

ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถ
ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย



นางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-0891-2

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

EFFECT OF COMBINED INDIVIDUAL AND FAMILIES PSYCHOEDUCATION TO
SCHIZOPHRENIC PATIENTS ON PATIENTS' DAILY FUNCTION ABILITIES



Miss Supaporn Tongdara

สถาบันวิทยบริการ

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-0891-2

หัวข้อวิทยานิพนธ์ การเปรียบเทียบผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท
และผู้ป่วยจิตเภทกับครอบครัวต่อความสามารถในการดำเนิน
ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

โดย นางสาวสุภาภรณ์ ทองคารา

สาขาวิชา สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษา อาจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง
อาจารย์แพทย์หญิงวัลลดา ปุณฺทริกวิวัฒน์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

.....คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
(ศาสตราจารย์นายแพทย์ภิรมย์ กมลรัตนกุล)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

.....ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

.....อาจารย์ที่ปรึกษา
(อาจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
อาจารย์แพทย์หญิงวัลลดา ปุณฺทริกวิวัฒน์

.....กรรมการ
(อาจารย์แพทย์หญิงศิริลักษณ์ สุภปีดิพร)

นางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา : ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (EFFECT OF COMBINED INDIVIDUAL AND FAMILIES PSYCHOEDUCATION ON SCHIZOPRENIC PATIENTS' DAILY FUNCTION ABILITIES) อาจารย์ที่ปรึกษา : อาจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง, อาจารย์แพทย์หญิงวัลลดา ปุณฺทริภิกขิตถ์ จำนวนหน้า 186 หน้า ISBN 974 170 891 2

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มที่ญาติและผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา กับ กลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาได้รับการรักษา แบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลที่บ้านแก่ญาติและผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง กับ ให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยคอมพิวเตอร์โปรแกรม SPSS

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้วพบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ย สูงกว่า กลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม พบว่า กลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้ง 2 แบบ เป็นประโยชน์แก่ญาติและผู้ป่วย ทั้งความรู้ของญาติและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งสองด้าน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบ 2 โปรแกรม ซึ่งแสดงว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย มีผลดีกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ทั้งในแง่เพิ่มความรู้แก่ญาติ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ลายมือชื่อผู้เขียน.....

สาขาวิชาสุขภาพจิต

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....

ปีการศึกษา 2545

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4375375130 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORD: SCHIZOPHRENIA/ PSYCHOEDUCATION/ FAMILIES/ DAILY FUNCTION ABILITIES

SUPAPORN TONGDARA : EFFECT OF COMBINED INDIVIDUAL AND FAMILIES
PSYCHOEDUCATION ON SCHIZOPHRENIC PATIENTS' DAILY FUNCTION
ABILITIES

THESIS ADVISOR : BURANEE KANCHANATAWAN M.D.

THESIS COADVISOR : ASSOCIATE PROF. BHIROM SUGHONDHABIROM AND
WANRADA PUNTALIKVIVUT M.D. 186 PP. ISBN 974-170-891-2

The main objective of this experimental research was to compare schizophrenic patients' daily function abilities between the experimental group, patient with families psychoeducation and the control group, only patient psychoeducation.

The subjects were 40 outpatients of psychiatric clinic, Chonburi Hospital. There were 20 in the experimental group and 20 in the control group. The tools were individual and families home psychoeducation program for the experimental group, an individual psychoeducation program for the control group. Both groups were tested by knowledge checked and the patients' daily function. The data were analyzed by using SPSS program.

It was found that families' knowledge before and after psychoeducation program of both groups was improved significantly at 0.05. Comparing between the experimental group and the control group shown that the experimental group families' knowledge score of the experimental group was significantly higher than the control group at 0.05 after intervention. Concerning patients' daily mean score of daily function abilities, mean score of difference between before and after intervention is significant at 0.05 in both control and experimental groups. Also, Mean of difference of Daily function ability score in experimental group was significantly higher than that in control group. This indicated that both psychoeducation programs were useful for schizophrenic patients and families. However, the individual and families psychoeducation module was more effective than the individual psychoeducation module both knowledge and Daily function improvement.

Department of Psychiatry
Field of study Mental Health
Academic year 2002

Student's signature.....
Advisor's signature.....
Co – advisor's signature.....
Co – advisor's signature.....

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาสุขภาพจิต อาจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนฉวีชัย อาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และอาจารย์ แพทย์หญิงวัลลดา ปุณศรีวิวัฒน์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วมที่กรุณาให้คำแนะนำ ข้อคิด ในการทำวิจัย และแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่งมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในเจตนาและความกรุณาของท่านเป็นอย่างยิ่ง ขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงมาไว้ ณ โอกาสนี้

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ ประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และแพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปิติพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น

ขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์ธีระ ลีลาเนนทกิจ แพทย์หญิงพัชรินทร์ วันชานนท์ นายแพทย์ธนา นิลชัยโกวิทย์ แพทย์หญิงดารณิศ เกษไสว และนายนายแพทย์สุรานนท์ ปิยะศิริศิลป์ ผู้ทรงคุณวุฒิ คู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยที่ผู้วิจัยนำมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้

ขอกราบขอบพระคุณ แพทย์ปรีชา กิตติคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี แพทย์หญิงวัลลดา ปุณศรีวิวัฒน์ คุณจันทร์พร ยอดยิ่ง หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และหัวหน้าหอผู้ป่วยจิตเวช ในฐานะผู้บังคับบัญชาและผู้ให้คำปรึกษา ตลอดจนเจ้าหน้าที่ กลุ่มงานจิตเวชทุกท่านที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทและญาติทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

สุดท้ายนี้ ผู้วิจัยขอขอบคุณครอบครัว และคุณอุไรวรรณ แก่นจันทร์ เพื่อนรักพร้อมลูกปิ้งลูกโบว์ ที่ให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยในการทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สุภาภรณ์ ทองดารา

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ซ
สารบัญภาพ.....	ณ
บทที่ 1.....	1
1. บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์ของการวิจัย.....	1
สมมติฐานการวิจัย.....	3
ขอบเขตของการวิจัย.....	3
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7
2. บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎี.....	8
ความรู้เรื่องโรคจิตเภท.....	8
ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย.....	28
แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท.....	39
แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา.....	46
ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	49
3. บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย.....	52
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง.....	52
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย.....	54
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	57
รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา.....	58
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	68
สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล.....	68

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
4. บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	71
5. บทที่ 5 สรุปผลการวิจัย อภิปราย และข้อเสนอแนะ.....	92
สรุปผลการวิจัย.....	95
อภิปรายผล.....	97
ข้อเสนอแนะ.....	102
รายการอ้างอิง.....	104
ภาคผนวก.....	111
ภาคผนวก ก.....	112
ภาคผนวก ข.....	115
ภาคผนวก ค.....	153
ภาคผนวก ง.....	157
ภาคผนวก จ.....	168
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	186

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
1. ลักษณะที่ช่วยบ่งบอกพยากรณ์โรคดีหรือไม่ดีขึ้นในโรคจิตเภท.....	25
2. แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ.....	55
3. เกณฑ์การคิดคะแนน.....	55
4. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง.....	71
5. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแล.....	76
6. คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติและค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่าง ก่อน และ หลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษา.....	78
7. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติ ก่อน และ หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มควบคุม.....	80
8. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติ ก่อน และ หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาในกลุ่มทดลอง.....	82
9. การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติ.....	84
10. คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ก่อน และ หลังการให้สุขภาพจิตศึกษา ในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม.....	85
11. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ก่อน และ หลังการให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มควบคุม.....	87
12. ทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มทดลอง.....	89
13. ทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม.....	91

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
กรอบแนวคิดในการวิจัย.....	7



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตเภทเป็นความผิดปกติที่พบบ่อยมากที่สุดในบรรดาผู้วิกลจริต (Psychosis) ทั้งหมดและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีอุบัติการณ์ประมาณร้อยละ 1 ของประชากรทั่วไปมีความผิดปกติประเภทนี้ (provencher et al., 1997,) ^{(1),(2)} และในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยใหม่ประมาณ 2 ล้านคนประมาณร้อยละ 80 ของผู้วิกลจริตทั้งหมด ^{(3),(4)} เริ่มแสดงอาการตั้งแต่อายุยังน้อย หรือไม่เกิน 30 ปี มีการดำเนินโรคที่เรื้อรัง และรุนแรงมากที่สุด จนบางคนเรียกว่า “เป็นมะเร็งของจิตเวช” (Cancer of psychiatry) มีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้หลายครั้ง มีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้น ที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาที่มีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ (ชะอุทธิ พงศ์อนุตริ, 2531) ⁽⁵⁾ การเจ็บป่วยทางจิตจะทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมผิดปกติที่ไม่สามารถคาดเดาล่วงหน้าได้ ซึ่งบางครั้งจะมีอาการสงบแต่ก็อาจแสดงพฤติกรรมผิดปกติที่รุนแรง ซึ่งทำให้ญาติได้รับความเดือดร้อน หรือความรู้สึกลำบากใจในการแก้ปัญหา เช่น ก้าวร้าว เป็นอันตรายต่อคนอื่นและตัวผู้ป่วยเอง ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยและไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาซึ่งเป็นสิ่งรบกวนญาติได้มากที่สุด (Francell, 1988) ⁽⁶⁾ และมีผลให้ญาติเกิดความตึงเครียดที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน

จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกำเริบถึงร้อยละ 70 ทั้งนี้มีสาเหตุจากหลายๆ ประการ เช่น ขาดการใช้จ่ายต่อเนื่อง การขาดความรู้พื้นฐานทางจิตเวช ขาดการดูแลเอาใจใส่ที่เหมาะสมทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และจากญาติพี่น้อง เป็นต้น (สุทธิพิศ ปานปรีชา , 2540) ⁽⁷⁾ จากสภาพการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมดผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อได้รับการรักษาถึงระดับที่พอจะสื่อสารพูดคุยรู้เรื่องและควบคุมตัวเองได้บ้างก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทันที ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่บ้าน (primary caregiver) จึงเข้ามามีบทบาทและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยที่บ้าน (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ⁽⁸⁾ ในระยะนี้เองอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการดูแลของครอบครัว ซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม , 2539) ⁽⁹⁾ เป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเภทจากบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ และไม่ต้องกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ซึ่งจากการศึกษาของ แฮทฟิลด์ (Hatfield , 1979) ⁽¹⁰⁾ เคน (Kane , 1984) ⁽¹¹⁾ เลฟเลย์ (Lefley ,

1987)⁽¹²⁾ และเบเกอร์ (Baker , 1987)⁽¹³⁾ พบว่าข้อมูลที่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทมากที่สุด คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค ทักษะในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน และการจัดการกับพฤติกรรมที่รบกวนของผู้ป่วย

ในสมัยก่อนผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิต มีโอกาสที่จะดีขึ้นเป็นปกติน้อยแต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาทั้งด้วยยาและวิธีการอื่นๆ ทำให้โอกาสดีขึ้นมากกว่าเดิม แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นซ้ำอีกครั้งก็มีมากเช่นกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆ เช่น การรักษาสภาพแวดล้อมในครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยที่ป่วยหลายครั้งและป่วยเป็นเวลานานๆ ความผิดปกติของบุคลิกภาพจะมีมากขึ้น จนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงานหรือเป็นภาระต่อครอบครัว ดังนั้น ครอบครัวจึงมีความสำคัญ และมีบทบาทอย่างมากในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ปัจจุบันการดูแลรักษาผู้ป่วยให้ความสำคัญในการดูแลที่บ้านเป็นอย่างมากด้วยแนวความคิดทางจิตเวชชุมชนที่เน้น “การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลให้สั้นที่สุดพยายามให้ผู้ป่วยได้กลับสู่สังคมโดยเร็วที่สุด” การให้ผู้ป่วยได้อยู่ในโรงพยาบาลในระยะเวลาสั้นที่สุด เพื่อเป็นการป้องกันการติดโรงพยาบาลและการป่วยเรื้อรัง การที่ผู้ป่วยได้มีโอกาสปรับตัวเข้ากับสังคมของตนเร็วที่สุดจะเป็นผลดีในการดำเนินชีวิตที่แท้จริงของผู้ป่วยเพราะการใช้ชีวิตร่วมกับญาติและบุคคลในสังคมเดิมของตนให้เร็วที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเกี่ยวกับผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งเป็นการให้บริการทางสุขภาพจิตแบบเชิงรุก รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมุ่งเน้นการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และผลของการรักษา ทั้งการรักษาในระยะเฉียบพลันระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่วไป ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เรื่องโรค ครอบครัวสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้นเป็นการช่วยเหลือและให้การปรับประคับประคองแก่ผู้ป่วยและญาติ ลดการเกิดความรู้สึกคับข้องใจ ความรู้สึกผิด ความรู้สึกหมดหวังดังที่เกิดขึ้นกับครอบครัว ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างอบอุ่นอยู่ร่วมกับครอบครัวมีความสุข ลดภาระการดูแลของครอบครัว ช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำ และต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ผู้วิจัยจึงมีความสนใจและต้องการศึกษาถึงผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ทั้งก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา และเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิต

ประจำวันของผู้ป่วย ระหว่างกลุ่มที่ทั้งญาติกับผู้ป่วยที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา กับกลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา ว่ามีผลแตกต่างกันหรือไม่

สมมติฐานการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ทั้งญาติและผู้ป่วยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สูงกว่า กลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา
2. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย กับ ให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย กับ การให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย
2. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ก่อน และ หลัง การให้สุขภาพจิตศึกษา

ข้อจำกัดของการวิจัย

1. ประชากรที่ศึกษาจะเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มที่ศึกษาเท่านั้น ไม่สามารถเป็นตัวแทนของผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดได้
2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาเฉพาะผู้ป่วยที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยที่ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

1. ประชากร เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ซึ่งมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี
2. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM – IV และ ICD 10 อายุ 20-40 ปี มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ระหว่าง 15-30 คะแนน ซึ่งมีอาการทางจิต

รุนแรงน้อย ระยะเวลาที่ป่วยทางจิตไม่เกิน 5 ปี พุดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม ไม่เป็นโรคทางกายร้ายแรง รักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่คลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ และผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วยจำนวน 20 ราย

3. ตัวแปรที่ศึกษา

3.1 ตัวแปรอิสระ คือ การให้สุขภาพจิตศึกษา

3.2 ตัวแปรตาม ได้แก่ การวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการวางแผนการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุมและได้มาตรฐานเดียวกันในหน่วยงาน
2. สามารถนำมาเป็นคู่มือฝึกปฏิบัติสำหรับพยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วย และนักศึกษาที่สนใจงานจิตเวชชุมชน เพื่อให้เป็นแนวทางปฏิบัติไปในทางเดียวกัน
3. เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการศึกษาวิจัยในประเด็นอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับงานจิตเวชชุมชนต่อไป

ความหมายของคำที่ใช้ในการวิจัย

Schizophrenia (โรคจิตเภท) คือผู้ที่แสดงอาการเจ็บป่วยด้านจิตใจ ตามหลักเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมจิตแพทย์แห่งอเมริกา ซึ่งจัดทำขึ้นเป็นครั้งที่ 4 (Diagnosis and Statistic Manual disorder, Forth edition:DSM-IV)⁽¹⁴⁾ ดังนี้

A. ระยะไม่สบายแสดงอาการอย่างน้อย 2 ประการ ต่อไปนี้

1. หลงผิด (delusion)
2. ประสาทหลอน (hallucination)
3. ลักษณะคำพูดไม่ต่อเนื่องกัน พุดจาสับสน เข้าใจยาก (disorganized speech)
4. มีพฤติกรรมไม่เคลื่อนไหว (catatonia) หรือมีพฤติกรรมที่ผิดปกติที่เห็นได้อย่างชัดเจน (disorganized behavior)

5. Negative symptoms เช่น อารมณ์เฉยเมย พุดน้อย

- B. ระดับการทำหน้าที่ต่าง ๆ เช่น การทำงาน การเข้าสังคม การดูแลตนเอง เสื่อมโทรมเมื่อเทียบกับระยะก่อนป่วย
- C. มีระยะรุนแรง (active phase) ที่แสดงอาการต่างๆ ในข้อ A และนับรวมอาการโปรโดมอล (prodromal phase) หรือระยะหลงเหลือของอาการ (residual phase) ติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน
- D. โรคสคิโซเฟเนีย (Schizoaffective disorder) รวมทั้งโรคผิดปกติทางอารมณ์ (Mood disorder) ที่มีอาการโรคทางจิตร่วมด้วยต้องถูกวินิจฉัยแยกออกก่อน เช่น ถ้ามีอาการซึมเศร้ามาก (severe depression) หรือคลุ้มคลั่ง (Mania)
- E. ความผิดปกติไม่ได้เนื่องมาจากยาหรือโรคทางกายอื่นๆ
- F. ถ้ามีประวัติ autistic disorder หรือ pervasive development disorder อื่นๆ จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทร่วมด้วยต่อเมื่อพบว่าอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนอย่างเด่นชัดอย่างน้อย 1 เดือน

การให้สุขภาพจิตศึกษา คือ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรค , สาเหตุของโรค , อาการแสดงการดำเนินของโรค , การรักษาโรคทางจิต และการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งเสริมให้ญาติมีบทบาทสำคัญมากขึ้นในการช่วยดูแลรักษาผู้ป่วย และครอบครัวสามารถจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วยได้ดีขึ้น โดยมุ่งเน้นให้ครอบครัวและผู้ป่วยเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วย เห็นความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง ป้องกันการเกิดโรคกำเริบซ้ำ ในการวิจัยครั้งนี้การให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นแบบรายบุคคลที่บ้าน (individually home psychoeducation)

ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลที่บ้าน (Family caregiver) หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญโดยสายเลือด หรือญาติ ผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หรือสมาชิกอยู่รวมกันในครัวเรือนเดียวกันมีความสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่ เช่น ในที่นี้ก็คือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอาจมีบทบาทเป็นมารดา บิดา สามี ภรรยา บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง หรือญาติผู้ดูแลที่ใช้ชีวิตภายในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท และผู้รับผิดชอบผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 6 เดือน

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมหรือความต้องการที่ผู้ป่วยจิตเวชได้แสดงออกและปฏิบัติในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมหรือความต้องการที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงต่อตนเองในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเอง และการปฏิบัติตามแผนการรักษา

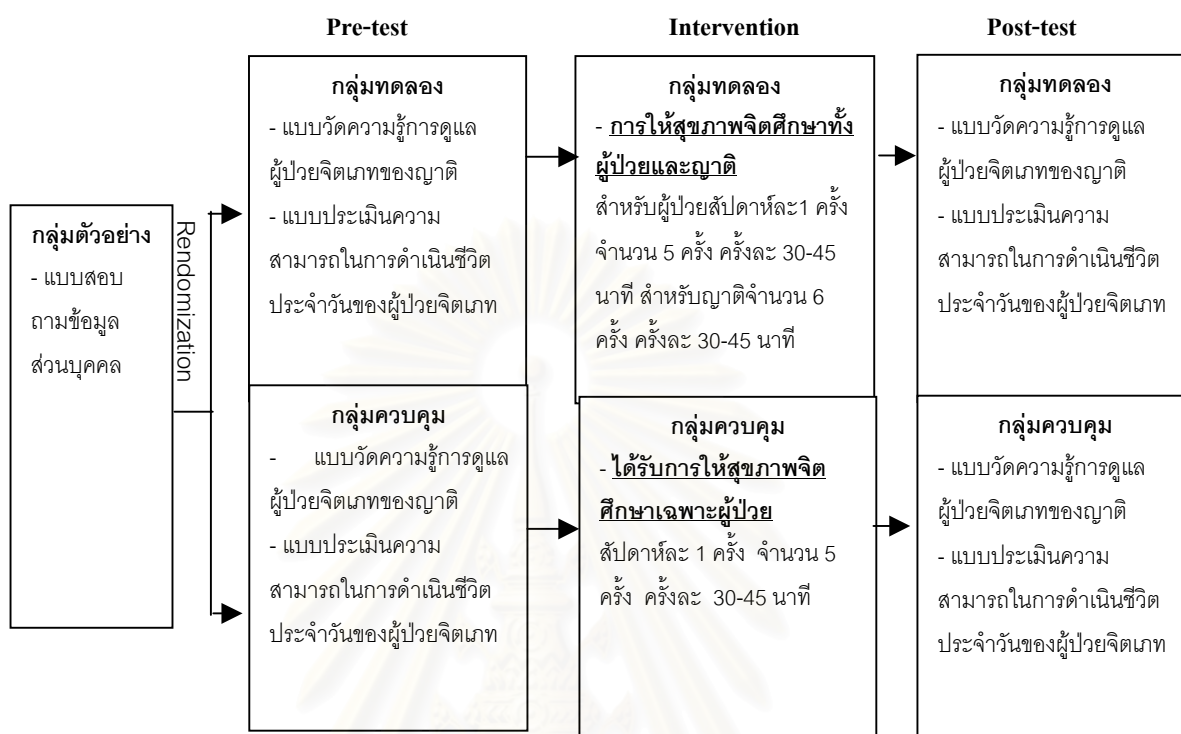
ความสามารถทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมหรือความต้องการที่ผู้ป่วยจิตเวชแสดงต่อครอบครัว หรือสังคมในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพของผู้ป่วย การควบคุมอารมณ์ การแสดงออกท่าทาง การเข้าสังคมและความสนใจสิ่งแวดล้อม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภาพที่ 1

กรอบแนวความคิดในการวิจัย (Conceptual Frame work)



บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาถึงผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยซึ่งในการศึกษา ผู้วิจัยได้รวบรวมแนวคิดโดยการอาศัยการศึกษาจากเอกสารตำรา ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังจะได้เสนอตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
2. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
3. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
4. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการให้สุขภาพจิต
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เรื่องจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia)^{(15),(16),(17)} เป็นโรคทางจิตเวชที่มีอาการ Psychosis กล่าวคือ มีความผิดปกติในการรับรู้สภาพความเป็นจริง (Impairment of Reality testing) หรือไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง (Out of Reality) ซึ่งก่อให้เกิดความบกพร่องในความสามารถทางหน้าที่ต่างๆ ของการดำเนินชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีลักษณะแสดงถึง ความผิดปกติทางความคิด (เช่น ความคิดขาดความต่อเนื่อง , หลงผิด บางครั้งร่วมกับประสาทหลอน) , ผิดปกติหรือเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ (เช่น อารมณ์แคบ เฉยชา , อารมณ์ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ ตอบสนองความไม่เหมาะสม) และทางพฤติกรรม (เช่น แยกตัว , ประพฤติตนเป็นเด็กกว่าวัย , ก้าวร้าว , ทำอะไรแปลกๆ) อาการของโรคมักดำเนินไปช้าๆ และส่วนใหญ่มักเป็นเรื้อรัง

ประวัติ

โรคจิตเภทมีประวัติความเป็นมานานเรียกได้ว่าอยู่คู่มาพร้อมกับประวัติของวงการจิตเวชศาสตร์ Benedict Morel (ค.ศ.1852) ได้บรรยายถึงความผิดปกติแบบอาการของโรคจิตเภทนี้โดยใช้ชื่อโรคว่า demence precoce

Emil Kraepelin (ค.ศ.1896) จิตแพทย์ชาวเยอรมัน เรียกชื่อโรคนี้ว่า Dementia praecox โดยให้ความหมายว่าเป็นโรคจิตที่มีการเสื่อมของความคิดเชาวิปัญญา (dementia) มีอารมณ์เฉยเมย รู้สึกหม่นก่ำใจ โดยอาการเริ่มเป็นอายุน้อย (early inset praecox) คือวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง เขาเชื่อว่าโรคนี้มีสาเหตุจากความผิดปกติทางร่างกายและเมตาบอลิซึม

Eugen Bleuler ได้ตั้งชื่อว่า schizophrenia แทน Dementia precox เนื่องจากเขาไม่คิดว่าโรคนี้เป็นโรคของสมองเสื่อม แต่คิดว่าเป็นความผิดปกติแบบแตกแยก (schism) ของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม

เขาได้บรรยายถึง Fundamental หรือ primary symptoms ของโรคจิตเภทที่จำเพาะคือ ความผิดปกติด้านความคิด ซึ่งเห็นได้จาก ผิดปกติของความเชื่อมโยงระหว่างนัยความคิด (associational disturbance) โดยเฉพาะเป็นแบบความคิดที่หลวม กระจัดกระจาย ไม่ต่อเนื่อง (looseness) นอกจากนี้ยังพบอาการอื่น เช่น ความผิดปกติทางอารมณ์, autism, ความรู้สึกสองฝักสองฝ่ายหรือสองอย่างตรงข้ามที่เกิดขึ้นต่อสิ่งเดียวกันในขณะเดียวกัน ทั้งหมดนี้จัดเป็น Bleuler's four As ซึ่งประกอบด้วย association, affect, autism และ ambivalence และกล่าวถึง accessory หรือ secondary symptoms เช่น อาการประสาทหลอน ความคิดหลงผิด

ยังมีจิตแพทย์, แพทย์ทางระบบประสาท นักทฤษฎีจิตวิทยา อื่นหลายท่าน ซึ่งมีแนวคิดทฤษฎีมุมมองต่างๆ เกี่ยวกับโรคจิตเภทที่สำคัญ เช่น

Adolf Meyer ได้ให้แนวคิดว่าจิตเภทหรือความผิดปกติทางจิตอื่น เป็นปฏิกิริยาต่อความเครียดต่างๆ ในชีวิต (ซึ่งเรียกว่า schizophrenia reaction) อาการเป็นผลจากปัญหาในการปรับตัวที่เกิดทับถมทวีมากขึ้นเรื่อยๆ

Kurt Schneider ได้บรรยายจัดกลุ่มอาการเป็น First rank symptoms และ Second rank symptoms (รายละเอียดอยู่ด้านหลัง) ทั้งนี้เขาได้ให้ข้อคิดว่าอาการดังกล่าวนี้ไม่ใช่เป็นลักษณะจำเพาะ แต่ช่วยให้เข้าใจและให้การวินิจฉัยผู้ป่วยได้ง่ายขึ้นในทางปฏิบัติ

Karl Ludwig Kahlbaum ได้กล่าวถึงอาการ Catatonia

Ewald Hecker ได้เขียนถึงพฤติกรรมแปลกประหลาดของ Hebeephrenia

ในระยะต่อมา การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช มีวิวัฒนาการและปรับปรุงมาเป็นระยะปัจจุบัน การแบ่งชนิดของโรคทางจิตเวชรวมถึงเกณฑ์การวินิจฉัยในแต่ละโรคซึ่งเป็นที่ยอมรับมักอิงตามแบบ ICD - 10 (International Classification of Diseases of the World Health Organization)⁽¹⁸⁾ หรือตามแบบ DSM - IV (the fourth edition of the American Psychiatric Association's Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)⁽¹⁴⁾

ระบาดวิทยา

ความชุก การศึกษาความชุกพบว่าแตกต่างกันในแต่ละการศึกษา โดยทั่วไปความชุกตลอดชีวิต (lifetime prevalence) ประมาณ 1 - 1.5% (บางกรณีศึกษาพบว่า 0.5 - 1%)

เพศ ชายและหญิงพอๆ กัน (บางรายงานพบว่าชายมากกว่าหญิงเล็กน้อย)

อายุเริ่มต้นอาการส่วนใหญ่ระหว่าง 15-35 ปี ผู้ชายมีอาการแสดงเริ่มในอายุน้อยกว่าผู้หญิง มากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยชายทั้งหมด ได้รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเนื่องจากป่วย

ทางจิตครั้งแรก ก่อนอายุ 25 ปี ในขณะที่พบเพียงหนึ่งในสามของผู้ป่วยหญิง อายุเริ่มต้นอาการที่พบสูงสุดในชายอยู่ระหว่าง 15 – 25 ปี ในหญิงอยู่ระหว่าง 25 – 35 ปี (เริ่มมีอาการก่อนอายุ 10 ปี หรือหลัง 50 ปี พบได้น้อยมาก)

ฤดูกาลของวันเกิด มีการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีวันเกิดในฤดูหนาวและฤดูใบไม้ผลิ ในซีกโลกเหนือรวมทั้งในสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยมักเกิดเดือนมกราคมถึงเมษายน ,ในซีกโลกใต้ผู้ป่วยมักเกิดเดือนกรกฎาคมถึงกันยายน มีหลายคนสมมติฐานอธิบาย เช่น อาจมีปัจจัยเสี่ยงจำเพาะฤดูกาล เช่น ไวรัส , อาหาร หรือผู้ที่มี genetic predisposition ต่อโรคนี้ อาจมีผลดีแก่ชีววิทยาอยู่รอดได้ง่ายในฤดูกาลดังกล่าว

ระดับเศรษฐกิจและสังคม พบว่าเป็นในระดับต่ำมากกว่าระดับสูง ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจัยของความเครียด (social causation hypothesis) หรืออาจเป็นเพราะการเสื่อมสมรรถภาพเนื่องจากการป่วย ทำให้ระดับเศรษฐกิจต่ำลง (downward drift hypothesis)

อัตราเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท

ประชากรทั่วไป	พบความชุก	1%
พี่หรือน้องของผู้ป่วยโรคจิตเภท	พบความชุก	8%
บุตรของพ่อหรือแม่ป่วยเป็นโรคจิตเภท	พบความชุก	12%
แฝดไข่คนละใบของผู้ป่วยจิตเภท	พบความชุก	12%
บุตรของพ่อและแม่เป็นโรคจิตเภท	พบความชุก	40%
แฝดไข่ใบเดียวของผู้ป่วยจิตเภท	พบความชุก	47%

สาเหตุ

เนื่องจากความหลากหลายของอาการและการพยากรณ์โรคในผู้ป่วยจิตเภท คงมิได้มีสาเหตุของโรคเพียงปัจจัยเดียว การเจ็บป่วยด้วยโรคนี้นักมีปัจจัยหลายอย่างประสมประสานกัน โดยแต่ละปัจจัยอาจมีบทบาทในผู้ป่วยแต่ละรายไม่เท่ากัน อย่างไรก็ตามระยะหลังมักพูดถึงรูปแบบของการประสมประสานกันของปัจจัยทางชีววิทยา ปัจจัยทางจิตสังคมและสิ่งแวดล้อม ซึ่งเรียกว่า Stress-Diathesis Model ซึ่งอธิบายว่าบุคคลอาจมีความเปราะบางที่จำเพาะ (specific vulnerability หรือ diathesis) เมื่อถูกกระตุ้นโดยสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด ทำให้อาการของจิตเภทเกิดขึ้น และแสดงออกมาปัจจัยใหญ่ๆ ที่เชื่อกันในปัจจุบันว่ามีส่วนเป็นสาเหตุของจิตเภทมีดังนี้

ปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors)⁽¹⁹⁾

Dopamine hypothesis

สมมติฐานของ dopamine ในโรคจิตเภท คือปริมาณ dopamine มากเกินไปที่ synapse ในสมอง (hyperdopaminergic activity) หรือจำนวน postsynaptic receptors มากไปหรือมี affinity ต่อ dopamine มากไป (hypersensitive dopamine – receptors) หรือมีความไม่สมดุลระหว่าง excitatory action ของ Acetyl choline กับ inhibitory action ของ dopamine และ gamma-amino butyric acid (GABA) บทบาทเหล่านี้ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับ mesocortical และ mesolimbic CNS dopaminergic tract

สมมติฐานนี้มีข้อสนับสนุนหลายอย่าง เช่น ยารักษาโรคจิต (antipsychotic drug) ออกฤทธิ์จับกับ dopamine type (D_2) receptor ช่วยให้มีการลดลงของ dopamine activity , การใช้ยาหรือสารบางอย่างซึ่งเพิ่มหรือกระตุ้นระบบ Dopamine เช่น amphetamine , cocaine สามารถทำให้เกิดอาการคล้ายโรคจิต

บทบาทของ dopamine ในแง่พยาธิสรีรวิทยาต่อโรคจิตเภท อาศัยการศึกษา metabolite ของ dopamine ที่สำคัญคือ Homovanillic acid (HVA) มีบางการศึกษารายงานว่าระดับความเข้มข้นของ HVA ใน plasma ซึ่งสะท้อนถึงใน CNS ถ้าก่อนการรักษา มีระดับสูง มีความสัมพันธ์กับความรุนแรงของอาการทางจิต และบอกการตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต

อย่างไรก็ตามบางรายงานสันนิษฐานมีทั้งการเพิ่มและการลดลงของ dopamine activity ในสมองของผู้ป่วยแต่ละคน ทั้งนี้ขึ้นกับตำแหน่งทางกายภาคและการดำเนินโรค นอกจากนี้ยังมี dopamine type อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น dopamine type (D_1) receptor อาจมีบทบาทใน negative symptoms มีการศึกษาพบการเพิ่มขึ้นของ D_4 receptor ในสมองของผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว

- Norepinephrine hypothesis

มีการเพิ่ม Norepinephrine activity ในผู้ป่วยจิตเภททำให้มีการเพิ่ม sensitization ต่อ sensory input และถึงแม้ว่าความสัมพันธ์ระหว่าง dopaminergic และ noradrenergic activity จะยังไม่กระจ่างชัด แต่เชื่อว่า noradrenergic system ช่วย modulate dopaminergic system ดังนั้น ความผิดปกติในระบบนี้อาจทำให้ผู้ป่วยมีการป่วยกลับเป็นซ้ำบ่อย

- GABA (Gamma-amino butyric acid) hypothesis

ผู้ป่วยจิตเภทบางรายมีการสูญเสีย GABA-ergic neuron ใน hippocampus ซึ่งการลดลงของ GABA activity นี้ ส่งผลให้มีการเพิ่มของ dopaminergic และ noradrenergic activity

- Serotonin hypothesis

มีการรายงานพบความผิดปกติของเมตาบอลิซึม ของ serotonin ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ทั้งแบบ hyperserotonemia และ hyposerotonemia ยาต้านโรคจิตเภทบางชนิด พวก atypical antipsychotics มีฤทธิ์เกี่ยวข้องกับ serotoni activity (เช่น Clozapine, Risperidone, Ritanserin) การ antagonism ที่ serotonin (5 hydroxytryptamine) type 2 (5-HT₂) receptor มีผลลดอาการทางจิตและบรรเทาการเกิดความผิดปกติของการเคลื่อนไหวอันเนื่องมาจาก D₂ antagonism และการวินิจฉัยในโรคความผิดปกติของอารมณ์ พบว่า serotonin activity เกี่ยวข้องกับการฆ่าตัวตายหรือความก้าวร้าว ซึ่งพบได้ในผู้ป่วยจิตเภทเช่นกัน

- Transmethylation hypothesis

สมมติฐานนี้เชื่อว่าความผิดปกติของ transmethylation โดยเฉพาะ O-methylation ของ catecholamine ทำให้เกิด endogenous hallucinogens ก่อให้เกิดโรคจิตเภท นอกจากนั้นยังพบ methylated products ของ biogenic amines อีกหลายตัวก็ออกฤทธิ์ประเภทประสาทหลอนได้ อย่างไรก็ตามสมมติฐานนี้ยังไม่ได้รับการสนับสนุนในการวิจัยข้อมูลต่อมา

- พยาธิสภาพทางสมอง

การศึกษาด้านกายวิภาคศาสตร์ของผู้ป่วยโรคจิตเภท ด้วยการใช้ CT scan บางรายงานพบว่า 10-35% ของผู้ป่วยมี cortical atrophy, 10-50% ของผู้ป่วยมีการขยายของ lateral และ third ventricle บางรายงานว่ามีการฝ่อของ anterior vermis ของ cerebellum

ตรวจด้วย PET scan ในผู้ป่วยบางราย พบมีการลดลงของ frontal และ parietal lobe metabolism, relatively high posterior metabolism abnormality และพบ laterality

การตรวจ cerebral blood flow (CBF) ในผู้ป่วยบางรายพบมีการลดลงของ resting level ของ frontal blood flow, เพิ่มของ parietal blood flow และลดลงของ whole brain blood flow อย่างไรก็ตาม frontal lobe dysfunction อาจเป็นผลตามมาของพยาธิสภาพอื่นในสมอง

- การเคลื่อนไหวของลูกตา (Eye movement dysfunction)

มีการวิจัยพบว่า 50-85% ของผู้ป่วยจิตเภท มีอาการมองตามวัตถุที่เคลื่อนไหวด้วยลักษณะกระตุกๆ เป็นแบบ pendular คือมีความผิดปกติของ smooth pursuit eye movement, มี paroxysmal saccadic eye movement อาการนี้พบได้ 45% ในญาติชั้นเดียวของผู้ป่วยโรคจิตเภท แสดงว่าเป็นลักษณะที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม อาจเป็น trait marker มีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท แต่ก็ยังไม่สามารถบอกถึงความสำคัญของอาการนี้ได้ในแง่ของสาเหตุ

- ความผิดปกติทางชีววิทยาด้านอื่นๆ

เช่น Inborn error of metabolism, ความผิดปกติใน energy metabolism ของสมอง, ความผิดปกติของ electrolyte, Immunoglobulin หรือหลักฐานเกี่ยวกับ Psychoneuroimmunology, Psychoneuroendocrinology ยังมีข้อมูลสนับสนุนแน่ชัดน้อย **ปัจจัยทางพันธุกรรม (Genetic factor)** ⁽²⁰⁾

มีการศึกษาหลายอย่างบ่งบอกว่าปัจจัยทางพันธุกรรมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภทในแง่ chromosomal marker ปัจจุบันพยายามศึกษาเพื่อหาแผนภูมิของการถ่ายทอดทางพันธุกรรม และค้นหา restriction fragment length polymorphism (RFLPs) ที่มีผลต่อการแยกชนิดของโรคจิตเภท มีหลายการศึกษาพบ chromosome หลายตำแหน่งที่เกี่ยวข้องแต่ที่มีรายงานบ่อยคือ long arm ของ chromosomes 5, 11 และ 18, short arm ของ chromosomes 19 และ X chromosome อย่างไรก็ตามเป็นการบ่งบอกว่ามี heterogeous genetic สำหรับโรคจิตเภท **ปัจจัยทางจิตใจ สังคม และวัฒนธรรม (Psychosocial Factors)**

- เกี่ยวกับผู้ป่วย

ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิต เป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของ ego อันเนื่องมาจากมี psychic trauma หรือปัญหาความสัมพันธ์ระหว่างทารกกับมารดาเกิดขึ้นใน ระยะพัฒนาการของบุคลิกภาพช่วงที่มีความสำคัญต่อพัฒนาการของ ego โดยเฉพาะในขวบปีแรก โดยทั่วไปตามทฤษฎีหน้าที่ของ ego เกี่ยวข้องกับการควบคุมหรือปรับแรงผลักดันภายในจิตใจ (control and regulation of instinctual drives) การตัดสินใจสัมพันธ์ภาพกับคนอื่น หรือความเป็นจริงในโลก ซึ่งหน้าที่เหล่านี้แบ่งออกเป็นด้านต่างๆ เมื่อมีความผิดปกติเกิดพยาธิสภาพ ทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยอาการที่แสดงออกมักมีความหมายทางสัญลักษณ์ (symbolic meaning) ในผู้ป่วยแต่ละราย เช่น ความคิดว่าโลกจะแตกอาจบ่งบอกถึงการรับรู้ที่โลกภายในของผู้ป่วยกำลังจะแตกหรือชีวิตล้มเหลว ความคิดหรือรู้สึกวุ่นวายใหญ่อาจบ่งบอกถึง reactivated narcissism อาการประสาทหลอนอาจแสดงอาการที่ผู้ป่วยไม่สามารถมีความสัมพันธ์กับผู้อื่นได้ และอาจแสดงถึงความต้องการหรือความกลัวที่มีอยู่ในจิตใจ

ในแง่ของ Psychodynamics เชื่อว่าเมื่อ ego ถูกครอบงำอย่างท่วมท้นโดยแรงขับจาก id หรือความขัดแย้งในจิตใจไร้สำนึก ผู้ป่วยโรคจิตจะใช้กลไกทางจิตที่ไม่เหมาะสมหรือก่อให้เกิดผลสำเร็จในความพยายามที่จะจัดการกับความวิตกกังวล ผลที่ตามมาคือ การแตกแยกในหน้าที่ของ ego เช่น เสียความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริง (reality testing) และ กระบวนการความคิด (thought process) เป็นต้น กลไกทางจิตที่สำคัญของผู้ป่วยคือ projection reaction formation, denial และ regression

นอกจากนี้ยังมีผู้พยายาม และสร้างทฤษฎีทางจิตใจต่างๆ อีกหลายท่าน เช่น Paul Federn, Hein Hartman, Harry Stack Sullivan, Melanie Klein, W.R.D. Fairbairn, Margaret Mahler, Edith Jacobson เป็นต้น

ในแง่ทฤษฎีการเรียนรู้ เชื่อว่าเด็กซึ่งต่อมาป่วยโรคจิตเภทได้เรียนรู้ปฏิบัติการหรือวิธีการคิดที่ไม่เหมาะสมหรือไม่สมเหตุสมผลจากการเลียนแบบหรือตัวอย่างจากพ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูซึ่งอาจซึ่งอาจมีปัญหาทางจิตใจ ทำให้ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลไม่ดี

- เกี่ยวกับครอบครัว

การศึกษาถึงความสัมพันธ์หรือบทบาทที่ผิดปกติในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต มีผู้รายงานไว้หลายอย่าง แต่ส่วนใหญ่ก็ไม่พบว่ามีลักษณะจำเพาะที่จะให้ป่วยเป็นโรคนี้ อย่างไรก็ตามการปฏิบัติต่อกันระหว่างบุคคลในครอบครัวแบบมีพยาธิสภาพ เป็นการเพิ่มความเครียดทางจิตใจแก่ผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งมีความเปราะบางอยู่แล้วต้องปรับตัว

Double bind เป็นสมมติฐานเกี่ยวกับเจตคติหรือการสื่อสารที่ผิดปกติจากพ่อแม่ไปยังลูก ตั้งโดย Gregory Bateson ซึ่งกล่าวถึงการสื่อความหมายในลักษณะที่กำกวมไปให้เด็กอยู่เป็นประจำหรือพูดอย่างทำอีกอย่าง ทำให้เด็กไม่ทราบเจตนาหรือความต้องการที่แท้จริงของพ่อแม่ และทำให้การพัฒนาในด้านการติดต่อสื่อสารกับคนอื่นแคบลงหรือสับสนทำให้เด็กหนีความสับสนนั้นมาอยู่ในโลกที่ตนสร้างขึ้นเอง บางคนเชื่อว่าอาจมีส่วนให้เกิด ambivalence ซึ่งเป็นอาการหนึ่งของโรคจิตเภท

Schisms and Skewed families โดย Theodore Lidz อธิบายถึงรูปแบบของพฤติกรรมในครอบครัวที่ผิดปกติ 2 แบบ คือ แบบหนึ่งมีความไม่ลงรอยหรือแตกแยกระหว่างพ่อแม่ และพ่อแม่หรือแม่มีความใกล้ชิดชิดมากกับลูกที่มีเพศตรงข้าม ครอบครัวอีกแบบหนึ่งเป็นชนิดมีความสัมพันธ์กันแน่นโดยพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งมีบทบาทเด่นมากจนควบคุมทุกอย่าง

Pseudomutual and Pseudohostile families โดย Lyman Wynne อธิบายครอบครัวที่เก็บกวดการแสดงออกของอารมณ์โดยใช้การพูดสื่อสารแบบ Pseudomutual และ pseudohostile อยู่เป็นประจำ จนเป็นลักษณะของครอบครัวโดยผู้อื่นไม่ค่อยเข้าใจ จะทำให้เด็กมีปัญหาการแสดงออก และการสื่อสารเมื่อต้องออกจากบ้านหรือความสัมพันธ์กับผู้อื่น

Express Emotion (E.E.) ได้แก่ การตำหนิวิพากษ์วิจารณ์ (criticism) การเกลียดชังเป็นศัตรู (hostility) และการเข้ามายุ่งหรือเกี่ยวข้องจัดการมากเกินไป (overinvolvement) เป็นลักษณะการปฏิบัติของพ่อแม่หรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลายการศึกษาพบว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์แบบนี้ในระดับสูง (High E.E.) จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำ (relapse rate) ของผู้ป่วยสูงด้วย

- ด้านสังคม

สังคมและสิ่งแวดล้อมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท เช่น สังคมเมือง, สังคมอุตสาหกรรม การศึกษาทางระบาดวิทยาส่งผลให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี เชื่อว่าประชากรกลุ่มที่มีระดับเศรษฐกิจต่ำต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่บางคนเห็นว่าการป่วยเรื้อรัง น่าเป็นสาเหตุทำให้สถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมของผู้ป่วยตกต่ำลงมากกว่า อย่างไรก็ตามปัจจัยความเครียดด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมนี้มีผลต่อจุดเริ่มต้นอาการป่วยและความรุนแรงของโรค

ลักษณะทางคลินิก⁽²¹⁾

ก่อนอื่นต้องทราบถึง

1. ไม่มีอาการหรืออาการแสดงใดที่ถือว่า เป็นลักษณะเฉพาะสำหรับโรคจิตเภท (no pathognomonic sig or symptom) อาการต่างๆ ที่พบได้ในโรคจิตเภทอาจพบได้ในโรคจิตเวชหรือโรคทางระบบประสาทอื่นๆ การวินิจฉัยต้องอาศัยประวัติและข้อมูลเป็นส่วนสำคัญ

2. อาการของผู้ป่วยอาจเปลี่ยนแปลงได้ตามเวลา

3. การทราบถึงระดับการศึกษา สติปัญญา และวัฒนธรรม ของผู้ป่วยมีความสำคัญ

อาการและอาการแสดงเดิมก่อนป่วย (premorbid sign & symptoms) บางครั้งการแยก ระดับ premorbid personality กับ prodromal phase ของคนไข้ว่าเริ่มต้นเมื่อไรกระทำได้ลำบาก บุคลิกภาพเดิมของผู้ป่วยที่พบบ่อยมักเป็นแบบ Schizoid หรือ Schizotypal personality ซึ่งมีลักษณะเป็นคนเงียบขรึม แยกตัว ไม่ค่อยสูงส่งกับใคร มีเพื่อนน้อย ดูเรียบร้อย ชอบคิด เพื่อฝัน ไม่ชอบกีฬาหรือการแข่งขัน ชอบกิจกรรมที่ทำคนเดียว เช่น ดูหนัง ฟังเพลง

ระยะโรคอาการป่วยอาจเกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยทั่วไปอาจแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ

1. Prodromal phase

เป็นระยะก่อนหน้า active phase อาจกินเวลาเป็นสัปดาห์หรือเดือน หรืออาจเป็นปี ผู้ป่วยมีอาการแยกตัวออกจากสังคม เก็บตัว บุคลิกภาพเปลี่ยนไป ไม่ค่อยสนใจตนเอง การแต่งกายและสุขอนามัยส่วนบุคคลเลวลง อาจสนใจเชื่อถือไสยศาสตร์ หรือมีอาการทางกาย เช่น ปวดหัว ปวดท้องแบบแปลกๆ มีการเสื่อมลงในหน้าที่การงานด้านต่างๆ หรือการเรียน

2. Active phase

ปรากฏอาการทางจิต เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดจาไม่ปะติดปะต่อไม่รู้เรื่อง พฤติกรรมเพี้ยน , อารมณ์ไม่เหมาะสม เป็นต้น

3. Residual phase

ไม่พบอาการเด่นของความคิดหลงผิด ประสาทหลอน พุดจาไม่ปะติดปะต่อเป็นเรื่องราว พฤติกรรมแปลกๆ หรือ catatonia แต่อาจพบมีอาการ mild หรือ attenuated form ของอาการ positive symptom หรือพบ Negative symptom

การจำแนกชนิดของอาการทางจิต (psychosis) อาจแบ่งเป็น 2 กลุ่มใหญ่ คือ

1. อาการด้านบวก (positive symptom) เช่น ความคิดหลงผิด , ความคิดกระจัดกระจายไม่ต่อเนื่อง , ประสาทหลอน , พฤติกรรมแปลกประหลาด , อารมณ์ไม่เหมาะสม
2. อาการด้านลบ (negative symptom) เช่น อารมณ์เฉยเมย พุดน้อยมาก ขาดแรงจูงใจ แยกตัว

ประวัติครอบครัวของผู้ป่วยอาจพบมีความผิดปกติของความสัมพันธ์ในครอบครัว หรือมีบุคคลที่เจ็บป่วยเป็นโรคนี้ในครอบครัวเดียวกัน

