอาการข้างเคียงจากการใช้ยาและสามารถ จัดการกับอาการข้างเคียงจากการใช้ยาได้อย่างเหมาะสม การให้ความรู้กับครอบครัวผู้ป่วย เป็นการ ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจในตัวผู้ป่วย และภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ การมีความรู้เกี่ยวกับ โรคจิตเภท มีความรู้เกี่ยวกับการดูแล กำจัด ชัยยังพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ทำให้ครอบครัว สามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้น และครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยาและการ ป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นเรื่องที่สำคัญ ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวจำเป็นที่ จะต้องทราบถึงอาการข้างเคียงจากยาทางจิตเวช ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับ อาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ซึ่งจะช่วยป้องกันการ กำเริบของโรค โดยผู้ศึกษานำแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งพัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) เกี่ยวกับการให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (Family education) อาการข้างเคียงจากการใช้ยา ร่วมกับการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (Problem solving skills) มาใช้ ในการให้ความรู้ในเรื่องการป้องกันการกำเริบของ โรคจิตเภท สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นเพราะความรู้และการฝึกทักษะดังกล่าวจะ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวมีความมั่นใจในการเลือกที่จะจัดการกับอาการ ข้างเคียงจากการใช้ยาที่เป็นปัญหาที่เกิดขึ้นได้ด้วยตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแล ตนเองที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด เป็นกระบวนการของความคิดและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นในการจัดการตอบสนองต่อสถานการณ์ตึงเครียด เพื่อลดพลังความตึงเครียดบางส่วนลงมา (Lazarus & Folkman, 1984) โดยผู้ศึกษานำแนวคิด

ของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งพัฒนาโดยจิราพร รักการ (2549) เกี่ยวกับการพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (Coping skills) มาใช้ในการส่งเสริมทักษะการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวทางในการจัดการกับความเครียด สามารถหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียดรวมทั้งสามารถเลือกใช้กลวิธีที่เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีการปรับตัวที่ดีขึ้น มีความพร้อมที่จะเผชิญปัญหา (Cohen & Wills, 1985 อ้างถึงในทีปประพิน สุขเขียว, 2543) ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ร่วมกับการให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ซึ่งนำมาจากแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคม สิ่งแวดล้อม รอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้งทางวัตถุและทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียดและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่าจิตใจที่พัฒนาดีแล้วของบุคคลจะทำให้การติดต่อกับผู้อื่นดีขึ้น และเช่นเดียวกันถ้าสังคมดี ก็จะช่วยให้จิตใจของบุคคลมีพัฒนาการดีทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่ดีกว่าเดิมได้ มีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม เป็นการให้ความรู้ในเรื่องทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสม เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนร่วมกับการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพและการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมโดยผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของ Anderson, Hogarty & Reiss (1980) ซึ่งพัฒนาโดย จิราพร รักการ (2549) เกี่ยวกับการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (Social support) ร่วมกับการพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสาร การให้ความรู้กับครอบครัวผู้ป่วยเป็นการช่วยให้ครอบครัวเข้าใจในตัวผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ ทำให้ครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกับผู้ป่วยได้ดีขึ้นและครอบครัวมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ดีขึ้นสอดคล้องกับการศึกษาของสุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มสูงขึ้น

7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาในประเทศ ผลงานการวิจัยและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการให้สุขภาพจิตศึกษา มีดังนี้

เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มกับญาติผู้ป่วยจิตเภทที่พาผู้ป่วยมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า 1)ญาติผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วมีความรู้ ทักษะคิดและทักษะการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .01

สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยศึกษาระหว่างกลุ่มที่ญาติและผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา กับ กลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษาพบว่าค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับความรู้ทั้งญาติและผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ญาติไม่ได้รับความรู้ เรื่องสุขภาพจิตศึกษา และยังพบว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้ง 2 แบบเป็นประโยชน์แก่ญาติและผู้ป่วย ทั้งความรู้ของญาติและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้ง 2 ด้าน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบ 2 โปรแกรมแล้วแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย มีผลดีกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ทั้งในแง่เพิ่มความรู้แก่ญาติและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ

จิราพร รักการ (2549) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่อยู่ในความรับผิดชอบของศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาดุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 15 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 15 คน ผลการศึกษาพบว่าภาระในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และภาระในการดูแลสุขภาพของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ดาวศิริ พิมพ์หล่อ (2552) ศึกษากลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบหลายครอบครัวสำหรับผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทและญาติโรงพยาบาลเขมราช จังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีคะแนนความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูงทั้ง 10 คน ผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเพิ่มขึ้นทุกด้าน ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(ดูแลสุขภาพอนามัย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การเดินทางด้วยตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา) และความสามารถทางสังคม (การแสดงออกทางท่าทาง ความสนใจสิ่งแวดล้อม การสร้างสัมพันธ์ภาพ การควบคุมอารมณ์) ในระยะหลังการทำกลุ่มและติดตาม 1 เดือน 3 เดือน การปฏิบัติตามแผนการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทมีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด จากมีความสามารถในระดับต่ำเป็นระดับสูง ผู้ป่วยมีพฤติกรรมความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้นในระดับสูงหลังการทำกลุ่มและติดตาม 1 เดือน 3 เดือนได้แก่ ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ ไม่ปรับลดหรือเพิ่มยาเองและไม่หยุดยาเองเมื่อมีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองเบื้องต้นได้ตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ญาติมีความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ญาติมีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทลดลง

ผลงานวิจัยและการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองมากกว่าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาใน โรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการ

ดูแลตนเองรายด้านได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อนนันทนาการ และการออกกำลังกายและด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

สุเมธชา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทุกด้านคือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่ายร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นร้อยละ 67.35

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แขนงผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith (1990) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาในต่างประเทศ

Cassidy et al. (2001) ศึกษาประสิทธิผลของการให้ Brief Psychoeducational แก่ญาติเพื่อเพิ่มความรู้เกี่ยวกับโรค Schizophrenia ลดการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาล การศึกษาเป็นแบบ Quasi-experiment แบบ case control study ศึกษาเกี่ยวกับญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 101 คน ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวน 55 คน แบ่งกลุ่ม 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (มีญาติ) กับกลุ่มควบคุม (ไม่มีญาติ) ศึกษาที่บ้านผู้ป่วยในชุมชนในประเทศ Ireland โดยการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แก่ญาติ / ผู้ดูแล ขั้นตอนประกอบด้วย การให้ความรู้ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา จำนวน 7 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง แต่ละครั้งใช้เวลา 2 ชม. ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้ตามโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา อาศัยอยู่ในชุมชนได้นานกว่าและกลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ในช่วงปีแรก

Dyck et al. (2002) ศึกษาเปรียบเทียบผลลัพธ์ของการให้สุขภาพจิตศึกษาและการดูแลตามปกติ (Standard Care) ใน กลุ่มครอบครัว (Multiple-Family Group) โดยศึกษานอกโรงพยาบาลที่ศูนย์สุขภาพจิตชุมชน Spokane ใน Washington โดยทำการคัดเลือกผู้ป่วย schizophrenia, schizoaffective disorder และ schizophrenia other type จำนวน 106 คน แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายครอบครัวจำนวน 55 คนและกลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติจำนวน 51 คน ผลการศึกษาพบว่า โปรแกรมการให้ สุขภาพจิตศึกษาที่ปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ศูนย์

สุขภาพจิตชุมชนเป็นรายกลุ่มครอบครัว สามารถลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (rehospitalisation) ได้กว่ากลุ่มที่ให้การดูแลแบบปกติ

Ran, Xiang & Chan (2003) ทำการศึกษาถึงประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชนของประเทศจีน โดยทำการสุ่มในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเภท ทั้งหมด 326 ราย โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 ให้ทั้งโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาในครอบครัวร่วมกับการรักษาด้วยยา, กลุ่มที่ 2 รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว และกลุ่มที่ 3 เป็นกลุ่มควบคุม ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา มีสัมพันธภาพที่ดีขึ้นในครอบครัว ญาติมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ป่วย ส่งผลดีต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และการป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งให้เห็นว่าโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเหมาะสมในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทในชุมชน

กรอบแนวคิดในการศึกษา

โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการ โดย การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายครอบครัว
ครอบครัวละ 5 ครั้งๆ ละ 1 กิจกรรม กิจกรรมละ 60-90 นาที

**กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจให้ครอบครัวมีส่วนร่วมดูแล
ผู้ป่วย**

- แนะนำตัว สร้างสัมพันธภาพ สร้างข้อตกลง ชี้แจงวัตถุประสงค์ รูปแบบกิจกรรม
- ให้ความรู้เรื่อง โครงสร้างปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- กระตุ้นให้ครอบครัวเกิดแรงจูงใจในการทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วย

**กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องโรค แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การใช้ยาและ
สารเสพติด**

- ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การดูแลสุขภาพจิต การป้องกันกลับซ้ำ
- ให้ความรู้เรื่องยารักษาโรคจิต ผลข้างเคียงของยาและการดูแลเบื้องต้น

**กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยา และ
การป้องกันการป่วยซ้ำ**

- ให้ความรู้เกี่ยวกับทักษะการจัดการอาการที่เป็นปัญหาจากการใช้ยา ป้องกันการ
กำเริบของโรคจิตเภท การสังเกตอาการเตือน

**กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตและพัฒนาทักษะการเผชิญ
ความเครียด**

- ให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพจิต
- สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมกันจัดสิ่งแวดล้อม
- ให้ความรู้เรื่องความเครียด สาธิตเทคนิคในการคลายความเครียดด้วยตนเองและ
ให้ครอบครัวได้ฝึกปฏิบัติตาม

**กิจกรรมที่ 5 การพัฒนาทักษะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และค้นหาแหล่งสนับสนุน
ทางสังคม**

- ให้ความรู้และฝึกฝนทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- สนับสนุนการรู้จักใช้แหล่งสนับสนุนทางสังคมในครอบครัวและฝึกทักษะการ
สื่อสาร

พฤติกรรมการณ์ดูแล

ตนเอง

1. ด้านการใช้ยา
และสารเสพติด
2. ด้านการดูแล
สุขภาพจิต
3. ด้านการปฏิบัติ
กิจวัตรประจำวัน
4. ด้านการป้องกัน
การกลับซ้ำ