อาการและการตรวจสภาพจิต⁽²²⁾ ที่มีความสำคัญ ได้แก่

ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย อาจพบว่าแต่งกายสกปรก มีลักษณะท่าทางหรือพฤติกรรมที่แปลกประหลาด (Bizarre หรือ Queer) มีอาการพูดคนเดียว หรือไม่สบตา

อารมณ์ พบความผิดปกติอาจเป็นแบบที่อเฉยชา (flat, apathy indifference หรือ blunt) หรือไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิดหรือเรื่องที่กำลังพูด หรืออารมณ์โกรธ วิตกกังวล ซึมเศร้า หรืออย่างอื่นแล้วแต่ระยะของโรค

การเคลื่อนไหว อาจมีความผิดปกติได้หลายแบบ ตั้งแต่เอะอะ อาละวาด อยู่ไม่นิ่ง ซึมเฉย หรือเชื่องช้า บางรายมีลักษณะคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง (waxy flexibility) ทำอะไรซ้ำๆ (stereotype หรือ mannerism) พุดซ้ำๆ ในสิ่งที่ไร้ความหมาย (verbigeration)

คำพูด มีความผิดปกติได้หลายแบบ ไม่ยอมพูด พุดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อกัน (incoherence) หรือตอบไม่ตรงคำถาม (irrelevance) พุดวกวน (circumstantiality) ตอบเฉียดๆ (tangentiality) สร้างภาษาใหม่ (neologism)

ความคิดผิดปกติในรูปแบบของความคิด เช่น loosening of association ซึ่งเป็นความคิดที่เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน กระจัดกระจาย ไม่ต่อเนื่อง บางรายขณะพุดมีการหยุดคิดกระทันหัน (thought blocking) ทำให้คำพูดขาดเป็นช่วงๆ บางรายความคิดเป็นแบบ autism , ความคิดเชิงรูปธรรม (concrete thinking) เป็นต้น ความผิดปกติในเนื้อหาความคิด ได้แก่ อาการหลงผิดแบบต่างๆ ที่พบบ่อย คือ หลงผิดหวาดระแวงกลัวคนทำร้าย (persecutory delusion) หรือ คิดว่าคนอื่นพุดหรือแสดงเรื่องเกี่ยวกับตน (delusion of

reference) อาการหลงผิดบางอย่างพบในโรคจิตเภทบ่อยกว่าในโรคอื่น เช่น หลงผิดที่แปลกประหลาดมาก (bizarre delusion) หลงผิดว่าความคิดของตนแพร่กระจายออกไปให้คนอื่นรู้ได้ (thought broadcasting) ความคิดที่ไม่ใช่ของตนถูกนำมาใส่หรือแทรกซึมเข้าสู่สมองตนเอง (thought insertion) หลงผิดว่าความคิดของตนถูกดึงออกไปจากสมอง (thought withdrawal) หรือหลงผิดว่าความรู้สึก ความต้องการ หรือการกระทำของตนเกิดจากการกระทำของสิ่งภายนอก (made feeling, made impulse, made volitional act) หรือถูกควบคุมบังคับจากภายนอก (delusion of being controlled) อาการหลงผิดอย่างอื่นก็พบได้แต่ไม่บ่อย เช่น หลงผิดเกี่ยวกับการสูญสลายของร่างกายตนเองหรืออวัยวะบางอย่าง (nihilistic delusion) หลงผิดว่าตนยิ่งใหญ่ (grandiose delusion) เป็นต้น

การรับรู้ มักมีความผิดปกติที่พบบ่อยคือ ประสาทหลอน ซึ่งพบบ่อยที่สุดเป็นหูแว่ว (auditory hallucination) รองลงไป คือ ภาพหลอน (visual hallucination) ซึ่งอาจเป็นภาพที่น่ากลัว เช่น ภาพของญาติที่ตายไปแล้ว ภาพการต่อสู้ อาการหูแว่ว อาจมีลักษณะพิเศษ เช่น ได้ยินความคิดตนเอง (audible thought) ได้ยินเสียงหลายคนโต้เถียง (voice arguing) ได้ยินเสียงวิพากษ์วิจารณ์ การกระทำของตนเอง (voices commenting on one's act) ผู้ป่วยอาจเกิดการรับสัมผัสขึ้น ทั้งที่ตัวกระตุ้นกระทำต่อคนอื่นหรือสิ่งอื่น (somatic passivity) และผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ในลักษณะที่เป็นอาการหลงผิด (delusional perception) นอกจากนี้อาจพบประสาทหลอนเกี่ยวกับการรับกลิ่น หรือการสัมผัส ทั้งนี้เกิดขึ้นในขณะที่ผู้ป่วย มีระดับการรู้ตัวปกติ

สติสัมปชัญญะ โดยทั่วไปมักไม่มีการเปลี่ยนแปลง แต่อาจมีผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันบางรายมีอาการงุนงง ไม่ค่อยรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม (perplexity) ความจำโดยทั่วไปมักดี แต่อาจยากในการประเมินถ้าผู้ป่วยไม่ร่วมมือ

การตระหนักรู้ถึงการผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนหรือไม่มี insight และมีการตัดสินใจหรือแก้ไขปัญหาก็ไม่ดี

การตรวจทางประสาท

การตรวจทางระบบประสาทอย่างละเอียดอาจพบความผิดปกติบางอย่างร่วมด้วย ซึ่งไม่ใช่สาเหตุโดยตรงของความผิดปกติทางจิต อย่างไรก็ตามการพบความผิดปกติทางระบบประสาทนี้พบได้ในโรคจิตเภทมากกว่าโรคทางจิตเวชอื่นๆ และสัมพันธ์กับความรุนแรงของการป่วย อารมณ์เฉยเมย (affective blunting) และการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี

nonlocalizing neurological sign หรือ soft sign ได้แก่ dysdiadochokinesia astereognosis, mirror sign, primitive reflexes, diminished dexterity ความผิดปกติอื่นๆ ได้แก่ tics, stereotypies, grimacing, บกพร่องของ fine motor skills, ผิดปกติของ motor tone และการเคลื่อนไหว

การตรวจตา พบความผิดปกติได้ 2 อย่าง คือ

1. กระพริบตาบ่อย (elevated blink rate) ซึ่งอาจบ่งถึง hyperdopaminergic activity
2. ผิดปกติของ smooth ocular pursuit ซึ่งพบได้ 50-85% ของผู้ป่วยจิตเภท

การตรวจแบบทดสอบทางจิตวิทยา

Neuropsychological testing จาก Objective measures of Neuropsychological performance เช่น Halstead – Reitan battery และ Luria – Nebraska battery อาจพบความผิดปกติซึ่งสอดคล้องกับ bilateral frontal and temporal lobe dysfunction เช่น ความบกพร่องของความตั้งใจและเซาว์ปัญญา ลด retention time และบกพร่องความสามารถในแก้ไขปัญหา

Intelligence test (I.Q. test) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคะแนน I.Q. ต่ำกว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น หรือประชากรทั่วไป ซึ่งระดับสติปัญญาที่ต่ำพบได้บ่อยตั้งแต่ onset ของโรค และอาจลดลงไปอีกตามการดำเนินโรค

Projective test เช่น Rorschach test และ Thematic Apperception test (T.A.T.) อาจพบลักษณะการตอบสนองหรือความคิดแปลกประหลาด (bizarre ideation)

Personality inventory เช่น Minnesota multiphasic Personality Inventory (MMPI) มักพบความผิดปกติ แต่ความสำคัญน้อยในการวินิจฉัยหรือวางแผนการรักษา

การวินิจฉัย

ส่วนใหญ่อาศัยประวัติ อาการของผู้ป่วย การตรวจสภาพจิต ร่วมกับหลักเกณฑ์ตามระบบการจำแนกโรคทางจิตเวชของสมาคมจิตแพทย์อเมริกัน ซึ่งปัจจุบันเป็น DSM-IV⁽¹⁴⁾ และขององค์การอนามัยโลก ซึ่งปัจจุบันเป็น ICD – 10⁽¹⁷⁾

เกณฑ์การวินิจฉัยโรคจิตเภท (Schizophrenia) ตาม DSM-IV⁽¹⁴⁾

- A. ลักษณะอาการสำคัญ พบว่า มีอาการดังต่อไปนี้ 2 อาการ หรือมากกว่าเป็นระยะเวลา 1 เดือนขึ้นไป (หรือน้อยกว่าถ้าได้รับการรักษาอย่างได้ผล)
1. อาการหลงผิด
 2. ประสาทหลอน
 3. disorganized speech (เช่น พูดจาไม่รู้เรื่อง)
 4. grossly disorganized or catatonic behavior
 5. negative symptom (เช่น อารมณ์เฉยเมย แสดงลักษณะผิดปกติด้านไม่มีกำลังใจ) อย่างไรก็ตามจะใช้อาการเพียง 1 อาการ ดังข้างต้นได้ ถ้าอาการหลงผิดนั้นแปลกประหลาดมาก (bizarre delusion) หรืออาการประสาทหลอนนั้น เป็นลักษณะเสียงวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรม หรือความคิดคนนั้นตลอดเวลาหรือเสียงคนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปคุยกัน

B. ผิดปกติทางหน้าที่อาชีพการงานหรือสังคม ในช่วงระยะเวลาของการดำเนินโรคที่เกิด ความผิดปกติหน้าที่ต่างๆ อย่างน้อยหนึ่งด้าน เช่น งาน ความสัมพันธ์ทางสังคมหรือการดูแล ตนเองต่ำกว่าระดับก่อนป่วยอย่างมาก (หรือถ้าเริ่มอาการในวัยเด็กหรือวัยรุ่น ระดับการพัฒนาทาง มนุษย์สัมพันธ์ การเรียน หรืออาชีพ ไม่บรรลุเป้าหมายอย่างที่คาดไว้)

C. ระยะเวลา มีอาการแสดงต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน ซึ่งใน 6 นี้ต้องมีอาการตามข้อ A อย่างน้อย 1 เดือน (อาจน้อยกว่าถ้าได้รับการรักษาอย่างได้ผล) และอาจมีช่วงเวลาของอาการ prodromal หรือ residual ซึ่งในช่วงเวลาของอาการ prodromal หรือ residual นี้ อาการแสดง ของความผิดปกติอาจแสดงเพียง negative symptom หรืออาการ 2 อย่าง หรือมากกว่าในข้อ A แบบเป็นเบาลง (เช่น ความเชื่อแปลกๆ ประสบการณ์การรับรู้ที่ไม่ธรรมดา)

D. อาการดังกล่าวไม่สามารถอธิบายได้ด้วย Schizoaffective และ mood disorder ออกไป โดยไม่พบ major depressive manic หรือ mixed episode ในช่วง active phase หรือถ้า มีระยะเวลาทั้งหมดของ mood syndrome สั้นกว่าระยะเวลาของ active และ residual phase

E. อาการดังกล่าวไม่ได้เกิดจากภาวะผิดปกติทางกายทั่วไปจากสาร

F. ถ้ามีประวัติ Autistic disorder หรือ pervasive developmental disorder อื่น อยู่ก่อนจะวินิจฉัย Schizophrenia ร่วมด้วย เมื่อพบอาการหลงผิดหรือประสาทหลอนเด่นชัด อย่างน้อย 1 เดือน (หรือน้อยกว่าถ้าได้รับการรักษาอย่างได้ผล)

เกณฑ์วินิจฉัยโรคจิตเภท ตาม ICD-10⁽¹⁸⁾ แบ่งอาการต่างๆ ออกเป็นกลุ่ม เพื่อ การวินิจฉัยดังนี้ คือ

1. ความคิดก้องสะท้อน (thought echo) ความคิดถูกสอดแทรกหรือถูกดึงออกจากตน หรือถูกส่งกระจาย
2. ความคิดหลงผิดถูกควบคุมหรือกระทำจากภายนอก มีแนวความคิดการกระทำหรือ ความรู้สึกพิเศษเฉพาะ และการรับรู้ผิดปกติ
3. หูแว่วเป็นเสียงแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย ถกเถียงกันเกี่ยวกับ ผู้ป่วย หรือได้ยินเสียงจากส่วนต่างๆ ของร่างกาย
4. ความคิดหลงผิดฝังแน่น ซึ่งไม่เข้ากับวัฒนธรรมความเชื่อถือของคนทั่วไปหรือไม่มี ทางเป็นไปได้ เช่น ความคิดหลงผิดเกี่ยวกับศาสนา การเมือง อำนาจและความสามารถเหนือ มนุษย์ (เช่น สามารถควบคุมอากาศ หรือสื่อสารกับสิ่งมีชีวิตต่างโลกได้)
5. ประสาทหลอน อาจมีความคิดหลงผิดร่วมด้วย อาการนี้มีทุกวันอยู่หลายสัปดาห์ หรือหลายเดือน
6. ความคิดไม่ต่อเนื่อง พุดจากววนไม่ตรงประเด็น หรือใช้คำพูดที่ผู้ป่วยคิดสร้างขึ้นเอง

7. มีพฤติกรรมแบบทรงทำเป็นเวลานาน เช่น งุ่มง่ามผิดปกติ วางท่าแปลกๆ คงท่าตามที่ถูกจัด ต่อต้านการเคลื่อนไหว ไม่พูดหรือไม่เคลื่อนไหวตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม

8. อาการด้านลบ เช่น ไร้อารมณ์ อารมณ์เฉยเมยหรือไม่เหมาะสม คำพูดขาดช่วง แยกตัวออกจากสังคม ความสามารถในการเข้าสังคมเสื่อมลง ซึ่งไม่ได้เกิดจากความซึมเศร้าหรือยาต้านโรคจิต

9. มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญ เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่มีจุดมุ่งหมาย เกียจคร้าน คิดหมกมุ่นอยู่แต่เรื่องของตนเอง และแยกตัวออกจากสังคม

การวินิจฉัยต้องอาศัยอาการอย่างน้อย 1 อาการที่ชัดเจน (ถ้าอาการไม่ชัดเจนนัก ต้องมี 2 อาการหรือมากกว่า) ตามข้อต่างๆ ดังกล่าวจากข้อ 1 ถึงข้อ 4 หรือมีอย่างน้อย 2 อาการ จากข้อ 5 ถึงข้อ 8 และมีอาการอยู่เกือบตลอดเวลา 1 เดือนหรือมากกว่า (แต่ถ้าน้อยกว่า 1 เดือน ไม่ว่าจะได้รับการรักษาหรือไม่ ตามเกณฑ์การวินิจฉัยของ ICD-10 จะให้การวินิจฉัยเบื้องต้นเป็น Acute Schizophrenia – like psychotic disorder เมื่อมีอาการคงอยู่นานกว่านี้จึงเปลี่ยนเป็นโรคจิต)

การวินิจฉัยโรคจิตเภท ไม่ควรทำในระหว่างที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเศร้า หรือคลั่งอย่างชัดเจน เว้นแต่จะชี้ชัดได้ว่าอาการของโรคจิตมีมาก่อน ความผิดปกติทางอารมณ์ และไม่ควรวินิจฉัยโรคจิตเภทในผู้ป่วยที่มีโรคทางสมองชัดเจน ในคนที่มีอาการมันเมาหรือถอนจากสารเสพติด

ชนิดของโรคจิตเภท

DSM-IV⁽¹⁴⁾ แบ่งโรคจิตเภทออกเป็น 5 ชนิด คือ

1. Paranoid type

เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเด่นของอาการหลงผิด 1 ชนิด หรือมากกว่า หรือพบอาการหูแว่วบ่อย โดยไม่พบลักษณะเด่นของ disorganized type

2. Disorganized type

เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเด่นของ disorganized speech, disorganized behavior และ flat หรือ inappropriate affect และไม่เข้าได้กับ catatonic type

3. Catatonic type

เป็นโรคจิตเภทที่มีลักษณะเด่นอย่างน้อย 2 อย่างในลักษณะต่อไปนี้ คือ

- 1) อยู่นิ่งไม่เคลื่อนไหว อาจเป็นแบบเหมือนหุ่นขี้ผึ้ง หรือ stupor
- 2) เคลื่อนไหวมากแบบไม่มีจุดมุ่งหมาย (purposeless excitement)
- 3) extreme negativism หรือไม่ยอมพูด (mutism)
- 4) การเคลื่อนไหวแปลกๆ เช่น bizarre posturing, stereotyped movement, mannerism อย่างมาก

5) echolalia หรือ echopraxia

4. Undifferentiated type

เป็นโรคจิตเภทซึ่งมีอาการตามเกณฑ์วินิจฉัยโรคข้อ A แต่จัดไม่ได้เป็นชนิดของ Paranoid, Disorganized หรือ Catatonic

5. Residual type

เป็นโรคจิตเภทที่ไม่พบอาการเด่นของความคิดหลงผิด ประสาทหลอน พูดจาไม่ ประติดประต่อเป็นเรื่องราว พฤติกรรมแปลกๆ หรือ catatonia แต่พบหลักฐานของความผิดปกติ ที่ต่อเนื่องมาซึ่งพิจารณาจากพบอาการด้านลบ (negative symptom) หรืออาการแบบน้อยๆ หรือทุเลาลงของข้อ A ของโรคจิตเภท 2 อาการหรือมากกว่า เช่น ความเชื่อแปลกๆ การรับรู้ แปลกๆ

ICD – 10 ได้จำแนกโรคจิตเภทออกเป็น 9 ชนิด คือ

1. Paranoid Schizophrenia
2. Hebephrenic Schizophrenia
3. Catatonic Schizophrenia
4. Undifferentiated Schizophrenia
5. Post – Schizophrenia depression
6. Residual Schizophrenia
7. Simple Schizophrenia
8. Other Schizophrenia
9. Unspecified Schizophrenia

นอกจากนี้มีการจำแนกชนิดของโรคจิตเภทแบบอื่นๆ ที่สำคัญ ได้แก่

- การแบ่งเป็น type I และ type II⁽²²⁾

ในปี ค.ศ. 1980 T.J..Crow ได้จัดจำแนกผู้ป่วยจิตเภทตามการพบอาการด้านบวก (positive or productive symptoms) หรืออาการด้านลบ (negative or deficit symptoms) เป็น type I และ type II

Positive symptoms ได้แก่ ความคิดกระจัดกระจาย ไม่ต่อเนื่อง, ประสาทหลอน, พฤติกรรมแปลกประหลาด, increased speech

Negative symptoms ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย พูดน้อยมากหรือไม่ได้เนื้อหา ความคิดหยุดกระทันหัน, ขาดแรงจูงใจ, แยกตัว, ขาดสมาธิ, ไม่สนใจดูแลตนเอง, anhedonia, cognitive defect

ผู้ป่วยจิตเภทแบบ type I มีอาการ Positive ส่วนใหญ่, CT scan พบโครงสร้างสมองปกติ ตอบสนองต่อการรักษาดีกว่า

ผู้ป่วยจิตเภทแบบ type II มีอาการ Negative ส่วนใหญ่ CT scan พบโครงสร้างสมองผิดปกติ ตอบสนองไม่ดีต่อการรักษา

- ชนิดหรือชื่ออื่นๆ ที่อาจมีการกล่าวถึง เช่น

- Late-onset Schizophrenia, Childhood Schizophrenia, Process Schizophrenia
- Bouffée délirante (acute delusional psychosis)
- Latent Schizophrenia
- Onerioid Schizophrenia
- Paraphrenia
- Pseudoneurotic

การวินิจฉัยแยกโรค

ต้องแยกจากโรคหรือความผิดปกติต่อไปนี้

1. Psychotic disorder due to medical condition และ Substance-induced Psychotic disorder อาจมีอาการประสาทหลอน หลงผิด และการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์คล้ายโรคจิตเภท เช่น โรคทางสมอง หรือระบบประสาท ลมชัก และโดยเฉพาะกลุ่มที่เกิดจากการใช้สาร เช่น amphetamine Phencyclidine และกัญชา

2. Mood disorder ทั้ง manic และ Depressive episode อาจมีอาการที่ต้องแยกจากโรคจิตเภท โดยเฉพาะเมื่อมี Psychotic feature อาการหลงผิดและประสาทหลอนใน Mood disorder มักไม่เด่นเท่าในโรคจิตเภทและเนื้อหามักไม่มีลักษณะแปลกประหลาด อาการผิดปกติทางอารมณ์มักนำมาก่อนอาการผิดปกติทางความคิดและพฤติกรรม

3. Schizoaffective disorder เป็นโรคที่มีทั้งอาการของโรคจิตเภท และ Mood disorder ชัดเจนเกิดขึ้นพร้อมกัน การวินิจฉัยโรคจิตเภทเมื่อมีอาการทางอารมณ์เกิดขึ้นจึงต้องแยกโรคนี้ออกไป

4. Delusional disorder โรคนี้มีอาการหลงผิดคล้ายกับในโรคจิตเภท แต่อาการหลงผิดมักเป็นระบบกว่าและอยู่ในวงจำกัด บุคลิกภาพมักไม่เปลี่ยนแปลงมาก ไม่พบพฤติกรรมที่แปลกประหลาด

5. Psychotic disorder อื่นๆ เช่น Brief psychotic disorder, Schizophreniform disorder

6. Neurotic disorder บางรายอาจมีอาการคล้ายโรคจิต โดยเฉพาะในพวกโรคประสาทย้ำคิดย้ำทำและ hypochondriasis ซึ่งอาจมีความคิดและพฤติกรรมที่ต้องแยกจากอาการหลงผิด

7. Personality disorder บุคลิกภาพผิดปกติบางอย่าง เช่น schizoid, paranoid, borderline และ antisocial อาจมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและอารมณ์เป็นครั้งคราว ทำให้คล้ายโรคจิตเภทได้ แต่ในพวกบุคลิกภาพผิดปกติ จะมีประวัติของการดำเนินชีวิตแบบนั้นเป็นเวลานาน และไม่มีอาการของโรคจิต

8. Mental retardation ผู้ป่วยปัญญาอ่อนบางรายอาจมีพฤติกรรมและอารมณ์ที่ดูแปลกๆ ต้องแยกโดยอาศัยประวัติด้านพัฒนาการและการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ

9. Factitious disorder และ Malingering

การดำเนินโรค

โดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการเริ่มในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น โดยมีอาการนำมาก่อน (prodromal symptoms) เป็นวันหรือเดือนหรืออาจเป็นปี จุดเริ่มต้นของอาการทางจิตเด่นชัดอาจถูกกระตุ้นโดยการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรือสิ่งแวดล้อม เช่น ย้ายที่เรียน การใช้สาร การเสียชีวิตของญาติใกล้ชิด หลังจากแสดงอาการทางจิตครั้งแรก ผู้ป่วยจะมีช่วงของการหายแบบค่อยเป็นค่อยไป และอาจกลับไปเกือบปกติ อย่างไรก็ตามมักพบการกลับเป็นซ้ำ อัตราการกลับเป็นซ้ำ พบประมาณ 40% ในช่วง 2 ปี ที่ได้รับการรักษาและพบ 80% ถ้าหยุดยาแบบของการป่วยใน 5 ปีแรก นับจากวินิจฉัยโรคมักบ่งบอกถึงลักษณะการดำเนินโรคต่อไป หลังจากการกลับเป็นซ้ำแต่ละครั้ง ผู้ป่วยมักมีการเสื่อมถอยลงของความสามารถในหน้าที่ต่างๆ ลักษณะการดำเนินโรคที่เป็นแบบฉบับของโรคจิตเภท คือ มีการกำเริบและสงบบนความเรื้อรัง

DSM-IV⁽¹⁴⁾ แบ่งการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทไว้เป็น (ใช้เมื่อหลังจาก 1 ปี นับจากจุดเริ่มต้นของ active phase)

- episodic with interepisode residual symptoms (episode ในที่นี้หมายถึง การมีอาการทางจิตเด่นชัดแสดงออกมาอีก)
- episodic with on interepisode residual symptoms
- continuous
- single episode in partial remission
- single episode in full remission
- other or unspecified pattern

ICD-10 แบ่งการดำเนินโรคไว้เป็น

- Continuous
- episode with progressive deficit
- episode with stable deficit
- episode remittent
- incomplete remission
- other
- period of observation less than one year

พบการพยายามฆ่าตัวตาย 50% ของผู้ป่วย และ 10% ฆ่าตัวตายสำเร็จ ปัจจัยเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ ผู้ป่วยรับรู้ (awareness) ถึงการป่วย, ผู้ชาย, อายุน้อย, การศึกษาสูง, มีการเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรค, อาการเพิ่มขึ้นหลังจากกลับเป็นซ้ำ, ต้องพึ่งโรงพยาบาล, มีความทะเยอทะยานสูง, เคยพยายามฆ่าตัวตายมาก่อนในช่วงแรกของการป่วย และอยู่คนเดียว ส่วนการทำร้ายผู้อื่น หรือ violence ไม่พบมากกว่าประชากรทั่วไป

ในผู้ป่วยจิตเภท พบอัตราเสี่ยงสูงขึ้นต่อการเสียชีวิตโดยกะทันหัน, การป่วยด้วยโรคทางกายร่วมด้วย ซึ่งบางการศึกษาพบถึง 80% และมากถึง 50% ของภาวะเหล่านี้บางครั้งอาจไม่ได้รับการวินิจฉัย อายุขัยเฉลี่ยต่ำกว่าประชากรทั่วไป

การพยากรณ์โรค

อัตราการหาย (recovery rate) พบว่าประมาณ

	20-30%	ใช้ชีวิตปกติ
	20-30%	มี moderate symptoms
	40-60%	ยังคงมี significant impaired
บางท่านให้หลักว่า	หนึ่งในสาม	ใช้ชีวิตตามปกติ
	หนึ่งในสาม	ยังคงมีอาการแต่พอที่จะมีความสามารถใช้ชีวิตในสังคมได้
	หนึ่งในสาม	มีความบกพร่องอย่างมากเนื่องจากการป่วย และต้องเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลบ่อย

ลักษณะที่ช่วยบ่งบอกการพยากรณ์โรคดีหรือไม่ดีในโรคจิตเภท มีดังนี้

	พยากรณ์โรคดี	พยากรณ์โรคไม่ดี
- อายุที่เริ่มเป็น	อายุมาก	อายุน้อย
- ปัจจัยกระตุ้น	พบชัดเจน	ไม่พบ
- อาการเริ่มต้น	เป็นเร็วหรือเฉียบพลัน	ค่อยเป็นค่อยไป
- บุคลิกภาพเดิมและการปรับตัวก่อนป่วย เช่น ด้านสังคม การงาน	ดี	ไม่ดี
- อาการร่วม	พบอาการทางอารมณ์ (โดยเฉพาะอารมณ์เศร้า)	เฉยเมย แยกตัว Autistic
- สถานภาพ	คู่	โสด, หย่า, ม่าย
- ประวัติการป่วยในครอบครัว	โรคอารมณ์ผิดปกติ	โรคจิตเภท
- การเกื้อกูลจากครอบครัว หรือผู้อื่น (supporting system)	ดี	ไม่ดี
- อาการด่วน	Positive symptom	Negative symptom
- อื่นๆ		อาการหรือการแสดงทางสมอง หรือระบบประสาทประวัติ perinatal trauma ไม่พบ remission ใน 3 ปี ป่วยกลับ เป็นซ้ำหลายครั้ง ประวัติการทำร้ายร่างกาย (assaultiveness)

แนวทางการรักษา⁽²²⁾

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีสาเหตุจากหลายปัจจัย การรักษาจึงมักใช้วิธีการหลายอย่างรวมกันไป ซึ่งอาจประกอบด้วย การรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล การใช้ยารักษาโรคจิต การรักษาทางจิตสังคม เช่น พฤติกรรมบำบัด การฝึกพฤติกรรมทางสังคม ครอบครัวบำบัด กลุ่มบำบัด จิตบำบัดระดับประคับประคอง และการรักษาฟื้นฟูสภาพจิตใจ โดยที่แต่ละวิธีก็มีส่วนช่วยรักษาและเปลี่ยนแปลงการดำเนินโรคโดยกลไกต่างกัน

การรับผู้ป่วยไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล⁽²³⁾ พิจารณาเฉพาะราย กรณีมีข้อบ่งชี้ เช่น เพื่อเป้าหมายในการวินิจฉัยโรคในบางรายที่มีปัญหาในการวินิจฉัย เพื่อควบคุมอาการที่ยังรุนแรงระหว่างให้ยา เพื่อความปลอดภัยกรณีผู้ป่วยมีความคิดหรือพฤติกรรมที่บ่งถึงการทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอย่างมาก เช่น ไม่ดูแลตนเอง ไม่กินอาหาร เป็นต้น

การใช้ยารักษาโรคจิต ปัจจุบันยาต้านโรคจิต (antipsychotics) แบ่งเป็น 3 กลุ่มใหญ่ตามกลไกการออกฤทธิ์ คือ

- dopamine receptor antagonist เช่น Chlorpromazine, Thioridazine, Haloperidol เป็นต้น
- Serotonin dopamine antagonism (SDA) เช่น risperidone
- Clozapine

หลักในการใช้ยา คือ

1. แพทย์ควรทราบถึงอาการเป้าหมายหลักที่จะรักษา
2. ควรใช้ยารักษาโรคจิตชนิดที่ผู้ป่วยเคยตอบสนองดีในอดีต แต่หากไม่มีข้อมูล การเลือกใช้ยาขึ้นกับผลข้างเคียงของยา
3. ระยะเวลาที่ใช้ยาตัวหนึ่งอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ในขนาดรักษา ก่อนที่จะบอกว่ายานั้นไม่ได้ผลจึงเปลี่ยนเป็นยาต้านโรคจิตชนิดอื่น อย่างไรก็ตามประสบการณ์ที่ผู้ป่วยไม่พึงพอใจในยาใดครั้งแรกมักสัมพันธ์กับการตอบสนองต่อยานั้นไม่ดีในอนาคตและปัญหาการไม่ร่วมมือกินยา ดังนั้นถ้ามีปฏิกิริยาที่มากและด้านไม่ดี อาจพิจารณาเปลี่ยนยาก่อน 4 สัปดาห์ได้
4. โดยทั่วไปควรใช้ยาต้านโรคจิตชนิดเดียวในการรักษาหนึ่งๆ แต่ทั้งนี้อาจใช้ร่วมกับยาอื่นได้ เช่น Carbamazepine
5. ผู้ป่วยควรได้รับขนาดต่ำสุดที่ได้ผลการรักษาเพื่อคุมอาการต่อไป แม้อาการของโรคสงบแล้ว เพื่อเป็น maintenance treatment

ระยะเวลาในการให้ยาด้านโรคจิต พอมีแนวทางดังนี้

- กรณีป่วยเป็นโรคจิตเภทครั้งแรก ให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 2 ปี
- กรณีป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีอาการทางจิตกำเริบ (acute exacerbation) 2 ครั้ง ให้ยาต่อเนื่องอย่างน้อย 5 ปี
- กรณีป่วยเป็นโรคจิตเภทและมีอาการทางจิตกำเริบมากกว่า 2 ครั้ง ให้ยาต่อเนื่องตลอดชีวิต

ยาอื่นๆ ที่อาจใช้ร่วมเพื่อรักษาที่มีข้อมูลสนับสนุน ได้แก่ Lithium ยาแก้นชัก เช่น Carbamazepine, Valproate เป็นต้น, benzodiazepine เช่น alprazolam, diazepam ขนาดสูงตัวเดียว แต่กรณีหลังนี้ต้องระวังอาจมีอาการนอนยา

การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy ,ECT) มีประโยชน์ในบางกลุ่ม ของผู้ป่วยมักใช้เมื่อมีข้อบ่งชี้ชัดเจน โดยทั่วไปข้อบ่งชี้ในโรคจิตเภท ได้แก่ ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการฆ่าตัวตาย ผู้ป่วยมีอาการทางจิตรุนแรง และมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าวหรือรุนแรง จนอาจเป็นอันตรายต่อตนเองหรือบุคคลอื่น ผู้ป่วยที่มีอาการ catatonia รุนแรง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางอารมณ์รุนแรง ผู้ป่วยที่ไม่สามารถทนต่อฤทธิ์ยาได้ ผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีอื่น

การรักษาทางจิตสังคม มักต้องให้ควบคู่ไปกับการให้ยารักษาโรคจิต แต่ในรายที่อาการเรื้อรังและมี Negative symptoms การรักษาด้วยวิธีนี้มีบทบาทมากขึ้น ได้แก่

พฤติกรรมบำบัด เช่น Token economy, social skill training ทั้งนี้เพื่อกระตุ้น ส่งเสริมพฤติกรรมที่ต้องการ เพื่อเพิ่มทักษะในการเข้าสังคม การฝึกทักษะต่างๆ การพูดคุยสื่อสารกับผู้อื่น เป็นต้น

จิตบำบัด มีขีดจำกัด และไม่สามารถทำได้ในทุกระยะของโรค ส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคอง เน้นที่สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย สื่อสารกับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าใจความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยกลับสู่โลกของความเป็นจริงช่วยแก้ไขหน้าที่ของ ego ที่บกพร่อง เสริมสร้าง ego ที่อ่อนแอให้เข้มแข็งขึ้น ให้อัจฉกใช้กลไกทางจิตที่เหมาะสม ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจและยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง บางครั้งเป็นการให้คำแนะนำ ให้ความมั่นใจ ให้ความรู้ความเข้าใจ

ครอบครัวบำบัด มีความสำคัญในการช่วยลดอัตราการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วย แพทย์ต้องให้ครอบครัวของผู้ป่วยเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่นั้น ญาติผู้ป่วย นอกจากให้ประวัติและข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยให้ผู้รักษาได้เห็นปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว ตลอดจนพยาธิสภาพของครอบครัวในขณะที่เดียวกันผู้รักษาให้ญาติเข้าใจ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติต่อผู้ป่วยส่วนใหญ่มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้เป็นไปในลักษณะที่ถูกต้องเหมาะสม สร้างสรรค์ แก้ไขปัญหาหรือความสัมพันธ์ผิดปกติ ช่วยให้ได้ระบายความรู้สึกต่อกันโดยมีผู้รักษา

เป็นคนกลางที่ช่วยให้ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจกันดีขึ้น และเรียนรู้ที่จะปฏิบัติต่อกันอย่างเหมาะสม

กลุ่มบำบัด มีจุดมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ต่างๆ เช่น การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การเข้าสังคม การแก้ปัญหา การคิดโดยใช้เหตุผลตามสภาพความเป็นจริง การปรับตัวกับสิ่งแวดล้อม และการยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง วิธีการส่วนใหญ่เป็นแบบระดับประคอง การฟื้นฟูจิตใจ ได้แก่ Milieu therapy ซึ่งเป็นการรักษาโดยอาศัยสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ การงาน และสังคมให้ผู้ป่วย เป็นการป้องกันการเสื่อมของบุคลิกภาพ

2. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ในสมัยก่อน ผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตมีโอกาที่จะหายเป็นปกติน้อย แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาทั้งด้วยยาและวิธีการอื่นๆ ทำให้โอกาสหายมีมากขึ้น แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นใหม่อีกก็มีมากเช่นกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆ เช่น การรักษาสภาพแวดล้อมในครอบครัวและตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยที่หลายครั้งและป่วยเป็นเวลานานๆ ความผิดปกติของบุคลิกภาพจะมากยิ่งขึ้น จนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต และการทำงานหรือเป็นภาระต่อญาติพี่น้องอย่างมาก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานช่วยตัวเองได้

โดยทั่วไปถือว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นโรคภายในเวลา 2 ปี ยังมีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่ถ้าเป็นติดต่อกันนานกว่า 5 ปี โอกาสจะดีขึ้นเกือบไม่มีเลย (ภัทรา ธิรลภ , 2534)⁽²⁴⁾

Bleuler (อ้างถึงในภัทรา ธิรลภ , 2534)⁽²⁴⁾ ได้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 500 ราย ในเวลา 15 ปี ได้สรุปการดำเนินโรค โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 พวกๆ ละ ประมาณ 1 ใน 4 ดังนี้

พวกที่ 1 มีโอกาสดีขึ้นมาก หรือหายเป็นปกติ (ภายในเวลา 5 ปี)

พวกที่ 2 ดีขึ้น แต่ยังมีความผิดปกติของบุคลิกภาพอยู่บ้าง

พวกที่ 3 ดีขึ้นบ้าง และความผิดปกติของบุคลิกภาพอยู่บ้าง

พวกที่ 4 ไม่ดีขึ้น และเป็นเรื้อรัง

สมรรถภาพของผู้ป่วยจะสูญเสียไป ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ต้องตกเป็นภาระในการเลี้ยงดูของครอบครัว (สมภพ เรื่องตระกูล , 2523)⁽²⁵⁾

Brown, (1966, อ้างถึงใน ภัทรา ธิรลาภ, 2534)⁽²⁴⁾ ให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งป่วยจะมีแนวโน้มในการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เคยป่วยมาแล้วมากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลครั้งแรกจะมีการพยากรณ์โรคดีมากในช่วง 5 ปีแรก และต้องการการเอาใจใส่เพียงเล็กน้อยจากการบริการดูแลทางจิตเวชหรือการฟื้นฟู พวกเขายังทำให้ญาติรู้สึกว่าคุณทำได้ และไม่สร้างปัญหาร้ายแรงแก่ชุมชน ในทางตรงข้ามพวกเขายังมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการทำงานอาชีพหรือทำงานบ้าน และสังคมก็ยังมีดี

2.1 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.1.1. ความหมายของความสามารถ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ความสามารถไว้ ดังนี้

white (1981, อ้างถึงใน เจียมจิตต์ จุฑาบุตร, 2539)⁽²⁶⁾ กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึงความต้องการที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของตนเอง ในการควบคุมสภาพแวดล้อมของตนเอง ให้อยู่ในขอบเขตทั้งกายภาพและสังคมศาสตร์ โดยความสามารถของบุคคลจะถูกสร้างขึ้นในลักษณะที่สะสมทีละน้อย

เจียมจิตต์ จุฑาบุตร (2539)⁽²⁶⁾ กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง คุณภาพหรือสภาวะของการกระทำหน้าที่ใดได้เพียงพอ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ

สรุปได้ว่า ความสามารถ หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล โดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ ความสามารถนั้นจะถูกสร้างขึ้นในลักษณะที่สะสมทีละน้อย

2.1.2 ความหมายของกิจวัตรประจำวัน

ได้มีผู้ให้ความหมายของกิจวัตรประจำวันไว้หลายท่าน ดังนี้

มยุรี เพชรอักษร (2532)⁽²⁷⁾ กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน รวมถึงการนั่ง การนอน การยืน และการทำสุขอนามัยส่วนตัว

นภาพรณี แก้วกรรณ (2533)⁽²⁸⁾ กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน

Nair (1989, อ้างถึงใน ทศนีย์ รัชยา, 2537)⁽²⁹⁾ กล่าวว่า เป็น ความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร การอาบน้ำ

ทศนีย์ รัชยา (2537)⁽²⁹⁾ กล่าวว่า เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อสามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวันได้

ด้วยตนเอง และมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้กิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปได้ด้วยดี กิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดินและการเดินทาง การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำต่อตนเองในชีวิตประจำวัน เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานโดยกิจกรรมเหล่านั้นจะกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ได้

2.1.3 การประเมินความสามารถในการดำรงชีวิตประจำวัน

การประเมินความสามารถ เป็นการวัดความสามารถ ซึ่งส่วนมากจะเป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกายหรือความสามารถในการทำงานของร่างกายที่จะวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Katz (1959, อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)⁽³⁰⁾ เพื่อใช้วัดผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ข้อมูลจากเครื่องมืออธิบายถึง ระดับการพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับ การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การเดินหรือการเคลื่อนไหวไปตามที่ต่างๆ ในบริเวณ และการรับประทานอาหาร ซึ่งต้องมีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยขึ้นอีกหลายเครื่องมือ

มาตราส่วนประมาณค่าเพื่อวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL Scales)
มีเครื่องวัด ADL Scales หลายชนิดดังนี้

1. The index of independence in activities of daily living or Index of ADL

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Sidney Kazt (1976, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)⁽³⁰⁾ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรม คือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การเคลื่อนย้ายตนเอง การรับประทานอาหาร และการควบคุมระบบขับถ่าย การรวบรวมข้อมูลทำได้โดยการสังเกตและการถามจากผู้ป่วย การประเมินความสามารถทำโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 1-3 การสังเกตทำในช่วงระหว่าง 2 สัปดาห์

ตัวอย่างของคำถามในเครื่องมือ

- 1) การอาบน้ำ : อาจจะเป็นอาบในอ่างน้ำ ฝักบัว หรือเช็ดตัว
 - () ไม่ต้องการความช่วยเหลือ (อาบน้ำได้เอง)
 - () ต้องการความช่วยเหลือ (หนึ่งส่วนของร่างกาย เช่นส่วนหลัง หรือขา)
 - () ต้องการความช่วยเหลือมากกว่า 1 ส่วนของร่างกาย

2) การแต่งกาย : หยิบเสื้อผ้าจากตู้เสื้อผ้าหรือลิ้นชัก รวมทั้งการใส่ชุดชั้น

- () แต่งตัวได้เอง (หยิบเสื้อผ้าและสวมได้เอง)
- () หยิบเสื้อผ้าได้เอง แต่งตัวได้เอง ยกเว้นให้ช่วยผูกหูรูดทำให้
- () ต้องการความช่วยเหลือให้หยิบเสื้อผ้าให้ และแต่งตัวให้

3) การใช้ห้องน้ำ – ห้องส้วม : เข้าห้องน้ำ และใช้ห้องได้เอง ทำความสะอาดหลังการถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะ และใส่เสื้อผ้าได้

- () เข้าห้องน้ำและใช้ห้องน้ำรวมทั้งการทำความสะอาดการใส่เสื้อผ้าได้เอง
- () ต้องช่วยเหลือในการช่วยพกพาไปห้องน้ำทำความสะอาดหลัง การถ่ายอุจจาระ /

ปัสสาวะ และการใช้โถถ่ายบนเตียงในเวลาากลางคืนด้วย

- () ไปห้องน้ำไม่ได้เลย

2. The physical maintenance scale (PSMS)

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์สร้างขึ้นโดย

Lowton Brody (1969, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)⁽³⁰⁾ เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรมคือ การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การดูแลร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการอาบน้ำ การประเมินความสามารถทำโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าคะแนน 1-5 โดยใช้หลักการสร้างมาตราส่วนประมาณค่าของ Guttman Scale

ตัวอย่างของข้อคำถามในเครื่องมือ ได้แก่

1) การใช้/ห้องส้วมห้องน้ำ

1. ใช้ห้องน้ำด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี ควบคุม / บังคับได้
2. ต้องคอยเตือน ต้องช่วยในการทำความสะอาด บางครั้งบังคับการขับถ่ายไม่ได้
3. ถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะบนที่นอนขณะหลับ มากกว่า 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์
4. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้ (ขณะตื่น) มากกว่า 1 การถ่าย

อุจจาระ / ปัสสาวะ

5. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้เลย

2) การรับประทานอาหาร

1. รับประทานอาหารได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
2. รับประทานอาหารได้เองโดยมีคนช่วยเพียงเล็กน้อย หรือช่วยในการเตรียมอาหาร หรือ

ช่วยทำความสะอาดหลังรับประทานอาหาร

3. รับประทานอาหารได้เองแต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (ระดับปานกลาง)
4. ต้องมีคนช่วยในการรับประทานอาหารทุกมื้อ

5. ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง

3) การแต่งตัว

1. แต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และเลือกเสื้อผ้าจากตู้เสื้อผ้าได้
2. แต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า แต่มีคนคอยช่วยเหลือบางส่วน
3. ต้องการความช่วยเหลือ (ระดับปานกลาง) ในการแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าและเลือกเสื้อผ้า
4. ต้องการความช่วยเหลือ (หลายอย่าง) ในการแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และให้ความร่วมมือกับผู้ช่วยเหลืออย่างดี
5. ไม่สามารถแต่งตัวได้เอง และยังคงต้องการความช่วยเหลือด้วย

3.2 ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชก็เหมือนกับความต้องการของบุคคลทั่วไป เพราะผู้ป่วยเป็นมนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกนึกคิด และมีความต้องการเฉพาะตนเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่โชคร้ายกว่า เนื่องจากไม่สามารถบรรลุความต้องการของตนได้ จนเกิดความคับข้องใจหรือเกิดความรู้สึกขาด (Hay and Anderson, 1963 : อ้างถึงใน อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536)⁽³¹⁾

Rines and Motag (1976, อ้างถึงใน อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536)⁽³¹⁾ ได้แบ่งความต้องการออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อดำรงอยู่ ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม การเคลื่อนไหว ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการทางจิตใจเป็นความต้องการความรักความเป็นเจ้าของความมั่นคง ความเป็นอิสระ การพึ่งพาอาศัยความสำเร็จ การยอมรับนับถือ และความภาคภูมิใจ
3. ความต้องการทางด้านวิญญาณความต้องการทางด้านนี้พัฒนามาจากสังคมแต่ละแห่งเป็นเรื่องของศาสนา ความเชื่อต่างๆ แต่ละศาสนาจะมีพิธีการต่างๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายทางด้านวิญญาณ ความต้องการทางด้านวิญญาณเป็นแรงกระตุ้นที่มีอยู่ภายใต้พฤติกรรมของมนุษย์และเก็บไว้ในจิตสำนึกความต้องการส่วนนี้ได้แก่ ความเชื่อ ความศักดิ์ศรี ความมีเหตุผลที่จะกระทำหรือเป็นตามเป้าหมายของตนเอง ความอบอุ่นใจ การปลอบใจและการมีเสรีภาพ

นอกจากนี้แล้วยังกล่าวถึงความต้องการของผู้ป่วยที่แตกต่างกันอีก 6 ประการ

1. ความต้องการการปกป้อง คือ ผู้ป่วยต้องการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การประเมินความสบาย และความอยู่ดี
2. ความต้องการการประคับประคอง คือ ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้พ้นจากความไม่สบาย จากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
3. การประคับประคองช่วยเหลือช่วยเหลือเป็นรายบุคคล คือ ผู้ป่วยต้องการความเข้าใจ การให้กำลังใจ ตลอดจนการพึ่งพาช่วยเหลือให้ผู้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในขณะที่มีอารมณ์ต่างๆ
4. ความต้องการในการดำรงชีวิต คือ ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ช่วยให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่ายและอื่นๆ
5. ความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การที่ผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือให้ตนมีความสามารถกลับสู่สภาพเดิมหรือคงสภาพให้ใกล้เคียงกับของเดิมมากที่สุด เช่น การจัดรูปแบบการรักษาพยาบาลที่สามารถปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้ลดลงหรือหมดไป
6. ความต้องการเพื่อน และครอบครัว ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมที่ต้องการ การยอมรับจากสังคมอื่นๆ เช่น ความต้องการความมั่นใจว่ามีคนรักและสนใจอยู่

มาสโลว์ ได้แยกแยะความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ไว้เป็นลำดับขั้น ตั้งแต่ขั้นต่ำจนถึงขั้นสูงสุด เริ่มจากความต้องการทางด้านร่างกาย ความต้องการด้านความปลอดภัย ความต้องการความรัก และความเป็นเจ้าของ ซึ่งทั้ง 3 ขั้นตอนนี้คล้ายกับทฤษฎีของไนติงเกล และโอเรม ซึ่งจะต้องค้นหาความต้องการพื้นฐานและตอบสนองลำดับความต้องการขั้นสูงต่อไป คือความต้องการความภาคภูมิใจ และการตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีการสนับสนุนกระตุ้นให้ ผู้ป่วยมีกิจกรรมย่อยของชมเชย และความต้องการขั้นสูงสุด คือความต้องการพบความสำเร็จในชีวิต ซึ่งจะต้องช่วยให้ผู้ป่วยพบความสำเร็จในกิจกรรมที่ตนกระทำ

ความต้องการของมนุษย์หากไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความเครียด เกิดปัญหาเกิดความคับข้องใจ ซึ่งจะมีการแสดงออกทั้งที่เห็นได้และมองไม่เห็นเด่นชัด แต่อย่างไรมนุษย์จะมีการปรับตัวซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ ซึ่งจะต้องตระหนักว่าความต้องการขั้นต้น จะต้องได้รับการตอบสนองก่อน ความต้องการขั้นสูงจึงจะตามมา และจะได้รับความพึงพอใจเมื่อได้รับการตอบสนอง

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชเป็นความต้องการที่ต้องการตอบสนองเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและวิญญาณรวมถึงยังมีความต้องการในด้านต่างๆ เช่นปกป้อง การประคับประคอง การช่วยเหลือเป็นรายบุคคล การดำรงชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมีเพื่อนและครอบครัว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับการดูแลที่บ้าน ซึ่งจะต้องตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการดังที่ได้กล่าวแล้วให้สมบูรณ์ที่สุด จนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีความสุขที่บ้าน

2.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วย

Dean (1986, อ้างถึงใน ยุพาพิน ประสารธิดคม, 2535)⁽³²⁾ กล่าวถึงการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยว่าความเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเขาเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตนเองหรือครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม และเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ซึ่งนักสังคมวิทยาและมนุษยวิทยาสรุปว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบ 4 ระดับ ด้วยกัน คือ

1. การดูแลตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self-care)
2. การดูแลตนเองของครอบครัว (Family care)
3. การดูแลโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)
4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual aid หรือ self help group)

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534)⁽³³⁾ ให้ความหมายของการดูแลตนเอง ตามทัศนะของโอเรมว่า เป็นการปฏิบัติกิจกรรมโดยบุคคล ริเริ่มบุคคลเพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง และสวัสดิภาวะของตนเองไว้เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลของผู้ใหญ่ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเฉพาะสิ่งที่มีความหมายสำหรับตัวเขา หรือเฉพาะสิ่งที่เขาคาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่สร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และให้ผลในทางรักษาดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนขบวนการต่างๆ ของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ต่างๆ ตามปกติ
2. ดำรงรักษาให้การเจริญเติบโต พัฒนาการและการมีวุฒิภาวะเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม
3. ป้องกันควบคุมการเกิดโรคและการบาดเจ็บรวมทั้งการบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย

4. ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว

นอกจากนี้ตามมโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้น โอเรมเชื่อว่าบุคคลมีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อการดำรงชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัยที่คุกคามชีวิต โอเรมได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภท ได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนา และการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไปเป็นการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นในการทำกิจวัตรของการดำเนินชีวิตประจำวันการดูแลตนเองในลักษณะนี้ มุ่งที่การทำงานผสมผสานกันในร่างกายมนุษย์ เพื่อการมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิตซึ่งโอเรมแบ่งไว้ 6 ประเภท คือ

- 1.1 อากาศ น้ำ อาหาร

- 1.2 การขับถ่าย

- 1.3 การออกกำลังกายและการพักผ่อน
- 1.4 การเป็นตัวของตัวเอง และกิจกรรมทางสังคม
- 1.5 การป้องกันตนเองจากอันตราย อุบัติเหตุ หรือความเจ็บป่วย
- 1.6 เป็นคนปกติในสังคม

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ เป็นกิจกรรมที่แยกมาจากการดูแลตนเองทั่วไป โดยเน้นที่ขอบข่ายการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของวงจรชีวิต แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 การสร้างและดำรงรักษาสุขภาพการณ์ของชีวิต ซึ่งสนับสนุนการดำรงชีวิตอยู่ และส่งเสริมการพัฒนาการขั้นต่างๆ ทำให้มนุษย์เจริญเติบโต และพัฒนาการต่างๆ ตามวัย

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่างๆ ของมนุษย์รวมทั้งการลดความรุนแรงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่มีเงื่อนไขต่อพัฒนาการของมนุษย์ เช่น การไม่ได้รับการศึกษา การมีปัญหาในการปรับตัวต่อสังคม สุขภาพไม่ดี สูญเสียญาติ เพื่อน สิ่งของหรือทรัพย์สิน สถานะทางสังคม การเปลี่ยนที่อยู่หรือสิ่งแวดล้อมโดยฉับพลัน ความเป็นอยู่ไม่ดี เจ็บหนักหรือป่วยระยะสุดท้าย

3. การดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือในขณะที่บาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลตนเองในระหว่างมีสุขภาพเบี่ยงเบนไปจะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลาม และป้องกันความพิการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพเปลี่ยนแปลงและดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขซึ่งมีกิจกรรมการดูแลตนเองแบ่งได้เป็น 6 ประการคือ

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือให้มีความมั่นใจและไว้วางใจ ต่อผู้ช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล อันหมายถึง แพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการทางสุขภาพ

3.2 ตื่นตัว มีความสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

3.3 เอาใจใส่อย่างจริงจังเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ เพื่อป้องกันความพิการ หรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย

3.4 ตื่นตัวหรือตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันความไม่สบายหรืออันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

3.5 เปลี่ยนแปลงแก้ไขแนวความคิดเกี่ยวกับงานในด้านสุขภาพอนามัย และยอมรับแบบแผนการดูแลสุขภาพอนามัยที่เปลี่ยนแปลงไป

สรุปได้ว่าความเจ็บป่วยทำให้บุคคลดูแลตนเองไม่ได้ หรือมีขีดจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ จึงต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดแล้วแต่บุคคล

Pothier (1980, อ้างถึงในฉวีวรรณ สุตบุตร, 2525) ⁽³³⁾ กล่าวว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช แบ่งออกได้เป็น 4 ระดับคือ

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยหนักอาจจะไม่รู้เรื่องหรือไม่รู้สึกตัว ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพียงพอ

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง สามารถพบกับความต้องการพื้นฐานของตนเอง โดยการพูดหรือได้รับการช่วยเหลือ ระยะนี้ผู้ป่วยจะพยายามช่วยเหลือตัวเองแต่ยังต้องช่วยเหลือแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยตนเอง

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยช่วยตนเองได้ ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้แต่ยังอยู่ในความดูแลของพยาบาล ใช้สัมพันธภาพให้เป็นประโยชน์ในการให้ผู้ป่วยปรับตัวให้ดีขึ้นให้ถึงมาตรฐานที่คาดหวังหรือตั้งไว้

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้ดี ปรับตัวเข้าสู่ระดับปกติ แต่ผู้ป่วยยังต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ญาติ หรือ สังคม และกิจกรรมรักษาอื่นๆ พยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน

2.4 การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช

นอกเหนือจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาที่พบในผู้ป่วยแล้ว ระดับของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วยความเสื่อมของการทำหน้าที่ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูทางสังคมอย่างมาก

Jong และคณะ (1985, อ้างถึงใน ภัทธา ธิรลภ, 2534) ⁽²⁴⁾ ได้ศึกษาความไร้สมรรถภาพทางสังคมและสภาพหลังได้รับการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 22 ราย ในเนเธอร์แลนด์ สรุปผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 (37%) มีสภาพภายหลังการรักษาทางด้านสังคม (Social outcome) ที่ไม่น่าพึงพอใจ (27%) ไม่น่าพึงพอใจมาก ที่เหลือ (36%) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ (18%) น่าพึงพอใจมาก และ 18% น่าพึงพอใจซึ่งเป็นที่ยอมรับว่า การเจ็บป่วยก่อให้เกิดผล ด้านลบอย่างมาก ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสังคม

2. มีตัวแปรอยู่น้อยมากที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ Outcome เช่น ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคทางสังคมไม่ดีมีการศึกษาน้อย ในขณะที่ป่วยจะประกอบอาชีพที่ต่ำ ส่วนมากไม่ได้แต่งงาน และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ส่วนตัวแปรในเรื่อง เพศ อายุ ระดับอาชีพ สภาพการทำงาน การ

พึงพาสวัสดิการสังคม สภาพการสมรส สภาพการอยู่อาศัย ระดับอาชีพของพ่อแม่ และการดำเนิน
 ใจมีความสัมพันธ์กับ Outcome ในระดับต่ำ

Friedman และคณะ (1986) ⁽³⁵⁾ ได้รายงานครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังกลุ่มเล็กๆ ว่า
 ไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยถึง ร้อยละ 55 บางส่วนลดลง ร้อยละ 25 และ
 ลดลงอย่างสังเกตเห็นได้ชัดเจน ร้อยละ 20

2.5 ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัว

ดร.ณิ รุจกรกานต์ (2536) ⁽³⁶⁾ ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยต่อ
 ครอบครัวว่า การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวนั้นยังเป็นมลทินในสังคมไทยทำให้คนทั่วไป หลีกเลียง
 ที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยหลีกเลี่ยง
 ไม่ได้ และส่วนมากจะเป็นผู้ดูแลที่ปราศจากการเตรียมพร้อมในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะทางด้าน
 จิตใจเป็นที่เข้าใจกันแล้วว่าครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในภาวะวิกฤต เป็นภาวะที่ยังไม่มีแนวทาง
 ที่ชัดเจน ในการปฏิบัติตนของสังคมและสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับความเชื่อที่ว่า ครอบครัว
 เป็นแหล่งของปัญหา และสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต สมาชิกในครอบครัวจึงรู้สึก ผิด บาบ
 เกิดความเครียดทางอารมณ์ ทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัว

2.5.1 ผลกระทบทางอารมณ์

1) ความโศกเศร้าเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในครอบครัวที่
 มีผู้ป่วยจิตเวช เพราะครอบครัวรู้สึกถึงความสูญเสียผู้ที่ตนเองรู้จัก และคุ้นเคย หมดสิ้นความหวัง
 และความฝันที่เคยมีร่วมกับผู้ป่วยการสูญเสียสมาชิกจากการเสียชีวิตเป็นเรื่องที่ครอบครัวได้รับการ
 การประคับประคองทางจิตใจจากสังคมและผู้อื่น แต่การสูญเสียของสภาพจิตปกติของสมาชิกใน
 ครอบครัวได้รับการตอบสนองที่แตกต่างจากสังคม เวลาอาจจะช่วยให้ครอบครัวเศร้าโศกน้อยลง
 แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลด้วย

2) ความรู้สึกผิดบาป พ่อแม่มักคิดว่าตนเองเลี้ยงดูลูกผิดพลาดและมัก
 จะครุ่นคิดและยกย่อนในความคิดคำนึง เรื่องหรือสาเหตุที่ตนเองทำให้ลูกมีปัญหาทางจิต ความ
 คิดถึงเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดบาปมากยิ่งขึ้น และหากผู้ป่วยต้องถูกควบคุมพฤติ
 กรรมหรือให้การรักษาพิเศษก็จะทำให้ครอบครัวรู้สึกเหมือนถูกตำหนิมากยิ่งขึ้น

3) ความกลัว ครอบครัวรู้สึกโกรธ บางครั้งไม่ทราบว่าจะโกรธอะไรแน่ อาจ
 โกรธผู้ป่วย แต่มักจะเป็นชั่วคราว อาจโกรธสมาชิกในครอบครัวผู้ใดผู้หนึ่งที่เกิดว่าเป็นสาเหตุ หรือ
 โกรธที่ระบบของครอบครัวหรือสังคม ความโกรธที่เกิดขึ้นในแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ
 การรับรู้ของแต่ละบุคคล ทำให้การแสดงออกแตกต่างกันไป บางครั้งพบว่าความโกรธสร้างความ
 ขัดแย้งใหม่ในครอบครัว

4) ความคาดหวังของครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกว่าควบคุมไม่ได้ ทำให้ครอบครัวรู้สึกเศร้าสลดใจ และโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ และหากอาการผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดภาวะถดถอยไร้ความสามารถ ความพยายามที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยหาวิธีการต่างๆ จะยิ่งเพิ่มความรู้สึกสิ้นหวัง หากอาการผู้ป่วยไม่กระเตื้องขึ้น

5) ความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียความสามารถ มักจะตามด้วยความหวาดกลัว อาจกลัวผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมคุกคาม สมาชิกครอบครัวที่มีความรู้สึกผิดบาปจะรู้สึกกลัวมากยิ่งขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่หลีกเลี่ยงมาพบผู้ป่วยหรือให้การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล การกลับบ้านของผู้ป่วยจะเพิ่มความหวาดกลัวให้แก่ครอบครัว พยาบาลจิตเวชจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจะต้องสังเกตและช่วยเหลือ

วิชณี หัตถพนม และคณะ (2529)⁽³⁷⁾ ได้ศึกษา ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบญาติมีความลำบากใจและมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยร้อยละ 78.67 ญาติคิดว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญของญาติ ร้อยละ 84.00 และร้อยละ 42.67 อยากให้ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป ด้านปัญหาเศรษฐกิจพบว่า ร้อยละ 57.33 มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

Kane (1984)⁽³⁸⁾ ได้ศึกษาสาเหตุการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าความลำบากที่ญาติประสบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนหนึ่งมาจากญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแล โดยเฉพาะในเรื่อง การรับประทานยา ญาติไม่สามารถบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้

Gumpton และคณะ (1967, อ้างถึงใน เยาวมาลย์ รินตระ, 2538)⁽³⁹⁾ ได้ศึกษาพบว่ายาชนิดเดียวกัน ซึ่งรักษาผู้ป่วยได้ดีเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล แต่กลับใช้ไม่ได้เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเพราะผู้ป่วยกลับมีอาการอื่น เนื่องจากต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่บ้านไม่ดี เช่น ต้องอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับญาติที่ไม่ได้สนใจผู้ป่วย หรือสภาพครอบครัวที่มีปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจ ปรับตัวไม่ได้ และทำให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำอีก

2.5.2 ผลกระทบทางการเงิน

ยาใจ สิทธิมงคล (2538)⁽⁴⁰⁾ รายงานว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตมีปัญหาเดือดร้อนในด้านความกังวลใจระดับค่อนข้างสูงในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

Fadden และคณะ (1987)⁽⁴¹⁾ กล่าวว่า นอกจากความจำเป็นที่ครอบครัวต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่งเพื่อการรักษาแล้วยังผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวซึ่งเป็นสาเหตุรุนแรงที่สุดเมื่อผู้ป่วยเคยเป็นผู้ประกอบอาชีพได้มาเลี้ยงครอบครัว หรือผลกระทบจากความเจ็บป่วยนี้เป็นอุปสรรคกับครอบครัวไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เต็มที่

Lefley (1987)⁽⁴²⁾ ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินได้ เช่น ใช้จ่ายสุรุ่ยสุร่าย หรือทำเงินสูญหาย ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดความตึงเครียด

Baker (1989)⁽¹³⁾ พบว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตมี การเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เงินออมหมดสิ้นไป และนำไปสู่ความลำบากอย่างรุนแรง รวมทั้งครอบครัวที่ยากจน มีปัญหาเศรษฐกิจอยู่แล้ว ความเจ็บป่วยย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ยากด้านชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจ

2.5.3 ผลกระทบทางสังคม

Yarrow , Clousen และ Robblins(1955 ,อ้างถึงใน วรทช นิธิกุล, 2535)⁽⁴³⁾ ได้ศึกษาพบว่าภรรยาของผู้ป่วยเชื้ออย่างฝังใจว่า คนอื่นมองการเจ็บป่วยทางจิตว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย ทำให้จำนวน 1 ใน 3 พยายามปกปิดเรื่องความเจ็บป่วยของสามี โดยตัดขาดการติดต่อกับเพื่อนๆ บางคนถึงขั้นย้ายไปอยู่ที่อื่น อีก 2 ใน 3 ที่เหลือ บอกเฉพาะในหมู่ญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เข้าใจปัญหาหรือตกอยู่ในสถานการณ์คล้ายๆ กับพวกเขา

Creer and Wing (1974 อ้างถึงใน วรทช นิธิกุล, 2535)⁽⁴³⁾ พบว่าญาติรู้สึกอับอายเพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยจนไม่สามารถเชิญแขกเข้ามาบ้านได้ และไม่เคยมได้รับเชิญไปบ้าน ผู้อื่นซ้ำมากกว่า 1 ครั้ง ญาติของผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมได้เพราะสภาพผู้ป่วยไม่อาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังนานได้ ทำให้ความเป็นอิสระส่วนตัวถูกจำกัด

3. แนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจุบันการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนามากขึ้นโดยพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ชุมชนให้มากที่สุด ผู้ป่วยส่วนมากจะกลับไปอยู่กับครอบครัวของตนเอง ดังนั้นการบำบัดรักษาในชุมชนจึงจำเป็นต้องจัดเตรียมการดูแลให้เพียงพอ (Johnson,1990)⁽⁴⁴⁾ เป็นผลให้ความสำคัญของครอบครัวมีความเด่นชัดมากขึ้น การให้ความช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วย ซึ่งต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจให้มีประสิทธิภาพนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทที่จะต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านในระยะเวลาที่ยาวนาน ญาติผู้ดูแลที่ทำหน้าที่หลักในการดูแล (Primary caregiver) จึงต้องมีความสามารถที่จะตอบสนองความต้องการการดูแลของ ผู้ป่วยทั้งหมดเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำรงชีวิตที่ดีขึ้นผู้ป่วยจิตเภทหากปราศจากความช่วยเหลือจากบุคคลดังกล่าวแล้ว ผู้ป่วยส่วนมากจะไม่สามารถเลือกทางที่ดีที่สุดที่จะหลีกเลี่ยงจากการกระตุ้นเร้าที่มากหรือน้อยเกินไปได้จากการศึกษาจะพบว่าครอบครัวจะค่อยๆ เรียนรู้ถึงวิธีที่ดีที่สุด ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยแต่ทั้งนี้ต้องอาศัยความอดทน ความเข้าใจและเห็นใจและการเสียสละของญาติ ผู้ดูแลเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยจิตเภท ถึงแม้ว่าอาการทางจิตจะลดลงมากแล้วก็ตาม แต่จะพบว่า ผู้ป่วยบางรายมีอาการทางจิตรุนแรงกำเริบขึ้นจากเดิมได้ ทั้งนี้ทั้งนั้นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ ในระยะแรกๆ ที่ผู้ป่วย

เริ่มมีอาการรุนแรงนั้น ญาติจะรู้สึกตื่นตกใจและไม่คาดฝัน แต่ต่อมากจะค่อยๆ เรียนรู้ว่าโรคจิตเภทบางชนิดนั้นไม่ใช่ปัญหาในระยะสั้นเท่านั้น หากแต่อาการที่เรื้อรังเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการดูแลรักษาในระยะยาวและต่อเนื่องระหว่างช่วงที่มีอาการรุนแรงนั้น ผู้ป่วยจะไม่สามารถไตร่ตรองเรื่องราวต่างๆ ได้อย่างมีเหตุผล ดังนั้นการกระทำใดๆ ของผู้ป่วยนั้นญาติผู้ดูแลจะต้องจัดการแทนผู้ป่วยเกือบทุกอย่าง เช่น ดำเนินการตามกฎหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล หรือช่วยป้องกันมิให้ผู้ป่วยทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น แม้แต่ในบางครั้งหลังจากที่อาการรุนแรงผ่านไปแล้วก็ตาม ผู้ป่วยก็อาจยังไม่สามารถเข้าใจสิ่งต่างๆ หรือสามารถ ดูแลตนเองได้ ญาติผู้ดูแลจะยังคงให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะ ดูแลตนเองได้ในระดับหนึ่ง

การให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่รักษาไม่หายขาด ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยในฐานะญาติผู้ดูแลตามบทบาทและหน้าที่ของการเป็นสมาชิกในครอบครัวที่ว่า เมื่อใดที่สมาชิกในครอบครัวคนใดคนหนึ่งมีภาวะของการเจ็บป่วยเกิดขึ้น สมาชิกคนอื่นๆ จะต้องให้การช่วยเหลือสมาชิกที่เจ็บป่วยนั้นอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ นั่นย่อมหมายความว่าญาติผู้ดูแลจะต้องรับรู้ และเข้าใจในบทบาทของตนเองในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วย โดยที่ญาติผู้ดูแลจะต้องให้การดูแลตาม บทบาทการดูแลที่จำเป็นดังนี้

1. บทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดีและสวัสดิภาพของผู้ป่วย โดยมีบทบาทการดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไปดังนี้

1.1 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับอาหาร น้ำ อากาศ ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ และคอยปรับตามการเปลี่ยนแปลงทั้งภายในและภายนอก

1.2 ดูแลให้ผู้ป่วยได้มีการขยับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ รวมทั้งการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและการดูแลสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและถูกสุขลักษณะ

1.3 ดูแลให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมและการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ได้มีการพักผ่อนในแต่ละวัน อย่างเพียงพอ

1.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

1.5 ดูแลและป้องกันอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพของผู้ป่วย

2. บทบาทการดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแล กระทำให้กับผู้ป่วยเพื่อเป็นการส่งเสริมพัฒนาการของผู้ป่วยตามกระบวนการของชีวิต เช่น สังเกตพัฒนาการของผู้ป่วย ว่าเข้าสู่หรือเหมาะสมกับวุฒิภาวะในวัยต่างๆ หรือไม่ ป้องกันผลเสียที่อาจจะเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่ไม่เหมาะสม พร้อมทั้งหาวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการที่เหมาะสมตามวุฒิภาวะ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทักษะทางสังคม และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

3. บทบาทการดูแลที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ หมายถึง บทบาทการดูแลที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยมีปัญหาทางด้านสุขภาพ ซึ่งมีกิจกรรมการดูแล ดังนี้

3.1 แสวงหาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น บุคลากรทางด้านสุขภาพ พยาบาล เพื่อนบ้าน เป็นต้น

3.2 ให้ความสนใจและรับรู้ผลของพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย รวมทั้งการพูดคุยแนะนำผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ อย่างสม่ำเสมอ

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น

3.4 ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น

3.5 รับรู้และสนใจที่จะดูแล และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล)⁽⁴⁵⁾ ที่อาจเกิดขึ้นได้อย่างไม่คาดคิด เช่น รุนแรงมากขึ้น หงุดหงิดง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงนอนไม่หลับ แยกตัวเองมากขึ้น และไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น (สุวดี ศรีวิเศษ และคณะ, 2538)⁽⁴⁶⁾

จากบทบาทการดูแลที่จำเป็นดังกล่าวสามารถที่จะจัดระบบการดูแลผู้ป่วยได้ 3 ลักษณะ คือ

1. การให้การดูแลผู้ป่วยทั้งหมด เป็นกิจกรรมการดูแลต่างๆ ที่ญาติผู้ดูแลกระทำให้กับผู้ป่วยด้วยตนเองทั้งหมด โดยที่ผู้ป่วยไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลนั้น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง หรือไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวได้เลย โดยญาติ

ผู้ดูแลจะแสดงบทบาทเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลทั้งหมดของผู้ป่วยชัดเจนภายใต้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยระดับประคองปกป้องผู้ป่วย

2. การให้การดูแลผู้ป่วยบางส่วน เป็นกิจกรรมการดูแลต่างๆ ที่ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมการดูแลนั้น ซึ่งการช่วยเหลือลักษณะนี้ จะขึ้นอยู่กับความต้องการการดูแลและความสามารถดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยที่ญาติผู้ดูแลจะให้การช่วยเหลือในการทำกิจกรรมบางอย่างในส่วนที่ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติได้เท่านั้น

3. การให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมการสอน ให้คำแนะนำปรึกษาสนับสนุน กระตุ้นและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในด้านสุขภาพได้มากยิ่งขึ้น ญาติผู้ดูแลสามารถกระทำได้อย่างเต็มที่ (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล , 2538)⁽⁴⁵⁾ เนื่องจากในภาวะเช่นนี้ผู้ป่วยจะสามารถจัดการ หรือดูแลตนเองได้ตามความต้องการการดูแลทั้ง 5 อย่างคือ 1) ความต้องการอากาศ น้ำ อาหาร 2) การขับถ่าย 3) การรักษาคูณภูมิในร่างกายและการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล 4) กิจกรรมและการพักผ่อน 5) การอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น (Underwood, 1989)

ลับคิน (Lubkin, 1986 อ้างใจ สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ , 2537)⁽⁴⁷⁾ จำแนกบทบาทของผู้ดูแลออกเป็น 2 บทบาท ได้แก่

1. ผู้ช่วยเหลือ ดูแล (Care provider) เป็นผู้กระทำการช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในทุก ๆ ด้านทั้งด้านร่างกายและด้านส่วนบุคคลตามความจำเป็นและความต้องการของผู้ป่วยที่เกิดขึ้น มักจะยึดติดกับแบบแผนการรักษาที่จำเป็น เช่น อาบน้ำ ป้อนข้าว การให้ยาตามเวลา และอื่น ๆ เป็นต้น มักจะเป็นการช่วยเหลือด้านการรักษา ดูแลร่างกายให้สุขสบาย แต่มักจะละเลยการดูแลด้านจิตสังคมของผู้ป่วย

2. ผู้จัดการดูแล (Care manager) ทำหน้าที่กว้างกว่าผู้ช่วยเหลือ ดูแล โดยจะทำหน้าที่จัดการ หรือประสานงานให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ผสมผสานหลายรูปแบบ และได้รับประโยชน์สูงสุด ผู้จัดการดูแลจะใช้เวลาและพลังงานแสวงหาแหล่งสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมและจัดการติดต่อให้กับผู้ป่วยได้รับบริการต่างๆ ที่เหมาะสม นอกจากนี้จะใช้เวลาบางส่วนที่เหลือตอบสนองด้านจิตสังคมให้แก่ผู้ป่วย เช่น เป็นผู้พาผู้ป่วยเรื้อรังไปจ่ายซื้อของหรือหาความเพลิดเพลิน ชักชวนเพื่อนที่สนิทสนมผู้ป่วยมาเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เป็นเพื่อนเดินทางไปพักผ่อน เป็นต้น

Minister of Supply and Services Canada (1991)⁽⁴⁷⁾ กล่าวถึงคำแนะนำสำหรับครอบครัวในการเผชิญกับผู้ป่วยจิตเภทขณะอยู่ที่บ้าน โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้

1. คำแนะนำในระยะแรก (early stage)

1.1 พูดคุยกับผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงต่ำ ช้า และชัดเจนหรือเป็นประโยคสั้น ๆ ง่าย ๆ เพื่อป้องกันการสับสนที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในบางครั้งอาจจำเป็นต้องพูดชี้แจงและถามย้ำกับผู้ป่วย

1.2 การกระทำต่าง ๆ ของญาติ ควรอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจอย่างชัดเจน เช่น ฉันกำลังเก็บเสื้อผ้าของคุณที่ซักแล้วไว้ในตู้ คุณสามารถที่จะเลือกมาสวมใส่ได้ในวันนี้ตามความต้องการ

1.3 ญาติควรสร้างตารางการทำกิจกรรมง่าย ๆ สำหรับผู้ป่วยว่าในแต่ละวันจะทำอะไรบ้าง

1.4 ให้คำยกย่องชมเชยเมื่อผู้ป่วยกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เช่น ผู้ป่วยเริ่มหิวผมของตนเองหลังจากที่ไม่ผ่านการหิวมาแล้ว 3 วัน และญาติควรให้ข้อเสนอแนะ และสาธิตว่าทำอย่างไรการหิวผมจึงจะทำได้ดี และสวยงาม

1.5 หลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นเร้าที่มากเกินไป และพยายามลดความเครียด ความตึงเครียดต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เช่น ครอบครัวควรเปิดโอกาสและเต็มใจให้ผู้ป่วยร่วมรับประทานอาหาร

1.6 ให้คำแนะนำผู้ป่วยให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่องแต่ไม่ใช่การบังคับ

2. คำแนะนำในระยะการปรับตัว (period of adjustment)

2.1 พูดคุยซักถามเกี่ยวกับความรู้สึกที่เกิดขึ้นของผู้ป่วยอยู่เสมอ

2.2 เริ่มให้ผู้ป่วยดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเอง เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลของตนเอง การแต่งตัว และการรับประทานอาหาร เป็นต้น

2.3 มอบหมายงานบ้านให้ผู้ป่วยรับผิดชอบตามความสามารถ เช่น การทำความสะอาดถ้วยชาม แต่อาจจะไม่สามารถเช็ดถ้วยชามนั้นให้แห้งได้

2.4 กระตุ้นให้ผู้ป่วยเข้าไปมีส่วนร่วมในสังคมอย่างเหมาะสม แต่ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับ เช่น การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยไปร่วมรับประทานอาหารเย็นกับเพื่อน 1 – 2 คน หรือกลุ่มเพื่อหลาย ๆ คน หรือเท่าที่ญาติสามารถจัดให้ได้ อาจจะเป็นในเครือญาติเดียวกันก็ได้

2.5 วางแผนที่จะนำผู้ป่วยออกไปพักผ่อนหย่อนใจนอกบ้านในแต่ละสัปดาห์ เช่น การไปขับรถเที่ยว เดินเล่นในสวนสาธารณะ เป็นต้น

2.6 ไม่ควรใช้คำถามกับผู้ป่วยมากเกินไป เช่น “คุณกำลังคิดเกี่ยวกับอะไร ? ทำไมคุณทำอย่างนั้น ?” แต่ควรจะมีการพูดคุยในเรื่องง่าย ๆ สบาย ๆ เช่น การพูดคุยเกี่ยวกับภาพยนตร์เรื่องใหม่

2.7 การสนทนาหรือการทำกิจกรรมกับผู้ป่วย ควรจะเป็นเรื่องที่สนุกสนาน ง่าย ๆ สบาย ๆ เช่น พูดคุยเกี่ยวกับชีวิตในวัยเด็ก การให้ดูโทรทัศน์ การฟังเพลง เป็นต้น

2.8 หลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เช่น การวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยว่าไม่อาบน้ำ ทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น ซึ่งญาติควรหาแนวทางช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม

2.9 กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การมารับประทานอาหารให้ตรงเวลา

2.10 สอนและแนะนำผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับความเครียด ตลอดจนวิธีการผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองที่ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้

2.11 สมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ ควรมีการพูดคุยให้ความเป็นเพื่อนกับผู้ป่วย เช่น ชักชวนผู้ป่วยไปดูภาพยนตร์ด้วยกัน

2.12 ให้ความสนใจในความรู้สึกของผู้ป่วยอยู่เสมอ ตลอดจนตระหนักถึงภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น พร้อมทั้งหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.13 การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูในด้านอาชีพของผู้ป่วยเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งที่สำคัญที่ญาติควรให้ความสำคัญและตระหนักถึงอยู่เสมอ โดยค้นหาข้อมูลว่าผู้ป่วยเคยได้รับประสบการณ์ การฝึกทักษะทางสังคม และการฟื้นฟูอาชีพอะไรบ้างจากโรงพยาบาล ระดับความสามารถของผู้ป่วยในการฝึกทักษะและฟื้นฟูอาชีพนั้นๆ มีมากน้อยเพียงใด จากนั้นจัดสรรงานอาชีพหรือกิจกรรมทางด้านสังคมกิจกรรมทางสังคมที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เช่น ค้นหาศูนย์ฝึกอาชีพในชุมชนว่ามีเพียงพอและเหมาะสมในการที่จะนำผู้ป่วยไปฝึกอาชีพหรือไม่ อย่างไร และควรให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพิจารณาคัดเลือกงานที่จะทำนั้นด้วยตนเอง ไม่ใช่การผลักดันหรือบังคับผู้ป่วยให้ทำตามความต้องการของญาติ

3. คำแนะนำเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ หรืออยู่ในภาวะวิกฤต⁽⁴⁸⁾

3.1 เมื่อผู้ป่วยปฏิเสธยา เป็นปัญหาที่สำคัญที่พบมากสำหรับครอบครัวของผู้ป่วย

โรคจิต ดังนั้น สิ่งแรกที่ญาติควรปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาตามแผนการรักษา คือ ฝึกลงเกต พฤติกรรมการรับประทานยาของผู้ป่วยว่า ผู้ป่วยมีการแอบทิ้งยาหรือไม่ ควรมีการควบคุมกำกับ ให้ผู้ป่วยรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง รับรู้ สนใจ เกี่ยวกับผลดี ผลเสียของการรับประทานยา ตลอดจนอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะเกิดขึ้น อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงผลเสียของการขาดยา แต่ถ้าเมื่อใด ผู้ป่วยยืนยันที่จะปฏิเสธยาหรือลี้มรับประทานยา ญาติอาจช่วยผู้ป่วยได้โดยจัดทำ กล่องสำหรับเก็บยาในแต่ละมื้อหรือในแต่ละสัปดาห์ ญาติไม่ควรที่จะบดยาใส่ในอาหารของผู้ป่วย เพราะเป็นการสร้างความไม่ไว้วางใจให้เกิดขึ้นในตัวญาติเอง และญาติอาจตัดสินใจไปปรึกษา แพทย์ หรือนำผู้ป่วยไปพบแพทย์เพื่อรับการฉีดยาแทน

3.2 เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สร้างความอับอายให้กับครอบครัว เช่น พุดหัวเราะคนเดียว แต่งตัวไม่เหมาะสม หรือไม่สวมใส่เสื้อผ้าเดินออกนอกบ้าน พุดเสียงดัง สูบบุหรี่ในที่ ห้ามสูบ เป็นต้น ญาติควรพุดเตือน แนะนำให้ผู้ป่วยหยุด หรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้น ไม่ แสดงท่าทีโกรธ หัวเราะ ขบขันผู้ป่วย แต่ควรที่จะเข้าใจในพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น พร้อมทั้งบอกความจริงให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกมามีผลเสียอย่างไร และ ควรจะแสดงพฤติกรรมให้เหมาะสมอย่างไร

3.3 เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลัน อาการกำเริบเฉียบพลันที่อาจพบได้ในผู้ป่วย จิตเภท เช่น ไม่นอน แยกตัวจากสังคมมากขึ้น บกพร่องในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล มีความผิดปกติในด้านการพุด หูแว่ว ภาพหลอน ก้าวร้าว เป็นต้น อาการเหล่านี้ อาจส่งผลให้ ครอบครัวพบกับความยุ่งยากในหลาย ๆ ด้าน เช่น การจัดการกับพฤติกรรมรุนแรง กิจกรรมหรือ งานประจำของสมาชิกในครอบครัว การไปทำธุระนอกบ้าน การเลี้ยงดูทารก สัมพันธภาพใน ครอบครัว สุขภาพของสมาชิกในครอบครัว และภาวะเศรษฐกิจ เป็นต้น ดังนั้น ครอบครัวควรรู้ จักวิธีเผชิญปัญหาเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตกำเริบเฉียบพลัน คือควรมีการจดบันทึกเบอร์โทรศัพท์ ของตำรวจ ผู้เชี่ยวชาญด้านจิตเวช ศูนย์ช่วยเหลือจิตเวชฉุกเฉิน หรือบุคคลที่สามารถติดต่อขอ ความช่วยเหลือได้ เพื่อขอความช่วยเหลือและควบคุมผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล สอบถามแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางจิตเวชเกี่ยวกับเวลาที่จะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษา เมื่อเกิดภาวะฉุกเฉิน ตลอดจนเป็นผู้ให้ข้อมูลผู้ป่วยแก่แพทย์ พยาบาล ตำรวจ และผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างถูกต้องและเป็น จริง นอกจากนี้ สิ่งที่ญาติไม่ควรกระทำ คือ การวิพากษ์วิจารณ์ ได้เถียงผู้ป่วยด้วยน้ำเสียงที่ดัง เพราะการแสดงออกดังกล่าวอาจทำให้เป็นการกระตุ้นเร้าผู้ป่วยให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น

จะเห็นได้ว่าบทบาทของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นเรื่องที่น่าสนใจและให้ความสำคัญ เป็นอย่างยิ่ง โดยเฉพาะการที่จะให้ญาติผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หลังจาก ผู้ป่วยกลับเข้าสู่ครอบครัวแล้ว ญาติผู้ดูแลจำเป็นที่จะต้องทราบบทบาทของการเป็นญาติผู้ดูแล

เพื่อให้การมีส่วนร่วมนั้นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันปัญหาหรือความยุ่งยากที่อาจจะเกิดขึ้นจากการให้การดูแล

4. แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบสุขภาพจิตศึกษา

ในช่วง 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา ทฤษฎีและแนวคิดที่เกี่ยวกับครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเภท มักจะมองครอบครัวว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรค เช่นแนวคิดเรื่อง double bind communication โครงสร้างครอบครัวแบบ schism และ skew ตลอดจนความสัมพันธ์ที่เรียกว่า pseudomutualism

แต่การศึกษาในระยะหลังๆ กลับมุ่งเน้นในด้านที่มองครอบครัวของผู้ป่วยว่าเป็นผู้ที่มีบทบาทอย่างมากในอันที่จะร่วมมือกับบุคลากรผู้รักษา เพื่อเป็นการลดความเครียดอันก่อให้เกิดความวิตกกังวลของญาติ ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทนี้ ได้มีการพัฒนารูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (family oriented pschoeducational intervention) ขึ้นมาโดยให้ความสำคัญกับครอบครัวว่าเป็นชุมพลที่ต้องการความรู้ (education) การฝึกฝน (training) และการประคับประคอง (support) มากกว่าที่จะมองครอบครัวว่าเป็น pathogenic unit การให้สุขภาพจิตศึกษา ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (Secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งที่การรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษา ซึ่งจะย่นระยะเวลาการเจ็บป่วยและการอยู่โรงพยาบาลลงได้ (Ira A. Abramowitz and Robert D. Coursey, 1989)⁽⁵⁰⁾

คำว่า Psychoeducation เริ่มใช้ครั้งแรกโดย Anderson, Hogarty และ Reiss (1980)⁽⁵¹⁾ มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) แก่ครอบครัวในลักษณะเป็นกลุ่มหลายครอบครัว โดยมีเป้าหมายเพื่อที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network)

Michael J. Goldstein (1981)⁽⁵²⁾ ได้กล่าวถึง Psychoeducation family therapy ไว้ว่าประกอบด้วย 2 ส่วน คือโปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และ extended program ที่จะสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง เปลี่ยนรูปแบบของการสื่อความหมายในครอบครัวและการแก้ไขปัญหา (problem solving)

รูปแบบสุขภาพจิตศึกษาสำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท (Anderson, 1980)⁽⁵¹⁾

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาใหญ่สำหรับนักวิชาชีพสุขภาพจิตในปัจจุบัน ถึงแม้ว่าญาติจะประสบผลสำเร็จในความพยายามที่จะย่นระยะเวลาของการอยู่ในโรงพยาบาล โดยการดูแลในชุมชน และการรักษาด้วยยาที่ได้ผลดี แต่ก็ยังพบอัตราการป่วยซ้ำ ซึ่งพบถึง 80% ในผู้ป่วย

ที่ไม่ได้รับยา และพบ 40% ในผู้ป่วยที่ได้รับยาจะป่วยซ้ำภายใน 1 ปี หลังจากจำหน่ายจากโรงพยาบาล เหตุผลของการป่วยซ้ำนี้ยังไม่เป็นที่แน่ชัด ผู้ป่วยบางรายยังมีอาการไม่คงที่ในระหว่างการรักษาระยะสั้นในโรงพยาบาล ดังนั้นจึงกลับสู่ชุมชนในสภาพที่ยังมีอาการที่สามารถจะถูกกระตุ้นให้กำเริบได้อีก บางรายมารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกไม่สม่ำเสมอ ประมาณได้ว่า 50% ของผู้ป่วยเหล่านี้จะขาดการติดต่อในการให้บริการดูแลหลังจำหน่าย (after care service) หรือไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่อง หลังจากการเยี่ยมบ้าน 1 ครั้ง หรือ 2 ครั้ง เมื่อเป็นเช่นนี้ผู้ป่วยจิตเภท จึงมีการหมุนเวียนเข้าออก (revolving door) ในโรงพยาบาลจิตเวช และต้องหมดเปลืองเวลา ต้องใช้ความพยายาม และชุมพลังของนักวิชาชีพสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก ในที่นี้จะบรรยายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (Intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิผลสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย (Hogarty, Cornes, Anderson, 1980) ⁽⁵¹⁾

ข้อสันนิษฐาน (Assumptions)

รูปแบบการรักษานี้อยู่บนพื้นฐานของข้อสันนิษฐานที่ว่า ไม่ว่าจะสาเหตุจิตเภทจะเป็นอะไรก็ตาม มักจะปรากฏชัดว่ามีแกนของความผิดปกติทางจิตใจ (core psychological deficit) ในผู้ป่วยจิตเภท ทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกได้ง่าย (internal and external stimuli) ซึ่งอาจจะกำเริบได้เนื่องจากสิ่งกระตุ้นของสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ลักษณะที่ทำงานหรือบรรยากาศของการรักษา แสดงให้เห็นโดยมีสหสัมพันธ์กับอัตราป่วยซ้ำสูง จากเหตุผลเหล่านี้โปรแกรมนี้ มีความพยายามที่จะลดความเสี่ยงที่มีผลต่อการกระตุ้นของผู้ป่วยโดยการให้ยารักษาโรคจิต และเพื่อลดสิ่งกระตุ้นจากครอบครัวซึ่งเป็นสิ่งแวดล้อมเบื้องต้นที่มีผลต่อความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วย บรรยากาศของครอบครัวและสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญมากไม่เพียงเพราะว่าต้องอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยตลอดเวลาเท่านั้น แต่จะพบว่าถึงแม้จะไม่มีผู้ป่วยจิตเภทครอบครัวก็จะมีอารมณ์ตึงเครียดได้ เพราะมีการปฏิสัมพันธ์กันซึ่งถือว่าเป็นปกติในการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วยการแสดงอารมณ์และพฤติกรรม ซึ่งยิ่งจะแสดงออกมากเมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงต่อการกระตุ้นจากสิ่งเร้าได้มากขึ้น

จะเห็นได้ว่าเมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิต ครอบครัวมักจะแสดงออกถึงความรู้สึกของความวิตกกังวล (anxiety) ความรู้สึกผิด (guilt) โกรธ (anger) และความเศร้า (sadness) ตราบใดที่นักวิชาชีพไม่แก้ไขปัญหาเหล่านี้ ก็จะไม่เป็นที่ประหลาดใจเลยว่าหลายๆ ครอบครัวต้องเผชิญกับความตึงเครียดที่เรื้อรัง (chronic stress) ไม่สามารถที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและตนเองได้ อาจเนื่องจากสมมติฐานที่ว่าหลายครอบครัวมักจะตอบสนองต่อตัวเอง 2 ด้าน บราวน์ (Brown) ⁽⁵²⁾ และผู้ร่วมงานได้อธิบายว่าเป็นส่วนประกอบของการแสดงอารมณ์มาก (high emotional

express) ญาติมักจะแสดงความห่วงใยมากเกินไป (overinvolved) และยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมาก (intrusive) โดยพยายามที่จะควบคุมและปกป้องผู้ป่วยจากตัวญาติเองหรือจากสิ่งแวดล้อมอีกด้านหนึ่งคือ ญาติจะเกิดความคับข้องใจ (frustrated) โกรธ (angry) ปฏิเสธผู้ป่วย (rejecting) และแยกตัว (withdrawal) เมื่อมีการกระตุ้นมากและเกิดการตอบสนองทางอารมณ์ จะทำให้มีผล 2 ทางคือ

1. เป็นการลดความสามารถของครอบครัวต่อการเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมของผู้ป่วย
2. เป็นปัญหาต่อผู้ป่วยซึ่งมีความอ่อนแอ, เสี่ยง (vulnerable)

ข้อมูลจากการศึกษาของบริติช (British studies) เกี่ยวกับการแสดงอารมณ์ (emotional express) สนับสนุนความคิดที่ว่าปัจจัยทางอารมณ์ของครอบครัวนั้น จะมีความสัมพันธ์กับระยะเวลาการเกิดโรค นักวิจัยยังคงแสดงความคิดเห็นที่ว่า ครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์มาก มีแนวโน้มที่จะทำให้สมาชิกในครอบครัวที่ป่วย มีอัตราการป่วยซ้ำมากกว่า 50% ในช่วง 9 เดือนแรกหลังจากรับไว้ในโรงพยาบาล เมื่อเปรียบเทียบกับอัตราการป่วยซ้ำเพียง 13% ในผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์น้อย ทำนองเดียวกันรูปแบบของการสื่อความหมาย (communication patterns) ของญาติผู้ป่วยจิตเภทก็อาจเป็นปัญหาต่อผู้ป่วย ซึ่งอาจกระตุ้นให้เกิดอาการได้ง่าย รูปแบบของการสื่อความหมายในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทแตกต่างจากครอบครัวปกติ ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการสื่อความหมายเคลือบคลุม (vague) ไม่กระจ่างชัด (unclear) ความคิดที่ขาดเค้าโครงไม่เป็นรูปเป็นร่าง (amorphous) วกวน (tangential) หรือขาดการยอมรับ (lacking in acknowledgement)

จึงสรุปได้ว่าแรงผลักดัน 2 ประเภท คือ ความอ่อนแอของผู้ป่วย (patient vulnerability) และความสับสนวุ่นวายของครอบครัว (family turmoil) นั้นคิดว่าน่าจะมีผลต่อข้อเสียเปรียบของผู้ป่วย ความเสี่ยงต่อสิ่งเร้าของผู้ป่วยต่อการเกิดอาการต่างๆ ทำให้ญาติไม่สบอารมณ์ ด้วยสมมติฐานดังกล่าว คือ ความสัมพันธ์ระหว่าง patient vulnerability และความวิตกกังวลของครอบครัว จึงได้เสนอรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาของสิ่งแวดล้อมในครอบครัว โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท โครงสร้างและกลไกทางจิตที่เฉพาะสำหรับสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคจิต ใช้ข้อมูลมีประสิทธิผล

นอกจากนั้น McGill กับคณะได้ทำแบบสอบถามถึงความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาหลังจากให้การศึกษาไป 3 เดือน และ 9 เดือนตามลำดับ พบว่าคนไข้และพ่อแม่ในโครงการนี้มีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ขณะที่คนไข้ที่ได้รับการบำบัดรักษาอย่างเดียวโดยไม่เข้าโครงการนี้จะไม่พบการเปลี่ยนแปลงแต่อย่างใด

งานวิจัยของ McGill กับคณะ และ Boyd McGill และ Falloon ได้ใช้ระยะเวลาในการดำเนินงานช่วงละสี่ปีติดกัน 3 เดือน ช่วงละ 2 สัปดาห์ นาน 6 เดือน และการติดตามผลในแต่ละเดือน เป็นเวลา 15 เดือน สำหรับงานของ Zelitch นั้น ใช้การให้การศึกษาทางจิตแก่พ่อแม่ผู้ป่วยครั้งละชั่วโมงครึ่งตลอด 8 สัปดาห์ ในโครงการของ Mc.lean กับคณะก็ทำกลุ่มให้การศึกษาทางจิตโดยใช้ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ผลที่ได้จากรูปแบบต่างๆ เหล่านี้มีนานาประการรวมทั้งการปรับปรุง การหน้าที่ทางสังคม การสร้างระบบการสนับสนุนทางสังคม สำหรับผู้ป่วยนอกและครอบครัวที่เป็นระบบมากขึ้น การช่วยให้พ่อแม่สามารถสวมบทบาทของผู้ดูแลผู้ป่วยได้ และช่วยให้คนไข้ปรับตัวเข้ากับชีวิตครอบครัวได้

รูปแบบการให้การศึกษาทางจิตของ Boyd , McGill และ Falloon ตลอดจนรูปแบบของ Zelitch ได้รับการยอมรับและนำไปใช้ในการสัมมนาปฏิบัติการต่างรูปแบบเหล่านี้ครอบคลุมประเด็นต่างๆ เช่น การเจ็บป่วย การพยากรณ์โรค การรักษาพยาบาล ทักษะการติดต่อสื่อสารและกลวิธีทางพฤติกรรมศาสตร์แสดงให้เห็นภาวะทุกกลับของโรคอิทธิพลความกดดันของสิ่งแวดล้อม และความกดดันในครอบครัวที่มีต่อการเจ็บป่วย ตลอดจนการค้นหาคำวิจัยที่เป็นสมมุติฐานของการเจ็บป่วย ในช่วงเวลาของการถาม – ตอบ ก็จะมีการใช้สื่อโสตทัศนูปกรณ์ต่างๆ แผ่นพับและเอกสารต่าง ๆ เป็นเครื่องมือในการศึกษาด้วย

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

กระจ่าง แก่นใหญ่ (2538)⁽⁵⁴⁾ ศึกษาเรื่องการติดตามประเมินผล รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ร้อยละ 82.1 ในระหว่างทำการศึกษาผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติทุกคน และผู้ป่วยทุกคนไม่ได้กลับไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคจิตเวช ในด้านญาติพบว่าญาติให้ความเคารพนับถือรักใคร่ต่อผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 69.55 พอใจที่จะบอกเพื่อนบ้านว่ามีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 65.20 มีความเห็นใจในความเจ็บป่วยร้อยละ 78.25 พอใจที่ได้อยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วยร้อยละ 65.22 ยังถือว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่น่าสนใจ ส่วนสถานบริการสาธารณสุขได้จัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยการเยี่ยมบ้าน และให้คำแนะนำ โดยใช้แนวทางตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพบว่าญาติ ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ ถ้าได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540)⁽⁵⁵⁾ ได้ศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชพบว่าการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวมีผลทำให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเพิ่มมาก

ขึ้น และลดภาระของครอบครัวที่เป็นผลกระทบในด้านผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตผลที่จะเกิดขึ้นทางกายและผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด

นันทนา รัตนากร (2530)⁽⁵⁶⁾ ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.10 ในความคิดของญาติคิดว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้ร้อยละ 94.90 พร้อมทั้งจะรับภาระทางด้านเศรษฐกิจร้อยละ 85.40 คิดว่าคนในครอบครัวมีเวลาพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ร้อยละ 63.10 เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 95.40 คิดว่าผู้ป่วยมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อครอบครัวร้อยละ 72.90 และจากการศึกษานี้ยังพบว่า การดูแล ผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านนั้นครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้ และขาดการให้คำแนะนำของญาติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านร้อยละ 40.00 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2534)⁽⁵⁷⁾ ได้ศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช พบว่าบทบาทของสมาชิกในครอบครัว สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคทางจิตเวชของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชต่างกัน จะมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พันธ์ศักดิ์ วราอัสวปติ (2540)⁽⁵⁸⁾ ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชในการช่วยเหลือตนเองภายหลังได้รับการดูแลจากญาติ และ ชุมชนของผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 11 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ถึงร้อยละ 100 มีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของครอบครัวด้วยตนเองร้อยละ 90.90 มีความสามารถในการประกอบอาชีพด้วยตนเองร้อยละ 81.80 และมีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 63.60 ซึ่งงานวิจัยนี้จะทำควบคู่ไปกับโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของ โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี

ยุพาพิน ประสารธิดคม (2535)⁽³²⁾ ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรม ซึ่งเป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวและความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน โดยทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านพบว่า ภายหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้หน่วยงาน หรือพยาบาลที่รับผิดชอบในการเตรียมผู้ป่วยเรื้อรังก่อนกลับบ้าน ให้เวลาแก่ญาติในการเรียนรู้ และฝึกหัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจนมีความมั่นใจก่อนกลับบ้าน

และเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีประสิทธิภาพ

สุวิมล สมัตถะ (2542)⁽⁵⁹⁾ ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชได้ศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังที่ได้รับการดูแล โดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

อร่ามศรี เกสจินดา (2537)⁽⁶⁰⁾ ได้ศึกษาผลของการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเวชต่อความวิตกกังวลโดยใช้วิธีการวิจัยเชิงทดลอง ศึกษาเปรียบเทียบการเปลี่ยนแปลงระดับความวิตกกังวลก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มพบว่าญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสุขภาพจิตศึกษามีความวิตกกังวลลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่าไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

Hatfield (1979)⁽⁶¹⁾ ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 89 คน เพื่อประเมินความต้องการของครอบครัว และวิธีเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า เพื่อน ญาติ และบุคลากรวิชาชีพ การเอกสารด้วยตนเอง และการได้รับการสอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและควบคุมการเจ็บป่วยได้

Loukissa (1995)⁽⁶²⁾ ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการได้รับการสอนวิธีการเผชิญปัญหาจะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวล ซึมเศร้า การรับรู้ภาวะและความขัดแย้งในครอบครัวลดน้อยลง

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง (Experimental Research) แบบก่อนและหลัง การให้สุขภาพจิตศึกษา โดยมีกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม (Before-After experiment with one control group) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วย ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งผู้วิจัยมีวิธีการดำเนินการศึกษาค้นคว้า เป็นขั้นตอน ดังนี้

1. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง
2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล
4. รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
5. การวิเคราะห์ข้อมูล
6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ประชากรกลุ่มตัวอย่าง (Population and Samples)

1.1 ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target Population)

ประชากรเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิต

1.2 ประชากรตัวอย่าง (Samples Population)

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิต ที่รับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี

1.3 กลุ่มตัวอย่าง (Samples)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภทที่รับบริการรักษาแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria) จำนวน 40 คน และสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Randomization) ได้แก่กลุ่มทดลอง 1 กลุ่ม จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม จำนวน 30 คน

1.4 เกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion Criteria)

- 1.4.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV และ ICD 10
- 1.4.2 เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนแบบประเมินอาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ระหว่าง 15-30 ซึ่งมีอาการทางจิตรุนแรงน้อย
- 1.4.3 ระยะเวลาที่ป่วยทางจิตไม่เกิน 5 ปี
- 1.4.4 อายุ 20 – 40 ปี
- 1.4.5 เป็นผู้ป่วยที่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง
- 1.4.6 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม (Classical Antipsychotic Drug) เช่น Chlorpromazine , Haloperidol , perphenazine , thioridazine
- 1.4.7 ผู้ดูแลหลัก หรือรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยอย่างน้อย 6 เดือน
- 1.4.8 ไม่เป็นโรคทางกายร้ายแรง
- 1.4.9 มีความยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

1.5 เกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion Criteria)

ผู้ป่วยที่มีโรคทางจิตเวชอื่นๆ ร่วมด้วย ซึ่งเป็นการวินิจฉัยจากจิตแพทย์

1.6 เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง (Sampling technique)

Randomized Allocation โดยการสุ่มแบบ Simple Random Sampling โดยการจับสลากที่เขียนชื่อกลุ่มตัวอย่างใส่ไว้อย่างละเท่าๆ กัน เมื่อจับเสร็จแล้วไม่นำสลากกลับสู่ที่เดิม

1.7 การคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size)

สูตรที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง^{(63),(64),(65)} ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยในตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 (S_1^2 + S_2^2)}{d^2} \quad (\text{ถ้าค่าความแปรปรวนไม่เท่ากัน})$$

ค่าคะแนนที่ใช้ในการคำนวณขนาดตัวอย่างได้มาจากการวิจัยของ สุวิมล สมัตตะ ซึ่งศึกษาผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดย $n=30$, $X_1 =149.6$, $X_2 =157.4$, $S_1 =11.57$, $S_2 =14.88$

และ d (effect size) คือ ขนาดความแตกต่างของผลลัพธ์ที่คาดว่าจะเกิดขึ้น ระหว่าง กลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง

ผู้วิจัยคาดว่าหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มควบคุมอย่างน้อย 10% จึงถือว่ามี ความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น $d=15.74$

ผลการคำนวณ มีดังนี้

$$\begin{aligned} \text{ที่ } Z_{\alpha} &= 1.96, Z_{\beta} = 1.28 : n = \frac{(1.96 + 1.28)^2 (11.57^2 + 14.88^2)}{(15.74)^2} \\ &= \frac{10.49 (355.27)}{247.74} = \frac{3726.78}{247.74} \\ &= 15.04 \end{aligned}$$

ดังนั้นขนาดตัวอย่างต่อกลุ่มจะเป็น 15 คนขึ้นไป ซึ่งในที่นี้ผู้วิจัยปรับให้เป็นกลุ่มละ 20 คน ซึ่งจะต้องใช้ตัวอย่างในการศึกษา กลุ่มละ 20 คน 2 กลุ่ม รวมเป็น 40 คน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำมาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการสอนสุขภาพจิตศึกษา โดยธีระ ลีลานันท์ และคณะ (2541)⁽⁶⁷⁾

เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบประเมินสำหรับเกณฑ์ในการคัดประชากรเข้ามารับการศึกษา

Brief Psychiatric Scale (BPRS) เป็นแบบประเมินอาการทางจิต ซึ่งผู้วิจัยนำมาใช้เป็นแบบประเมินสำหรับเกณฑ์ในการคัดเข้ามารับการศึกษา มีค่าคะแนน BPRS อยู่ระหว่าง 15 – 30 คะแนน ซึ่งมีอาการทางจิตรุนแรงน้อย BPRS นี้ได้รับการพัฒนา โดย Overall และ Gorham (1962)⁽⁶⁵⁾ ประกอบด้วยคำถาม 18 ข้อ ได้แก่ Somatic concern , Anxiety Emotional , Withdrawal , Conceptual disorganization , Guiltfeeling , Tension , Mannerism & posturing , Grandiosity , Depressive thought content , Blunted affect , Excitement และ Disorientation (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) มีระดับคะแนนตั้งแต่ 0 – 6 คือ 0 = ไม่มีอาการ , 1

= มีอาการเล็กน้อยเป็นบางครั้ง , 2 = มีอาการเล็กน้อย , 3 = อาการปานกลาง , 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง , 5 = อาการรุนแรง , 6 = อาการรุนแรงมาก คะแนนรวมทั้งหมดจะอยู่ในช่วง 18 – 108 คะแนน โดยถ้ามีคะแนนมากกว่า 30 คะแนน แสดงว่าอาการทางจิตรุนแรงมาก

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยประกอบด้วยคำถามในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ประวัติการป่วยด้วยโรคจิต จำนวนครั้งที่เข้ารักษาในโรงพยาบาล การรักษา บุคคลในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแล ผู้รับผิดชอบครอบครัว รายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ ซึ่งทานตะวัน แย้มบุญเรือง (2540)⁽⁵⁵⁾ ได้แนวความคิดของ Lefley (1987)⁽⁴⁸⁾ พบว่าแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.60

แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ จำนวน 28 ข้อ

เนื้อหา	จำนวนข้อ	คำถามด้านบวก (Positive)	คำถามด้านลบ (Negative)
1. ความหมายของโรคจิต	1	ข้อ 1	
2. สาเหตุของโรคจิต	6	ข้อ 2,4,5,6,7	ข้อ 3
3. อาการของโรคจิต	7	ข้อ 8,10,11,12	ข้อ 9,13,14
4. การดำเนินโรคของโรคจิต	2	ข้อ 16	ข้อ 15
5. การรักษาโรคจิต	4	ข้อ 18,20	ข้อ 17,19
6. การดูแลผู้ป่วยโรคจิต	8	ข้อ 24,26,27	ข้อ 21,22,23,25,28
รวม	28	16	12

เกณฑ์การคิดคะแนน (คะแนนเต็ม)

ข้อความ	ด้านบวก	ด้านลบ
ใช่	1	0
ไม่ใช่	0	1

เกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

25 คะแนนขึ้นไป	อยู่ในระดับ	ดีมาก
23 – 24 คะแนน	“	ดี
22 – 23 คะแนน	“	ปานกลาง
20 – 21 คะแนน	“	พอใช้
ต่ำกว่า 19 คะแนน	อยู่ในระดับ	ต้องปรับปรุง

ส่วนที่ 3 ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วย ซึ่งสุวิมล สมัตถะ (2542)⁽⁵⁹⁾ อ้างถึงยุพาพิน ประสานอธิคม ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเอง ในเรื่องกิจวัตรประจำวันและแนวคิดของ Sidney Katz ที่สร้าง The Index of Independent In Active of Daily Living เพื่อใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

แบบประเมินแบ่งเป็น 2 ส่วน

แบบประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันจำนวน 23 ข้อ

แบบประเมินความสามารถทางสังคมจำนวน 25 ข้อ

ลักษณะแบบประเมินเป็นแบบมาตรฐานในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยหัวข้อคำถามจะตรงกับหัวข้อในแบบประเมินมีทั้งหมดจำนวน 48 ข้อ ในแต่ละข้อให้คะแนนตามความสามารถในการปฏิบัติ ดังนี้

ความสามารถในการปฏิบัติน้อยที่สุด	ให้ 1 คะแนน
ความสามารถในการปฏิบัติน้อย	ให้ 2 คะแนน

ความสามารถในการปฏิบัติปานกลาง	ให้ 3 คะแนน
ความสามารถในการปฏิบัติมาก	ให้ 4 คะแนน
ความสามารถในการปฏิบัติมากที่สุด	ให้ 5 คะแนน

เกณฑ์การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้เกณฑ์การประเมิน ดังนี้

4.50 ขึ้นไป	อยู่ในระดับ	มากที่สุด
3.50 – 4.49	อยู่ในระดับ	มาก
2.50 – 3.49	อยู่ในระดับ	ปานกลาง
1.5 – 2.49	อยู่ในระดับ	น้อย
ต่ำกว่า 1.50	อยู่ในระดับ	น้อยที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองโดยการทำหนังสือแนะนำตัว และขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจาก ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ไปยังผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี เพื่อเก็บข้อมูลโดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการทดลอง

1.1 การศึกษาข้อมูลจากเอกสาร (Documentary Study) โดยการศึกษาค้นคว้ารวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารต่างๆ เกี่ยวข้อง เช่น แฟ้มประวัติ ผู้ป่วย หนังสือเอกสารทางวิชาการ งานวิจัย และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

1.2 ประสานงานด้วยตนเอง ขอความร่วมมือในการเลือกตัวอย่างที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี และสถานีอนามัย

1.3 เตรียมสื่อการสอน และจัดทำคู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ดูแล และผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

1.4 การเตรียมตัวผู้วิจัยเพื่อทำการทดลอง

2. ขั้นตอนการทดลอง

2.1 ศึกษาข้อมูลจากแฟ้มประวัติของผู้ป่วยเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเลือก

2.2 เชิญกลุ่มตัวอย่างที่คัดเลือกไว้มาสัมภาษณ์และทำแบบประเมินอาการทางจิต (BPRS) เพื่อตรวจสอบคุณสมบัติที่กำหนดไว้ตามเกณฑ์ในการคัดเลือกและเกณฑ์ในการคัดออก

2.3 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการศึกษาวิจัย (Patient Information) ดังปรากฏในภาคผนวกแก่ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ตลอดจนเห็นไปยินยอมเข้าร่วมในการศึกษาจำนวน 40 คน

2.4 จับสลากเพื่อแบ่งกลุ่มตัวอย่าง จากผู้ป่วยจิตเภทที่อาสาสมัครเข้าร่วมการวิจัยจำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน โดยการสุ่มแบบ Simple Random Sampling ด้วยการจับสลากที่เขียนชื่อกลุ่มใส่ไว้อย่างละเท่าๆ กัน เมื่อจับเสร็จแล้วไม่นำสลากกลับสู่ที่เดิม

2.5 นัดหมายวัน เวลาให้สุขภาพจิตศึกษากลุ่มตัวอย่าง ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ที่บ้านสัปดาห์ละครั้ง โดยกลุ่มควบคุมให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 ครั้ง ครั้งละ 30 – 45 นาที ญาติผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง ให้สุขภาพจิตศึกษาสัปดาห์ละครั้ง จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 30 – 45 นาที

2.6 สำหรับญาติผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม จะได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ และกิจกรรมในรูปแบบให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย ตลอดจนตอบแบบสอบถาม วัดความรู้การดูแลผู้ป่วยของญาติ และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Pre-test) และหลังจากให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทครบ จำนวน 5 ครั้ง จึงให้ญาติผู้ดูแลตอบแบบวัดความรู้ดูแลผู้ป่วย และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อีกครั้ง (Post-test)

4. รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

คู่มือนำมาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และการสอนสุขภาพจิตศึกษา โดย ธีระลีลานันท์กิจ และคณะ (2541)⁽⁶⁷⁾

รูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภท

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย
2. เพื่อให้ผู้ป่วยมีโอกาสสร้างความคุ้นเคยกับผู้วิจัย
3. เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์และรูปแบบ
2. เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
3. เพื่อผู้ป่วยมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

เนื้อหาสำคัญ

: ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กิจกรรม

1. แนะนำตัว ทักทาย ด้วยการเรียกชื่อ แสดงท่าทางเป็นกันเอง
2. แสดงการยอมรับและเข้าใจความเป็นบุคคลของผู้ป่วย

3. อธิบายให้ผู้ป่วยทราบวัตถุประสงค์และรูปแบบของการให้สุขภาพจิตศึกษา
4. ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
5. ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

เรื่อง : - โรคจิตเภทคืออะไร

- โรคจิตเภทมีอาการอย่างไร
- สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร
- โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่

(เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย : เอกสารชุดที่ 1)

6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามและแสดงความคิดเห็นได้ ผู้วิจัยตอบคำถามข้อสงสัย
7. ให้ความรู้หัวข้อต่อไป

เรื่อง : - โรคจิตเภทรักษาอย่างไร

- การกำเริบของโรค, พยากรณ์โรค

8. ให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้แต่ละข้อและผู้วิจัยสรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภทอีกครั้ง พร้อมแจกเอกสารประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้
9. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 2

ผลที่คาดว่าจะได้รับ 1. ผู้ป่วยยอมรับและมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้วิจัย

2. ได้ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย
3. ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องโรคจิตเภท

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 2 เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยในขณะที่มีอาการของโรคกำเริบ

เนื้อหาสำคัญ : การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

- กิจกรรม
1. ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ครั้งที่ 1 โดยให้ผู้ผู้ป่วยพูดคุยเกี่ยวกับลักษณะโรค สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยทบทวนให้ฟังอีกครั้ง
 2. ให้ความรู้เรื่อง การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
เกี่ยวกับ : - จะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร

- จะหยุดการรักษาได้อย่างไร
 - ยาช่วยรักษาโรคจิตเภทได้อย่างไร
 - ยารักษาโรคจิตมีผล หรือฤทธิ์ข้างเคียงอย่างไร
3. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามข้อสงสัยหรือร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละหัวข้อและให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละหัวข้อ
 4. ให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเรื่องการป้องกันการกำเริบ ของโรคจิตเภทอีกครั้ง (เอกสารชุดที่ 1)พร้อมทั้งให้เอกสารประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้
 5. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 3

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ผู้ป่วยได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคได้
 2. ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการรักษาต่อเนื่อง

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 3 เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นได้ด้วยตนเอง
 2. เพื่อทบทวนถึงความสำคัญของการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วย
 3. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและผลข้างเคียงของการใช้ยาที่ถูกต้อง

เนื้อหาสำคัญ : การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น ความสำคัญของการรับประทานยา

- กิจกรรม**
1. สอบถามเรื่องอาการเตือนเบื้องต้นครั้งก่อน
 2. ให้ความรู้ : - การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
 - อาการเตือนเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
 - อาการเตือนทั่วไปที่พบบ่อยก่อนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภท
 3. พูดคุยเกี่ยวกับเรื่องการรับประทานยา และประสบการณ์เดิมเรื่องการรับประทานยาของผู้ป่วย

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึกที่อัดอัดและความคับข้องใจเกี่ยวกับการรับประทานยา
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องยารักษาโรคจิตเภทและฤทธิ์ข้างเคียงของยา
6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามเกี่ยวกับอาการเตือนเบื้องต้น เรื่องยาและให้ผู้ป่วยสรุปความรู้ที่ได้รับ ผู้วิจัยสรุปอีกครั้ง

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ผู้ป่วยสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของตนเองได้
 2. ผู้ป่วยมีความรู้ เข้าใจเรื่องยา และการรักษา
 3. ผู้ป่วยยอมรับการรักษาและมารับยาต่อเนื่อง

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 4 เรื่องสัมพันธภาพ, ความรับผิดชอบของผู้ป่วย

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้
 2. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้
 3. เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

- กิจกรรม**
1. พุดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับความรับผิดชอบของผู้ป่วยที่บ้าน และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
 2. ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินตนเองด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
 3. อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ
 4. ให้ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับเวลาในการพักผ่อนหย่อนใจและประเมินการใช้เวลา
 5. ชี้แจงให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการประเมินการใช้เวลา การบันทึก กิจกรรมทุกอย่างที่ทำในวันนี้
 6. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้
 2. ผู้ป่วยประเมินตนเองเกี่ยวกับการใช้เวลาเหมาะสม
 3. ผู้ป่วยสามารถบันทึกกิจกรรมในแต่ละวันและสามารถจัดความสำคัญของกิจกรรม ในชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 5 เรื่องการคลายเครียดด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ : ผู้ป่วยรู้วิธีผ่อนคลายและสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง

- กิจกรรม
1. พุดคุยถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความเครียดและวิธีการคลายเครียด
 2. ให้ผู้ป่วยทำแบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต
 3. ให้ความรู้เรื่องความเครียดและวิธีผ่อนคลายเครียดด้วยตนเอง (คู่มือคลายเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต)
 4. ให้ผู้ป่วยได้ฝึกปฏิบัติการคลายเครียดต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การฝึกการหายใจ
 5. ให้ผู้ป่วยได้พุดคุยความรู้สึกและซักถามข้อสงสัยต่าง ๆ ผู้วิจัยตอบคำถามและสรุปประเด็นความรู้วิธีผ่อนคลายความเครียด
 6. ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ
1. ผู้ป่วยรู้วิธีผ่อนคลายความเครียดและสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง
 2. ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแล

ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ การรวบรวมข้อมูล และความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- วัตถุประสงค์
1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล
 2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในรูปแบบให้สุขภาพจิตศึกษา
 3. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภทเรื่องโรค อาการ สาเหตุ การรักษา การกำเริบของโรค การพยากรณ์โรค
 4. เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว

เนื้อหาสำคัญ : ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล, ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

กิจกรรม

1. พุฒยสร้างสัมพันธภาพ, สอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและปัญหาในการดูแลผู้ป่วย
2. ชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ และกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
3. สัมภาษณ์ประเมินความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย โดยให้ตอบแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ของญาติและประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test)
4. ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - เรื่อง :- โรคจิตเภทคืออะไร
 - โรคจิตเภทมีอาการอย่างไรบ้าง
 - สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร
 - โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่

(เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ : เอกสารชุดที่ 1)

5. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามและแสดงความคิดเห็น ผู้วิจัยตอบคำถามข้อสงสัย
6. ให้ความรู้หัวข้อต่อไป
 - เรื่อง :- โรคจิตเภทรักษาได้อย่างไร
 - การกำเริบของโรค, การพยากรณ์โรค
7. ให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละข้อ และผู้วิจัยช่วยสรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภทอีกครั้ง พร้อมแจกเอกสารประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้
8. นัดหมายวัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 2

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดี ยอมรับและร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย
2. ทราบผลการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติและประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Pre-test)
3. ครอบครัวมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทได้ถูกต้อง

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 2 เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
 2. เพื่อให้ครอบครัวสามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยในขณะที่มีอาการของโรคกำเริบ

เนื้อหาสำคัญ : โรคจิตเภทและผลการรักษา

- กิจกรรม**
1. ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ครั้งที่ 1 โดยให้ครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับลักษณะโรค สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยทบทวนให้ฟังอีกครั้ง
 2. ให้ความรู้เรื่อง การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

เกี่ยวกับ :- จะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร

 - จะหยุดการรักษาได้อย่างไร
 - ยาช่วยรักษาโรคจิตเภทได้อย่างไร
 - ยารักษาโรคจิตมีผล หรือฤทธิ์ข้างเคียงอย่างไร
 3. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามข้อสงสัย หรือร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละหัวข้อ และให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละหัวข้อก่อนจะกล่าวถึงหัวข้อต่อไป
 4. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

เกี่ยวกับ :- การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

 - อาการเตือนเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
 - อาการเตือนทั่วไปที่พบบ่อยก่อนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภท
 - ครอบครัวควรจะทำอย่างไรเมื่อสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ
 5. ให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้วิจัยช่วยสรุปประเด็นสำคัญเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทอีกครั้ง (เอกสารชุดที่ 1) พร้อมทั้งให้เอกสารประกอบหลังจาก สรุปประเด็นความรู้
 6. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 3

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ครอบครัวผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง และมีความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคได้
 2. ครอบครัวสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของผู้ป่วยได้
 3. วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้อย่างเหมาะสมกับสภาพครอบครัวของตนเอง

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 3 เรื่องการรักษาในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจถึงวิธีการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 2. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและผลข้างเคียงของการใช้ยาที่ถูกต้อง
 3. เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยภายหลังอาการทางจิตสงบแล้ว
 4. เพื่อให้ครอบครัวสามารถช่วยฝึกทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมของผู้ป่วยได้

- เนื้อหาสำคัญ** :
1. ยารักษาอาการทางจิต
 2. อาการทางจิตระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง
 3. การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
 4. การปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

- กิจกรรม**
1. ทบทวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 1,2 เรื่องเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการป้องกันการกำเริบของโรคโดยให้ครอบครัวพูดคุยแสดงความคิดเห็นสิ่งที่ได้รับและปัญหาต่าง ๆ
 2. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วย อาการทางจิต การรักษาในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อประเมินว่าครอบครัวมีความ เข้าใจหรือไม่
 3. ให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต คุณสมบัติของยา ผลข้างเคียงของยา ความร่วมมือ ในการรับประทานยา (เอกสารชุดที่ 2)

4. การรักษาระยะเฉียบพลัน : อาการทางจิตชัดเจน และระยะเรื้อรัง : อาการทางจิตสงบ (เอกสารชุดที่ 3) และการปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการเข้าสังคม และการใช้จากสรุปประเด็นชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท (เอกสารชุดที่ 4)
5. ให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้วิจัยสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง พร้อมทั้งให้เอกสารประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้
6. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 4

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะเฉียบพลัน และการฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วยประจำวัน
 2. ครอบครัวมีความเข้าใจในการช่วยฝึกทักษะในการใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม ของผู้ป่วยได้
 3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลการรักษาต่อเนื่องที่บ้าน

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 4 เรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

- วัตถุประสงค์**
1. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วย
 2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการจะแก้ไข
 3. เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสตรวจสอบทัศนคติและความคาดหวังของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

เนื้อหาสำคัญ : บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

- กิจกรรม**
1. ทบทวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ แล้ว
 2. พูดคุยสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย และ ประเมินปัญหาของการดูแล
 3. ให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในด้านความคาดหวัง กับโรคจิตเภท การสังเกตอาการกำเริบ การช่วยลดความตึงเครียดในผู้ป่วย
 4. ให้ครอบครัวช่วยสรุปสิ่งที่ได้รับและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและถามข้อสงสัยต่าง ๆ ผู้วิจัยตอบคำถามของครอบครัว และสรุปประเด็นสำคัญ พร้อมทั้งให้เอกสาร ประกอบหลังจากสรุปประเด็นความรู้

5. ร่วมมือกับครอบครัวช่วยกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย

6. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 5

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของครอบครัวและการดูแลรวมทั้งความคาดหวังต่อผู้ป่วย
 2. การเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น และสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 5 เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย, โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
วัตถุประสงค์

1. เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้เหมาะสม
2. เพื่อลดความคาดหวังของครอบครัวต่อผู้ป่วยให้เหมาะสมตามความเป็นจริง
3. เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยมองเห็นรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสม

เนื้อหาสำคัญ : - บทบาทของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย
- โครงสร้าง และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่วไป

- กิจกรรม**
1. ทบทวนการให้สุขภาพจิตศึกษาสัปดาห์ก่อน
 2. เปิดโอกาสให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้พูดคุย และสอบถามปัญหาต่าง ๆ
 3. ให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่ว ๆ ไป (เอกสารชุดที่ 6, 7)
 4. เปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็น ถามข้อสงสัยและสรุปประเด็นสำคัญของความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้
 5. ผู้วิจัยสรุปประเด็นสำคัญของความรู้ที่ให้ พร้อมทั้งให้เอกสารประกอบ
 6. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 6

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ครอบครัวและผู้ดูแลสามารถจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้เหมาะสม
 2. ครอบครัวผู้ป่วยมีรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม

การให้สุขภาพจิตศึกษา

ครั้งที่ 6 เรื่องการคลายเครียดด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์ : ให้ครอบครัวรู้วิธีผ่อนคลายและสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง

เนื้อหาสำคัญ : การคลายเครียดด้วยตนเอง

- กิจกรรม**
1. สอบถามเกี่ยวกับความเครียดและประสบการณ์เดิมในการจัดการกับความเครียด
 2. ให้ทำแบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต
 3. ให้ความรู้เรื่องความเครียด สาเหตุ และการฝึกผ่อนคลายด้วยตนเอง ด้วยวิธีการฝึกการหายใจ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการฝึกจินตนาการ(ตามคู่มือคลายเครียดของกรมสุขภาพจิต)
 4. เมื่อฝึกผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองแล้ว เปิดโอกาสให้พูดความรู้สึกและสิ่งที่ได้รับจากการฝึกผ่อนคลายความเครียด
 5. ให้ทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Post-test)

- ผลที่คาดว่าจะได้รับ**
1. ครอบครัวหรือผู้ดูแลได้รับความรู้เรื่องความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
 2. ทราบผลการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลที่ได้ในส่วนข้อมูลทั่วไป คำนวณหาร้อยละใช้ในการแจกแจงความถี่ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการบรรยายและตารางประกอบ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Unpaired t-test เพื่อเปรียบเทียบความที่แตกต่าง ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Paired t-test เพื่อเปรียบเทียบความที่แตกต่างความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติก่อนและหลังการทดลอง

3. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺

6. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน^(63,64,65) ได้แก่

1.1 ค่าร้อยละ (Percentage) ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{r}{R} \times 100$$

1.2 ค่าเฉลี่ย (Mean) ใช้สูตร

$$\bar{X} = \frac{\sum x}{n}$$

เมื่อ \bar{X} แทน ค่าคะแนนเฉลี่ย

$\sum x$ แทน ผลรวมของคะแนนทั้งหมด

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

1.3 ค่าความเบี่ยงเบนมาตรฐาน ใช้สูตร

$$S = \sqrt{\frac{n\sum x^2 - (\sum x)^2}{n(n-1)}}$$

ฐานของคะแนน
แต่ละตัวยกกำลังสอง

$(\sum x)^2$ แทน ผลรวมคะแนนทั้งหมดยกกำลังสอง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

2. สถิติที่ใช้ในการทดสอบสมมติฐาน^(63,64,65)

2.1 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของคะแนนทดสอบก่อนและหลัง โดยการทดสอบค่าที (T-test dependent) ของกลุ่มตัวอย่างเดียวกัน โดยใช้สูตร

$$\sum D$$

$$t = \frac{\sum D}{\sqrt{\frac{n\sum D^2 - (\sum D)^2}{n-1}}} \quad ; \quad df = n-1$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณา t -distribution

d แทน ความแตกต่างระหว่างคะแนนทดสอบก่อนและหลัง

n แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่าง

df แทน ชั้นแห่งความอิสระ

2.2 ทดสอบความแตกต่างระหว่างคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่มเป็นอิสระจากกัน โดยทดสอบค่าที (T – test independent) โดยใช้สูตร

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}}} \quad \text{เมื่อ } df = \frac{\left(\frac{S_1^2}{n_1} + \frac{S_2^2}{n_2}\right)}{\left(\frac{S_1^2}{n_1}\right)^2 + \left(\frac{S_2^2}{n_2}\right)^2} \cdot (n_1 - 1 + n_2 - 1)$$

เมื่อ t แทน ค่าสถิติที่ใช้พิจารณาในการแจกแจงแบบที

\bar{X}_1 และ \bar{X}_2 แทน ค่าคะแนนเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

S_1^2 และ S_2^2 แทน ค่าความแปรปรวนของคะแนนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

n_1 และ n_2 แทน จำนวนคนในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2

df แทน ชั้นแห่งความเป็นอิสระ (degree of freedom)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่างกลุ่มที่ทั้งญาติและผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับให้สุขภาพจิตศึกษา และเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่ได้รับการรักษาที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จังหวัดชลบุรี จำนวน 40 ราย

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยนำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ข้อมูลเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ระหว่างก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษาและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา

ตอนที่ 3 ข้อมูลเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการให้สุขภาพจิตศึกษา และเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระหว่างกลุ่มที่ทั้งญาติและผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา กับกลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา

เพื่อความสะดวกและความเข้าใจในการเสนอการวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยได้กำหนดสัญลักษณ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ คือ

\bar{X}	หมายถึง	ค่าคะแนนเฉลี่ย
S.D.	หมายถึง	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
n	หมายถึง	จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง
p	หมายถึง	ระดับความมีนัยสำคัญ
t	หมายถึง	ค่าสถิติที่ใช้ในการทดสอบความแตกต่างระหว่างค่าเฉลี่ยของข้อมูลแต่ละกลุ่ม

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4 จำนวนของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ของผู้ป่วย ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย และรายได้ของครอบครัว ดังนี้

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม n = 40	P
	n = 20	ร้อยละ	n = 20	ร้อยละ		
1. เพศ						
ชาย	17	85.0	13	65.0	20	0.144
หญิง	3	15.0	7	35.0	10	-
2. อายุ						
20-29 ปี	11	55.0	5	25.0	16	-
30-40 ปี	9	45.0	15	75.0	24	-
พิสัย	21-39	-	21-40	-	-	-
ค่าเฉลี่ย	28.15	-	31.75	-	-	0.025
ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	4.96	-	45.0	-	-	-
3. ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	8	40.0	5	25.0	13	0.431
มัธยมศึกษาตอนต้น	4	20.0	7	35.0	11	-
มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.	3	15.0	2	10.0	5	-
ปวส.,อนุปริญญา	5	25.0	4	20.0	9	-
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	2	10.0	2	-
4. สถานภาพสมรส						
โสด	19	95.0	16	80.0	35	0.459
คู่	1	5.0	2	10.0	3	-
หย่า	-	-	1	5.0	1	-
แยกกันอยู่	-	-	1	5.0	1	-

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม n = 40	P
	n = 20	ร้อยละ	n = 20	ร้อยละ		
5. อาชีพ						
งานบ้าน	9	45.0	14	70.0	23	0.405
รับราชการ	-	-	1	5.0	1	-
เกษตรกร	1	5.0	1	5.0	2	-
รับจ้าง	3	15.0	1	5.0	4	-
ค้าขาย	1	5.0	1	5.0	2	-
อื่นๆ	1	30.0	2	10.0	8	-
6. รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน						
ไม่มีรายได้	13	65.0	16	80.0	29	0.733
มีรายได้	7	35.0	4	20.0	11	-
รายได้เฉลี่ย	1,175			750		
7. ป่วยครั้งแรกอายุ						
น้อยกว่า 25 ปี	11	55.0	5	25.0	16	-
25-35 ปี	8	40.0	15	75.0	23	-
มากกว่า 35 ปี	1	5.0	-	-	1	-
พิสัย	19-36	-	20-35	-	-	-
ค่าเฉลี่ย	24.10	-	27.50	-		0.020
8. ประวัติการป่วย						
มากกว่า 6 เดือน	1	5.0	1	5.0	2	0.572
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	3	15.0	1	5.0	4	-
มากกว่า 3 ปี ไม่เกิน 5 ปี	16	80.0	18	90.0	34	-
9. จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล						
ไม่เคย	8	40.0	5	25.0	13	0.660
1 ครั้ง	2	10.0	8	40.0	10	-
2 ครั้ง	9	45.0	7	35.0	16	-
5 ครั้ง	1	5.0	-	-	1	-

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม n = 40	P
	n = 20	ร้อยละ	n = 20	ร้อยละ		
10. ผู้ดูแลผู้ป่วย						
บิดา – มารดา	17	85.0	16	80.0	33	0.834
สามี – ภรรยา	1	5.0	2	10.0	3	-
อื่นๆ (พี่)	2	10.0	2	10.0	4	-
11. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย						
บิดา – มารดา	17	85.0	14	70.0	31	0.55
สามี – ภรรยา	1	5.0	1	5.0	2	-
อื่นๆ (พี่)	2	10.0	5	25.0	7	-
12. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน						
5,000 – 10,000 บาท	12	60.0	13	65.0	35	-
11,000 – 20,000 บาท	8	40.0	6	30.0	14	-
20,000 บาทขึ้นไป	-	-	1	5.0	1	-
พิสัย	5,000 -20,000	-	5,000 -45,000	-	-	-
ค่าเฉลี่ย	10,455	-	12,000	-	-	0.485

จากตารางที่ 4 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภทจำแนกตามเพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ อายุการป่วยครั้งแรก ประวัติการป่วย จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล ผู้ดูแลผู้ป่วย ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย รายได้ของครอบครัว ปรากฏดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 85.0 ที่เหลือเป็นเพศหญิงร้อยละ 65.0 ส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 55.0 ช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 45 อายุพิสัย 21-39, ค่าเฉลี่ย 28.15 ส่วนผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมเป็นเพศชายร้อยละ 65.0 เป็นเพศหญิงร้อยละ 35.0 มีช่วงอายุ 20-29 ปี ร้อยละ 25.0 ช่วงอายุ 30-40 ปี ร้อยละ 75.0 พิสัย 21-40 อายุเฉลี่ย 31.75 จะเห็นว่าเพศส่วนใหญ่ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ระดับการศึกษาของกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีระดับประถมศึกษาร้อยละ 40.0 มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 35.0 ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 25.0 ส่วนการศึกษาของกลุ่ม

ควบคุมมีระดับประถมศึกษา ร้อยละ 25.0 มัธยมศึกษาตอนต้น/ตอนปลาย/ปวช. ร้อยละ 45.0
ปวส./อนุปริญญา ร้อยละ 20.0 ระดับปริญญา ร้อยละ 10.0

ด้านสถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลองเป็นโสด ร้อยละ 95.0 กลุ่มควบคุม เป็นโสด
ร้อยละ 80.0

อาชีพพบว่า กลุ่มทดลองไม่ได้ประกอบอาชีพทำงานบ้านร้อยละ 45.0 ประกอบอาชีพ
เกษตรกร รับจ้าง ค้าขาย และอื่นๆ ร้อยละ 5.0 , 15.0 , 5.0 , 30.0 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มควบคุม
ไม่ได้ประกอบอาชีพทำงานบ้าน ร้อยละ 70.0 ประกอบอาชีพรับราชการ เกษตรกร รับจ้าง ค้า
ขาย ร้อยละ 5.0 เท่ากัน อาชีพอื่นๆ ร้อยละ 10.0

ด้านรายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่มีรายได้ กลุ่ม
ทดลอง ไม่มีรายได้ร้อยละ 65.0 มีรายได้ ร้อยละ 35.0 กลุ่มควบคุม ไม่มีรายได้ ร้อยละ 80.0
มีรายได้ร้อยละ 20.0 ส่วนรายได้ของครอบครัวต่อเดือนในกลุ่มทดลองรายได้ 5,000 – 10,000
ร้อยละ 60.0 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 65.0 รายได้ 5,000 – 10,000/เดือน

ประวัติการป่วยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 80.0 ประวัติ
การป่วยมากกว่า 1 ปีขึ้นไป และมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 15.0 และร้อยละ 5.0 ส่วนกลุ่มควบคุม
ป่วยมากกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 90.0 ป่วยมากกว่า 1 ปีขึ้นไปมากกว่า 6 เดือน ร้อยละ 5
เท่ากัน ซึ่งประวัติการป่วยของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

ป่วยครั้งแรกอายุพบว่า กลุ่มทดลองอายุน้อยกว่า 25 ปี ร้อยละ 55.0 ช่วงอายุ 25-35 ปี
ร้อยละ 40.0 อายุมากกว่า 35 ปี ร้อยละ 5.0 พิสัย 19-36 ส่วนกลุ่มควบคุมอายุน้อยกว่า 25 ปี
ร้อยละ 25.0 ช่วงอายุ 25-35 ปี ร้อยละ 70.0 พิสัย 20-35

จำนวนครั้งที่นอนในโรงพยาบาล กลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ไม่เคยร้อยละ 40 และ
ร้อยละ 25 ตามลำดับ 1 ครั้ง, 2 ครั้ง, 5 ครั้ง ร้อยละ 10 , 45 , 5 และ 40 , 35 , 0 ตามลำดับ ผู้ดู
แลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 85 และ 80 ตามลำดับ สามี-ภรรยา , อื่นๆ (พี่) เป็น
บิดาร้อยละ 5 , 10 และ 10 , 10 ตามลำดับ

ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่าย บิดา-มารดา ร้อยละ 85 และ 70 ตามลำดับ สามี-ภรรยา , อื่นๆ
(พี่) ร้อยละ 5 , 10 และ 5 , 25 ตามลำดับ

ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุมเป็นบิดา-มารดา ร้อยละ 85.0
และ 80.0 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม จำแนกตาม เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ประวัติการดูแลผู้ป่วย

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม n=40
	n=20	ร้อยละ	n=20	ร้อยละ	
1. เพศ					
ชาย	4	20	5	25	9
หญิง	16	80	15	75	21
2. อายุ					
39-40 ปี	-	-	4	20	4
41-50 ปี	4	20	3	15	7
51-60 ปี	4	20	5	25	9
61 ปีขึ้นไป	12	60	8	40	20
3. ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	17	85	16	80	33
มัธยมศึกษาตอนต้น	1	5	-	-	1
ปวส. , อนุปริญญา	2	10	2	10	4
ปริญญาตรีขึ้นไป	-	-	2	10	2
4. สถานภาพสมรส					
โสด	2	10	2	10	4
คู่	12	60	10	50	22
หม้าย	4	20	7	35	11
แยกกันอยู่	2	10	1	5	3
5. อาชีพ					
งานบ้าน	1	5	-	-	1
รับราชการ	1	5	1	5	2
รับจ้าง	5	25	10	50	15
ค้าขาย	13	65	8	40	21
เกษตรกร	-	-	1	5	1

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มทดลอง		กลุ่มควบคุม		รวม n=40
	n=20	ร้อยละ	n=20	ร้อยละ	
6. ผู้ดูแลผู้ป่วย					
บิดา	3	15	3	15	6
มารดา	13	65	9	45	22
พี่ชาย	3	15	4	20	7
น้องสาว	-	-	1	5	1
ภรรยา	1	5	1	5	2
สามี	-	-	2	10	2
7. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย					
มากกว่า 6 เดือน	1	5	1	5	2
มากกว่า 1 ปีขึ้นไป	3	15	1	5	4
มากกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี	16	80	18	90	34

จากตารางที่ 5 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลการศึกษา พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80 , ร้อยละ 75 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ร้อยละ 65 และ ร้อยละ 45

อายุของผู้ดูแล พบมากที่สุดอยู่ในช่วง อายุ 51 – 60 ปี และ อายุ 61 ปีขึ้นไป ร้อยละ 20 ร้อยละ 60 ฝนกลุ่มทดลอง และร้อยละ 25 ร้อยละ 40 ในกลุ่มควบคุม

ระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาเป็นส่วนใหญ่ สถานภาพสมรสคู่

อาชีพ พบว่า รับจ้างและค้าขายเป็นส่วนใหญ่ ในกลุ่มทดลองอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 25 และร้อยละ 65 อาชีพค้าขาย ในกลุ่มควบคุม อาชีพรับจ้างร้อยละ50 และ ร้อยละ40 อาชีพค้าขาย

ระยะเวลาดูแลผู้ป่วย มากกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 80 และร้อยละ 90 ตามลำดับ ซึ่งพบว่าลักษณะทั่วไปของญาติผู้ดูแล ทั้งกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีลักษณะคล้ายคลึงกัน

ตอนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

ตอนที่ 2.1 ข้อมูลคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ

ตารางที่ 6 คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ การทดสอบครั้งแรก (Pre – test) และการทดสอบครั้งหลัง (Post – test) และค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาและหลังได้รับสุขภาพจิตในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มทดลอง			กลุ่มควบคุม		
	การทดสอบ		ผลต่าง D	การทดสอบ		ผลต่าง D
	ครั้งแรก	ครั้งหลัง		ครั้งแรก	ครั้งหลัง	
1	22	27	5	20	24	4
2	18	24	4	24	25	1
3	18	25	3	21	25	4
4	24	21	3	27	24	3
5	19	24	5	13	24	11
6	19	24	6	16	20	4
7	22	24	2	19	24	5
8	21	23	2	19	22	3
9	16	22	6	22	23	1
10	14	24	10	19	22	3
11	27	27	0	21	22	1
12	17	24	7	14	21	7
13	16	25	9	19	22	3
14	22	24	2	22	22	0
15	20	26	6	24	26	2
16	23	27	4	27	27	0
17	17	24	7	16	24	8
18	15	24	9	16	20	4
19	18	24	6	22	22	0
20	22	25	3	22	24	2
\bar{X}	19.5	24.8	5.3	19.65	23.15	3.5

จากตารางที่ 6 แสดงว่าคะแนนความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทของญาติ กลุ่มทดลอง การทดสอบครั้งแรก (pre-test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา ได้คะแนนรวม 390 คะแนน คะแนนเฉลี่ย = 19.50 การทดสอบครั้งหลัง (post-test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาได้คะแนนรวม 496 คะแนน คะแนนเฉลี่ย = 24.80 และมีค่าคะแนนความแตกต่างเท่ากับ 5.3 ส่วนกลุ่มควบคุม การทดสอบครั้งแรก (pre-test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา ได้คะแนนรวม 393 คะแนน คะแนนเฉลี่ย = 19.65 การทดสอบครั้งหลัง (post-test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา ได้คะแนนรวม 463 คะแนน คะแนนเฉลี่ย = 23.15 และมีค่าคะแนนความแตกต่างเท่ากับ 3.5



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2.2 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ กลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง ก่อน และ หลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษา โดยการสอบค่า t (Paired t-test) ดังผลตามตาราง ดังนี้

ตารางที่ 7 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ **กลุ่มควบคุม การทดสอบครั้งแรก (pre – test) และ การทดสอบครั้งหลัง (post-test)**

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท	กลุ่มควบคุม	\bar{X}	SD	t-value	2-tail Sig
1. ความหมายของโรค	การทดสอบครั้งแรก	.05	.24	1.00	.33
	การทดสอบครั้งหลัง				
1. สาเหตุของโรค	การทดสอบครั้งแรก	1.30	1.25	3.81	.001*
	การทดสอบครั้งหลัง				
3. อาการของโรค	การทดสอบครั้งแรก	.60	1.18	2.26	.036*
	การทดสอบครั้งหลัง				
4. การดำเนินโรค	การทดสอบครั้งแรก	.25	.716	1.56	.135
	การทดสอบครั้งหลัง				
5. การรักษาโรค	การทดสอบครั้งแรก	.10	1.25	.36	.72
	การทดสอบครั้งหลัง				
6. การดูแลผู้ป่วย	การทดสอบครั้งแรก	1.20	2.167	2.48	.023*
	การทดสอบครั้งหลัง				
\bar{X}		3.5	4.95	3.16	.005*

* p<0.05

จากตารางที่ 7 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ กลุ่มควบคุม การทดสอบครั้งแรก (pre-test) และ การทดสอบครั้งหลัง (post-test) ผลการทดสอบ พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ตามเนื้อหาเป็นรายหัวข้อ พบว่า เนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุของโรค อาการของโรค และ การดูแลผู้ป่วย มีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนเนื้อหาเกี่ยวกับความหมายของโรค การดำเนินโรค และการรักษา ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 8 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแล ผู้ป่วยจิตเภทของญาติ กลุ่มทดลอง การทดสอบครั้งแรก (pre – test) และ การทดสอบครั้งหลัง (post-test)

ความรู้เกี่ยวกับการดูแล	กลุ่มทดลอง	\bar{X}	SD	t-value	2-tail Sig
1. ความหมายของโรค	การทดสอบครั้งแรก	.05	.224	1.00	.330
	การทดสอบครั้งหลัง				
2. สาเหตุของโรค	การทดสอบครั้งแรก	1.40	.754	8.30	.001*
	การทดสอบครั้งหลัง				
3. อาการของโรค	การทดสอบครั้งแรก	1.65	.988	7.47	.000*
	การทดสอบครั้งหลัง				
4. การดำเนินโรค	การทดสอบครั้งแรก	.40	.503	3.56	.002*
	การทดสอบครั้งหลัง				
5. การรักษาโรค	การทดสอบครั้งแรก	.25	1.020	1.10	.287
	การทดสอบครั้งหลัง				
6. การดูแลผู้ป่วย	การทดสอบครั้งแรก	1.55	1.146	6.05	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
		5.3	2.55	9.27	.00*

*p<0.05

จากตารางที่ 8 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ กลุ่มทดลอง การทดสอบครั้งแรก (pre-test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา และการทดสอบครั้งหลัง (post-test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ตามเนื้อหาเป็นรายหัวข้อ พบว่า เนื้อหาเกี่ยวกับ สาเหตุของโรค อาการของโรค การดำเนินโรค และการดูแลผู้ป่วย มีค่าความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ส่วนเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรค การดำเนินโรค และการรักษา ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 2.3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของ
ญาติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่า t (Unpair t-test)

ตารางที่ 9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับดูแลผู้ป่วย
จิตเภทของญาติ ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่าง	\bar{X}	t	p
กลุ่มทดลอง	5.3	2.0	2.34	.024*
กลุ่มควบคุม	3.5			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 9 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้การดูแล
ผู้ป่วยจิตเภทของญาติระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ผลการวิจัยพบว่า ความแตกต่าง ของ
ค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

ตอนที่ 3.1 คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

ตารางที่ 10 คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยการทดสอบครั้ง

แรก (Pre – test) และการทดสอบครั้งหลัง (Post – test) และค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันใน ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา และ หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาใน กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม

คนที่	กลุ่มทดลอง					กลุ่มควบคุม				
	การทดสอบ					การทดสอบ				
	ครั้งแรก		ครั้งหลัง		ผลต่าง	ครั้งแรก		ครั้งหลัง		ผลต่าง
กิจวัตร	สังคม	กิจวัตร	สังคม	กิจวัตร		สังคม	กิจวัตร	สังคม		
1	65	61	73	65	12	89	79	86	82	0
2	88	95	100	107	24	80	83	87	86	10
3	93	72	102	105	20	90	94	93	95	4
4	54	58	77	77	33	102	117	102	118	1
5	62	59	78	77	34	54	53	63	64	20
6	57	51	73	68	33	54	59	56	62	5
7	91	96	101	97	11	91	92	91	89	3
8	68	78	77	84	15	45	45	46	46	2
9	80	79	80	82	7	82	85	81	87	8
10	103	79	106	87	11	70	68	70	73	7
11	94	75	99	100	30	103	103	103	103	7
12	93	100	104	111	23	109	110	111	111	5
13	95	103	99	104	6	97	107	95	108	0
14	83	82	96	101	32	78	76	78	84	2
15	80	87	99	106	38	108	120	110	121	1
16	105	108	107	110	4	88	78	97	88	8
17	95	100	101	104	10	99	99	102	105	2
18	98	91	105	103	22	84	80	87	81	19
19	75	77	88	88	24	88	88	85	81	9
20	62	60	65	64	8	64	64	56	62	4
\bar{X}	82.05	80.55	91.50	92.05	19.85	83.70	84.45	85.70	87.65	5.65

* p < 0.05

จากตารางที่ 10 แสดงว่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในกลุ่มทดลองคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท การทดสอบครั้งแรก (Pre – test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 108 – 213 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 82.05 ด้านความสามารถทางสังคม 80.55 การทดสอบครั้งหลัง (Post – test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 130 – 217 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 91.50 ด้านความสามารถทางสังคม 92.05 ค่าเฉลี่ยความแตกต่าง (Mean of difference) = 19.85 ในกลุ่มควบคุมค่าคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน การทดสอบครั้งแรก (Pre – test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 90 - 228 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 83.70 ด้านความสามารถทางสังคม 84.45 การทดสอบครั้งหลัง (Post – test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา ค่าคะแนนอยู่ในช่วง 92 - 231 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 85.70 ด้านความสามารถทางสังคม 87.65 ค่าคะแนนความแตกต่างด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านความสามารถทางสังคมรวม 113 คะแนน ค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่าง (Mean of difference) = 5.65

ตอนที่ 3.2 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา และ หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา ในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่า t (pair t – test)

ตารางที่ 11 การทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุม การทดสอบครั้งแรก (pre – test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา และการทดสอบครั้งหลัง (post – test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D.	t-value	2-tail
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
1.1 การดูแลสุขอนามัย	การทดสอบครั้งแรก	.45	4.87	.41	.68
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.2 การรับประทานอาหาร	การทดสอบครั้งแรก	.35	4.34	.36	.72
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.3 การพักผ่อนนอนหลับ	การทดสอบครั้งแรก	.25	4.27	.26	.79
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	การทดสอบครั้งแรก	.30	4.82	.28	.79
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.5 การเดินทางด้วยตนเอง	การทดสอบครั้งแรก	.50	2.64	.85	.40
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.6 การปฏิบัติตามแผน ฯ	การทดสอบครั้งแรก	.35	5.57	.28	.78
	การทดสอบครั้งหลัง				
		2.20	24.56	.40	.69
2. ความสามารถทางสังคม					
2.1 การสร้างสัมพันธภาพ	การทดสอบครั้งแรก	.60	6.08	.44	.66
	การทดสอบครั้งหลัง				
2.2 การควบคุมอารมณ์	การทดสอบครั้งแรก	1.0	5.55	.81	.43
	การทดสอบครั้งหลัง				
2.3 พฤติกรรมการแสดงออก	การทดสอบครั้งแรก	.90	5.34	.75	.46
	การทดสอบครั้งหลัง				
2.4 การเข้าสังคม	การทดสอบครั้งแรก	.15	6.32	.11	.91
	การทดสอบครั้งหลัง				
2.5 ความสนใจสิ่งแวดล้อม	การทดสอบครั้งแรก	.80	6.06	.59	.56
	การทดสอบครั้งหลัง				
		3.45	28.18	.55	.59

* p < 0.05

จากตารางที่ 11 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มควบคุม การทดสอบครั้งแรก (pre – test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา และการทดสอบครั้งหลัง (post- test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา พบว่าไม่มี ความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านความสามารถทางสังคม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 12 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง การทดสอบครั้งแรก (pre – test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา และการทดสอบครั้งหลัง (post – test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา

ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน	กลุ่มตัวอย่าง	\bar{X}	S.D.	t-value	2-tail
1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน					
1.1 การดูแลสุขอนามัย	การทดสอบครั้งแรก	1.90	1.41	6.02	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.2 การรับประทานอาหาร	การทดสอบครั้งแรก	1.45	1.50	4.31	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.3 การพักผ่อนนอนหลับ	การทดสอบครั้งแรก	1.40	1.53	4.08	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรม	การทดสอบครั้งแรก	1.35	1.34	4.48	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.5 การเดินทางด้วยตนเอง	การทดสอบครั้งแรก	1.70	1.45	5.23	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
1.6 การปฏิบัติตามแผน ฯ	การทดสอบครั้งแรก	1.40	1.53	4.08	.001
	การทดสอบครั้งหลัง				
		9.20	6.27	6.56	.00*
2. ความสามารถทางสังคม					
2.1 การสร้างสัมพันธภาพ	การทดสอบครั้งแรก	2.25	1.75	5.77	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
2.2 การควบคุมอารมณ์	การทดสอบครั้งแรก	2.00	1.47	8.50	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
2.3 พฤติกรรมการแสดงออก	การทดสอบครั้งแรก	2.55	2.18	5.21	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
2.4 การเข้าสังคม	การทดสอบครั้งแรก	1.50	1.76	3.81	.001
	การทดสอบครั้งหลัง				
2.5 ความสนใจสิ่งแวดล้อม	การทดสอบครั้งแรก	1.55	1.66	4.32	.00*
	การทดสอบครั้งหลัง				
		10.65	6.66	7.14	.00*

*p<0.05

จากตารางที่ 12 การทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลอง การทดสอบครั้งแรก (pre – test) ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา และการทดสอบครั้งหลัง (post- test) หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านความสามารถทางสังคม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตอนที่ 3.3 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม โดยการทดสอบค่า t (Unpair t – test)

ตารางที่ 13 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยของ ความแตกต่าง	\bar{X}	t	p
กลุ่มทดลอง	19.85	15.65	4.75	.000*
กลุ่มควบคุม	5.65			

* $p < 0.05$

จากตารางที่ 13 การทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ผลการวิจัยพบว่าความแตกต่างค่าเฉลี่ย (Mean of difference) ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยทดลอง (Experimental Research) แบบก่อนและหลังให้
สุขภาพจิตศึกษา โดยมีกลุ่มควบคุม 1 กลุ่ม (Before – After experiment with one control
group) มีวัตถุประสงค์ เพื่อ

1. ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง
การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย กับ การให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย
2. ศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ก่อน
และ หลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย

สมมุติฐานการวิจัย

ผู้วิจัยได้ตั้งสมมุติฐานการวิจัยไว้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ทั้งญาติและผู้ป่วยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา มีความสามารถในการ
ดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา
2. ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย กับให้สุขภาพจิต
ศึกษาเฉพาะผู้ป่วย มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่า ก่อนที่ได้รับการให้สุขภาพ
จิตศึกษา

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรค
จิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM-IV และ ICD 10 อายุ 20-40 ปี มีคะแนนแบบประเมิน
อาการทางจิต คือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) อยู่ระหว่าง 15-30 คะแนน ซึ่งมี
อาการทางจิตรุนแรงน้อยระยะเวลาที่ป่วยทางจิตไม่เกิน 5 ปี พูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง ได้รับการ
รักษาด้วยยาต้านโรคจิตในกลุ่มดั้งเดิม ไม่เป็นโรคทางกายร้ายแรง รักษาแบบผู้ป่วยนอกที่คลินิก
จิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี จำนวน 40 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับการให้สุขภาพจิต
ศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 20 ราย และกลุ่มควบคุมที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา
เฉพาะผู้ป่วย จำนวน 20 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติซึ่ง ทานตะวัน แย้มบุญเรือง (2540)⁽⁵⁴⁾ ได้แนวคิดของ Lefley (1987)⁽⁴⁷⁾ พบว่าแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหาค่าความเที่ยง โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์ความเที่ยงแบบคูเดอร์ - ริชาร์ดสัน (HUDER – Richardson) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.60 และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท โดยการสัมภาษณ์ ซึ่งสุวิมล สมัตตะ (2542)⁽⁵⁹⁾ อ้างถึงยุพาพิน ประสานอริคมที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรัง ในการดูแลตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และแนวคิดของ Sidney Katy ที่สร้าง The Index of Independent In Active of Daily Living เพื่อใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน หาค่าความเที่ยงของแบบประเมินโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาและเอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้นำมาจากคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการสอนสุขภาพจิตศึกษาโดยธีระ ลีลานันนิจและคณะ (2541)⁽⁶⁷⁾

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยโดยแบ่งออกเป็น 3 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนเตรียมการทดลอง ขั้นตอนการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

ขั้นเตรียมการทดลอง

การเตรียมการมีขั้นตอนสรุปได้ ดังนี้

1. เตรียมเครื่องมือ
2. ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี กลุ่มงานจิตเวชคลินิกจิตเวช สถานีนอนามัยในเขตเมืองจังหวัดชลบุรี

ขั้นดำเนินการทดลอง

ขั้นดำเนินการทดลอง ผู้วิจัยให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที จำนวน 5 ครั้ง และให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติในกลุ่มทดลองสัปดาห์ละครั้ง ครั้งละ 30-45 นาที จำนวน 6 ครั้ง มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย

- ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรค
- ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ
- ครั้งที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับสัมพันธภาพความรับผิดชอบของผู้ป่วย
- ครั้งที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลายเครียดตนเอง

ขั้นตอนการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ

- ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ การรวบรวมข้อมูล และให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 2 ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 3 ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟู สมรรถภาพ
- ครั้งที่ 4 ให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
- ครั้งที่ 5 ให้ความรู้เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้าง และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- ครั้งที่ 6 ให้ความรู้เกี่ยวกับการคลายเครียดตนเอง

ในการให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากผู้ป่วยและญาติดำเนินการทดลองได้ครบตามแผนที่วางไว้ คือเริ่มทำการทดลองตั้งแต่ เดือนกุมภาพันธ์ – เดือนกรกฎาคม พ.ศ.2545

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการทดลอง ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท โดยการประเมินก่อนการทดลอง (Pre-test) คือก่อนเริ่มให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 1 และทดสอบหลัง (Post-test) ในวันที่สิ้นสุด ครั้งที่ 5 โดยใช้แบบประเมินชุดเดียวกันทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. ข้อมูลที่ได้ในส่วนข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท คำนวณหาร้อยละ (Percentage) ใช้ในการแจกแจงความถี่ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะของกลุ่ม ตัวอย่าง นำเสนอข้อมูลโดยการบรรยายและตารางประกอบ

2. ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

Unpaired t-test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง ระหว่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม ก่อน และ หลังการทดลอง

Paired t - test เพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทของกลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง และ หลังการทดลอง

3. การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม SPSS/PC⁺

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มารับบริการ ที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี มีทั้งหมด 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มทดลอง 20 คน

ด้านการศึกษา กลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่มีข้อมูลคล้ายกันเป็นชาย มากกว่าหญิงจำนวน 30 ราย มีอายุพิสัย 21-39 อายุเฉลี่ย กลุ่มทดลอง 28.15 กลุ่มควบคุม 31.75 ส่วนใหญ่สถานภาพโสด อายุป่วยครั้งแรก กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 24.10 ร้อยละ 55 ส่วน กลุ่มควบคุม อายุป่วย ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 27.5 ร้อยละ 75

ระดับการศึกษา กลุ่มทดลอง พบว่า จบการศึกษาระดับมัธยมต้น จำนวน 8 คน และ 4 คน ตามลำดับ กลุ่มควบคุม จำนวน 5 คนจบชั้นประถม และ จำนวน 7 คน จบชั้นมัธยม และ ในกลุ่มควบคุมจบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 2 คน

ด้านอาชีพพบว่าในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพช่วยงานบ้านอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 70 และ ร้อยละ 30 ประกอบอาชีพ รับจ้าง เกษตรกรรม และอื่น ๆ กลุ่มทดลอง มีรายได้เฉลี่ย 1,175 บาท/เดือน กลุ่มควบคุม รายได้เฉลี่ย 750 บาท/เดือน

ประวัติการป่วย ส่วนใหญ่ มากกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 80 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 90 จำนวนครั้งที่นอนโรงพยาบาล พบว่าไม่เคยนอนโรงพยาบาลร้อยละ 40

ในกลุ่มทดลอง และร้อยละ 25 ในกลุ่มควบคุม เคยนอนโรงพยาบาล 1-2 ครั้ง ร้อยละ 55 และ ร้อยละ 75

ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นบิดา-มารดา ทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มทดลอง 85 และร้อยละ 80 ในกลุ่มควบคุม และผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายเป็นบิดา-มารดา ทั้ง 2 กลุ่ม ร้อยละ 85 และร้อยละ 70

1.2 ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลผู้ป่วย

พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วย ส่วนใหญ่ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเป็นหญิงจำนวนมาก อายุ 60 ปีขึ้นไป ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 65 กลุ่มควบคุม ร้อยละ 45 อายุ 60 ปี ขึ้นไป เป็นส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส คู่ ในกลุ่มทดลอง ร้อยละ 60 และกลุ่มควบคุม ร้อยละ 50 อาชีพ ส่วนใหญ่ ทั้งในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม มี อาชีพรับจ้าง และค้าขาย

ผู้ดูแล ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา จำนวน ร้อยละ 65 ในกลุ่มทดลอง และ ร้อยละ 45 ในกลุ่มควบคุม ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยมากกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ร้อยละ 90

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติ

ผลการวิจัย พบว่า คะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติ ในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนการทดสอบครั้งแรก และ การทดสอบครั้งหลัง (Mean of difference) เท่ากับ 5.3 ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของญาติ ก่อนให้สุขภาพจิตศึกษา เท่ากับ 19.50 หลังการให้สุขภาพจิตศึกษา มีค่าเฉลี่ยคะแนนเท่ากับ 24.80 ซึ่งเกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจัดอยู่ในระดับพอใช้ ก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง เกณฑ์การวัดระดับความรู้อยู่ในระดับดี สรุปว่าในกลุ่มทดลองคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของญาติหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่า ก่อนการได้รับสุขภาพจิตศึกษา อย่างนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนการให้สุขภาพจิตศึกษา เท่ากับ 19.65 หลังการให้สุขภาพจิตศึกษา เท่ากับ 23.15 ซึ่งเกณฑ์การวัดระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจัดอยู่ในระดับพอใช้ ก่อนการทดลอง และเพิ่มขึ้นหลังการทดลอง เกณฑ์การวัดระดับความรู้อยู่ในระดับดี มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สรุปว่าในกลุ่มควบคุม คะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยของญาติหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่า ก่อนการได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อพิจารณาเนื้อหาเป็นรายด้านพบว่า เนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค และการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งใน กลุ่มควบคุม และ กลุ่มทดลอง

ส่วนผลการทดสอบค่าเฉลี่ยคะแนนความแตกต่างความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

ผลการวิจัย พบว่าในกลุ่มทดลองหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่า ก่อนการได้รับสุขภาพจิตศึกษา มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านความสามารถทางสังคมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($X = 82.05$, $\bar{X} = 80.55$ และ $\bar{X} = 91.85$, $\bar{X} = 92.05$) ส่วนกลุ่มควบคุม หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาค่าเฉลี่ยคะแนน สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนสูงกว่า แต่ไม่พบความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งด้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านความสามารถทางสังคม ($X = 83.70$, $X = 84.45$ และ $X = 85.70$, $X = 87.05$ ตามลำดับ)

ส่วนผลการทดสอบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการทดลองพบว่า มีความแตกต่างเท่ากับ 15.65 ซึ่งผู้วิจัยคาดว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนของกลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากค่าเฉลี่ยกลุ่มควบคุมอย่างน้อย 10% จึงมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มทดลองที่ให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านแก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท กับ กลุ่มควบคุมที่ให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท และศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ก่อน และหลัง การให้สุขภาพจิตศึกษา ซึ่งพบประเด็นที่น่าสนใจ ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของญาติผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีลักษณะต่างๆ ไป คล้ายคลึงกัน คือ ส่วนใหญ่เป็นหญิงมีสถานภาพคู่และมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดยเป็นมารดา ซึ่งแสดงให้เห็นถึงความรัก ความผูกพันของมารดาเป็นลักษณะโดยธรรมชาติของความเป็นแม่ และประวัติการดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่า 3 ปี แต่ไม่ถึง 5 ปี ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุรพล ไชยเสนา และคนอื่นๆ (2540) และพบว่าญาติส่วนใหญ่จะมีทัศนคติที่ดีต่อ ผู้ป่วย คือญาติจะสงสาร ยอมรับ ให้ความสนใจ และเอาใจใส่ผู้ป่วยที่สำคัญผู้ดูแลที่เป็นบิดา มารดา จะมีทัศนคติที่ดี อดทน และเข้าใจผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติดา ตันตารภรณ์ (2524 อ้างถึง ใน ปวารณา บริจันท์ และคนอื่นๆ, 2536)⁽⁷⁰⁾ และการศึกษาของยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543)⁽⁷¹⁾ พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เรื้อรังนานกว่า 2 ปี น่าจะมีผลให้ญาติหรือบิดา มารดา ได้เรียนรู้วิธีการดูแล ธรรมชาติของโรค มีทักษะในการเผชิญปัญหาและทางออกได้ดีขึ้นกว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะที่สั้นกว่า ขณะเดียวกันก็เริ่มทำใจได้กับการเจ็บป่วยทางจิต ให้ภัยต่อ

พฤติกรรมผิดปกติที่ยังคงมีอยู่ในผู้ป่วยจิตเภท ไม่ว่าจะ เป็นอาการซึมเศร้า ไม่กระตือรือร้น หรือนอนมากเกินไป นอกจากนี้การดูแลระยะเวลานาน ช่วยให้เกิดการปรับตัวลักษณะของความเคยชินหรือความปกติของชีวิตประจำวัน หรือ การนำผู้ป่วยมาพบแพทย์มารับยาต่อเนื่องให้ผู้ป่วยได้พูดคุยกับจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ผู้ดูแลมีความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ญาติผู้ดูแลได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลทำให้มีความเข้าใจ มั่นใจว่าตนเองสามารถดูแล ผู้ป่วยได้(Yamashita,1996)⁽⁷³⁾ การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแลทำให้ผู้ดูแลมีทางเลือกในการแก้ไขปัญหาจากการดูแล มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยคือญาติจะสงสารยอมรับและให้ความสนใจและเอาใจใส่ผู้ป่วย ส่วนลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ลักษณะต่างๆ ไปคล้ายคลึงกัน พบว่าเป็นเพศชาย มากกว่า เพศหญิง แต่พบว่ามี ความแตกต่างในด้านอายุในกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 28.15 และในกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 31.75 และอายุการป่วยครั้งแรกในกลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 24.10 ในกลุ่มควบคุม อายุเฉลี่ย 27.50

2. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติผู้ดูแล

จากการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม เดิมมีความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับความรู้การดูแลผู้ป่วยใกล้เคียง (ดังตารางที่ 6) จัดอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งไม่แตกต่างกันในกลุ่มทดลองให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่า ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา และเมื่อพิจารณาเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลเป็นรายด้าน พบว่าเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค การดำเนินโรค และการดูแลผู้ป่วย มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความหมายของโรค และการรักษาไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในกลุ่มควบคุมให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนหลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา สูงกว่า ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เพื่อพิจารณาเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลเป็นรายด้าน พบว่าเนื้อหาเกี่ยวกับสาเหตุของโรค อาการของโรค และการดูแลผู้ป่วยมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรค การดำเนินโรค การรักษาไม่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของโรค การดำเนินโรค การรักษาค่อนข้างจะเป็นวิชาการ อาจจะไม่ค่อยเข้าใจ เนื่องจากเนื้อหาของเอกสารประกอบค่อนข้างละเอียด ถ้าอ่านเองอาจจะเข้าใจยาก และญาติหลายคนขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทไม่ทราบว่าจะดูแลอย่างไร จากการศึกษายอดสร้อยวิเวกวรรณ (2543)⁽⁷¹⁾ พบว่าผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 65 ไม่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการดูแล การมีแนวทางในการจัดการกับปัญหาของผู้ป่วย ฉะนั้นการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยเกี่ยวกับความผิดปกติของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรค การรักษาและการช่วยเหลือผู้ป่วย

(Wilson Kneisl, 1996) ⁽⁷⁴⁾ และการช่วยเหลือทางด้านจิตใจ และให้ข้อมูลที่สำคัญกับสมาชิกในครอบครัวเพื่อเพิ่มความสามารถของครอบครัวในการแก้ปัญหาทำให้สามารถทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยได้ (Koontz et al, 1991) ⁽⁷⁵⁾ การได้ข้อมูลรวมทั้งแหล่งให้ความช่วยเหลือดูแล ทำให้ผู้ดูแลมีทางออกในการแก้ไขปัญหาจากการดูแล มีทัศนคติต่อผู้ป่วยดีขึ้น (Robinson, Yates, 1994) ⁽⁷⁶⁾ และการอ่านเอกสารด้วยตนเองและการได้รับการสอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและควบคุมการเจ็บป่วยได้ (Hatfield, 1979) ⁽¹⁰⁾ ครอบครัวของผู้ป่วยได้รับการให้ข้อมูลและการเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ (Pukenhan, Dadds, 1987 cited by Loukissa, 1995) ⁽⁶²⁾ ที่พบว่า การให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภทและการได้รับการสอนวิธีการเผชิญปัญหา จะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวล การรับรู้ภาระและความขัดแย้งในครอบครัวลดน้อยลง เพื่อให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ ทำให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน และหลังการให้สุขภาพจิตศึกษาทั้งกลุ่มทดลองที่ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยกับกลุ่มควบคุมที่ให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ส่วนผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้การดูแลผู้ป่วยระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น จัดอยู่ในระดับดี (ดังตารางที่ 9) เป็นผลมาจากการกระตุ้นให้ญาติเห็นความสำคัญของการมีความรู้ ในกลุ่มทดลองได้ให้ความรู้กับญาติผู้ดูแลใกล้ชิด ส่วนในกลุ่มควบคุมไม่ได้ให้ความรู้ แต่อาจมีผลให้ญาติผู้ดูแลมีความรู้ดีขึ้นจากการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยด้วยความเอาใจใส่ของผู้วิจัย รวมทั้งมีการให้เอกสารความรู้ประกอบแต่ละครั้งที่ให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้าน ก็อาจทำให้ญาติผู้ดูแลสนใจและพูดคุยกับผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น จึงทำให้เข้าใจโรค และวิธีการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ไปด้วย และจากการที่ผู้วิจัยติดตามต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 5 สัปดาห์ (สัปดาห์ละครั้ง) ในระยะวิจัยทำให้ญาติลดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยระยะนี้ลง เพราะคิดว่าถ้ามีปัญหาปรึกษาผู้วิจัยซึ่งจะช่วยเหลือได้ ทำให้ญาติเกิดความมั่นใจมากขึ้น ผู้ป่วยคงไม่มีอาการกำเริบ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอร่ามศรี เกสจินดา (2537) ⁽⁶⁰⁾ พบว่าญาติมีความมั่นใจในการดูแลและเรียนรู้วิธีแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เข้าใจอาการของผู้ป่วยจิตเภท ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย ความวิตกกังวลลด แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้กับญาติด้วย ทำให้ญาติมีความรู้เพิ่มมากขึ้นจึงพบว่ามีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพราะญาติผู้ดูแลต้องมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ซึ่งสอดคล้องกับการวิจัยของ ชะฤทธิ์ พงษ์อนุตรี (2531) ⁽⁵⁾ ว่าญาติจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้

1. ญาติเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานที่สุดและมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ ญาติจึงเป็นบุคคลที่รู้ปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ

2. บ้านถือเป็นสังคมแห่งแรกของผู้ป่วยและเป็นบ้านหลอมพฤติกรรมที่ดีแก่ผู้ป่วยได้ เพราะฉะนั้นความรู้นับเป็นตัวแปรสำคัญในการเสริมสร้างเจตคติที่ดี ก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลอง หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 น่าจะมาจากความรู้ของญาติเพิ่มขึ้น แสดงว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย มีส่วนกระตุ้นให้ญาติเห็นความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541)⁽⁵⁹⁾ ที่ศึกษาถึงผลการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พบว่าหลังการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านผู้ป่วยมีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่า ก่อนการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช รูปแบบของแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นการให้ความรู้จากการสอน ให้คำแนะนำ และการสาธิต การปฏิบัติ สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เช่นเดียวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยที่บ้านแม้ผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบต่อตนเองมีการปรับตัวที่ล้มเหลว (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532)⁽⁷²⁾ แต่เมื่อผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาจนสามารถควบคุมอาการ หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติได้แล้ว ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่บ้านได้ ถ้าผู้ป่วยกลับมาใช้ชีวิตได้เหมือนเดิม ผู้ป่วยจะไม่เกิดปัญหาในการดำเนินชีวิต แต่ส่วนใหญ่พบว่าภายหลังการบำบัดรักษาแล้วผู้ป่วยยังคงหลงเหลือพยาธิสภาพของโรคนี้ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความด้อยสมรรถภาพ มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันต่ำกว่าก่อนการเจ็บป่วยทางจิต จากการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนี้ พบว่าผู้ป่วยทุกคนให้ความสนใจในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก มีความพยายามปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย ซึ่งสอดคล้องกับทัศนคติของโอเรม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)⁽³⁸⁾ ที่ได้กล่าวถึงความต้องการการดูแลตนเองที่มนุษย์มีธรรมชาติของการพึ่งตนเอง (self-reliant) และรับผิดชอบ (responsible) ต่อการดูแลตนเองตลอดจนมีสวัสดิภาวะ (well-being) ในการดูแลตนเอง การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นของมนุษย์ เป็นความสามารถที่ได้มาจากประสบการณ์เกี่ยวกับตนเอง สิ่งแวดล้อม และการถ่ายทอดความคิด การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่เป็ธรรมชาติของมนุษย์เป็นเอกลักษณ์ที่แตกต่างจากสิ่งมีชีวิตกลุ่มอื่นๆและการให้สุขภาพจิตศึกษา (psychoeducation) แก่ญาติและผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยและญาติเกิดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคจิตเภท จนนำไปสู่ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง และป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท (พิเชษฐ อุดมรัตน์, ธีระ ลีลานันทกิจ, ธนู ชาตธนานนท์, 2540)⁽⁷⁷⁾

ส่วนผลการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับ กลุ่มควบคุม พบว่ากลุ่มทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยสูงกว่า กลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ตามที่ได้กล่าวมาเมื่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแล โดยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย ทำให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยได้รับความรู้ คำแนะนำ และได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ได้ร่วมกันค้นหาวิธีการในการดูแลผู้ป่วยตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว ตลอดจนได้รับความรู้ไปปฏิบัติรวมทั้งการให้ความรู้เป็นรายบุคคลที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวรู้สึกอบอุ่นเป็นกันเองในการพูดคุยสามารถปรึกษาเรื่องต่างๆ ได้อย่างสะดวก และการมาเยี่ยมต่อเนื่องสัปดาห์ละครั้งเป็นเวลา 5 สัปดาห์ ผู้ป่วยและญาติเห็นการมาเยี่ยมของผู้วิจัยได้ให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจตนเองที่จะปฏิบัติตาม มีกำลังใจที่จะปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันและ ปฏิบัติตัวตามสังคมได้ด้วยตนเองอีกทั้งสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยได้ทำความเข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วยได้ถูกต้อง นอกจากนี้การดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องของผู้วิจัย การมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้วิจัยกับผู้ป่วย การเห็นใจ เข้าใจ และยอมรับความรู้สึกของผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจผู้วิจัยและปฏิบัติตามคำแนะนำต่างๆ (สมจิต หนูเจริญกุล)⁽⁴⁵⁾ จากการศึกษาของ Ravelli, Donleer and Geelen (1997)⁽²⁴⁾ ซึ่งใช้ระยะเวลาศึกษา 4 เดือน มีเป้าหมาย 4 ระดับ ด้วยกัน คือ ระดับที่ 1 เพื่อให้ข้อมูลข่าวสาร ระดับที่ 2 เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เพิ่มมากขึ้น ระดับที่ 3 เพื่อเปลี่ยนแปลงทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายเกี่ยวกับพฤติกรรมต่างๆ ระดับที่ 4 คือเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเป้าหมาย พบว่าในระดับที่ 1 และ ระดับที่ 2 มีการเปลี่ยนแปลงแต่ในระดับที่ 3 และ ระดับที่ 4 นั้น จำเป็นต้องใช้เวลามากกว่านี้ ซึ่งจากการศึกษาในระยะเวลา 5 สัปดาห์ พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ถ้าเพิ่มระยะเวลาการให้สุขภาพจิตศึกษาและเพิ่มระยะเวลาการติดตาม รวมทั้งมีการศึกษากลุ่มตัวอย่างในลักษณะ Matching และเนื้อหาของสุขภาพจิตศึกษาอาจจะต้องปรับให้ง่ายขึ้น ซึ่งในเนื้อหาความรู้ค่อนข้างละเอียดบางครั้งหากไม่อธิบายอาจจะไม่เข้าใจ อาจพบความเปลี่ยนแปลงมากขึ้นในระยะเวลายาว ซึ่งความรู้นั้นเป็นตัวแปรสำคัญในการเสริมสร้างเจตคติที่ดีก่อให้เกิดการปฏิบัติที่ถูกต้อง ญาติผู้ดูแลก็จะเป็นกำลังใจที่สำคัญให้กับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านความสามารถทางสังคมและควรมีการวัดเจตคติของญาติในการดูแลผู้ป่วย หรือวัดเจตคติที่ผู้ป่วยมีต่อญาติว่าเป็นอย่างไร ซึ่งความรู้ของญาติที่ดูแลและความรู้ของผู้ป่วยดี ก็จะช่วยเสริมสร้างเจตคติที่ดี ญาติผู้ดูแลก็จะเป็นกำลังใจที่สำคัญให้กับผู้ป่วยในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งด้านความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านความสามารถทางสังคมต่อไป

เมื่อผู้วิจัยได้ดำเนินการวิจัยครบตามกำหนด 5 ครั้ง ตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านแล้ว ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับ การให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้าน ผลการสัมภาษณ์มีดังนี้ คือ

1. ได้รับความรู้จากการสนทนากับพยาบาลเป็นอย่างมาก
2. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนี้อาจค่อนข้างละเอียดอ่านแล้วเข้าใจและสามารถนำไปปฏิบัติได้
3. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตกับผู้ป่วยทุกคน ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพกันมากขึ้น
4. ควรมีการเยี่ยมบ้านเช่นนี้อีกอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากรู้สึกพอใจและทำให้มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อไป

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. ตัวอย่างในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันแม้จะมีการ Randomized แต่เพราะขนาดของตัวอย่างมีไม่มากพอ (N=20 คน ในแต่ละกลุ่ม) จึงพบความแตกต่างของอายุเริ่มป่วย ถ้าใช้วิธีการ Matching น่าจะทำให้ผลน่าเชื่อถือกว่านี้
2. การวิจัยเชิงทดลองนี้ ไม่ได้ใช้ blinding technique เนื่องจากผู้วิจัยต้องเป็นผู้ให้สุขภาพจิตศึกษาเองกับทั้ง 2 กลุ่ม รวมถึงเป็นผู้ให้คะแนนประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันเองอีกด้วย อย่างไรก็ตามผู้วิจัยได้ตระหนักถึงโอกาสที่จะเกิด bias ดังกล่าว และมีมาตรการให้ค่าคะแนนต่างๆ เป็นไปตามคู่มือการสัมภาษณ์อย่างเคร่งครัด

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้ประโยชน์

การพบญาติผู้ป่วยจิตเภท โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ามาใช้บริการในโรงพยาบาล โดยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรค ความหมายของโรค สาเหตุการเกิดโรค อาการของโรค การดำเนินของโรค การรักษาและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยสัปดาห์ละครั้ง ในผู้ป่วยรายใหม่ รายเก่า เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจโรค ยอมรับการเจ็บป่วย และมีการติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะตามความเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป

1. การศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบของสุขภาพจิตศึกษาในญาติผู้ป่วยจิตเภท และผู้ป่วยจิตเภท เพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับภาวะการณปัจจุบัน
2. การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแลที่ปฏิบัติจริงในครอบครัว เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลตามสภาพเป็นจริงที่เกิดขึ้น

3. ควรมีการวิจัยต่อเนื่องในลักษณะการติดตามผลเป็นระยะ เพื่อดูการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท และแนวโน้มการกลับมาเป็นซ้ำของผู้ป่วยหรือความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย
4. ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับทัศนคติ หรือความพึงพอใจของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและการรับภาระของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
5. ควรศึกษาสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เริ่มป่วยว่าแตกต่างจากสุขภาพจิตของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหรือไม่ และแตกต่างกันอย่างไร



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

1. Provencher, H.L., Fournier, J.P and Dupuis, N . Schizophrenia revisited. Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing 4,2 August 1997 275-285.
2. กรมการแพทย์ , กองสุขภาพจิต. แผนงานสุขภาพจิตในแผนพัฒนาการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : ม.ป.ท, 2534.
3. ไพรัตน์ พุทธชาติคุณากร. จิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. เชียงใหม่ : หน่วยวารสารวิชาการ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2535.
4. มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. จิตเวชศาสตร์. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์ชวนพิมพ์, 2539.
5. ชะฤทธิ พงศ์อนุตริ. การช่วยเหลือญาติของผู้ป่วยจิตเภท. วารสารพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 2,2 (2531) : 99-105.
6. France L.C.G., Conn V. S. and Gray, D.P. Families & perceptions of burden of care for chronic mentally ill relatives. Hospital Community Psychiatry. 39,12 (December 1988) : 1296-1300.
7. ชูทิตย์ ปานปรีชา. วิจัยทัศนในปัญหาสุขภาพจิตของสังคมไทย ในช่วงแผนพัฒนาฉบับที่ 8. ใน เอกสารประกอบการประชุมวิชาการเรื่อง การพยาบาลกับการดูแลสุขภาพจิตที่บ้าน, 1-8. 16-18 สิงหาคม 2540 .
8. รุจา ภูไพบูลย์. การดูแลสุขภาพจิตที่บ้าน : แนวคิดพื้นฐานสำหรับอนาคต . วารสารพยาบาล 43,4 (ตุลาคม-ธันวาคม 2537).
9. ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม. ญาติผู้ดูแลที่บ้าน. แนวคิดและปัญหาในการวิจัย. รามาธิบดีพยาบาลสาร. 1(มกราคม – เมษายน 2539) : 84-94.
10. Hatfield, A.B. The family as partner in the treatment of mental illness. Hospital & Community Psychiatry 30,5 (May 1979):338-340.
11. Kane, C. The outpatient come home : The family's response to deinstitutionalization. Journal of Psychhosocial Nursing 22 (November 1984)19-25.
12. Lefley, H.P. Aging parents as caregivers of mentally ill adult children : An emerging social problem. Hospital & Community Psychiatry. 38,10 (October 1987),1063-1070.

13. Beker, A.F. Living with a chronically ill schizophrenia can place great stress on individual Families Cope. Journal of Psychosocial Nursing.27 (January 1989): 31-36.
14. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 273-290. 4th ed . Washington DC : American Psychiatric Association, 1994.
15. ศิริลักษณ์ ศุภปิติพร.โรคจิตเภท.เอกสารประกอบการสอนวิชา 3007301 Human Behavior พ.ศ.2539,2540.
16. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2536.
17. สุวัฒนา อารีพรอค. โรคจิตเภท. ความผิดปกติทางจิต. 237-263. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2524 : 237-263.
18. World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorder Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva : World Health Organization , 1992.
19. Lieberman, J.A, Brown, A.S., and Gorman, JM. Biological marker : Schizophrenia . In : J.M.Oldham, and M.B.Riba (eds.),American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Volume 13. Washington DC, American Psychiatric Press, 1994.
20. Kaplan, H.I., Sadock,B.J., and Grebb,J.A. Schizophrenia. In : Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry : Behavioral Science, Clinical Psychiatry. 457-486. 7th ed . Baltimore : Williams & Wilkins, 1994.
21. Kaplan, .I., and Sadock,B.J. Schizophrenia. In : Pocket Handbook of Clinical Psychiatry. 74-87, T.C. 2nd ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1996 .
22. จำลอง ดิษยวณิช, การวินิจฉัยและการใช้ยาจิตเวช. โครงการตำรา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ : เจริญการพิมพ์, 2531.
23. Manschreck .Schizophrenic Disorder . In : Outpatient Diagnosis and treatment 510-525. 2nd ed. Baltimore : Williams & Wilkins, 1989 .
24. ภัทรา ถิรลาภ. การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา : ศึกษาเฉพาะกรณี : โรงพยาบาลศรีบุญญา. วิทยานิพนธ์ สังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.

- 25.สมภพ เรืองตระกูล. คู่มือจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์เรือนแก้ว, 2523.
- 26.เจียมจิตต์ จุฑาบุตร. ความสัมพันธ์ระหว่างบรรยากาศองค์การความทนทาน แรงจูงใจ กับความสามารถในการปฏิบัติงานของพยาบาลประจำการโรงพยาบาลจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ คณะพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.
- 27.มยุรี เพชรอักษร. กิจวัตรประจำวันในผู้ป่วยอัมพาตครึ่งซีก : ภายใต้อัมพาตครึ่งซีก. เชียงใหม่ : คณะเทคนิคแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2532.
- 28.นภาพรณ แก้วกรรณ. ผลการงูใจญาติต่อพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเลือดสมองในระยะพักฟื้น. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533.
- 29.ทัศนีย์ ระย้า. การประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต.ริมเหนือ อ.แมริม จ.เชียงใหม่. การค้นคว้าอิสระ หลักสูตรปริญญาสาธาณสุขมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2537.
- 30.ประภาเพ็ญ สุวรรณ. การจัดสถานะทางสุขภาพ : การสร้างมาตราส่วนประมาณค่าและแบบสอบถาม. กรุงเทพฯ : ภาพพิมพ์ , 2537.
- 31.อัฉรา จรัสสิงห์. สมรรถภาพในการปฏิบัติกรพยาบาลตามการรับรู้ตนเองของพยาบาล วิชาชีพ. โรงพยาบาลศรีธัญญา. รายงานการวิจัย, 2536.
- 32.ยุพาพิน ประสารอติคม. ผลการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านตามแนวทางทฤษฎีของโอเรม. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาธาณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2535.
- 33.จินตนา ยูนิพันธุ์. รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2534.
- 34.ฉวีวรรณ สุตบุตร. Concept framework ของพยาบาลในโรงพยาบาลจิตเวช. เอกสารในการประชุมวิชาการพยาบาลจิตเวชครั้งที่ 3.
- 35.Friendman.M.M. Family Nursing : Theory and Assessment. New York : Century Crofts, 1986.
- 36.ดรฤณี รุจกานต์. หลักการและแนวคิดในการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช.วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต.(กรกฎาคม - ธันวาคม 2536).

37. วัชณี หัตถพนม, สุพิน พิมพ์เสมอ, ปทุมทิพย์ สุภานันท์, ศรีสอาด จุฬากฤษฏา และศิริพร ปอทอง. ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. มปท , 2529.
38. Kane, C. The Outpatient comes home : the family's response to deinstitutionalization. Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services. 22, 11 November 1984) : 19-25.
39. เยาวมาลย์ รินทระ. รายงานการวิจัยการสำรวจแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชครอบครัวศึกษากรณีญาติที่มารับบริการโรงพยาบาลศรีธัญญา. เมือง : สำนักพิมพ์ , 2538.
40. ยาใจ สิทธิมงคล. ภาวะของครอบครัวในการดูแลญาติผู้ป่วยทางจิต : การวิเคราะห์รายงานการวิจัย. วารสารพยาบาลศาสตร์ 13, (มกราคม – มีนาคม 2538) : 19-26.
41. Fadden, G., Bebbington, P., Kuipers, L.. The burden of care : The Impact of functional psychiatric illness on the patient's family. The British Journal of Psychiatry 150. March(1987) : 285-292.
42. Lefley, H.P. Impact of mental illness in families of mental health professionals. The Journal of Nervous and Mental Disease 175, 10 October (1987) : 613-619.
43. วรภข นิธิกุล. การศึกษาคำเครียดของญาติผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตวิทยา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2535.
44. Johnson, B.S. Psychiatric. Mental health nursing : Adaptation and Growth. 4th ed. Philadelphia : J.B. Lippincott. ปี 1990.
45. สมจิตร หนูเจริญกุล. การดูแลตนเอง : ศาสตร์และศิลป์ทางการแพทย์พยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : วิศิฏสิน, 2534.
46. สุวดี ศรีวิเศษ และคนอื่นๆ. การศึกษากิจกรรมให้ความรู้แก่ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทแบบประชุมสัมมนา. รายงานการวิจัย ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. 2538.
47. สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ. การพยาบาลผู้ป่วยเรื้อรัง : มโนคติสำคัญสำหรับการดูแล. ขอนแก่น. : ขอนแก่นการพิมพ์. 2537.
48. Minister of Supply and Services Canada. Schizophrenia or handbook for families. Ottawa : Health Services and Promotion Branch. 1991.
49. ฝน แสงสิงห์แก้ว. คู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์กรมศาสนา, 2534.

50. Abramowitz, I.A., and Coursey, R.D. Impact of an educational support group on family participants who take care of their schizophrenic relatives. Journal of Consulting and clinical Psychology.57, 2(April 1989) : 232-236.
51. Anderson, C.M., Hogarty, G.E., and Reiss, D.J. Family treatment of adult schizophrenia patients : A psychoeducational approach. Schizophrenia Bulletin 6,3 (1980): 490-505.
52. Grolstein, M.J. Parents Professionals and Mentally Handicapped People. 2nd ed. Great Britain : Biddles 1986.
53. Brown, G.W., and Birley, J.L.T. Crisis and life change and the onset of Schizophrenia. Journal of Health and Social Behavior 9. (1966): 230-244.
54. กระจ่าง แก่นใหญ่. การติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณี อำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการวิจัย , 2538.
55. ทานตะวัน แยมบุญเรือง. ผลของการใช้ในโปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์บัณฑิต วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2540.
56. นันทนา รัตนะกร. ลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ วิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
57. ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์. การศึกษาบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2534.
58. พันธุ์ศักดิ์ วราห์ศวปติ. การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. รายงานการวิจัย โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ อุบลราชธานี, 2540.
59. สุวิมล สมัตถะ. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2536.
60. อร่ามศรี เกสจินดา. ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแบบกลุ่มแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภทต่อความวิตกกังวล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2537.
61. Hatfield, A. Help-seeking behaviour in families of schizophrenics. American Journal of Community Psychology 7 October (1979) : 563-569.

- 62.Loukissa, A.d.1995.Family burden in chornic mental illness : review of research studies Journal of Advenced Nursing 21,2 February (1995) : 248-255.
- 63.ทัสสนี นุชประยูร, เต็มศรี ชำนาญกรกิจ. สถิติในการวิจัยทางการแพทย์. 95-107. พิมพ์ครั้งที่ 2. ฉบับปรับปรุงแก้ไข. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541.
- 64.พวงรัตน์ ทวีรัตน์. วิธีการวิจัยพฤติกรรมและสังคมศาสตร์. 82-184.พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรจน์ประสานมิตร ,2543:
- 65.สังวาล รักเผ่า. ระเบียบวิธีการวิจัยและสถิติในการวิจัยทางคลินิก. 485-535. เชียงใหม่: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2539.
- 66.Overall, J.E., Gorham, DR. The brief psychiatric rating scale. Psychological Reports. 25,10 (1962) : 799-821.
- 67.ธีระ ลีลานัทกิจ , พัชรินทร์ วนิชานนท์ , ธนา นิลชัยโกวิทย์. คู่มือมือฝึกปฏิบัติงานวิชา สุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช : เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและการสอน สุขภาพจิตศึกษา. โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต, 2541 (สุราษฎร์ธานี : โรงพิมพ์สุวรรณอักษร, 2541)
- 68.นิตยา ชัยวิมล.(2541). การพัฒนาคู่มือการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช สำหรับบุคลากรพยาบาล. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2541.
- 69.สุรพล ไชยเสนะ. ปัจจัยที่มีผลต่อความก้าวหน้าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัววารสารโรงพยาบาลศรีธัญญา. 1,1,(2536) : 15-26.
- 70.ปรารธนา บริจันทร์ และคนอื่นๆ. การศึกษาค้นคว้าความวิตกกังวลและพฤติกรรมการเผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น : งานวิจัยฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่น, 2536.
71. ยอดสร้อย วิเวกวรรณ. การให้สุขภาพจิตศึกษาและพฤติกรรมกรดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล. วิทยา นิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชศาสตร์ บัณฑิตมหาวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล,2543.
- 72.สมศร เชื้อหิรัญ. คู่มือการปฏิบัติเบื้องต้นการพยาบาลจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์อักษรไทย, 2532.
73. Yamasshita, M. 1996. A Study of How Families Care for Mental Ill Relatives in Japan. International Nursing Review 43(4) : 121-125.

74. Wilson,SH and k neisl, R.C. Psychiatric Nissing.5 California. :1996.
75. Koontz,E.,Con,D and Hastiangs.Implemenping a Short-Term Family Support Group.Journal of Psychosocial Nursing 29 :1991.
76. Robinson,k and yats,k. Efface of two Caregiver-Training Programs on Burden and Attitude toward Helps. Archive of Psychiatric Nursing : 1994.
- 77.พิเชฐ อุดมรัตน์,ธีระ สีสานันทกิจ, ธนุ ชาตะนานนท์. โครงการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทในประเทศไทย. บทความย่อในการประชุมวิชาการประจำปีครั้งที่ 25 ของราชวิทยาลัยจิตแพทย์แห่งประเทศไทย สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2540 อาคารเฉลิมพระบารมี 50 ปี กรุงเทพ.
- 78.Kuiper ,L,Birchwood<M and Mc Cradic,R.G.1992.Psychosocial Family Innovation in Sesizyesrenia A Review of Empirical studies.British Journal of Psyehiatry 160.272-275.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก
หนังสือขอความอนุเคราะห์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกข้อความ

ส่วนราชการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ที่

วันที่ กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขอความอนุเคราะห์ทางภาคีวิชาออกหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี

เรียน หัวหน้าภาควิชาจิตเวชศาสตร์

ข้าพเจ้านางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา รหัสประจำตัวนิสิต 4375375130 นิสิตระดับปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการจัดทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมีอาจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และแพทย์วัลลดา ปุณศรีวิวัฒน์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

ในการนี้ ข้าพเจ้าใคร่ขอความอนุเคราะห์ภาคีวิชาออกหนังสือให้นิสิตดำเนินการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 หรือจนครบจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 40 ราย (โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย) โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณา และให้ความอนุเคราะห์ในการออกหนังสือขออนุมัติต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรีเพื่อขออนุญาตให้ทำการวิจัยดังกล่าวข้างต้นด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

(นางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา)

นิสิตปริญญาโท ชั้นปีที่ 2 สาขาสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ)

ที่ จว. /2545

ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย

กุมภาพันธ์ 2545

เรื่อง ขอความร่วมมืออนุเคราะห์ให้นิสิตเก็บข้อมูล

เรียน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชลบุรี

เนื่องด้วยนางสาว สุภาภรณ์ ทองดารา นิสิตปริญญาโทสาขาสุขภาพจิต (ภาคนอกเวลาราชการ) ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กำลังดำเนินการทำวิทยานิพนธ์เรื่อง “ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมผู้ป่วยต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท” โดยมีอาจารย์แพทย์หญิงบุรณี การญจนถวัลย์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษา รองศาสตราจารย์ภิรมย์ สุคนธาภิรมย์ ณ พัทลุง และอาจารย์แพทย์หญิงวัลลดา ปุณศรีทริภักดิ์ เป็นอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

ในการนี้ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย มีความประสงค์ ขอความอนุเคราะห์ให้ นางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา เข้าทำการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัย ณ แผนกผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2545 หรือจนครบจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 40 ราย (โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 ราย และกลุ่มควบคุม 20 ราย) โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภท แบบวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยของญาติ และแบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ในการเก็บข้อมูลที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

จึงเรียนมาเพื่อโปรดพิจารณาให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บข้อมูลด้วย จักเป็นพระคุณยิ่ง

ขอแสดงความนับถือ

(รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงนันทิกา ทวิชาชาติ)

ประธานคณะกรรมการบริหารหลักสูตร วท.ม. สาขาสุขภาพจิต



ภาคผนวก ข

คู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คู่มือการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย

นำมาจากคู่มือฝึกปฏิบัติงานวิชาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน และการสอนสุขภาพจิตศึกษา จากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กรมสุขภาพจิต (2541)

ผู้ทรงคุณวุฒิประกอบด้วย

ธีระ ลีลานันทกิจ , พ.บ.

พัชรินทร์ วนิชานนท์ , พ.บ.

ธนา นิลชัยโกวิทย์ , พ.บ.

दारณศ เกษไสว , พ.บ.

ฐานันดร ปิยะศิริศิลป์ , พ.บ.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

เอกสารประกอบการให้สุขจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ

เอกสารชุดที่ 1

การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทสำหรับญาติ

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภทคือ โรคจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น โรคนี้จะมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ ประกอบด้วยอาการทางจิตหลายๆ อย่างด้วยกัน โดยมักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงอายุหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัจจุบันยังไม่มีกรตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ แพทย์จะใช้การซักประวัติจากญาติการตรวจสภาพจิตผู้ป่วย การสังเกตอาการ รวมทั้งการตรวจด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยาเพื่อให้การวินิจฉัยโรค

โรคจิตเภทมีอาการอย่างไรบ้าง

ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการผิดปกติทางความคิด มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนต่างๆ ดังนี้

อาการผิดปกติทางความคิด มีความคิดที่ไม่ปะติดปะต่อไม่ต่อเนื่องกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้ ตัวอย่าง เช่น

- พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว พูดไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนเรื่องทีพูดโดยไม่มีเหตุผลซึ่งทำให้ผู้ฟังไม่สามารถเข้าใจเรื่องที่ผู้ป่วยพูด
- พูดโต้ตอบไม่ตรงคำถามพูดภาษาแปลกๆ ใช้คำศัพท์ที่ไม่มีความหมาย หรือมีความหมายพิเศษเฉพาะตัวของผู้ป่วยต่างไปจากความหมายที่เข้าใจกันโดยทั่วไป
- ความคิดหุดหายไป ซึ่งทำให้หยุดพูดเรื่องที่กำลังพูดไปเฉยๆ โดยไม่มีเหตุผล

อาการหลงผิดเป็นการที่มีความเชื่อที่ผิดๆ เชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นความจริงโดยไม่สามารถใช้เหตุผลใดๆ แก้ไขความเชื่อหลงผิดนี้ได้ เช่น

- หลงผิดชนิดหวาดระแวง เชื่อว่าตนเองถูกปองร้าย ทำให้หวาดระแวงและระมัดระวังตัวอยู่ตลอดเวลา หรืออาจถึงขั้นทำร้ายผู้ที่คิดว่าจะทำร้ายตนเองได้
- หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นเชื้อพระวงศ์ เป็นผู้นำประเทศ หรือมีความสามารถพิเศษ มีเกียรติยศสูง
- หลงผิดคิดว่าสามารถติดต่อกับจิตกับผู้อื่นได้ หรือเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดในใจของตนเองได้
- หลงผิดคิดว่าคนอื่นกำลังพูดถึงตน หลงผิดเรื่องราวในวิทยุ โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ กล่าวพาดพิงถึงตนเอง

- หลงผิดคิดว่ามีผู้บังคับความคิดและการกระทำของตนเองได้ เช่น เชื่อว่ามีวิญญาณหรือเทพอยู่ในร่างกายตนเอง คอยบอกให้ตนคิดและทำสิ่งต่างๆ
- หลงผิดคิดว่าเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันมีความหมายพิเศษสำหรับตน เช่น เห็นสัญญาณไฟจราจร เป็นเครื่องหมายบอกว่าคนบนถนนเป็นคอมมิวนิสต์

อาการประสาทหลอน อาจมีประสาทหลอนทางหู ตา จมูก ลิ้น หรือสัมผัสทางกาย เช่น มีเสียงคนพูดวิพากษ์วิจารณ์ ตำนานิตีเตียน พูดให้ทำสิ่งๆ หรือพูดคุยกับตน

อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น อาจแสดงพฤติกรรม หรืออยู่ในท่าแปลกๆ เป็นเวลานาน แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกัมกราบคนทั่วไป หรือมีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ยิ้มหัวเราะคนเดียว สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ เป็นต้น

อาการต่างๆ ทั้งหมดนี้มีผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ทำงานไม่ได้ ไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่ของตนเองซึ่งผลกระทบนี้อาจคงอยู่ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนแล้วก็ตามทำให้คนรอบข้างรู้สึกว่าคุณป่วยเกียจคร้านไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง

สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร

ในปัจจุบันยังไม่สามารถค้นพบสาเหตุที่ชัดเจนของโรคนี้ แต่อย่างไรก็ตามมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยโรคนี้มีความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางอย่างในสมองร่วมด้วย

ในปัจจุบันเชื่อว่าผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีความเปราะบางซึ่งเป็นผลมาจากทางร่างกายและจิตใจอยู่แล้ว เมื่อประกอบกับความเครียดและความกดดันในชีวิต รวมทั้งความขัดแย้งภายในจิตใจจนทำให้เกิดอาการป่วยได้ในที่สุด

โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่

ปัจจุบันยังไม่มีความชัดเจนที่ยืนยันว่า โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ แต่พบว่าลูกของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไป

โรคจิตเภทรักษาได้อย่างไร

ในช่วงที่มีอาการมากการให้ยาสามารถลดอาการหลงผิดและประสาทหลอนของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบ เช่น การรับไว้ในโรงพยาบาลชั่วคราวและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว การได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและการมาพบแพทย์ตามนัดจะช่วยควบคุมอาการไม่ให้เกิดซ้ำได้ ซึ่งญาติผู้ป่วยจะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยดูแลในเรื่องนี้

นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาด้วยไฟฟ้าและการทำจิตบำบัดรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจและสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมตามปกติได้เร็วขึ้น ครอบครัวสามารถช่วยได้โดยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ให้คำชมต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วย และ

ร่วมมือในการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบอีกครั้งครอบครัวจะมี ส่วนช่วยอย่างมากในการนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาอย่างทันที่

การกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้อย่างไร

ผู้ป่วยโรคจิตที่รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง หรือมีเรื่องวิตกกังวลรบกวนจิตใจอาจมีอาการของโรคกำเริบได้อีก โดยระยะแรกผู้ป่วยอาจจะหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ แยกตัวหรือมีอาการเฉพาะอย่างอื่น ซึ่งครอบครัวอาจสังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะนี้ จะสามารถควบคุมอาการไม่ให้กำเริบได้

การพยากรณ์โรค

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพจิตใจตามคำแนะนำของแพทย์นั้น ผู้ป่วยมักจะกลับมาใช้ชีวิตในสังคมตามปกติได้

ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีอาการกำเริบได้หรือไม่

โรคบางโรคที่เป็นเรื้อรังจะกลับมามีอาการขึ้นอีกได้เป็นช่วงๆ จากการศึกษาพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่มีอัตราการกำเริบของโรค หรือกลับมีอาการโรคจิตได้อีกค่อนข้างบ่อยโดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 40 – 70 จะกลับมีอาการกำเริบของโรคได้อีกภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการสงบ ดังนั้นการรักษาต่อเนื่องในระยะยาวจึงมีความจำเป็นโดยที่แพทย์และผู้ป่วยจะตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับรายละเอียดในการรักษา และผลดีผลเสียที่จะได้รับจากการรักษาดังกล่าว

เราจะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร

วิธีจะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นได้อีกที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง คือ การให้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องจากประสบการณ์ในการให้ยารักษาโรคจิตมากกว่า 40 ปี พบว่ายาสารสามารถป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้ โดยลดอัตราการกำเริบจากร้อยละ 40 - 70 เป็นร้อยละ 15 – 30

ปัจจัยอื่นๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคจิตเภทอีก คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความตึงเครียด และความขัดแย้งในครอบครัวนอกเหนือจากการให้ยารักษาโรคจิต

ตัวผู้ป่วยเองและญาติจะสามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้อีก โดยการคอยสังเกตอาการเบื้องต้น เนื่องจากก่อนมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยมักมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนซึ่งถ้าให้การรักษาที่เหมาะสมได้ทันที่ ก็จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้ สำหรับอาการเตือนเบื้องต้นได้กล่าวรายละเอียดไว้แล้ว

นอกจากนี้ญาติยังมีบทบาทสำคัญในการป้องกันการกำเริบของโรคได้ด้วย

1. ดูแลให้ผู้ป่วยกินยาตามคำแนะนำของแพทย์อย่างสม่ำเสมอ ไม่หยุดยา

2. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มากๆ ในครอบครัว เช่น อารมณ์โกรธ เกลียด ก้าวร้าว และความห่วงใยเอาใจใส่ที่มากเกินไป โดย
 - พยายามหลีกเลี่ยงการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยในทางไม่ดีทั้งโดยคำพูด น้ำเสียงหรือท่าที รับฟังความคิดเห็นและความรู้สึกของผู้ป่วยด้วยความเข้าใจ และเห็นใจให้ความรักความอบอุ่นแก่ผู้ป่วยตามสมควร
 - พยายามหลีกเลี่ยงการแสดงความโกรธ เกลียด รำคาญ รังเกียจผู้ป่วย เช่น ไม่สนใจ ไม่พูดคุยกับผู้ป่วย คอยจับผิด ตำหนิติเตียนโดยไม่มีเหตุผลดูว่ากระทบกระเทือนพูดบ่นซ้ำๆ ถึงความผิดพลาดในอดีตของผู้ป่วย เช่น เรียนหนังสือไม่จบ ถูกไล่ออกจากงาน เป็นต้น
 - ไม่พูดข่มขู่ให้ผู้ป่วยกลัว หรือวิตกกังวล
 - ไม่แสดงความห่วงใยผู้ป่วยจนเกินไป
 - ไม่ปฏิบัติต่อผู้ป่วยเหมือนกับว่าเป็นเด็กเล็กๆ หรือช่วยตัดสินใจแทนให้ทุกอย่าง เพราะจะทำให้ผู้ป่วยกลายเป็นคนขาดความรับผิดชอบต้องพึ่งพาผู้อื่น มีพฤติกรรมถดถอยกลับเป็นเด็กซึ่งมีผลให้อาการกำเริบได้

จะหยุดการรักษาได้เมื่อไร

หากหยุดการรักษาเร็วเกินไป ผู้ป่วยจะมีการกำเริบของโรคได้อีกสูงมาก จึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษาย่างต่อเนื่องไปอีกระยะหลังจากควบคุมอาการได้แล้ว

โดยทั่วไปหลังจากป่วยครั้งแรกแล้วจะต้องใช้ยาต่อไปประมาณ 1 – 2 ปี แต่ถ้ามีอาการรุนแรงเกิดขึ้นหลายครั้ง เช่น 2 – 3 ครั้ง ติดกันในช่วงเวลา 2 – 3 ปี จะต้องให้ยาต่อไปนานอย่างน้อย 5 ปี ถ้าผู้ป่วยมีอาการปกติตลอดระยะดังกล่าว แพทย์จึงพิจารณาหยุดยาอย่างไรก็ตามมีผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องให้ยานานกว่านี้ หรือไม่สามารหยุดยาได้เลย

ยาช่วยรักษาโรคจิตได้อย่างไร

ปัจจุบันเชื่อว่าโรคจิตเกิดจากภาวะไม่สมดุลของระบบสารสื่อประสาทในสมองโดยเฉพาะในส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรม อารมณ์ ความนึกคิด โดยพบว่าระบบสารสื่อประสาทบางระบบทำงานมากเกินไป จึงไปกระตุ้นระบบประสาทมีผลให้ทำงานมากกว่าปกติทำนองเดียวกับผู้ที่ใช้ยาม้า หรือยากระตุ้นประสาทมีผลให้เกิดอาการโรคจิต หรือคลุ้มคลั่งประสาทหลอนขึ้นได้ ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์โดยไปปรับการทำงานของสารสื่อประสาทต่างๆ ให้ทำงานอยู่ในภาวะสมดุลมากขึ้น และลดการทำงานของระบบประสาทให้กลับมาอยู่ใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ

ยารักษาโรคจิตมีผล หรือฤทธิ์ข้างเคียงอย่างไร

ยาทุกตัวที่รักษาโรคอาจมีฤทธิ์ข้างเคียงเกิดขึ้นได้ ได้แสดงฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อยในยา รักษาโรคจิตในตาราง ผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์ทราบถึงฤทธิ์ข้างเคียงต่างๆ หรืออาการที่สงสัยว่า อาจเป็นฤทธิ์ข้างเคียงโดยละเอียด เพื่อแพทย์จะได้หาทางแก้ไขหรือควบคุมอาการดังกล่าวตามที่ เหมาะสมต่อไปฤทธิ์ข้างเคียงต่างๆ ที่กล่าวต่อไปนี้เป็นชั่วคราวและสามารถแก้ไขได้

แสดงฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อยของยารักษาโรคจิต

จำนวนที่พบในผู้ป่วย	วิธีแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อเกร็ง (ร้อยละ 5) - ตัวแข็ง มือสั่น กระสับกระส่าย (ร้อยละ 20-30) - ความดันโลหิตต่ำ (ร้อยละ 5-20) - ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก - ผื่นคัน - แพ้แดดทำให้เกิดอาการไหม้ - น้ำหนักขึ้น (ร้อยละ 15) - ง่วงซึม รู้สึกเฉื่อย 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้อาบน้ำอุ่น - ลดขนาดยา ให้อาบน้ำอุ่น เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่น - ออกกำลังกาย - เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่น หรือลดขนาดยา - เปลี่ยนยา - เปลี่ยนยา หรือพยายามเลี่ยงแสงแดด - ควบคุมอาหาร , ออกกำลังกาย - ลดขนาดยาเสี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตราย เช่น ขับรถ หรือทำงานกับเครื่องจักรหรือเปลี่ยนเป็นยานานอื่น

ในกรณีที่ใช้อยารักษาโรคจิตไปเป็นเวลานานผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15 – 20 อาจเกิดอาการบางอย่าง โดยจะมีการเคลื่อนไหวผิดปกติของกล้ามเนื้อบางส่วน เช่น ปาก ลิ้น มือ แขน หรือบริเวณอื่นๆ ของร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงนี้ถือเป็นฤทธิ์ข้างเคียงอันหนึ่งที่ค่อนข้างรุนแรงของยา รักษาโรคจิตในการให้ยา แพทย์จะพิจารณาถึงผลดีผลเสียของการใช้ยาอย่างรอบคอบและคำนึงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดฤทธิ์ข้างเคียงกับผลเสียที่เกิดจากการกำเริบของโรคอยู่บ่อยๆ

ขณะใช้ยาผู้ป่วยไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากจะทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงต่างๆ มากขึ้น และควรระวังไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ หรือน้ำอัดลมบางชนิดมากเกินไป

ในเมื่อมีฤทธิ์ข้างเคียงเกิดขึ้นได้แล้วยังจะใช้ยาป้องกันการกำเริบของโรคอีกหรือ

คำตอบสำหรับปัญหานี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยต้องพิจารณาว่าอาการข้างเคียงนั้น รุนแรงแค่ไหนเปรียบเทียบกับปัญหาและผลเสียที่เกิดจากการกำเริบของโรคจิตเภทโดยทั่วไปถ้า เลือดยาที่ถูกต้อง และให้ในขนาดที่เหมาะสม รวมทั้งในการรักษาฤทธิ์ข้างเคียงตามสมควรแล้ว ผลที่ได้จะมากกว่าผลเสียของการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นบ่อยๆ

ในกรณีที่ให้ยารักษาโรคจิตจะเริ่มเห็นผลการรักษาเมื่อไร

ยารักษาอาการโรคจิตมักจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ภายใน 1 – 2 สัปดาห์ แต่อาจใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะได้ผลเต็มที่ ญาติจึงควรให้เวลาและอดทนในการรักษาไม่ควรหยุดการรักษาหลังใช้ยาในระยะเวลาไม่นานพอ การเปลี่ยนยาควรทำตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น และจะเปลี่ยนเฉพาะเมื่อมีเหตุผลสมควร ปกติถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาขนานหนึ่งๆ ดีอยู่แล้วแพทย์จะไม่เปลี่ยนไปเป็นยาขนานอื่นบ่อยๆ เพราะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และอาจไม่ได้ผลในการรักษาหรือมีฤทธิ์ข้างเคียงมากกว่าได้

การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

ในกรณีที่ญาติของท่านป่วยเป็นโรคจิตเภท โอกาสที่จะกลับมีอาการกำเริบอีกค่อนข้างสูงจากการศึกษา พบว่าผู้ป่วย ร้อยละ 40 – 70 จะมีอาการโรคจิตเภทขึ้นมาอีกได้ภายใน 1 ปี หลังจากมีอาการครั้งแรก หากไม่ได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบโดยการให้ยารักษาโรคจิตต่อไปอีกระยะหนึ่ง

ช่วงที่หยุดยาหรือลดขนาดยาลงเป็นช่วงที่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการกำเริบของโรคได้สูงและควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ

ถ้าให้ยารักษาและป้องกันอย่างถูกต้อง จะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดการกำเริบของโรคลงเหลือเพียงร้อยละ 15 – 30 การเอาใจใส่ดูแลอย่างใกล้ชิด อาจจะช่วยลดอัตราการกำเริบลงได้อีก ญาติใกล้ชิดเป็นบทบาทสำคัญมากในเรื่องนี้ ถ้าสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น และให้การรักษาอย่างทันท่วงทีจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นอีกได้

ในเอกสารฉบับนี้ให้รายละเอียดของอาการที่พบได้บ่อยก่อนที่จะเกิดการกำเริบของโรค ผู้ป่วยแต่ละรายอาจมีอาการแตกต่างกันออกไป ซึ่งตัวผู้ป่วยเองและแพทย์ผู้ดูแลจะสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ว่า ในกรณีของผู้ป่วยนี้จะมีอาการอย่างไรและควรทำอย่างไรเมื่อเกิดอาการ

อาการเตือนเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

ถ้าญาติของท่านเคยมีอาการมาแล้วหลายครั้ง ท่านอาจจะพอนึกได้ว่า ผู้ป่วยมักจะมีอาการเตือนอะไรนำมาก่อนที่จะมีการกำเริบของโรคแต่ละครั้ง จากข้อมูลส่วนที่ท่านสังเกตได้เอง ร่วมกับข้อมูลจากแพทย์ผู้ดูแล และตัวผู้ป่วยเองท่านจะสามารถเขียนรายการของอาการที่ญาติของท่านมีก่อนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภทได้

กรุณาเขียนอาการเตือนต่างๆ ที่ท่านสังเกตว่ามักจะนำมาก่อน การกำเริบของโรคสำหรับผู้ป่วยลงในช่องด้านซ้ายมือในตาราง รายละเอียดของอาการที่ท่านทำขึ้นนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้ท่านและผู้ป่วยช่วยกันสังเกตการกำเริบของโรคได้ตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อสังเกตว่า ผู้ป่วย

เริ่มมีอาการเหล่านี้ควรบันทึกวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแต่ละอย่างและให้ผู้ป่วยรีบติดต่อแพทย์เพื่อ
ขอคำแนะนำโดยทันที

อาการเตือนเฉพาะตัวที่ผู้ป่วยมีก่อนเกิดการกำเริบของโรคในครั้งก่อนๆ

อาการ	วันที่เริ่มเกิดอาการในครั้งนั้น

อาการเตือนที่พบได้บ่อย

อาการต่อไปนี้เป็นอาการเริ่มต้นหรืออาการนำมาก่อนจะมีการกำเริบของโรคจิตเภทที่พบ
ได้บ่อย ถ้าท่านจำไม่ได้ว่าในครั้งก่อนๆ ญาติของท่านมีอาการเตือนอย่างไร หรือญาติของท่าน
เพิ่งเคยมีอาการเพียงไม่กี่ครั้งทำให้สังเกตไม่ได้ว่าอาการที่นำมาก่อนมีลักษณะอย่างไรท่านอาจใช้
รายการของอาการต่อไปนี้ได้ตามตารางต่อไปนี้เป็นแนวทางในการสังเกตได้

อาการเตือนทั่วไปที่พบบ่อยก่อนเกิดการกำเริบโรคจิตเภท

อาการ (อาจมีหลายๆ อาการพร้อมกันได้)	วันที่เริ่มเกิดอาการครั้งนี้
<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกตึงเครียด และกระวนกระวาย - รู้สึกซึมเศร้า - นอนไม่หลับ - กระสับกระส่าย - ขาดสมาธิ - เบื่อหน่ายไม่มีความสุข - เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง - ความจำไม่ดี - ย้ำคิดย้ำทำ - ไม่ค่อยอยากพบปะผู้คน - รู้สึกว่าถูกหัวเราะเยาะ - รู้สึกว่าคนอื่นนินทาว่าร้าย - ไม่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวเอง - รู้สึกไม่ดีโดยไม่มีเหตุผลชัดเจน - ตื่นเต้นเกินปกติ - มีหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน - รู้สึกตนเองไร้ค่า - คิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับศาสนาปรัชญา 	

ท่านควรจะทำอย่างไรเมื่อสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการตามที่กล่าวข้างต้น

ถ้าท่านสังเกตว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเตือนว่าอาจจะเกิดการกำเริบของโรคควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์ทันที และควรให้รายละเอียดกับแพทย์ว่า มีอาการอะไรบ้างแต่ละอาการเริ่มขึ้นตั้งแต่เมื่อไร โดยอาจใช้บันทึกอาการตามที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเครื่องช่วยจำและปรึกษาแพทย์ว่าจะทำอย่างไรเพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีกได้

หากท่านและผู้ป่วยรู้สึกกังวลเกี่ยวกับการกำเริบของโรค ท่านอาจปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลไว้ล่วงหน้าว่า ถ้ามีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นควรจะทำอย่างไร เช่น แพทย์อาจแนะนำให้เพิ่มขนาดของยารักษาโรคจิตขึ้นทันที เมื่อเห็นว่ามีอาการที่ส่อว่ากำลังจะมีอาการกำเริบของโรค

วิธีป้องกันการกำเริบของโรคอีกอย่างหนึ่ง คือ การให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสภาวะการณที่ทำให้เกิดความเครียด เช่น เมื่อเริ่มมีอาการที่ส่อว่ากำลังจะมีการกำเริบของโรค อาจให้ผู้ป่วยหยุดพักการเรียน หรือพักงานชั่วคราวจนกว่าอาการจะดีขึ้น และพาไปพบแพทย์ทันที

ไม่ใช่เรื่องง่ายนักที่จะบอกได้อย่างชัดเจนว่าเมื่อใดผู้ป่วยจะมีอาการกำเริบขึ้นอีกการนอนไม่หลับการมีอาการซึมเศร้าหรือกระวนกระวายบ้าง อาจไม่ได้แสดงว่ากำลังจะมีการกำเริบของโรคเสมอไป แต่หากท่านรู้สึกไม่แน่ใจก็ควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลได้

ในฐานะญาติที่ใกล้ชิดของผู้ป่วย ท่านมักจะเป็นคนแรกที่สังเกตเห็นอาการเตือนที่บอกให้รู้ว่าผู้ป่วยกำลังจะมีอาการกำเริบ ความช่วยเหลือของท่านจึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมากในการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นอีก เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทัน่วงที

เอกสารประกอบการให้สูขจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ

เอกสารชุดที่ 2

ให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต

ยารักษาอาการทางจิต

ปัจจุบันพบว่า อาการผิดปกติหรือความบกพร่องทางจิตใจ พบได้ไม่น้อยในสังคมที่เต็มไปด้วยความสับสนวุ่นวาย พร้อมกับความเจริญก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์ เราจึงพบว่าผู้ที่ป่วยทางจิตใจสามารถทุเลาหรือหายจากอาการดังกล่าวได้หลายวิธี เช่น การบำบัดทางจิต การปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อม หรือการใช้ยา

ยาที่รักษาอาการบกพร่องทางจิตใจมีหลายกลุ่ม ที่สำคัญได้แก่

- | | |
|---|----------------------------|
| 1. ยาคลายเครียดหรือแก้ความวิตกกังวล | ใช้รักษาโรคประสาทวิตกกังวล |
| 2. ยารักษาโรคซึมเศร้าหรือแก้อารมณ์เศร้า | ใช้รักษาโรคซึมเศร้า |
| 3. ยาที่ทำให้อารมณ์คงที่ | ใช้รักษาโรคแมนเนีย |
| 4. ยารักษาโรคจิตหรือแก้อาการทางจิต | ใช้รักษาโรคจิต |

ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตนั้นก็มีหลายประเภท ที่พบบ่อยที่สุด คือ โรคจิตเภทหลายท่านสงสัยในใจว่าเกิดขึ้นได้อย่างไร จากการศึกษาทดลองยังไม่อาจสรุปได้แน่นอนร้อยเปอร์เซ็นต์แต่ก็อาจจะอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทเกิดมาพร้อมกับความเปราะบาง เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยที่ต้องพบปัญหาต่างๆ จึงมีอาการทางจิตแสดงออกมา เช่น มีอาการหลงผิด หูแว่ว ประสาทหลอน แยกตัวอยู่ในโลกของตนเอง มีความสามารถถดถอย ดูแลตนเองหรือทำงานตามภาระหน้าที่ที่รับผิดชอบไม่ได้

ทำไมต้องใช้ยา

เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตตรวจพบว่ามีความผิดปกติของสารเคมีที่เป็นสารสื่อประสาทในสมอง คือ มีสารโดปามีนมากกว่าคนปกติทั่วไป การใช้ยาจะมีผลไปปรับให้สารโดปามีนอยู่ในภาวะสมดุลย์เป็นปกติเหมือนคนทั่วไป ทำให้อาการทางจิตสงบลง หลังจากนั้นยาจะช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยที่เดิมเปราะบางสามารถทนความเครียดได้ดี

คุณสมบัติของยารักษาโรคจิต

ยาสามารถปรับสารโดปามีน ทำให้อาการทางจิตสงบลง แต่อย่างไรก็ต้องรอจนกว่าจะเห็นฤทธิ์ยา จะต้องใช้เวลาประมาณ 4 – 6 สัปดาห์ ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวอาการป่วยทางจิตจะดีขึ้นอย่างช้าๆ พร้อมกันนั้นยาอาจจะมีฤทธิ์ที่เราไม่อยากจะให้เกิดแต่ก็มักจะพบได้เสมอในผู้ที่ใช้ยาดังกล่าวคือ ผลข้างเคียงของยาอันได้แก่

- หงุดหงิด อยากเดินตลอดเวลา
- ตัวเกร็งแข็ง ตาค้าง
- มือสั่น
- ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ตาพร่า คอแห้ง
- เคลื่อนไหวช้า เดินเหมือนหุ่นยนต์
- ง่วงนอน เวียนศีรษะ
- รับประทานจุ น้ำหนักเพิ่ม

ผลข้างเคียงข้างต้นไม่ใช่อาการแพ้ยาที่เกิดเฉพาะกับผู้ป่วยบางรายและอาการดังกล่าวที่ไม่เป็นอันตรายรุนแรง บ่อยครั้งที่พบว่าตัวผู้ป่วยหรือญาติ เมื่อพบปัญหาดังกล่าวแล้วมักจะตกใจและเข้าใจผิดว่าแพ้ยา ที่สำคัญคือผลข้างเคียงเหล่านี้มียากินที่สามารถจะป้องกันหรือรักษาให้หายได้ ฉะนั้นบางครั้งแพทย์จะสั่งยาแก้ผลข้างเคียงพร้อมกับยารักษาโรคจิตให้กับผู้ป่วย

แต่อย่างไรก็ตามยารักษาโรคจิตมีหลายตัว หลายกลุ่ม มีผลข้างเคียงข้างต้นมาน้อยแตกต่างกันไป ในการเลือกยาตัวใดแพทย์ผู้รักษาจะใช้ดุลยพินิจโดยมุ่งความสนใจอาการป่วยที่สำคัญและผลข้างเคียงของยาตัวนั้นเป็นหลัก เช่น ถ้าผู้ป่วยง่วงนอนมากแพทย์อาจเลือกใช้ยาที่ง่วงน้อยๆ เพื่อให้ผู้ป่วยสงบบ้าง เป็นต้น

ต้องกินยานานแค่ไหน

หลังจากอาการทางจิตสงบผู้ป่วยมักจะหลงเหลือลักษณะบางอย่างที่บ่งบอกว่ายังไม่เป็นปกติเหมือนเดิมเสียทีเดียว เช่น แยกตัว ไม่ค่อยสนใจสิ่งแวดล้อม ความคิดอ่านเชิงซ้ำไม่คล่องเหมือนเดิม ขาดแรงจูงใจ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ป่วยมานาน ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องกินยาต่ออีกสักกระยะอาจจะนานเป็นปีๆ หรือบางคนอาจจะต้องใช้ยาช่วยตลอดไป การหยุดยาค้นแพทย์ผู้รักษาจะพิจารณาตามอาการผู้ป่วย บางครั้งก็พบว่าผู้ป่วยหลายรายกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติได้โดยไม่ต้องกินยาหลังจากรักษาสักช่วงหนึ่งอีกหลายรายต้องกินยาต่อไป เพื่อให้ผู้ป่วยทุกรายกลับไปใช้ชีวิตในสังคมได้เป็นปกติสุข โดยบางคนต้องใช้ยาช่วยตลอดไป หรือบางรายไม่ต้อง

ความร่วมมือในการกินยา

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่บางคนยังขาดความรู้ความเข้าใจ และทำใจยอมรับไม่ได้ อีกทั้งเป็นเรื่องที่ต้องกินยานาน ผู้ป่วยหลายรายไม่สามารถจะรับรู้ว่าคุณเองป่วยมีอาการทางจิต ยาที่ใช้ก็มีผลข้างเคียงที่พบได้บ่อยๆ มีผลให้ผู้ป่วยหลายรายไม่ร่วมมือในการรักษา หยุดยาก่อนเวลาอันสมควร ทำให้อาการทางจิตแย่ลง หรือกำเริบมากขึ้น ดังนั้นแพทย์ผู้รักษารวมถึงญาติผู้ดูแลจึงมีบทบาทอย่างยิ่งในการช่วยเหลือดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอด้วยวิธีการต่างๆ เหล่านี้

- ช่วยประคับประคองให้กำลังใจผู้ป่วยให้ยอมรับการรักษา
- ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคที่เป็นอยู่รวมถึงวิธีการรักษา
- ปรับวิธีการกินยาให้สะดวก เช่น อาจลดจำนวนมื้อยา โดยรวมเป็นมือเดียวตามคำแนะนำของแพทย์
- ปรีกษาแพทย์เมื่อมีปัญหาที่เกิดจากยา เช่น เกิดผลข้างเคียง เพื่อพิจารณาเลือกใช้ยาตัวอื่นที่มีผลข้างเคียงน้อยกว่า
- การใช้ยาชนิดแทนยา กิน การฉีดยา 1 เข็ม จะออกฤทธิ์นาน 2 – 4 ชั่วโมง เพื่อลดจำนวนยาที่กินลง

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทสามารถรักษาให้ดีขึ้นได้ โดยการใช้ยากับการรักษาทางจิตและสังคม โดยมีเป้าหมายที่มุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถออกไปใช้ชีวิตในสังคมได้อย่างเป็นปกติสุข ทั้งนี้ผู้ป่วยบางรายอาจจะต้องกินยาเป็นระยะเวลาช้านาน หรือบางรายอาจหยุดยาได้ในขอบเขตการรักษาข้างต้นต้องใช้เวลาทุกอย่างจะค่อยเป็นค่อยไปด้วยความอดทนของผู้ป่วยและญาติ การดูแลอย่างเข้าใจจากผู้ใกล้ชิดย่อมส่งผลให้การรักษามีประสิทธิภาพสูงสุด

เอกสารประกอบการให้สุขจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ

เอกสารชุดที่ 3

อาการทางจิต

ระยะเฉียบพลัน : อาการทางจิตชัดเจน

- ยา , กระตุ่นไฟฟ้า
- รับไว้ในโรงพยาบาล
- ปรับสภาพแวดล้อม
- ให้ความรู้ความเข้าใจ
- ลดความเครียด → ผู้ป่วย
- ครอบครัว
- สิ่งแวดล้อม

ระยะเรื้อรัง : อาการทางจิตสงบ

- ยา
- การรักษาทางจิตและสังคม

ผู้ป่วย

ครอบครัว

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> - ดูแลภาวะจิตใจ , ให้กำลังใจจิตบำบัด, - ยอมรับตนเองเพิ่มขึ้น - ให้ลดการแยกตัว ,
กรรมกลุ่ม,
ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม - ปรับความคิด , ความสามารถ
ในการแก้ปัญหา | <ul style="list-style-type: none"> - พุดคุย, ให้กำลังใจ, การทำ
การให้การปรึกษา - เพิ่มทักษะการเข้าสังคมกิจ
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม - การแก้ปัญหา |
|---|--|

เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ

เอกสารชุดที่ 4

การปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

ทักษะ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการกระทำสิ่งต่างๆ

ทักษะในการใช้ชีวิตประจำวัน หมายถึง ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรักษาความสะอาดของร่างกาย การทำความสะอาดเครื่องใช้ บ้าน เสื้อผ้า การทำอาหาร เป็นต้น

ทักษะการเข้าสังคม หมายถึง ความสามารถในการทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลอื่นๆ เช่น การขึ้นรถประจำทาง การซื้อของที่ตลาด การพูดคุยกับบุคคลอื่น เป็นต้น

ปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท มียาชนิดใหม่ๆ มาใช้ในการรักษาผู้ป่วยหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยได้ถูกส่งกลับเข้าสู่สังคม แต่การส่งผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมมีปัญหาเกิดขึ้นตามมามากมาย ผู้ป่วยไม่สามารถใช้ชีวิตประจำวัน หรือติดต่อกับผู้อื่นได้เหมือนคนปกติได้ ญาติของผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยที่พบกับความยุ่งยากกับปัญหาพฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งยาต้านโรคจิตยังไม่สามารถที่จะกำจัดอาการบางอย่างไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น การแยกตัว สีหน้าเรียบเฉย ไร้อารมณ์ เป็นต้น อาการเหล่านี้เองทำให้ผู้ป่วยขาดทักษะในการทำงาน การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น, การแก้ปัญหาเล็กน้อยที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน เป็นต้น ทักษะต่างๆ ที่ขาดหรือบกพร่องไปเหล่านี้เองทำให้ผู้ป่วยต้องพบกับสภาวะเครียด จนทำให้ผู้ป่วยอาการกำเริบและต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้ง

ดังนั้นหลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นแล้ว นอกจากการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องแล้ว การช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไขทักษะ การใช้ชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคมร่วมด้วยจะทำให้การรักษาผู้ป่วยมีประสิทธิภาพมากขึ้น

เนื่องจากครอบครัวเป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วย และเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดจากการขาดหรือบกพร่องในทักษะต่างๆ เหล่านี้โดยตรงแล้วจึงเป็นผู้ที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ไข และปรับเปลี่ยนทักษะเหล่านี้ได้อย่างต่อเนื่อง ดังนั้นครอบครัวจึงเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่ง ในการทำให้อาการกำเริบของผู้ป่วยลดลงได้

วิธีการปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการเข้าสังคม

วิธีใช้ในที่นี้เรียกว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Shaping behavior) โดยมีขั้นตอนดังนี้

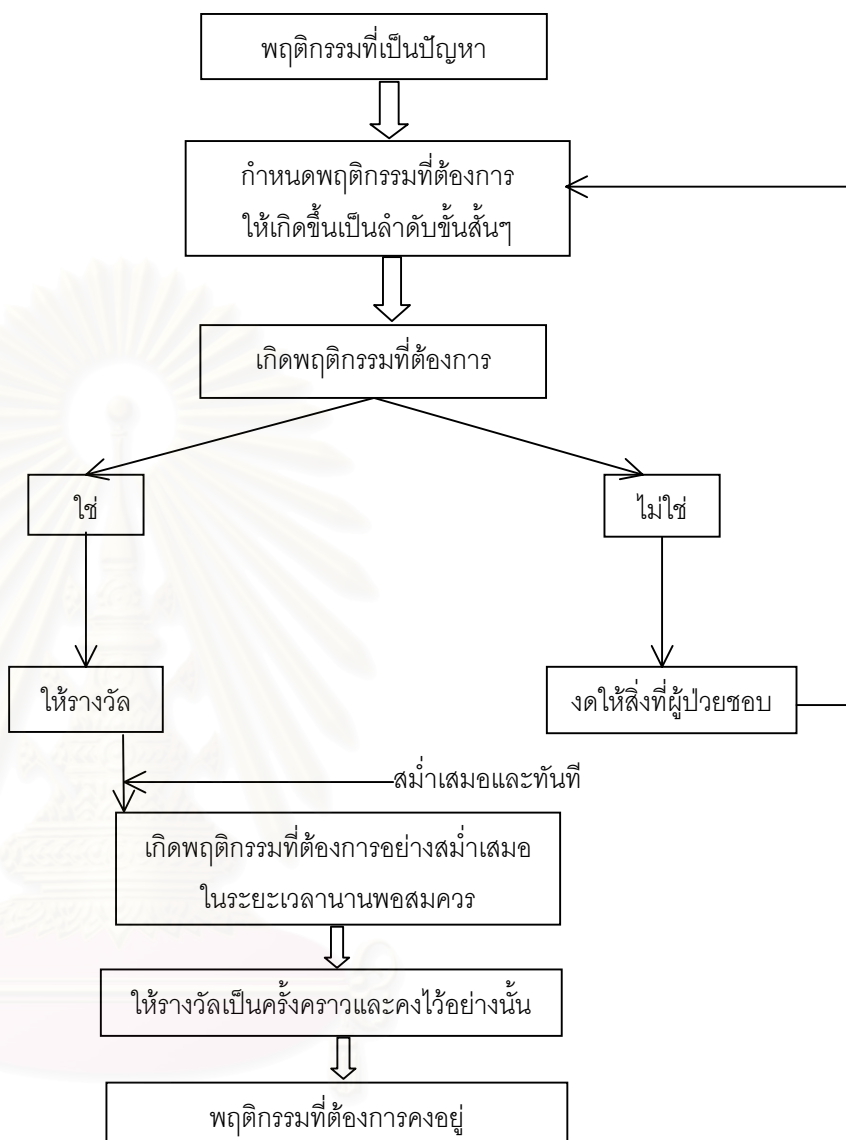
คือ

1. ค้นหาพฤติกรรมหรือทักษะต่างๆ ที่เป็นปัญหาและต้องการจะปรับเปลี่ยน เช่น ผู้ป่วยไม่ยอมทำความสะอาดร่างกาย

2. กำหนดรูปแบบพฤติกรรมที่ต้องการจะให้เกิดขึ้น โดยจัดแบ่งเป็นลำดับขั้นจากง่ายไป
 ง่าย เช่น ล้างหน้าแปรงฟันอาบน้ำ ล้างหน้าแปรงฟันอย่างสม่ำเสมอ
3. ใช้วิธีเสริมแรง (reinforcement) เข้ามาปรับเปลี่ยนพฤติกรรม วิธีเสริมแรงมี 2 วิธีคือ
 - ก. ให้รางวัลจะกระทำต่อเมื่อผู้ปวยกระทำพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นโดยทันที
 ที่รางวัลในที่นี้หมายถึง สิ่งของวัตถุที่ผู้ปวยชอบ หรือต้องการ หรืออาจจะเป็น
 คำชมการแสดงความชื่นชม เช่น เมื่อผู้ปวยอาบน้ำอาจจะให้คำชมในทันทีที่
 พบหรืออนุญาตให้ดูหนังที่ชอบได้
 - ข. การงดสิ่งที่คุณชอบจะกระทำต่อเมื่อผู้ปวยกระทำพฤติกรรมที่ไม่ต้องการ
 เช่น เมื่อผู้ปวยไม่ยอมอาบน้ำ ก็อาจจะงดให้ดูหนังเรื่องที่ชอบ

การเลือกรางวัลหรือสิ่งที่คุณชอบเป็นสิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งในการเสริมแรง โดยจะต้องเป็นสิ่ง
 ผู้ปวยต้องการหรือชอบจริงๆ และมีราคาหรือความเหมาะสมที่จะให้ได้อย่างสม่ำเสมอได้ และการ
 ให้รางวัลจะต้องให้ทันที และทุกครั้งที่คุณปวยทำพฤติกรรมจนกระทั่งพฤติกรรมนั้นคงอยู่อย่าง
 สม่ำเสมอในระยเวลานานพอควรแล้วจึงเปลี่ยนการให้รางวัลห่างขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งนานๆ ครั้งและ
 คงไว้อย่างนั้นเพื่อมิให้พฤติกรรมที่ต้องการนั้นสูญไป

วิธีการปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม



เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ

เอกสารชุดที่ 5

บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทครอบครัวเป็นส่วนสำคัญมากในการช่วยเหลือแพทย์ดูแลผู้ป่วย สิ่งแรกและสิ่งสำคัญที่สุด คือ ความเข้าใจโรคจิตเภท โดยเฉพาะในแง่ของสาเหตุที่ว่า “ไม่มีคนใดคนหนึ่ง หรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่ง” ที่เป็นต้นเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ “ทุกคน” ในครอบครัวที่จะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความคาดหวังกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องการเวลายาวนานพอสมควรในการรักษา ซึ่งระหว่างรักษาผู้ป่วยอาจมีช่วงที่อาการแย่ลง ซึ่งญาติยากที่จะยอมรับอาการ เพราะไม่เหมือนกับเวลาเราแขนหัก ซึ่งมักจะไม่นำเรีบ แต่”โรคจิตเภท” เป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบได้สูง ซึ่งการที่ญาติรู้ว่าโรคจิตเภทอาจกำเริบได้เองจะทำให้เข้าใจได้ว่า “ไม่ใช่ความผิดของใครที่ผู้ป่วยอาการแย่ลง เพราะตัวโรคเองกำเริบได้เองอยู่แล้ว”การรักษาช่วยลดการกำเริบได้และหากกำเริบจะได้ทำการสังเกตการณ์ก่อนกำเริบ เช่น ผู้ป่วยขาดยา, ผู้ป่วยมีความตึงเครียดเพิ่มขึ้น จะช่วยให้แพทย์และญาติช่วยป้องกันการกำเริบได้

โรคจิตเภทมีอาการได้หลายแบบ

ไม่เหมือนกับโรคทางกาย เช่น โรคหัวใจ อาจจะมีอาการบวม ใจสั่น เจ็บหน้าอก แต่โรคจิตเภทมีอาการหลายแบบ จนญาติบางครั้งยากที่จะเข้าใจ นอกจากอาการหวาดระแวง หลงผิด และประสาทหลอนแล้ว ผู้ป่วยโรคจิตเภทอาจมีอาการแยกตัวจากสังคม เฉยชา ไม่มีเป้าหมายในชีวิต การดูแลตัวเองไม่ดี ซึ่งอาจจะทำให้ญาติเข้าใจผิดว่า ผู้ป่วยขี้เกียจไปเอง ซึ่งจะยิ่งทำให้ญาติมีความรู้สึกไม่ดีกับผู้ป่วย

การสังเกตอาการการกำเริบ

การสังเกตอาการเริ่มจากญาติ จะช่วยแพทย์ในการป้องกันการกำเริบของโรคได้ ซึ่งอาการกำเริบอีก ญาติอาจสังเกตได้ว่าผู้ป่วยอาจเริ่มสับสนอีก , ระแวงอีก , ไม่ยอมนอน , พุดมากขึ้น , มีประสาทหลอน ฯลฯ ตลอดจนการแยกตัว , เก็บเงียบ , การสูญเสียความสนใจต่างๆ ข้อมูลเหล่านี้จะช่วยแพทย์ในการดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น

การช่วยลดความตึงเครียด

ความเครียดบางอย่างอาจเป็นปัญหาที่ผู้ป่วยในช่วงที่กำลังดีขึ้น ความเครียดอาจเกิดจากภายใน หรือภายนอกครอบครัวได้ หรืออาจเกิดจากการพบสถานการณ์ใหม่ เช่น การเริ่มทำงานใหม่ หรือความเครียดอาจเกิดโดยไม่รู้ตัว เช่น อุบัติเหตุช่วงที่ผู้ป่วย ซึ่งมักจะเป็นวัยรุ่นต้องพบกับความตึงเครียดที่สำคัญคือ การปรับตัวให้เป็นผู้ใหญ่ เช่น การหางาน,การมีคู่ครอง,การดูแลตนเอง ซึ่งระยะนี้มักจะเป็นช่วงที่มีอาการครั้งแรกของผู้ป่วยโรคจิตเภทชาย สำหรับผู้ป่วยหญิงอาจเกิดช่วงตั้งครรภ์และคลอดลูก แม้ว่าในปัจจุบันชีวิตมีความเครียดมากมาย แต่ญาติจะช่วยลดความตึงเครียดในผู้ป่วยเพื่อป้องกันการกำเริบ โดย

- การปรับเปลี่ยนความคาดหวังให้เหมาะสม ตามระดับความสามารถของผู้ป่วยที่จะทำได้พยายามค้นหาสิ่งที่ผู้ป่วยชอบ ตลอดจนสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถทำได้ ผู้ป่วยรู้สึกเสียใจที่เขาสูญเสียความสามารถบางอย่างไปเหมือนญาติเสียใจ การช่วยให้ผู้ป่วยค่อยๆ ปรับตามความสามารถจะช่วยผู้ป่วยได้มาก

- ทำทุกอย่างให้ง่ายๆและไม่เปลี่ยนแปลงจากเดิม เช่น พุดสั้นๆ ให้ได้ใจความอย่าเปลี่ยนแปลงตารางเวลาต่างๆ ถ้าไม่จำเป็น สัญญาอะไรกับผู้ป่วยไว้จรรยาบรรณ
- หลีกเลี่ยงการทะเลาะกับผู้ป่วยพึงระลึกไว้ว่า “การทะเลาะกับผู้ป่วยจะทำให้อาการแย่ลง เช่น บางครั้งญาติอาจจะรำคาญ ที่ผู้ป่วยมาบอกว่ามีคนด่าว่าเขาอยู่ ญาติอาจตอบสั้นๆ ไปว่า แม่เข้าใจ ได้ยินคนมาด่าว่าอยู่ แต่แม่ไม่ได้ยินเลย”
- ข้อสำคัญอย่าลืมความเครียดในตัวเอง หาเวลาส่วนตัว พักผ่อน หรือทำสิ่งที่ต้องการบาง การที่ท่านมีความเครียดน้อยผู้ป่วยจะมีความเครียดน้อยลงด้วย

ค้นหาจุดดี และสนับสนุนแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ ที่ผู้ป่วยดีขึ้น

สนับสนุนผู้ป่วยให้ค่อยๆ ปรับตัวโดยไม่เร่งจนเกินไป การที่ผู้ป่วยเริ่มทักทายสวัสดิ์กับคนอื่น อาบน้ำเอง ลงมาทานข้างเองได้ ญาติอาจจะชมเชยให้กำลังใจ อาจจะถามว่าผู้ป่วยจะช่วยงานอะไรได้บ้าง แม้ว่าจะงานจะไม่เสร็จสมบูรณ์ก็ควรชมเชยกับความพยายามของผู้ป่วย จงตระหนักว่าจุดเล็กๆ เหล่านี้ที่จะรวมเป็นจุดใหญ่ให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นจากโรค

อย่าลืมนัดและดูแลผู้ป่วยในเรื่องการรับยา

เพราะว่าโรคจิตเภทต้องการระยะเวลาที่นานพอสมควรในการรักษา ตลอดจนการกลับเป็นใหม่ของโรคเกิดได้มาก ดังนั้นการรับยาและการรักษาจึงเป็นสิ่งสำคัญมากเราพบว่า ผู้ป่วยและญาติมักจะรู้สึกว่าโรคดีขึ้นแล้วหรือไม่ก็มีผลข้างเคียงจากการใช้ยาจึงไม่อยากจะมาตามนัดเมื่อไรก็ตามที่เกดปัญหาขึ้นจึงอย่าลังเลที่จะปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลผู้ป่วยอยู่

สรุปใจความสำคัญ

1. โรคจิตเภทไม่ได้เกิดจากญาติ แต่ญาติจะช่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้
2. โรคจิตเภทมีโอกาสกำเริบได้สูง แต่การรักษาจะช่วยป้องกันได้
3. โรคจิตเภทมีอาการได้หลายแบบแตกต่างกันทั้งประสาทหลอน,ระแวงและแยกตัว ดูแลตัวเองแย่ง
4. ญาติมีส่วนสำคัญมากในการช่วยแพทย์ป้องกันการกลับเป็นใหม่ของโรค โดยการระแวงระวังอาการเริ่มของโรค
5. ญาติจะช่วยลดภาวะเครียด เพื่อป้องกันการกำเริบได้
6. ค้นหาจุดดีและสนับสนุนให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย แม้จะเป็นส่วนน้อยนักก็ตาม
7. จงมาตามนัดและช่วยดูแลผู้ป่วยในการรับยา

เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ

เอกสารชุดที่ 6

บทบาทของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย

ถ้าเปรียบเทียบครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทกับโครงสร้าง และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่วไป ครอบครัวจะประกอบด้วย พ่อ-แม่ ซึ่งมีความสัมพันธ์กันทั้ง 3 ส่วน แต่ละส่วนหรือโครงสร้างมีความสำคัญเหมือนกัน ทั้งในครอบครัวทั่วไปและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยที่วัตถุประสงค์ของการอยู่กันในครอบครัวต้องการให้เกิดความสุขแต่การดำเนินชีวิตหรือความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น อาจทำให้สภาพความเป็นอยู่ไม่เป็นสุข และก่อให้เกิดปัญหาได้หลายรูปแบบ

ความสัมพันธ์และความเป็นอยู่ในครอบครัวอาจมีรูปแบบ หรือลักษณะที่แตกต่างออกไป จะพบว่าบางครั้งครอบครัวอาจมีความสัมพันธ์แบบใกล้ชิด เป็นมิตร สนุกสนาน อบอุ่นให้กำลังใจซึ่งกันและกัน แต่แต่ละคนมีอารมณ์ขัน แต่ความรับผิดชอบดี แต่บางครั้งครอบครัวอาจเห็นห่าง แต่ละคนช่างคิด เอะอะไว้วาย บางครั้งครอบครัวแตกแยก บรรยากาศน่าเบื่อหน่าย บาดคนชอบวิพากษ์วิจารณ์ มีปากเสียงกันบ่อย บางครอบครัวมีกฎระเบียบมาก บางคนรักสันโดษไม่ชอบยุ่งเกี่ยวซึ่งกันและกัน เป็นต้น

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นจากการอยู่ร่วมกันในครอบครัว อาจเป็นได้หลายรูปแบบ เช่น เกิดความตึงเครียด ไม่ผ่อนคลาย เศร้า ไม่มีอารมณ์ขัน พูดจាកันไม่เข้าใจ มีปัญหาแล้วหาข้อยุติไม่ได้ ไม่มีเวลาว่างให้แก่กัน พยายามหลีกเลี่ยง ไม่ยอมพูดถึงปัญหาที่ตนเองไม่ค่อยตรงกัน เป็นต้น

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจเปรียบได้กับโครงสร้างของครอบครัวที่ต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน โดยที่ผู้ดูแลอาจเป็น พ่อ แม่ สามี ภรรยา ลูก พี่ น้อง หรือญาติอื่นๆ โดยวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในกรณีของผู้ป่วยเราต้องการให้ผู้ป่วยดีขึ้นและไม่กำเริบ สิ่งที่ต้องการให้เกิดขึ้นในตัวผู้ดูแล คือ การยอมรับ จะได้อยู่ด้วยกันอย่างมีความสุขแต่จะพบว่าความเป็นไปในกระบวนการดูแลนี้อาจก่อให้เกิดปัญหาในตัวผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท และปัญหาในผู้ดูแลซึ่งก่อให้เกิดคำถามมากมายที่ควรได้รับการแก้ไขและจัดการ

ปัญหาอาการในส่วนของผู้ป่วยที่พบ เช่น พฤติกรรมแปลกๆ ซึ่เกียจ ไม่ยอมทำงาน ไม่สนใจตัวเอง พูดไม่ได้เรื่องราว หูแว่ว หลงผิด มีความคิดแปลกๆ ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ ปฏิเสธไม่ยอมกินยา ลืม ไม่มีสมาธิ แยกตัว อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฯลฯ

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในผู้ดูแล อาจเป็นความเครียด กังวล วิตก กลัว เศร้า รู้สึกผิดคิดว่าตนเองมีส่วนในการทำให้เกิดความเจ็บป่วย ชีวิตต้องเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น

คำถามที่อาจเกิดขึ้นเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น ใครจะเป็นผู้ดูแล ต้องดูแลไปนานเท่าใด ผลกระทบทางเศรษฐกิจจะเกิดขึ้นมากน้อยเพียงใด ในเมื่อผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาระยะยาวและไม่สามารถประกอบอาชีพการงานได้เต็มที่ ปัญหาจากการจะเกิดผลกระทบต่อครอบครัวอย่างไรบ้าง ความรับผิดชอบของผู้ดูแลต่อผู้ป่วยควรจะมากน้อยเท่าใด การติดตามการรักษาจะรักษาอย่างไรดี ฯลฯ

ข้อแนะนำในการดูแลผู้ป่วยและตัวเองในระยะฟื้นฟู (อันยาวนาน)

1. อย่างโต้แย้งกับความคิดที่หลงผิดของผู้ป่วย
2. หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า การต่อสู้ คัดค้าน ยืนยัน เมื่อเป็นไปได้
3. ติดต่อสื่อสารกันให้ชัดเจน เข้าใจง่ายที่สุดเท่าที่จะทำได้
4. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มากเกินไปและหลีกเลี่ยงการแตกแยกของทุกคนภายในบ้าน
5. อนุญาตให้ผู้ป่วยเป็นตัวของตัวเอง มีอิสระบ้าง
6. แสดงความห่วงใย ให้การดูแล สนับสนุน ปรึกษาประคองโดยไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวมากเกินไป
7. ดำเนินชีวิตของท่านไป อย่าให้ความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเข้ามากินเวลาทั้งชีวิตของท่าน
8. พยายามหาคำแนะนำ ปรึกษาผู้รู้ หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ความเครียดในครอบครัวเป็นปัจจัยในการดำเนินของโรค การพยากรณ์โรคและการกำเริบปัจจัยที่อาจก่อให้เกิดความเครียด และมีผลกระทบต่อโรคในทางไม่ดี ได้แก่

1. การวิพากษ์วิจารณ์ “น้ำเสียง” เป็นสิ่งสำคัญไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ หรือใช้น้ำเสียงที่ไม่น่าฟัง
2. การแสดงความโกรธ คัดค้าน ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ เป็นศัตรูกับผู้ป่วย จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยอาการแย่ลง
3. ความไม่พอใจที่แสดงออกชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น
4. การเข้าไปพัวพันยุ่งเกี่ยวกับด้านอารมณ์มากเกินไป เป็นสิ่งที่ไม่ควรทำ ควรดูแลในระดับที่เหมาะสม

การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สิ่งที่ควรปฏิบัติในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วยจิตเภท คือ

1. หลีกเลี่ยงการลงรายละเอียดที่มากเกินไป หรือเน้นในสิ่งที่เป็นนามธรรมไม่มีตัวตน ไม่รูปแบบในการปฏิบัติมากไป
2. พยายามแยกแยะระหว่างวิธีการ “อธิบายหรือบอกกล่าว” กับการ “ประเมินวิจารณ์หรือต่อว่า” รวมทั้งแสดงอารมณ์ได้ตอบ

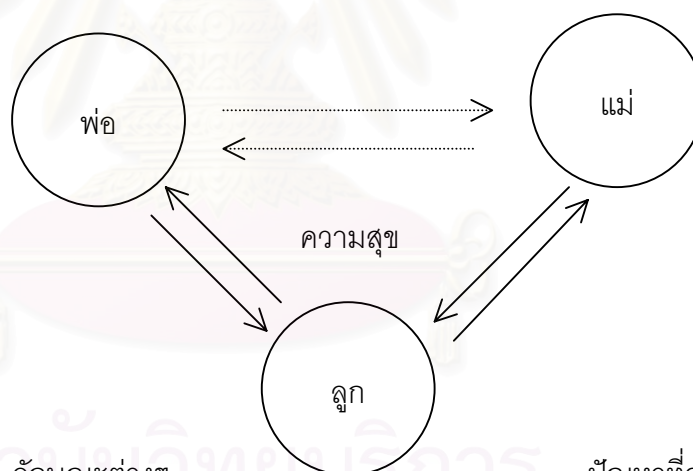
3. ยอมรับ รับผิดชอบในคำพูดของตัวเอง และพยายามให้คนอื่นปฏิบัติเช่นนี้ให้ได้เหมือนกัน
4. การติดต่อสื่อสารที่ควรเป็น คือ การใช้คำพูด กิริยา ท่าทาง หรือวิธีการที่ช่วยสนับสนุนระดับประคอง ให้กำลังใจผู้ป่วย

เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ

เอกสารชุดที่ 7

โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวต่างๆ ไป

ถ้าเปรียบเทียบกับโครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวต่างๆ ไป ครอบครัวคงประกอบด้วย พ่อ-แม่-ลูก ซึ่งจะมีความสัมพันธ์กันทั้ง 3 ส่วน และแต่ละส่วนหรือโครงสร้างมีความสำคัญเหมือนกัน โดยที่วัตถุประสงค์ของการอยู่ร่วมกันในครอบครัวต้องการให้เกิดความสุข แต่การดำเนินชีวิต หรือความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้น อาจทำให้สภาพความเป็นอยู่สามารถประเมินให้เป็นลักษณะต่างๆ และก่อให้เกิดปัญหาได้หลายรูปแบบ



ลักษณะต่างๆ

- ใกล้ชิด เป็นมิตร สนุกสนาน
- อบอุน เห็นห่าง ชอบให้กำลังใจ
- ช่างคิด เอะอะโวยวาย แยกแยก
- นำเปื้อน่าย รับผิดชอบ
- มีปากเสียงบ่อย ชอบวิพากษ์วิจารณ์
- มีกฎระเบียบมาก มีอารมณ์ขัน

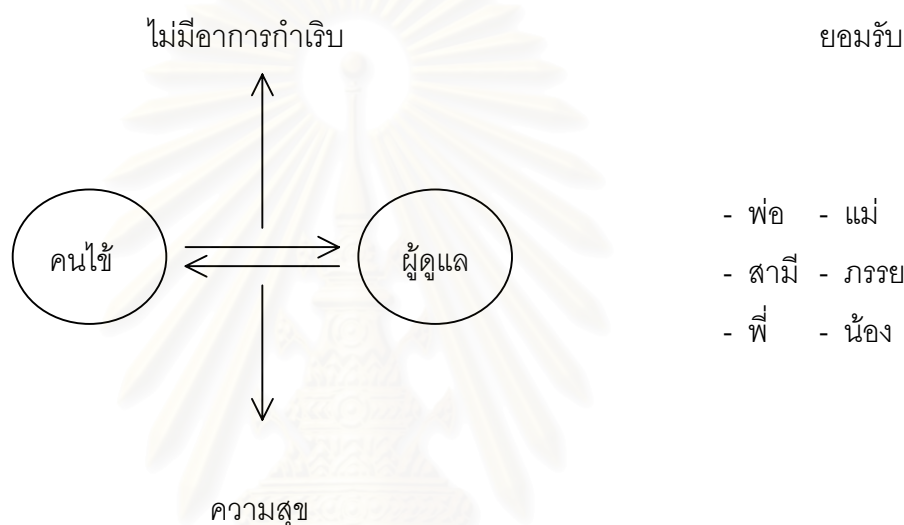
ปัญหา

- สิ้นโคษ มีความสุข ฯลฯ

ปัญหาที่อาจเกิดขึ้น

- เครียด ไม่ผ่อนคลาย
- เศร้า ไม่มีอารมณ์ขัน
- พุดจกกันไม่เข้าใจ
- มีปัญหาหาข้อยุติไม่ได้
- ไม่มีเวลว่างให้แก่กัน
- พยายามหลีกเลี่ยงไม่พุดถึง
- ทักษะไม่ค่อยตรงกัน ฯลฯ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท อาจเปรียบเทียบกับโครงสร้างของครอบครัวต้องมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นสมาชิกในครอบครัวเช่นกัน โดยผู้ดูแลอาจเป็นพ่อ , แม่ , ภรรยา , ลูก , พี่ , น้อง ฯลฯ โดยวัตถุประสงค์ของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกรณีของผู้ป่วยเราคงต้องการให้ผู้ป่วยดีขึ้น ไม่มีอาการกำเริบและที่ต้องการให้เกิดในผู้ดูแล คือ การยอมรับจะได้อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข แต่จะพบว่าความเป็นไปในกระบวนการดูแลนี้ อาจก่อให้เกิดปัญหาในตัวผู้ป่วยที่เป็นอาการโรคจิตเภท และปัญหาในผู้ดูแล ซึ่งก่อให้เกิดคำถามมากมายที่ควรได้รับการแก้ไขและการจัดการ



ปัญหาส่วนของผู้ป่วย	ปัญหาที่เกิดโดยผู้ดูแล
- พฤติกรรมแปลกๆ	- ความเครียด
- ซึ่เกียจไม่ยอมทำงาน	- กังวล วิดก
- ไม่สนใจตัวเอง	- ส่วนร่วม
- พูดจาไม่ได้เรื่องราว	- กลัว
- หูแว่ว	- เศร้า
- หลงผิด มีความคิดแปลก	- อายู
- ก้าวร้าว ทำลายข้าวของ	- ชีวิตเปลี่ยนแปลง
- ปฏิเสธ ไม่ยอมกินยา	ฯลฯ
- ลีမ် ไม่มีสมาธิ	
- แยกตัวอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย	
ฯลฯ	

คำถามที่เกิดขึ้น

- ใครจะดูแล
- ผลกระทบทางเศรษฐกิจ
- ปัญหาจากอาการ
- ความรับผิดชอบ
- ฯลฯ

ข้อเสนอแนะ

การดูแลคนไข้และตัวผู้ดูแลเองในระยะฟื้นฟู (อันยาวนาน)

1. อย่าโต้แย้งกับความคิดที่หลงผิดของคนไข้
2. หลีกเลี่ยงการเผชิญหน้า การต่อสู้ คัดค้าน ยืนยัน เมื่อเป็นไปได้
3. ติดต่อสื่อสารกันให้ชัดเจน เข้าใจง่ายที่สุดเท่าที่จะทำได้
4. หลีกเลี่ยงการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มากเกินไปและหลีกเลี่ยงการแตกแยกของทุกคนภายในบ้าน
5. อนุญาตให้คนไข้เป็นตัวของตัวเอง มีอิสระบ้าง
6. แสดงความห่วงใย ให้การดูแล สนับสนุน ปรึกษาปรึกษา โดยไม่เข้าไปยุ่งเกี่ยวมากเกินไป
7. ดำเนินชีวิตของท่านไปอย่าให้ความเจ็บป่วยของคนไข้เข้ามากินเวลาทั้งชีวิตของท่าน โดยวิตกกังวล หรือหมกมุ่นกับเรื่องความเจ็บป่วยของคนไข้มากเกินไป
8. พยายามหาคำแนะนำ ปรึกษาผู้รู้ หรือแพทย์ที่เกี่ยวข้อง

ความเครียดในครอบครัว เป็นปัจจัยในการดำเนินของโรค การพยากรณ์ของโรคและการกำเริบ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่อาจก่อให้เกิดความเครียด และมีผลกระทบต่อโรคในทางไม่ดี

1. การวิพากษ์วิจารณ์ “น้ำเสียง” เป็นสิ่งสำคัญไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ หรือใช้น้ำเสียงที่ไม่น่าฟัง
2. การแสดงความโกรธ คัดค้าน ปฏิเสธ ไม่ยอมรับ เป็นศัตรูกับผู้ป่วยจะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการแย่ลง
3. ความไม่พอใจที่แสดงออกชัดเจน จะทำให้ผู้ป่วยเป็นมากขึ้น
4. การเข้าไปพัวพันยุ่งเกี่ยวกับด้านอารมณ์มากเกินไปเป็นสิ่งที่ไม่ควรกระทำ ควรดูแลในระดับที่เหมาะสม

การติดต่อสื่อสาร เป็นกระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สิ่งที่ควรปฏิบัติ

1. หลีกเลี่ยงการลงรายละเอียดที่มากเกินไป หรือเน้นในสิ่งที่เป็นนามธรรมไม่มีตัวตนไม่มีรูปแบบในการปฏิบัติมากเกินไป
2. พยายามแยกแยะระหว่างวิธีการ “อธิบายหรือบอกกล่าว” กับการ “ประเมิน วิเคราะห์ หรือต่อว่า” รวมทั้งการแสดงอารมณ์โต้ตอบ
3. ยอมรับ รับผิดชอบในคำพูดของตัวเอง และพยายามให้คนอื่นทำเช่นนี้เหมือนกัน
4. ให้การติดต่อสื่อสาร โดยใช้ข้อมูล หรือวิธีการที่ช่วยสนับสนุนระดับประคอง หรือให้กำลังใจผู้ป่วย

เอกสารประกอบการให้สุขจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย

เอกสารชุดที่ 1

การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทคืออะไร

โรคจิตเภทคือ โรคจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น โรคนี้จะมีลักษณะเป็นกลุ่มอาการ ประกอบด้วยอาการทางจิตหลายๆ อย่างด้วยกัน โดยมักจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงอายุหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ปัจจุบันยังไม่มี การตรวจทางห้องปฏิบัติการใดที่สามารถบอกได้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคนี้ แพทย์จะใช้การซักประวัติจากญาติการตรวจสภาพจิตผู้ป่วย การสังเกตอาการ รวมทั้งการตรวจด้วยแบบทดสอบทางจิตวิทยา เพื่อให้การวินิจฉัยโรค

โรคจิตเภทมีอาการอย่างไรบ้าง

ผู้ป่วยมักจะแสดงอาการผิดปกติทางความคิด มีอาการหลงผิด และประสาทหลอนต่างๆ ดังนี้

อาการผิดปกติทางความคิด มีความคิดที่ไม่ปะติดปะต่อไม่ต่อเนื่องกัน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยพูดผิดปกติได้ ตัวอย่าง เช่น

- พูดไม่เป็นเรื่องเป็นราว พูดไม่ต่อเนื่องเปลี่ยนเรื่องที่พูดโดยไม่มีเหตุผลซึ่งทำให้ผู้ฟังไม่สามารถเข้าใจเรื่องของผู้ป่วยพูด
- พูดโต้ตอบไม่ตรงคำถาม
- พูดภาษาแปลกๆ ใช้คำศัพท์ที่ไม่มีความหมาย หรือมีความหมายพิเศษเฉพาะตัวของผู้ป่วยต่างไปจากความหมายที่เข้าใจกันโดยทั่วไป
- ความคิดหลุดหายไป ซึ่งทำให้หยุดพูดเรื่องที่กำลังพูดไปเฉยๆ โดยไม่มีเหตุผล

อาการหลงผิดเป็นการที่มีความเชื่อที่ผิดๆ เชื่อในเรื่องที่ไม่เป็นความจริงโดยไม่สามารถใช้เหตุผลใดๆ แก้ไขความเชื่อหลงผิดนี้ได้ เช่น

- หลงผิดชนิดหวาดระแวง เชื่อว่าตนเองถูกปองร้าย ทำให้หวาดระแวงและระมัดระวังตัวอยู่ตลอดเวลา หรืออาจถึงขั้นทำร้ายผู้ที่คิดว่าจะทำร้ายตนเองได้
- หลงผิดคิดว่าตนเองเป็นบุคคลสำคัญ เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นเชื้อพระวงศ์ เป็นผู้นำประเทศ หรือมีความสามารถพิเศษ มีเกียรติยศสูง
- หลงผิดคิดว่าสามารถติดต่อทางจิตกับผู้อื่นได้ หรือเชื่อว่าผู้อื่นสามารถล่วงรู้ความคิดในใจของตนเองได้
- หลงผิดคิดว่าคนอื่นกำลังพูดถึงตน หลงผิดเรื่องราวในวิทยุ โทรทัศน์หรือหนังสือพิมพ์ กล่าวพาดพิงถึงตนเอง
- หลงผิดคิดว่ามีผู้บังคับความคิดและการกระทำของตนเองได้ เช่น เชื่อว่ามีวิญญาณหรือเทพอยู่ในร่างกายตนเอง คอยบอกให้ตนคิดและทำสิ่งต่างๆ
- หลงผิดคิดว่าเหตุการณ์ในชีวิตประจำวันมีความหมายพิเศษสำหรับตน เช่น เห็นสัญญาณไฟจราจร เป็นเครื่องหมายบอกว่าคนบนถนนเป็นคอมมิวนิสต์

อาการประสาทหลอน อาจมีประสาทหลอนทางหู ตา จมูก ลิ้น หรือสัมผัสทางกาย เช่น มีเสียงคนพูดวิพากษ์วิจารณ์ ตำนานิตีเยียน พูดให้ทำอะไรๆ หรือพูดคุยกับตน

อาการอื่นๆ ที่อาจพบได้ เช่น อาจแสดงพฤติกรรม หรืออยู่ในท่าแปลกๆ เป็นเวลานาน แสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับกราบคนทั่วไป หรือมีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น ยิ้มหัวเราะคนเดียว สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ เป็นต้น

อาการต่างๆ ทั้งหมดนี้มีผลให้ผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง ทำงานไม่ได้ ไม่สามารถรับผิดชอบหน้าที่ของตนเองซึ่งผลกระทบนี้อาจคงอยู่ แม้ว่าผู้ป่วยจะไม่มีอาการหลงผิดและประสาทหลอนแล้วก็ตามทำให้คนรอบข้างรู้สึกว่าคุณป่วยเกี่ยวจรร้านไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง

สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร

ในปัจจุบันยังไม่สามารถค้นพบสาเหตุที่ชัดเจนของโรคนี้ แต่อย่างไรก็ตามมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคนี้ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ผู้ป่วยโรคนี้มีความผิดปกติของสารสื่อประสาทบางอย่างในสมองร่วมด้วย

ในปัจจุบันเชื่อว่าผู้ป่วยด้วยโรคนี้มีความเปราะบางซึ่งเป็นผลจากทางร่างกายและจิตใจอยู่แล้ว เมื่อประกอบกับความเครียดและความกดดันในชีวิต รวมทั้งความขัดแย้งภายในจิตใจจนทำให้เกิดอาการป่วยได้ในที่สุด

โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ได้หรือไม่

ปัจจุบันยังไม่มีหลักฐานที่ยืนยันว่า โรคจิตเภทถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ แต่พบว่าลูกของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคนี้สูงกว่าคนทั่วไป

โรคจิตเภทรักษาได้อย่างไร

ในช่วงที่มีอาการมากการให้ยาสามารถลดอาการหลงผิดและประสาทหลอนของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การให้อยู่ในสภาพแวดล้อมที่สงบ เช่น การรับไว้ในโรงพยาบาลชั่วคราวและการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้

เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นแล้ว การได้รับยาอย่างสม่ำเสมอและการมาพบแพทย์ตามนัดจะช่วยควบคุมอาการไม่ให้เกิดซ้ำได้ ซึ่งญาติผู้ป่วยจะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยดูแลในเรื่องนี้

นอกจากการรักษาด้วยยาแล้ว การรักษาด้วยไฟฟ้าและการทำจิตบำบัดรวมทั้งการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจและสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับสู่สังคมตามปกติได้เร็วขึ้น ครอบครัวสามารถช่วยได้โดยให้คำปรึกษา ให้กำลังใจ ให้คำชมต่อการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นของผู้ป่วยและร่วมมือในการรักษาตามคำแนะนำของแพทย์ในกรณีที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบอีกครั้งครอบครัวจะมีส่วนช่วยอย่างมากในการนำผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อรับการรักษาอย่างทันที่

การกำเริบของโรคเกิดขึ้นได้อย่างไร

ผู้ป่วยโรคจิตที่รับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ไม่ต่อเนื่อง หยุดยาเอง หรือมีเรื่องวิตกกังวลรบกวนจิตใจอาจมีอาการของโรคกำเริบได้อีก โดยระยะแรกผู้ป่วยอาจจะหงุดหงิดง่าย นอนไม่หลับ แยกตัวหรือมีอาการเฉพาะอย่างอื่น ซึ่งครอบครัวอาจสังเกตเห็นความผิดปกติที่เกิดขึ้น การพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ในระยะนี้ จะสามารถควบคุมอาการไม่ให้เกิดซ้ำได้

การพยากรณ์โรค

พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยครอบครัวมีส่วนร่วมในการฟื้นฟูสภาพจิตใจตามคำแนะนำของแพทย์นั้น ผู้ป่วยมักจะกลับมาใช้ชีวิตในสังคมตามปกติได้

ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทมีอาการกำเริบได้หรือไม่

โรคบางโรคที่เป็นเรื้อรังจะกลับมามีอาการขึ้นมาอีกได้เป็นช่วงๆ จากการศึกษพบว่าโรคจิตเภทเป็นโรคหนึ่งที่มีอัตราการกำเริบของโรค หรือกลับมีอาการโรคจิตได้อีกค่อนข้างบ่อยโดยพบว่าผู้ป่วยประมาณร้อยละ 40 – 70 จะกลับมีอาการกำเริบของโรคได้อีกภายใน 1 ปี หากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง

การรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตจะช่วยให้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ออกอาการสงบ ดังนั้นการรักษาต่อเนื่องในระยะยาวจึงมีความจำเป็นโดยที่แพทย์และผู้ป่วยจะตัดสินใจร่วมกันเกี่ยวกับรายละเอียดในการรักษา และผลดีผลเสียที่จะได้รับจากการรักษาดังกล่าว

เราจะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร

วิธีจะป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการกำเริบขึ้นมาได้อีกที่ดีที่สุดวิธีหนึ่ง คือ การให้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องจากประสบการณ์ในการให้ยารักษาโรคจิตมากกว่า 40 ปี พบว่ายาสามารถป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้ โดยลดอัตราการกำเริบจากร้อยละ 40 - 70 เป็นร้อยละ 15 - 30

ปัจจัยอื่นๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีการกำเริบของโรคจิตเภทอีก คือ การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความตึงเครียด และความขัดแย้งในครอบครัวนอกเหนือจากการให้ยารักษาโรคจิต

ตัวผู้ป่วยเองและญาติจะสามารถป้องกันการกำเริบของโรคได้อีก โดยการคอยสังเกตอาการเบื้องต้น เนื่องจากก่อนมีอาการกำเริบ ผู้ป่วยมักมีอาการอื่นๆ นำมาก่อนซึ่งถ้าให้การรักษาที่เหมาะสมได้ทันท่วงทีก็จะป้องกันไม่ให้เกิดอาการกำเริบขึ้นได้ สำหรับอาการเตือนเบื้องต้นได้กล่าวรายละเอียดไว้แล้ว

จะหยุดการรักษาได้เมื่อไร

หากหยุดการรักษาเร็วเกินไป ผู้ป่วยจะมีการกำเริบของโรคได้อีกสูงมาก จึงมีความจำเป็นต้องให้การรักษาอย่างต่อเนื่องไปอีกระยะหลังจากควบคุมอาการได้แล้ว

โดยทั่วไปหลังจากป่วยครั้งแรกแล้วจะต้องใช้ยาต่อไปประมาณ 1 - 2 ปี แต่ถ้ามีอาการรุนแรงเกิดขึ้นหลายครั้ง เช่น 2 - 3 ครั้ง ติดกันในช่วงเวลา 2 - 3 ปี จะต้องใช้ยาต่อไปนานอย่างน้อย 5 ปี ถ้าผู้ป่วยมีอาการปกติตลอดระยะดังกล่าวแพทย์จึงพิจารณาหยุดยาอย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยบางรายอาจจำเป็นต้องให้ยานานกว่านี้ หรือไม่สามารถหยุดยาได้เลย

ยาช่วยรักษาโรคจิตได้อย่างไร

ปัจจุบันเชื่อว่าโรคจิตเกิดจากภาวะไม่สมดุลของระบบสารสื่อประสาทในสมอง โดยเฉพาะในส่วนที่ทำหน้าที่ควบคุมพฤติกรรม อารมณ์ ความนึกคิด โดยพบว่าระบบสารสื่อประสาทบางระบบทำงานมากเกินไป จึงไปกระตุ้นระบบประสาทที่มีผลให้ทำงานมากกว่าปกติ ทำนองเดียวกับผู้ที่ใช้ยาม้า หรือยากระตุ้นประสาทมีผลให้เกิดอาการโรคจิต หรือคลุ้มคลั่งประสาทหลอนขึ้นได้ ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์โดยไปปรับการทำงานของสารสื่อประสาทต่างๆ ให้ทำงานอยู่ในภาวะสมดุลมากขึ้น และลดการทำงานของระบบประสาทให้กลับมายุ่งใกล้เคียงกับเกณฑ์ปกติ

ยารักษาโรคจิตมีผล หรือฤทธิ์ข้างเคียงอย่างไร

ยาทุกตัวที่รักษาโรคอาจมีฤทธิ์ข้างเคียงเกิดขึ้นได้ ได้แสดงฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อยในยารักษาโรคจิตในตาราง ผู้ป่วยควรแจ้งให้แพทย์ทราบถึงฤทธิ์ข้างเคียงต่างๆ หรืออาการที่สงสัยว่าอาจเป็นฤทธิ์ข้างเคียงโดยละเอียด เพื่อแพทย์จะได้หาทางแก้ไขหรือควบคุมอาการดังกล่าวตามที่เหมาะสมต่อไปฤทธิ์ข้างเคียงต่างๆ ที่กล่าวต่อไปนี้มักเป็นชั่วคราวและสามารถแก้ไขได้

แสดงฤทธิ์ข้างเคียงที่พบบ่อยของยารักษาโรคจิต

จำนวนที่พบในผู้ป่วย	วิธีแก้ไข
<ul style="list-style-type: none"> - กล้ามเนื้อเกร็ง (ร้อยละ) - ตัวแข็ง มือสั่น กระสับกระส่าย (ร้อยละ 20-30) - ความดันโลหิตต่ำ (ร้อยละ 5-20) - ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะลำบาก - ผื่นคัน - แพ้แดดทำให้เกิดอาการไหม้ - น้ำหนักขึ้น (ร้อยละ 15) - ง่วงซึม รู้สึกเฉื่อย 	<ul style="list-style-type: none"> - ให้อาหารดื่มน้ำ - ลดขนาดยา ให้อาหารดื่มน้ำเปลี่ยนเป็นยาตัวอื่น - ออกกำลังกาย - เปลี่ยนเป็นยาตัวอื่น หรือลดขนาดยา - เปลี่ยนยา - เปลี่ยนยา หรือพยายามเลี่ยงแสงแดด - ควบคุมอาหาร , ออกกำลังกาย - ลดขนาดยาเสี่ยงกิจกรรมที่เป็นอันตราย เช่น ขับรถหรือทำงานกับเครื่องจักรหรือเปลี่ยนเป็นยานานอื่น

ในกรณีที่ใช้อยารักษาโรคจิตไปเป็นเวลานานผู้ป่วยประมาณร้อยละ 15-20 อาจเกิดอาการบางอย่าง โดยจะมีการเคลื่อนไหวผิดปกติของกล้ามเนื้อบางส่วน เช่น ปาก ลิ้น มือ แขน หรือบริเวณอื่นๆ ของร่างกาย ฤทธิ์ข้างเคียงนี้ถือเป็นฤทธิ์ข้างเคียงอันหนึ่งที่ค่อนข้างรุนแรงของยารักษาโรคจิตในการให้ยาแพทย์จะพิจารณาถึงผลดีผลเสียของการใช้ยาอย่างรอบคอบและคำนึงถึงความเสี่ยงต่อการเกิดฤทธิ์ข้างเคียงกับผลเสียที่เกิดจากการกำเริบของโรคอยู่บ่อยๆ

ขณะที่ใช้ยาผู้ป่วยไม่ควรดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากจะทำให้มีฤทธิ์ข้างเคียงต่างๆ มากขึ้น และควรระวังไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เช่น ชา กาแฟ หรือน้ำอัดลมบางชนิดมากเกินไป

ในเมื่อมีฤทธิ์ข้างเคียงเกิดขึ้นได้แล้วจะใช้อย่างไรป้องกันการกำเริบของโรคอีกหรือ

คำตอบสำหรับปัญหานี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยต้องพิจารณาว่าอาการข้างเคียงนั้นรุนแรงแค่ไหนเปรียบเทียบกับปัญหาและผลเสียที่เกิดจากการกำเริบของโรคจิตเภทโดยทั่วไปถ้าเลือกยาที่ถูกต้อง และให้ในขนาดที่เหมาะสม รวมทั้งในการรักษาฤทธิ์ข้างเคียงตามสมควรแล้วผลที่ได้จะมากกว่าผลเสียของการที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบของโรคเกิดขึ้นบ่อยๆ

ในกรณีที่ใช้อยารักษาโรคจิตจะเริ่มเห็นผลการรักษาเมื่อไร

ยารักษาอาการโรคจิตมักจะช่วยให้อาการดีขึ้นได้ภายใน 1 – 2 สัปดาห์ แต่อาจใช้เวลาหลายเดือนกว่าจะได้ผลเต็มที่ ญาติจึงควรให้เวลาและอดทนในการรักษาไม่ควรหยุดการรักษาหลังใช้ยาในระยะเวลาน้อยเกินไป การเปลี่ยนยาควรทำตามคำแนะนำของแพทย์เท่านั้น และจะเปลี่ยนเฉพาะเมื่อมีเหตุผลสมควร ปกติถ้าผู้ป่วยตอบสนองต่อยาชนิดหนึ่งๆ ดีอยู่แล้วแพทย์จะไม่เปลี่ยนไปเป็นยาชนิดอื่นบ่อยๆ เพราะไม่ก่อให้เกิดประโยชน์และอาจไม่ได้ผลในการรักษาหรือมีฤทธิ์ข้างเคียงมากกว่าได้

การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 40–70 จะมีอาการโรคจิตเภทขึ้นมาอีกได้ภายใน 1 ปี หลังจากมีอาการครั้งแรก หากไม่ได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการกำเริบโรค

ช่วงที่หยุดยาหรือลดขนาดยาลงเป็นช่วงที่จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดการกำเริบของโรคได้สูงและควรให้ความสนใจเป็นพิเศษ

ถ้าให้ยารักษาและป้องกันอย่างถูกต้อง จะสามารถลดความเสี่ยงในการเกิดการกำเริบของโรคลงเหลือเพียงร้อยละ 15 – 30 นอกจากนี้แพทย์สามารถป้องกันการกำเริบของโรคจิตไม่ให้เกิดขึ้นโดยรีบให้การรักษาและควบคุมอาการเสียตั้งแต่ต้น ถ้าสามารถสังเกตอาการตั้งแต่ระยะต้นได้

ในเอกสารฉบับนี้ให้รายละเอียดของอาการที่พบได้บ่อยๆ ก่อนเกิดการกำเริบของโรคเพื่อช่วยให้ท่านสามารถสังเกตได้ก่อนเกิดอาการรุนแรง ผู้ป่วยแต่ละรายอาจจะมีอาการแตกต่างกันออกไป ซึ่งญาติและแพทย์ผู้ดูแลท่านโดยตรงจะสามารถให้ข้อมูลเพิ่มเติมได้ว่า อาการของท่านมีลักษณะอย่างไร และให้คำแนะนำได้ว่า ควรทำอย่างไรต่อไป

อาการเตือนเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

ถ้าญาติของท่านเคยมีอาการมาแล้วหลายครั้ง ท่านอาจจะพอนึกได้ว่า ผู้ป่วยมักจะมีอาการเตือนอะไรนำมาก่อนที่จะมีการกำเริบของโรคแต่ละครั้ง จากข้อมูลส่วนที่ท่านสังเกตได้เอง ร่วมกับข้อมูลจากแพทย์ผู้ดูแล และตัวผู้ป่วยเองท่านจะสามารถเขียนรายการของอาการที่ญาติของท่านมีก่อนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภทได้

กรุณาเขียนอาการเตือนต่างๆ ที่ท่านสังเกตว่ามักจะนำมาก่อน การกำเริบของโรคสำหรับผู้ป่วยลงในช่องด้านซ้ายมือในตาราง รายละเอียดของอาการที่ท่านทำขึ้นนี้จะสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางให้ท่านและผู้ป่วยช่วยกันสังเกตการกำเริบของโรคได้ตั้งแต่เริ่มต้นเมื่อสังเกตว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการเหล่านี้ควรบันทึกวันที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแต่ละอย่างและให้ผู้ป่วยรีบติดต่อแพทย์เพื่อขอคำแนะนำโดยทันที

อาการเตือนเฉพาะตัวที่ผู้ป่วยมีก่อนเกิดการกำเริบของโรคในครั้งก่อนๆ

อาการ	วันที่เริ่มเกิดอาการในครั้งนี้

อาการเตือนที่พบได้บ่อย

อาการต่อไปนี้เป็นอาการเริ่มต้นหรืออาการนำมาก่อนจะมีการกำเริบของโรคจิตเภทที่พบได้บ่อย ถ้าท่านจำไม่ได้ว่าในครั้งก่อนๆ ญาติของท่านมีอาการเตือนอย่างไร หรือญาติของท่านเพิ่งเคยมีอาการเพียงไม่กี่ครั้งทำให้สังเกตไม่ได้ว่าอาการที่นำมาก่อนมีลักษณะอย่างไรท่านอาจใช้รายการของอาการต่อไปนี้ได้ตามตารางต่อไปนี้เป็นแนวทางในการสังเกตได้

อาการเตือนทั่วไปที่พบบ่อยก่อนเกิดการกำเริบโรคจิตเภท

อาการ (อาจมีหลายๆ อาการพร้อมกันได้)	วันที่เริ่มเกิดอาการครั้งนี้
<ul style="list-style-type: none"> - รู้สึกตึงเครียด และกระวนกระวาย - รู้สึกซึมเศร้า - นอนไม่หลับ - กระสับกระส่าย - ขาดสมาธิ - เบื่อหน่ายไม่มีความสุข - เบื่ออาหาร กินได้น้อยลง - ความจำไม่ดี - ย้ำคิดย้ำทำ - ไม่ค่อยอยากพบปะผู้คน - รู้สึกว่าถูกหัวเราะเยาะ - รู้สึกว่าคนอื่นนินทาว่าร้าย - ไม่สนใจสิ่งต่างๆ รอบตัวเอง - รู้สึกไม่ดีโดยไม่มีเหตุผลชัดเจน - ตื่นเต้นเกินปกติ - มีหูแว่ว หรือเห็นภาพหลอน - รู้สึกตนเองไร้ค่า - คิดฟุ้งซ่านเกี่ยวกับศาสนาปรัชญา 	

ท่านควรจะทำอย่างไรเมื่อสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการตามที่กล่าวข้างต้น

ถ้าท่านเริ่มมีอาการต่อไปนี้ได้อย่างใดอย่างหนึ่งหรือหลายๆ อย่างพร้อมกันแล้วท่านควรปรึกษาแพทย์ ผู้ดูแลทันที และควรให้รายละเอียดกับแพทย์ว่า มีอาการอะไรบ้างแต่ละอาการเริ่ม

ขึ้นตั้งแต่เมื่อไร มีลักษณะอย่างไร โดยอาจใช้บันทึกอาการตามที่กล่าวมาข้างต้นเป็นเครื่องช่วยจำและปรึกษาว่าจะทำอย่างไร

ญาติผู้ใกล้ชิดมักจะเป็นคนแรกที่จะสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงของท่านและอาการเริ่มต้นของอาการโรคจิตเภทควรเปิดเผยปัญหาต่างๆ ให้ญาติทราบและให้เขามีส่วนร่วมในการช่วยท่านป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรคจิตเภทการช่วยเหลือญาติจะมีความสำคัญมากในการป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค

นอกจากนี้ท่านอาจจะปรึกษาแพทย์ผู้ดูแลไว้ล่วงหน้าได้ว่า ถ้ามีอาการเหล่านี้เกิดขึ้นแล้วควรทำอย่างไร เช่น แพทย์อาจแนะนำว่าท่านควรเพิ่มขนาดยารักษาโรคจิตขึ้นเมื่อรู้สึกว่ามีอาการผิดปกติ หรืออาการเตือนว่ากำลังจะมีการกำเริบของโรคจิตเภท

วิธีป้องกันการกำเริบของโรคอีกอย่างหนึ่ง คือ การพยายามหลีกเลี่ยงสภาวะการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ถ้าเริ่มมีอาการเตือนต่างๆ ควรปรึกษาแพทย์ทันทีงดการตัดสินใจที่สำคัญๆ ไว้ก่อน บางกรณีอาจต้องพักงาน และรักษาตัวจนดีขึ้นแล้วจึงกลับไปทำงานใหม่

คงเป็นเรื่องไม่ง่ายนักที่จะบอกว่า เมื่อไรที่ท่านจะมีการกำเริบของโรคขึ้นอีก การนอนไม่หลับ การมีอาการเศร้า หรือมีความรู้สึกกระวนกระวาย อาจไม่ได้แสดงว่าอาการกำลังจะกำเริบทุกครั้งไป ถ้าท่านไม่แน่ใจก็ควรปรึกษาแพทย์ผู้ดูแล

เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย

เรื่อง สัมพันธภาพ

การดำรงชีวิตในสังคม ทุกคนจำเป็นต้องมีการติดต่อสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ซึ่งกันและกัน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลจะราบรื่นเพียงใดขึ้นอยู่กับความสามารถและทักษะในการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น

หลักการสร้างสัมพันธภาพ เราสามารถสร้างสัมพันธภาพได้โดย

- รู้จักการทักทายผู้อื่น เช่น ยิ้มให้ผู้อื่น กล่าวสวัสดิ ยกมือไหว้ ฯลฯ
- รู้จักชื่นชม และแสดงความยินดีกับผู้อื่น
- รู้จักกล่าวขอบคุณ และขอโทษ ฯลฯ

การสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ

ในการอยู่ร่วมกันหากเราสามารถบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้ และเข้าใจได้ที่จะได้รับการตอบสนองในทางที่ดี แต่บางครั้งเราใช้อารมณ์หรือพูดไม่ชัดเจน กลุ่มเครือข่ายให้อีกฝ่ายไม่เข้าใจ ไม่พอใจให้ความร่วมมือ ดังนั้นวิธีการพูดเพื่อบอกความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้เหมาะสมจะเป็นประโยชน์ต่อผู้พูด

การสื่อสารเพื่อบอกความต้องการ มีขั้นตอนดังนี้

1. บอกความต้องการ หรือให้ข้อมูลและบอกความต้องการ
2. ถามความคิดเห็นของอีกฝ่าย
3. ตอบสนอง

ตัวอย่าง

บอกความต้องการ	ถามความคิดเห็นของอีกฝ่าย	ตอบสนอง
- ผมขอน้ำดื่มสักแก้ว (บอกความต้องการ)	“ได้ไหมครับ” (ได้ค่ะ)	ขอบคุณครับ
- พ่อช่วยยกของกล่องนี้ให้หน่อย หนูยกไม่ไหว (ให้ข้อมูลและบอกความต้องการ)	“ได้ไหมคะ” (ได้ลูก รอเดี๋ยวนะพ่อจะยกให้)	ขอบคุณค่ะหนูจะรอ
- แม่ครับยาจะหมดแล้ว แม่ช่วยไปซื้อยาให้หน่อย (ให้ข้อมูลและบอกความต้องการ)	“ได้ไหมครับ” (ได้ค่ะ)	ขอบคุณครับ

เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ป่วย

ความเครียดคืออะไร

ความเครียด เป็นเรื่องของร่างกายและจิตใจ ที่เกิดการตื่นตัวเตรียมรับมือกับเหตุการณ์ใด เหตุการณ์หนึ่ง ซึ่งเราคิดว่าไม่น่าพอใจเป็นเรื่องที่หนักหนาสาหัสเกินกำลังทรัพยากรที่เรามีอยู่ หรือเกินความสามารถของเราที่จะแก้ไขได้ ทำให้รู้สึกหนักใจเป็นทุกข์ และพลอยทำให้เกิดอาการผิดปกติ ทางร่างกายและพฤติกรรมตามไปด้วย

ความเครียดนั้นเป็นเรื่องที่มีกันทุกคน จะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสภาพปัญหา การคิด และการประเมินสถานการณ์ของแต่ละคน ถ้าเราคิดว่าปัญหาที่เกิดขึ้นไม่ร้ายแรง เราก็จะรู้สึกเครียดน้อยหรือแม้เราจะรู้สึกว่ายากว่าปัญหานั้นร้ายแรง แต่เราพอจะรับมือไหว เราก็จะไม่เครียดมาก แต่ถ้าเรามองว่าปัญหานั้นใหญ่ แก้ไม่ไหว และไม่มีใครช่วยเราได้ เราก็จะเครียดมาก

ความเครียดในระดับพอดี ๆ จะช่วยกระตุ้นให้เรา มีพลัง มีความกระตือรือร้นในการต่อสู้ชีวิต ช่วยผลักดันให้เราเอาชนะปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น แต่เมื่อใดที่ความเครียดมีมากเกินไปจนเราควบคุมไม่ได้ เมื่อนั้นแหละที่เราจะต้องมาผ่อนคลายความเครียดกัน

ความเครียดเกิดจากสาเหตุสำคัญ 2 ประการ คือ

1. **สภาพปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิต** เช่น ปัญหาการเงิน ปัญหาการงาน ปัญหาครอบครัว ปัญหาสุขภาพ ปัญหาหามลพิษ ปัญหาอุบัติเหตุ ปัญหาหนี้ท่วม ปัญหาฝนแล้ง ปัญหาความขัดแย้งระหว่างบุคคล ฯลฯ ปัญหาเหล่านี้จะเป็นตัวกระตุ้นให้คนเราเกิดความเครียดขึ้นมาได้
2. **การคิดและการประเมินสถานการณ์ของบุคคล** เราจะสังเกตได้ว่าคนที่มองโลกในแง่ดี มีอารมณ์ขัน ใจเย็น จะมีความเครียดน้อยกว่า คนที่มองโลกในแง่ร้าย เอาจริงเอาจังกับชีวิต และใจร้าย นอกจากนี้คนที่รู้สึกว่ามีคนคอยให้การช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา เช่น มีคู่สมรส มีพ่อแม่ ญาติพี่น้อง มีเพื่อนสนิทที่รักใคร่ และไว้วางใจกันได้ ก็จะมีเครียดน้อยกว่าคนที่อยู่โดดเดี่ยวตามลำพังด้วย

การจัดการกับความเครียด

แนวทางในการจัดการกับความเครียด มีดังนี้

1. หมั่นสังเกตความผิดปกติทางร่างกาย จิตใจ และพฤติกรรมที่เกิดจากความเครียด ทั้งนี้อาจใช้แบบประเมินและวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเองก็ได้
2. เมื่อรู้ตัวว่าเครียดจากปัญหาใด ให้พยายามแก้ปัญหานั้นให้ได้โดยเร็ว
3. เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิดจากแง่ลบให้เป็นแง่บวก
4. ผ่อนคลายความเครียดด้วยวิธีที่คุ้นเคย
5. ใช้เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

คิดอย่างไรไม่ให้เครียด

ความคิดเป็นตัวการสำคัญที่ทำให้คนเราเกิดความเครียด หากรู้จักคิดให้เป็น ก็จะช่วยให้ลดความเครียดไปได้มาก

วิธีคิดที่เหมาะสม ได้แก่

1. **คิดในแง่ยึดหยุ่นให้มากขึ้น**
อย่าเอาแต่เข้มงวด จับผิด หรือตัดสินผิดถูกตัวเองและผู้อื่นอยู่ตลอดเวลา จงลวงวง ผ่อนหนักผ่อนเบา ลดทิฐิมานะ รู้จักให้อภัย ไม่ถือโทษโกรธเคือง หัดลืมเสียบ้าง ชีวิตจะมีความสุขมากขึ้น
2. **คิดอย่างมีเหตุผล**
อย่าด่วนเชื่ออะไรง่าย ๆ แล้วเก็บเอามาคิดวิตกกังวล ให้พยายามใช้เหตุผล ตรวจสอบหาข้อเท็จจริง ไตร่ตรองให้รอบคอบเสียก่อน นอกจากนี้จะไม่ต้องตกเป็นเหยื่อให้ใครหลอกได้ง่าย ๆ แล้วยังตัดความกังวลลงได้ด้วย
3. **คิดหลาย ๆ แง่มุม**

ลองคิดหลาย ๆ ด้าน ทั้งด้านดีและด้านไม่ดี เพราะไม่ว่าคนหรือไม่ว่าเหตุการณ์อะไรก็ตาม ย่อมมีทั้งส่วนดีและไม่ดีประกอบกันทั้งนั้น อย่ามองเพียงด้านเดียวให้ใจเป็นทุกข์ นอกจากนี้ ควรหัดคิดในมุมมองของคนอื่นบ้าง เช่น สามีจะคิดอย่างไร ลูกจะรู้สึกอย่างไร เจ้านายจะแก้ปัญหาได้อย่างไร เป็นต้น จะช่วยให้มองอะไรได้กว้างไกลกว่าเดิม

4. คิดแต่เรื่องดี ๆ

ถ้าคอยคิดถึงแต่เรื่องร้าย ๆ เรื่องความล้มเหลว ผิดหวัง หรือเรื่องไม่เป็นสุขทั้งหลาย ก็จะทำให้เครียดกันไปใหญ่ ควรคิดถึงเรื่องดี ๆ ให้มากขึ้น เช่น คิดถึงประสบการณ์ที่เป็นสุขในอดีต ความสำเร็จในชีวิตที่ผ่านมา คำชมเชยที่ได้รับ ความดีของคุณสมบัติ ความมีน้ำใจของเพื่อน ฯลฯ จะช่วยให้สบายใจมากขึ้น

5. คิดถึงคนอื่นบ้าง

อย่าคิดหมกมุ่นอยู่กับตัวเองเท่านั้น เปิดใจให้กว้าง รับผิดชอบต่อคนใกล้ชิดและใส่ใจที่จะช่วยเหลือ สนใจปัญหาของผู้คนในสังคมบ้าง บางทีคุณอาจจะพบว่าปัญหาที่คุณกำลังเครียดอยู่นั้นช่างเล็กน้อยเหลือเกินเมื่อเทียบกับปัญหาของคนอื่น ๆ คุณจะรู้สึกดีขึ้น และยังถ้าคุณช่วยเหลือคนอื่นได้ คุณจะสุขใจขึ้นเป็นทวีคูณด้วย

การผ่อนคลายความเครียดแบบทั่ว ๆ ไป

เมื่อรู้สึกเครียด คนเราจะมีวิธีการผ่อนคลายที่แตกต่างกันออกไป ส่วนใหญ่จะเลือกวิธีที่ตนเองเคยชิน ถนัด ชอบ หรือสนใจ ทำแล้วเพลิดเพลิน มีความสุข ซึ่งวิธีคลายเครียดโดยทั่ว ๆ ไป มีดังนี้ คือ

- U นอนหลับพักผ่อน
- U ออกกำลังกาย ยืดเส้นยืดสาย เดินแอโรบิค ว่ายน้ำ รำมวยจีน โยคะ ฯลฯ
- U ฟังเพลง ร้องเพลง เล่นดนตรี
- U เล่นกีฬาประเภทต่าง ๆ
- U ดูโทรทัศน์ ดูภาพยนตร์
- U ทำงานศิลปะ งานฝีมือ งานประดิษฐ์ต่าง ๆ
- U ปลูกต้นไม้ ทำสวน
- U เล่นกับสัตว์เลี้ยง
- U พุดคุย พบปะสังสรรค์กับเพื่อนฝูง
- U ไปท่องเที่ยวเปลี่ยนบรรยากาศ

เทคนิคเฉพาะในการคลายเครียด

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ
2. การฝึกการหายใจ
3. การจินตนาการ

1. การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ

หลักการ

ความเครียดมีผลทำให้กล้ามเนื้อหดตัว สังเกตได้จากอาการหน้ามือที่ขมวด กำหมัด กัดฟัน ฯลฯ การเกร็งตัวของกล้ามเนื้อทำให้เกิดอาการเจ็บปวด เช่น ปวดต้นคอ ปวดหลัง ปวดไหล่ เป็นต้น การฝึกการคลายกล้ามเนื้อจะช่วยให้อาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อลดลง มนขณะฝึก จิตใจจะจดจ่ออยู่กับการคลายกล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ ทำให้ลดการคิดฟุ้งซ่าน และวิตกกังวล จิตใจจะมีสมาธิมากขึ้นกว่าเดิมด้วย

วิธีการฝึก

เลือกสถานที่ที่สงบปราศจากเสียงรบกวน สิ่งในท่าที่สบายคลายเสื้อผ้าให้หลวม ถอดรองเท้า หลับ

ตา ทำใจให้ว่าง ตั้งสมาธิอยู่ที่กล้ามเนื้อส่วนต่าง ๆ

ฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่ม ดังนี้

1. มือและแขนขวา โดยกำมือ เกร็งแขน แล้วคลาย
2. มือและแขนซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน
3. หน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย
4. ตา แก้ม จมูก โดยหลับตาแน่น ย่นจมูกแล้วคลาย
5. ขากรรไกร ลิ้น ริมฝีปาก โดยกัดฟัน ใช้ลิ้นดันเพดานปากแล้วคลาย เม้มปากแน่น แล้วคลาย
6. คอ โดยก้มหน้าให้คางจดคอแล้วคลาย เงยหน้าจนสุดแล้วคลาย
7. ออก ไหล่ และหลัง โดยหายใจเข้าลึก ๆ กลั้นไว้แล้วคลาย ยกไหล่สูงแล้วคลาย
8. หน้าท้อง และก้น โดยเขม่วท้องแล้วคลาย ขมิบก้นแล้วคลาย
9. เท้าและขาขวา โดยเหยียดขา งอนิ้วเท้าแล้วคลาย เหยียดขากระดูกปลายเท้าแล้วคลาย
10. เท้าและขาซ้าย โดยทำเช่นเดียวกัน

ข้อแนะนำ

1. ระยะเวลาที่เกร็งกล้ามเนื้อ ให้น้อยกว่าระยะเวลาที่ผ่อนคลาย เช่น เกร็ง 3-5 นาที ผ่อนคลาย 10-15 วินาที เป็นต้น

2. เวลาทำมือ ระวังอย่าให้เจ็บจิกเนื้อตัวเอง
3. ควรฝึกประมาณ 8-12 ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญ
4. เมื่อคุ้นเคยกับการผ่อนคลายแล้ว ให้ฝึกคลายกล้ามเนื้อได้เลย โดยไม่จำเป็นต้องเกร็งก่อน
5. อาจเลือกคลายกล้ามเนื้อเฉพาะส่วนที่เป็นปัญหาเท่านั้นก็ได้ เช่น บริเวณใบหน้า ต้นคอ หลัง ไหล่ เป็นต้น ไม่จำเป็นต้องคลายกล้ามเนื้อทั้งตัว จะช่วยให้ใช้เวลาสั้นลง และ สะดวกมากขึ้น

การฝึกการหายใจ

หลักการ

ตามปกติคนทั่วไปหายใจตื้นๆ โดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอกเป็นหลัก ทำให้ได้ออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายน้อยกว่าที่ควร

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเวลาเครียด คนเราจะยิ่งหายใจถี่และตื้นมากกว่าเดิม ทำให้เกิดอาการถอนหายใจเป็นระยะๆ เพื่อให้ได้ออกซิเจนมากขึ้น

การฝึกหายใจช้าๆ ลึกๆ โดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณท้องจะช่วยให้ร่างกายได้อากาศเข้าไปสู่อุดมมากขึ้น เพิ่มปริมาณออกซิเจนในเลือดและยังช่วยเพิ่มความแข็งแรงแก่กล้ามเนื้อหน้าท้องและลำไส้ด้วย การฝึกหายใจอย่างถูกวิธี จะทำให้หัวใจเต้นช้าลง สมองแจ่มใสเพราะได้ออกซิเจนมากขึ้นและการหายใจออกอย่างช้าๆ จะทำให้รู้สึกว่าได้ปลดปล่อยความเครียดออกไปจากตัวจนหมดสิ้น

วิธีการฝึก

นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง ค่อยๆ หายใจเข้าพร้อมๆ กับนับเลข 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ 1...2...3...4... ให้มีรู้สึกว่ท้องพองออก

กลั้นหายใจเอาไว้ชั่วครู่ นับ 1 ถึง 4 เป็นจังหวะช้าๆ เช่นเดียวกับเมื่อหายใจเข้า

ค่อยผ่อนลมหายใจออก โดยนับ 1 ถึง 8 อย่างช้าๆ 1...2...3...4...5...6...7...8...

พยายามไล่ลมหายใจออกมาให้หมดสังเกตว่าหน้าท้องแฟบลง

ทำซ้ำอีกครั้ง โดยหายใจเข้าช้าๆ กลั้นไว้แล้วหายใจออกโดยช่วงที่หายใจออกให้นานกว่าช่วงหายใจเข้า

ข้อแนะนำ

การฝึกการหายใจ ควรทำติดต่อกันประมาณ 4 – 5 ครั้ง ควรฝึกทุกครั้งที่มีรู้สึกเครียด รู้สึกโกรธ รู้สึกไม่สบายใจหรือฝึกทุกครั้งที่นั่งได้

ทุกครั้งที่หายใจออก ให้รู้สึกว่าได้ผลักดันความเครียดออกมาด้วยจนหมด เหลือไว้แต่ความรู้สึกโล่งสบายเท่านั้น ในแต่ละวันควรฝึกการหายใจที่ถูกต้องให้ได้ประมาณ 40 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันในคราวเดียวกัน

ผลดีจากการฝึกคลายเครียด

ขณะฝึก

- ◆ อัตราการเผาผลาญอาหารในร่างกายลดลง
- ◆ อัตราการเต้นของหัวใจช้าลง
- ◆ อัตราการหายใจลดลง
- ◆ ความดันโลหิตลดลง
- ◆ ความตึงเครียดของกล้ามเนื้อลดลง

หลังการฝึก

- ◆ ใจเย็นขึ้น
- ◆ ความวิตกกังวลลดลง สบายใจมากขึ้น
- ◆ สมาธิดีขึ้น
- ◆ ความจำดีขึ้น
- ◆ ความสัมพันธ์กับผู้อื่นดีขึ้น
- ◆ มองแจ่มใส คิดแก้ปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าเดิม

การจินตนาการ

หลักการ

การใช้จินตนาการเป็นกลวิธีอย่างหนึ่งที่จะเบี่ยงเบนความสนใจจากสถานการณ์อันเคร่งเครียดในปัจจุบัน ไปสู่ประสบการณ์เดิมในอดีตที่เคยทำให้จิตใจสงบสุขมาก่อน

การย้อนระลึกถึงประสบการณ์ที่สงบสุขในอดีต จะช่วยให้จิตใจผ่อนคลายละวางจากความเครียดได้ระยะหนึ่ง

การใช้จินตนาการเป็นวิธีการคลายเครียดได้ชั่วคราวไม่ใช่วิธีการแก้ปัญหาที่สาเหตุ จึงไม่เหมาะที่จะนำมาใช้บ่อย

ในขณะที่จินตนาการต้องพยายามให้เหมือนจริงที่สุดคล้ายจะสัมผัสได้ครบทั้งภาพ รส กลิ่น เสียง และสัมผัส เพื่อจะได้เกิดอารมณ์คล้ายตามความรู้สึกสุขสงบได้เหมือนอยู่ในสถานการณ์นั้นจริงๆ

วิธีการฝึก

เลือกสถานที่ที่สงบเป็นส่วนตัว ปลอดภัยจากการรบกวนของผู้อื่น นั่งในท่าที่สบาย ถ้าได้เก้าอี้ที่มีพนักพิงศีรษะด้วยจะเป็นการดีมาก หลังตาลง เริ่มจินตนาการถึงเหตุการณ์ที่สงบสุขในอดีต

เช่น

การนั่งดูพระอาทิตย์ตก

การดำน้ำชมธรรมชาติ

การเดินชมสวนดอกไม้

การนั่งตกลาปริมตลิ่ง

เมื่อจินตนาการจนจิตใจสงบ และเพลิดเพลินแล้วให้บอกสิ่งดีๆ กับตัวเองว่า

ฉันเป็นคนดี

ฉันเป็นคนเก่ง

ฉันไม่หวั่นกลัวต่ออุปสรรคใดๆ

ฉันสามารถเอาชนะอุปสรรคต่างๆ ได้อย่างแน่นอน

นับ 1...2...3... แล้วค่อยๆ ลืมตาขึ้นคงความรู้สึกสงบเอาไว้พร้อมที่จะต่อสู้กับปัญหาอุปสรรคในชีวิตต่อไป

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ค

ใบยินยอมในการทำวิจัยในมนุษย์และข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมวิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมให้ทำการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยเรื่อง ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่ _____ เดือน _____ พ.ศ.2544

ก่อนที่ข้าพเจ้าจะลงนามในใบให้ความยินยอมในการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อนำผลที่ได้รับไปใช้เป็นแนวทางในงานสุขภาพจิตชุมชนและนำรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาไปใช้ในผู้ป่วยจิตเภท เพื่อประโยชน์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวต่อไป

วิธีการวิจัยจะการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ข้อมูลที่ได้จะนำมาวิเคราะห์ในภาพรวม ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของแต่ละบุคคลไว้เป็นความลับ และ จะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปสรุปผลรวมของการวิจัย

ผู้วิจัยรับรองว่าจะตอบคำถามต่างๆ ที่ข้าพเจ้าสงสัยด้วยความเต็มใจไม่ปิดบังซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความดังกล่าวข้างต้นแล้วและมีความเข้าใจดีทุกประการ จึงได้ลงนามในใบยินยอมด้วยความเต็มใจ

ลงนาม.....ผู้ยินยอม (ผู้ป่วย)
(.....)

ลงนาม.....ผู้แทนโดยชอบธรรม
(.....)

ลงนาม.....พยาน
(.....)

ลงนาม.....ผู้วิจัย
(นางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา)

ข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย
การวิจัยเรื่อง
ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถ
ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

เรียน ท่านผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่าน

ดิฉัน นางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา นิสิตปริญญาโทสาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กำลังทำวิทยานิพนธ์เรื่อง ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมีวัตถุประสงค์และรายละเอียดของการวิจัยดังต่อไปนี้

1. วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทก่อน และ หลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษา และเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ทั้งผู้ป่วย และครอบครัวได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา เพื่อนำผลการศึกษาไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทซึ่งจะก่อให้เกิดผลประโยชน์อย่างยิ่งยวดต่อทั้งผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวจากการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท เช่น สาเหตุ การป้องกัน การกำเริบ การรักษาที่ถูกต้อง

2. วิธีดำเนินการวิจัย

2.1 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยจะรับสมัครอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยทั้งสิ้น 40 คน และจะทำการสุ่มตัวอย่างแบ่งง่าย เพื่อแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มทดลอง (ได้รับสุขภาพจิตศึกษาทั้งผู้ป่วยและครอบครัว) จำนวน 20 คน และกลุ่มควบคุม (ได้รับสุขภาพจิตศึกษาเฉพาะ) ผู้ป่วยจำนวน 20 คน

2.2 อาสาสมัครผู้เข้าร่วมการวิจัย จะได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาที่บ้านสำหรับผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 – 45 นาที จำนวน 5 ครั้ง และสำหรับครอบครัว (หรือญาติผู้ดูแล) ในกลุ่มทดลองสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30 – 45 นาที จำนวน 6 ครั้ง

3. ข้อมูลอาสาสมัครแต่ละบุคคลจะเก็บไว้เป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะในรูปของการสรุปผลรวมของการวิจัย

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล จะดำเนินการโดยการสัมภาษณ์ เกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคล ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย และความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยก่อน และหลังการทดลอง

การเข้าร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ท่านจะไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ใดๆ เป็นพิเศษทั้งสิ้น ผู้วิจัยจะเก็บข้อมูลของท่านเป็นความลับ การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอการสรุปผลการวิจัยในภาพรวม การเปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับตัวท่านต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกระทำได้เฉพาะกรณีที่จะเป็น ด้วยเหตุผลทางวิชาการเท่านั้น

หากท่านมีปัญหา หรือข้อสงสัยประการใด ท่านสามารถติดต่อผู้ดำเนินการวิจัยได้ที่ โรงพยาบาลชลบุรี 69 หมู่ 2 ตำบลบ้านสวน อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี โทรศัพท์ 038-274200 ต่อ 314 ซึ่งยินดีให้คำตอบท่านทุกประการ หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความร่วมมือจากท่านและขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้

ขอแสดงความนับถือ

(นางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา)
ผู้วิจัย

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ง

แบบสอบถาม

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)

ผู้ป่วย.....ผู้ประเมิน.....วันที่.....

Rating Key 0 = ไม่มีอาการ 1 = มีเล็กน้อยเป็นบางครั้ง 2 = มีอาการเล็กน้อย
 3 = อาการปานกลาง 4 = อาการค่อนข้างรุนแรง 5 = อาการรุนแรง
 6 = อาการรุนแรงมาก

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก.....	0	1	2	3	4	5	6
1. Somatic concern (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกกังวล กังวลเกี่ยวกับสุขภาพร่างกายหรือโรคทางกายหรือไม่							
2. Anxiety (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - ขณะรู้สึกกังวลหรือกลัวอะไรบ้างไหม - รู้สึกกังวลหรือกลัวต่อสิ่งใดในอนาคตหรือไม่							
3. Emotional withdrawal (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - มีลักษณะแยกตัวไม่ค่อยมีปฏิริยาโต้ตอบกับผู้อื่น							
4. Conceptual disorganization (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดสับสน ไม่เป็นเรื่องราวขาดการเชื่อมโยง							
5. Guilt feeling (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกตำหนิตนเองเป็นคนไม่ดีหรือเสียใจต่อสิ่งที่ทำในอดีตหรือไม่							
6. Tension (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - อาการเครียด หงุดหงิด ตื่นเต้นง่าย							
7. Mannerism & posturing (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - พฤติกรรมแปลกๆ ที่ดูผิดไปจากคนปกติ							
8. Grandiosity (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่หยิ่งโส ยึดความเห็นตนเองเป็นใหญ่ เก่งผิดปกติกจากคนอื่น							
9. Depressive mood (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกเศร้า เสียใจ หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวังหรือไม่							
10. Hostility (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วยและท่าทีของผู้ป่วยต่อผู้อื่น) - ความรู้สึกและท่าทีไม่เป็นมิตร ดูถูกผู้อื่น							

ในระหว่าง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมาคุณรู้สึก.....	0	1	2	3	4	5	6
11. Suspiciousness (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - รู้สึกระแวง คิดว่ามีผู้ประสงค์ร้ายต่อตน							
12. Auditory Hallucination (Rate ตามคำบอกเล่าของผู้ป่วย) - อาการหูแว่ว (ภายในช่วง 1 สัปดาห์นี้)							
13. Motor retardation (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - การพูด การเคลื่อนไหว เชื่องช้า							
14. Uncooperativeness (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่ต่อต้าน ระมัดระวัง ไม่เป็นมิตรต่อผู้อื่นและผู้ตรวจ							
15. Unusual thought content (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ความคิดแปลกๆ อาการหลงผิด							
16. Blunted affect (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - สีหน้าไม่ค่อยแสดงความรู้สึก อารมณ์							
17. Excitement (Rate ตามความเห็นของผู้ตรวจ) - ทำที่ลุกลี้ลุกลนมีปฏิกิริยาโต้ตอบเร็ว							
18. Disorientation (Rate ตามความรู้สึกของผู้ป่วย) - สับสนต่อเวลา สถานที่ และบุคคล							

แบบสอบถาม

ตอนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องข้อความ หรือเติมข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. เพศ () ชาย () หญิง
2. อายุ.....ปี เชื้อชาติ..... ศาสนา.....
3. ระดับการศึกษา

() 1. ไม่ได้เรียน	() 4. มัธยมศึกษาตอนปลาย, ปวช.
() 2. ประถมศึกษา	() 5. ปวส., อนุปริญญา
() 3. มัธยมศึกษาตอนต้น	() 6. ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป
4. สถานภาพการสมรส

() 1. โสด	() 4. หย่า
() 2. คู่	() 5. แยกกันอยู่
() 3. หม้าย	
5. อาชีพ

() 1. งานบ้าน	() 4. รับจ้าง
() 2. รับราชการ / รัฐวิสาหกิจ	() 5. ค้าขาย
() 3. เกษตรกร	() 6. อื่น ๆ ระบุ.....
6. รายได้ของผู้ป่วยต่อเดือน

มีรายได้ จำนวน.....บาท/เดือน

ไม่มีรายได้
7. ป่วยครั้งแรกอายุ.....ปี.....เดือน
8. ประวัติการป่วยด้วยโรคจิตของผู้ป่วย

() 1. น้อยกว่า 6 เดือน	() 3. มากกว่า 1 ปี ขึ้นไป
() 2. มากกว่า 6 เดือน	() 4. มากกว่า 3 ปี แต่ไม่เกิน 5 ปี

9. จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล.....ครั้ง
10. การรักษาทางจิตเวช 1.
2.
11. สมาชิกในครอบครัวที่เป็นผู้ดูแลและคอยช่วยเหลือผู้ป่วย
- () 1. ไม่มี () 4. บุตร , หลาน
() 2. บิดา , มารดา () 5. เพื่อน
() 3. สามี , ภรรยา () 6. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
12. ผู้รับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา (ตอบข้อที่ช่วยเหลือท่านมากที่สุดเพียงข้อเดียว)
- () 1. ตนเอง () 5. หน่วยงานที่ปฏิบัติ
() 2. บิดา , มารดา () 6. บริษัทประกันภัย
() 3. สามี , ภรรยา () 7. บัตรประกันสุขภาพ
() 4. บุตร , หลาน () 8. อื่น ๆ โปรดระบุ.....
13. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....บาท

ตอนที่ 2 แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

คำชี้แจง โปรดเลือกทำเครื่องหมาย ✓ ในช่องด้านขวามือตามความเข้าใจของท่านเกี่ยวกับโรคจิต

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
<ol style="list-style-type: none"> 1. โรคจิตหมายถึงโรคที่มีผลให้ผู้ป่วยแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึก และการกระทำที่ผิดปกติไปจากคนทั่วไป 2. สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตอาจเกิดจากความผิดปกติของสารเคมีในสมอง 3. โรคจิตอาจเกิดจากไสยศาสตร์ เช่น ผีเข้า โดนของ 4. พิษจากยาเสพติด เช่น ยาบ้า กัญชา ผงขาว เหล้า หรือสิ่งเสพติดอื่นๆ อาจทำให้ผู้เสพป่วยเป็นโรคจิตได้ 5. โรคจิตสืบทอดได้ทางกรรมพันธุ์ 6. ความผิดหวังจากการเรียน การทำงาน ความรัก อาจทำให้ป่วยเป็นโรคจิตได้ 7. ความขัดสน ยากจน และสภาพสังคมที่บีบคั้นอาจทำให้ป่วยเป็นโรคจิตได้ 8. ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการรุนแรง สับสน ไม่ค่อยรู้สึกตัว 9. ผู้ป่วยโรคจิตทุกคนจะคลุ้มคลั่ง อาละวาด ทำลายข้าวของ หรือทำร้ายคนอื่น 10. ผู้ป่วยโรคจิตมักมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย 11. ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการประสาทหลอน เช่น มองเห็นสิ่งที่คนอื่นมองไม่เห็น และไม่ได้มีอยู่จริงหรือหูแว่วได้ยินเสียงแปลกๆ เป็นต้น 12. ผู้ป่วยโรคจิตอาจมีอาการหลงผิด เช่น คิดว่ามีคนจะมาทำร้าย คิดว่าตนเป็นบุคคลสำคัญ มีอำนาจ เป็นต้น 13. ผู้ป่วยโรคจิตทุกคนจะมีความจำเสื่อม พุดจาไม่รู้เรื่อง 14. คนที่มีอาการเหม่อลอย ซึมเศร้า ชอบอยู่คนเดียว พุดคนเดียว ไม่สนใจความสะอาดของตนเองยังไม่ถือว่าเริ่มเป็นโรคจิต 15. โรคจิตเมื่อรักษาแล้วจะหายขาด ไม่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก 16. ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาแล้วถ้าไม่มีสิ่งกระตุ้น เช่น ได้รับความกระทบกระเทือนจิตใจ หรือได้รับพิษยาเสพติดผู้ป่วยก็จะมีอาการสงบ 17. ผู้ป่วยโรคจิตควรกินยาจนกว่าจะเห็นว่าอาการทุเลาลงแล้วจึงหยุดยาเอง 18. ยารักษาโรคจิตอาจเกิดอาการข้างเคียง เช่น ตัวแข็ง มือสั่น น้ำลายยืด 19. การรักษาด้วยไฟฟ้ามีความเสี่ยงสูงที่จะทำให้เกิดอันตรายกับผู้ป่วย 		

รายการ	ใช่	ไม่ใช่
<p>20. การพูดคุยให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเป็นวิธีหนึ่งในการรักษาผู้ป่วยโรคจิต</p> <p>21. ถ้าผู้ป่วยเอะอะอาละวาด ทำลายข้าวของ ควรพูดเสียงดัง และใช้กำลังเพื่อให้ผู้ป่วยไม่กล้าทำ</p> <p>22. ถ้าผู้ป่วยแยกตัวเอง ไม่สังคมกับใคร ไม่ควรเข้าไปรบกวนผู้ป่วย</p> <p>23. การพูดกับผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบขึ้นอีก</p> <p>24. ควรให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง เช่น อาบน้ำ กินข้าว ซักเสื้อผ้า</p> <p>25. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ควรให้ผู้ป่วยอยู่บ้านเฉยๆ เพื่อจะได้ไม่รบกวนผู้อื่น</p> <p>26. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลให้ผู้ป่วยกินยาอย่างสม่ำเสมอ</p> <p>27. เป็นหน้าที่ของครอบครัวที่จะดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพสิ่งเสพติดทุกชนิด</p> <p>28. ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ พูดคนเดียว มีที่ทำไม่ว่างใจใคร ควรรอดูอาการไปก่อน ถ้าเป็นมากจึงพามาพบแพทย์</p>		

ตอนที่ 3 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

คำชี้แจง โปรดพิจารณาข้อความแต่ละข้อแล้วทำเครื่องหมาย (✓) ลงในช่องหลังข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1. ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

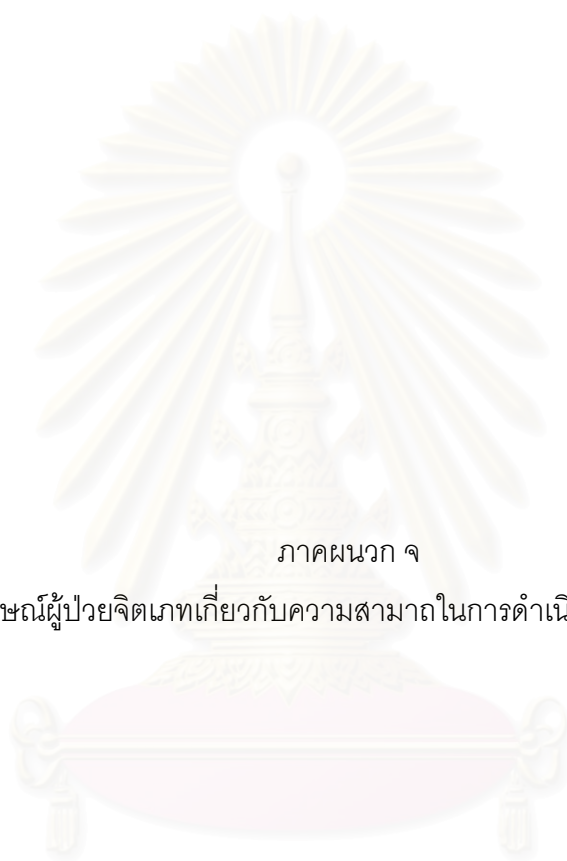
ข้อ	ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
	การดูแลสุขอนามัย					
1.	แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกายได้ดี					
2.	หวีผม เลือกล้างและแต่งตัวได้เหมาะสม					
3.	ซักเสื้อผ้าที่ใช้แล้วของตนเองได้					
4.	ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยหรือไม่สบาย เช่น เป็นหวัด ท้องเสีย					
	การรับประทานอาหาร					
5.	รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง					
6.	รับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย					
7.	จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานเอง					
8.	เก็บและล้างทำความสะอาดเครื่องใช้					
	การพักผ่อนนอนหลับ					
9.	นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย					
10.	นอนหลับได้ด้วยตนเอง					
11.	นอนหลับพักผ่อนในที่ที่เหมาะสม					
12.	ดูแลความสะอาดเครื่องอย่างสม่ำเสมอ					
	การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว					
13.	ช่วยเหลืองานบ้านตามที่ได้รับมอบหมาย					
14.	จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านได้ (กวาดบ้าน-ถูบ้าน , เก็บของเป็นระเบียบ , ตกแต่ง ซ่อมแซม จัดหาดูแล , บำรุงรักษาของใช้ภายในบ้านได้)					
15.	มีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว					
16.	ประกอบอาชีพการงาน หรือเรียนต่อได้					

ข้อ	ความสามารถในการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวัน	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	น้อย	น้อย ที่สุด
17.	<p>การเดินทางด้วยตนเอง</p> <p>มีจุดมุ่งหมายในการเดินทาง</p> <p>จำเส้นทางในหมู่บ้าน และกลับบ้านได้ถูกต้อง</p> <p>เดินทางได้ตามลำพัง</p> <p>การปฏิบัติตามแผนการรักษา</p> <p>รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์สม่ำเสมอ</p> <p>ไปรับการตรวจรักษา หรือพบแพทย์ตามนัด</p> <p>ปฏิบัติตนในเรื่องการงดสิ่งเสพติด และของมีเมาได้</p> <p>ดูแลตนเองได้ในการป้องกันอาการแพ้ยา</p>					

2. ความสามารถทางสังคม

ข้อ	ความสามารถทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย					
1.	ทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว					
2.	ทักทาย พูดคุยกับเพื่อนหรือผู้อื่น					
3.	แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น					
4.	ยอมรับเพื่อนมองคนอื่นในแง่ดี					
5.	สื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจ ตรงกับความต้องการ					
	การควบคุมอารมณ์					
6.	เมื่อพบปัญหาสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้					
7.	ควบคุมอารมณ์โกรธ และแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสม					
8.	เมื่อผิดหวัง หรือล้มเหลวแสดงพฤติกรรมเหมาะสม					
9.	รู้วิธีระบาย และผ่อนคลายความเครียดของตนเอง					
10.	การควบคุมอารมณ์ทางเพศได้เหมาะสม					
	การแสดงออกทางท่าทาง					
11.	แต่งกายถูกกาลเทศะ					
12.	การแสดงออกทั่วไปเหมาะสมกับเหตุการณ์					
13.	แสดงพฤติกรรมสอดคล้องกับเรื่องที่กำลังพูด					
14.	แสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมตามเพศและวัย					
15.	แสดงความเคารพนับถือผู้อื่นตามบทบาททางสังคม					
	การเข้าสังคม					
16.	ร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและชุมชน					
17.	ปฏิบัติตามมารยาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม					
18.	ต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมเยียนได้					
19.	ร่วมงานเลี้ยง งานสังสรรค์นอกบ้านได้					
20.	บำเพ็ญประโยชน์ต่อครอบครัวและส่วนร่วมได้					

ข้อ	ความสามารถทางสังคม	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
	<p>ความสนใจสิ่งแวดล้อม</p> <p>21. จัดบริเวณที่อยู่อาศัยอย่างสะอาดเรียบร้อยและปลอดภัย</p> <p>22. ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบ้านได้อย่างถูกต้อง</p> <p>23. หลีกเลี้ยงและป้องกันอันตรายต่างๆ ที่อาจเกิดกับตัวเองและผู้อื่นได้</p> <p>24. ติดตามข่าวสารหรือเหตุการณ์สำคัญต่างๆ อย่างต่อเนื่อง</p> <p>25. แสดงความรักและความสนใจผู้อื่น</p>					



ภาคผนวก จ

คู่มือสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**คู่มือสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน**

การดูแลสุขอนามัยส่วนตัว

1. แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย

- มากที่สุด : แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย ทำด้วยตนเองได้
อย่างสะอาดเรียบร้อยทุกเรื่อง และปฏิบัติต่อเนื่องได้ทุกวัน
- มาก : แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย ทำด้วยตนเองได้
อย่างสะอาดพอสมควร แต่ทำครบทุกกิจกรรมทุกวัน หรือทำได้สะอาด
- ปานกลาง : แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย ทำด้วยตนเองเป็นบางวัน
หรือสามารถทำได้เป็นบางกิจกรรม หรือทำได้แต่ไม่สะอาดเรียบร้อย
- น้อย : ไม่แปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกาย ทำด้วยตนเอง หรือ
ทำได้อย่างไม่สะอาดต้องมีผู้อื่นคอยเตือน หรือช่วยเหลือจึงจะสามารถทำได้
- น้อยที่สุด : ไม่สามารถแปรงฟัน อาบน้ำ และดูแลความสะอาดร่างกายด้วยตนเอง
ผู้อื่นต้องทำให้ทั้งหมด และต้องทำให้ทุกวัน

2. หวีผม เลือกล้างผ้า และแต่งตัว

- มากที่สุด : หวีผม เลือกล้างผ้า และแต่งตัวทำด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อยทุกเรื่อง
และปฏิบัติต่อเนื่องได้ทุกวัน
- มาก : หวีผม เลือกล้างผ้า และแต่งตัวทำด้วยตนเองได้อย่างเรียบร้อยพอสมควร
แต่ทำครบทุกเรื่อง ทุกวัน หรือทำได้สะอาดเรียบร้อยมากบางเรื่อง
และแต่ทำอย่างต่อเนื่องทุกวัน
- ปานกลาง : หวีผม เลือกล้างผ้า และแต่งตัวทำด้วยตนเองเป็นบางวัน หรือสามารถ
ทำได้เป็นบางเรื่องหรือทำได้แต่ยังไม่สะอาดเรียบร้อย
- น้อย : ไม่หวีผม เลือกล้างผ้า และแต่งตัวด้วยตนเอง ต้องมีผู้อื่นคอยเตือน
และช่วยเหลือจึงสามารถทำได้ด้วยตนเองบางเรื่อง
- น้อยที่สุด : ไม่สามารถหวีผม เลือกล้างผ้า และแต่งตัวด้วยตนเอง ผู้อื่นต้องทำให้
ทั้งหมด และต้องทำให้ทุกวัน

3. ซักเสื้อผ้าที่ใช้แล้วของตนเองได้

- มากที่สุด : ซักเสื้อผ้าของตนเองที่ใช้แล้ว สะอาดเรียบร้อยทุกวัน
- มาก : ซักเสื้อผ้าของตนเองที่ใช้แล้วได้ สะอาดเรียบร้อยเกือบทุกวัน
- ปานกลาง : ซักเสื้อผ้าของตนเองที่ใช้แล้วได้เป็นบางวัน ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือ
ช่วยเหลือ จึงสามารถทำได้อย่างเรียบร้อย

- น้อย : ไม่ซักเสื้อผ้าของตนเองที่ใช้แล้ว ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนและช่วยเหลือ
จึงยอมทำ
- น้อยที่สุด : ไม่ซักเสื้อผ้าของตนเองที่ใช้แล้วแม้ถูกเตือน ต้องมีผู้อื่นซักให้ทั้งหมด
4. ดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย หรือไม่สบาย เช่น เป็นไข้หวัด ให้อาหารได้
- มากที่สุด : ช่วยเหลือตนเองเมื่อเริ่มมีอาการป่วยหรือไม่สบายได้อย่างถูกต้อง
เหมาะสมทุกครั้งที่ป่วย
- มาก : ช่วยเหลือตนเองเมื่อเริ่มมีอาการป่วยหรือไม่สบายได้อย่างถูกต้อง
เหมาะสมเกือบทุกครั้งที่ป่วย
- ปานกลาง : ช่วยเหลือตนเองเมื่อเริ่มมีอาการป่วยหรือไม่สบายได้บ้าง ต้องมีผู้อื่น
ช่วยเหลือในบางเรื่อง
- น้อย : ช่วยเหลือตนเองได้น้อย เมื่อมีอาการป่วยหรือไม่สบาย ต้องมีผู้อื่น
ช่วยเหลือเกือบทั้งหมด
- น้อยที่สุด : ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สบาย
ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือดูแลทั้งหมด

การรับประทานอาหาร

5. รับประทานอาหารได้ด้วยตนเอง
- มากที่สุด : รับประทานอาหารเองอย่างเรียบร้อย ทุกมื้อ
- มาก : รับประทานอาหารได้เองอย่างเรียบร้อย เกือบทุกมื้อ
- ปานกลาง : รับประทานอาหารได้เองเป็นบางมื้อ ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือช่วยเหลือ
จึงรับประทานอาหารเองได้อย่างเรียบร้อย
- น้อย : ไม่รับประทานอาหารเองต้องเตือนและช่วยเหลือจึงยอมรับประทาน
- น้อยที่สุด : ไม่รับประทานอาหารเองต้องมีคนคอยช่วยเหลือทั้งหมด
6. รับประทานอาหารได้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย
- มากที่สุด : รับประทานอาหารทุกประเภททั้งเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ รับประทานได้
ปริมาณมากเพียงพอทุกวัน
- มาก : รับประทานอาหารทุกประเภททั้งเนื้อสัตว์ ผัก ผลไม้ รับประทานได้
ปริมาณมากเพียงพอเกือบทุกวัน
- ปานกลาง : เลือกรับประทานอาหารเพียงบางประเภท ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนจึง
รับประทานได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย
- น้อย : ไม่รับประทานอาหาร ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือช่วยเหลือจึงยอม

รับประทาน

น้อยที่สุด : โยมรับประทานอาหารทุกประเภท ชาติอาหาร

7. จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานเอง

มากที่สุด : จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องทุกมื้อ

มาก : จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเองได้อย่างถูกต้องเกือบทุกมื้อ

ปานกลาง : จัดหาและ/หรือประกอบอาหารง่าย ๆ ด้วยตนเองได้เป็นบางมื้อ ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือช่วยเหลือจึงทำได้ถูกต้อง

น้อย : ไม่จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเองต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือจึงสามารถทำได้

น้อยที่สุด : ไม่จัดหาและ/หรือประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเอง ต้องมีผู้อื่นทำให้ทั้งหมด

8. เก็บล้างทำความสะอาดเครื่องใช้

มากที่สุด : เก็บล้างถ้วยชามได้สะอาดเรียบร้อย ด้วยตนเองทุกมื้อ

มาก : เก็บล้างถ้วยชามได้สะอาดเรียบร้อย ด้วยตนเองเกือบทุกมื้อ

ปานกลาง : เก็บล้างถ้วยชามได้ด้วยตนเองเป็นบางมื้อ ต้องมีผู้อื่นเตือนหรือช่วยเหลือจึงทำได้อย่างสะอาดเรียบร้อย

น้อย : ไม่เก็บและล้างถ้วยชามด้วยตนเอง ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือจึงยอมทำ

น้อยที่สุด : ไม่เก็บและล้างชาม ต้องมีผู้อื่นทำให้ทั้งหมด

การพักผ่อน นอนหลับ

9. นอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

มากที่สุด : นอนหลับพักผ่อนได้ 6 – 8 ชม. ติดต่อกัน หลับสนิท หลังตื่นนอนไม่อ่อนเพลียและสดชื่นหลังตื่นนอน ไม่ง่วงนอนตอนกลางวัน

มาก : นอนหลับพักผ่อนได้ 6 – 8 ชม. ติดต่อกัน หลังตื่นนอนยังรู้สึกอ่อนเพลียเป็นบางครั้ง มีง่วงนอนตอนกลางวันเล็กน้อย

ปานกลาง : นอนหลับพักผ่อนได้ 4 – 6 ชม. หลับๆ ตื่นๆ หลังตื่นนอนยังรู้สึกอ่อนเพลียเกือบทุกครั้ง ง่วงนอนตอนกลางวันเกือบทุกวัน

น้อย : นอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 4 ชม. หลับๆ ตื่นๆ หลังตื่นนอนรู้สึกอ่อนเพลียมาก ง่วงนอนตอนกลางวันทุกวัน

น้อยที่สุด : นอนหลับพักผ่อนน้อยกว่า 2 ชม. หรือไม่นอนเลย หลังตื่นนอนรู้สึก

อ่อนเปลี้ยมาก ง่วงนอนตอนกลางวันอย่างมากทุกวัน

10. นอนหลับพักผ่อนได้ด้วยตนเอง

- มากที่สุด :นอนหลับพักผ่อนได้เองทุกคืน ไม่ง่วงววย นอนได้ในเวลาปกติไม่ต้อง
รับประทานยานอนหลับ
- มาก :นอนหลับพักผ่อนได้เองเกือบทุกคืน ไม่ง่วงววย นอนได้ในเวลาปกติ
ต้องรับประทานยานอนหลับนานๆ ครั้ง
- ปานกลาง :นอนหลับพักผ่อนได้หลังจากง่วงววยหรือนอนผิดเวลาปกติ อย่างใด
อย่างหนึ่ง ต้องรับประทานยานอนหลับช่วยเกือบทุกคืน
- น้อย :นอนหลับพักผ่อนได้เองน้อยมาก ง่วงววยและนอนผิดเวลาปกติเกือบ
ทุกคืน ต้องรับประทานยานอนหลับช่วยทุกคืน
- น้อยที่สุด :นอนหลับพักผ่อนเองไม่ได้เลย ง่วงววยและนอนผิดเวลาปกติทุกคืน
ต้องรับประทานยานอนหลับช่วยทุกคืน

11. นอนหลับพักผ่อนในที่ที่เหมาะสม

- มากที่สุด :จัดบริเวณสำหรับนอนอย่างเป็นสัดส่วน และนอนในที่ที่เหมาะสมทุกคืน
- มาก :จัดบริเวณสำหรับนอนอย่างเป็นสัดส่วน และนอนในที่ที่เหมาะสมเกือบ
ทุกคืน
- ปานกลาง :จัดบริเวณสำหรับนอน แต่ใช้นอนเพียงบางคืนต้องมีผู้อื่นเตือนหรือดูแลจึง
สามารถนอนในที่ที่เหมาะสม
- น้อย :ไม่มีบริเวณสำหรับนอนอย่างเป็นสัดส่วนหรือนอนไม่เป็นที่ภายในบ้าน
เกือบทุกคืน
- น้อยที่สุด :ไม่มีบริเวณสำหรับนอนอย่างเป็นสัดส่วน และนอนไม่เป็นที่ทั้งภายในบ้าน
หรือนอกบ้านทุกคืน

12. ดูแลความสะดวกเครื่องนอนอย่างสม่ำเสมอ

- มากที่สุด :หลังตื่นนอนจัดเก็บที่นอน และดูแลเครื่องนอนให้สะอาดเรียบร้อยทุกวัน
- มาก :หลังตื่นนอนจัดเก็บที่นอน และดูแลเครื่องนอนให้สะอาดเรียบร้อยเกือบ
ทุกวัน
- ปานกลาง :หลังตื่นนอนจัดเก็บที่นอน และดูแลเครื่องนอนเป็นบางวัน ต้องให้ผู้อื่น
เตือนหรือช่วยเหลือจึงสามารถปฏิบัติได้อย่างเรียบร้อย
- น้อย :หลังตื่นนอนไม่ยอมจัดเก็บที่นอนและดูแลเครื่องนอน ต้องให้ผู้อื่นเตือน
และช่วยเหลือจึงยอมทำ
- น้อยที่สุด :หลังตื่นนอนไม่ยอมจัดเก็บที่นอน และดูแลเครื่องนอน ต้องให้ผู้อื่นทำให้

ทั้งหมด

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว

13. ช่วยเหลืองานบ้าน (เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร เลี้ยงเด็ก ฯลฯ)
- มากที่สุด :ทำงานบ้านตามที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเรียบร้อย ครบถ้วนทุกวัน
- มาก :ทำงานบ้านตามที่ได้รับมอบหมายได้อย่างเรียบร้อย ครบถ้วนเกือบทุกวัน
- ปานกลาง :ทำงานตามที่ได้รับมอบหมายได้เป็นบางวัน ต้องมีผู้อื่นคอยเตือน หรือช่วยเหลือจึงสามารถทำได้เรียบร้อย ครบถ้วน
- น้อย :ไม่ยอมทำงานที่ได้รับมอบหมายด้วยตนเอง ต้องมีผู้อื่นช่วยเหลือจึงยอมทำ
- น้อยที่สุด :ไม่ยอมช่วยทำงานบ้านเลย
14. จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน (เช่น จัดของใช้ส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณส่วนตัว จัดหาบำรุง ซ่อมแซมบ้าน) ได้
- มากที่สุด :จัดบ้านและบริเวณส่วนตัว ได้อย่างสะอาด เรียบร้อยและเหมาะสมด้วยตนเองทุกวัน
- มาก :จัดบ้านและบริเวณส่วนตัวได้อย่างสะอาดเรียบร้อยและเหมาะสมด้วยตนเองเกือบทุกวัน
- ปานกลาง :จัดบ้านและบริเวณส่วนตัวได้ด้วยตนเองเป็นบางวัน ต้องมีผู้อื่นคอยเตือน หรือช่วยเหลือจึงสามารถทำได้อย่างสะอาด เรียบร้อยและเหมาะสม
- น้อย :ไม่ยอมจัดบ้านและบริเวณส่วนตัวด้วยตนเองต้องมีผู้อื่นคอยเตือนและช่วยเหลือจึงยอมทำ
- น้อยที่สุด :ไม่ยอมจัดบ้านและบริเวณส่วนตัวด้วยตนเอง ผู้ต้องทำให้ทั้งหมด
15. มีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว
- มากที่สุด :หารายได้ด้วยตนเองและใช้จ่ายอย่างประหยัดทุกวัน
- มาก :หารายได้ด้วยตนเองและใช้จ่ายอย่างประหยัดเกือบทุกวัน
- ปานกลาง :หารายได้ด้วยตนเองเป็นบางวันต้องมีผู้อื่นคอยเตือน จึงจะใช้จ่ายอย่างประหยัด
- น้อย :ไม่ช่วยหารายได้และใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือย ต้องมีผู้อื่นคอยเตือน และช่วยเหลือจึงยอมหารายได้เองบ้าง
- น้อยที่สุด :ไม่ช่วยหารายได้และใช้จ่ายอย่างฟุ่มเฟือยทุกวัน
16. ประกอบอาชีพการงานหรือเรียนต่อได้
- มากที่สุด :ประกอบอาชีพหรือเรียนต่อได้ตามปกติ ยอมทำงาน มีความรับผิดชอบ

	ในการทำงานเป็นอย่างดีทุกวัน
มาก	:ประกอบอาชีพหรือเรียนต่อได้เป็นปกติยอมทำงานมีความรับผิดชอบในการทำงานเกือบทุกวัน
ปานกลาง	:ประกอบอาชีพหรือเรียนต่อได้เป็นบางวันต้องมีผู้คอยเตือนหรือช่วยเหลือจึงทำงานได้อย่างมีความรับผิดชอบ
น้อย	:ไม่ยอมประกอบอาชีพหรือเรียนต่อด้วยตนเอง ต้องมีผู้คอยเตือน และช่วยเหลือจึงยอมทำงาน
น้อยที่สุด	:ไม่ยอมประกอบอาชีพหรือเรียนต่อ

การเดินทางด้วยตนเอง

17. มีจุดมุ่งหมายในการเดินทาง

มากที่สุด	:เดินทางออกจากบ้านได้เองอย่างมีเหตุผลทุกครั้ง
มาก	:เดินทางออกจากบ้านได้อย่างมีเหตุผลเกือบทุกครั้ง
ปานกลาง	:เดินทางออกจากบ้านได้อย่างมีเหตุผลนานๆ ครั้ง ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือช่วยเหลือ
น้อย	:เดินทางออกจากบ้านอย่างไม่มีเหตุผล เกือบทุกครั้งต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือช่วยเหลือ
น้อยที่สุด	:เดินทางออกจากบ้านอย่างไม่มีเหตุผลทุกครั้ง

18. จำเส้นทางในหมู่บ้านและกลับบ้านได้ถูกต้อง

มากที่สุด	:รู้จักเส้นทางในหมู่บ้านได้ทั้งหมด กลับบ้านได้อย่างถูกต้องทุกครั้งที่ออกจากบ้าน
มาก	:รู้จักเส้นทางในหมู่บ้านได้ทั้งหมด กลับบ้านได้อย่างถูกต้องเกือบทุกครั้งที่ออกจากบ้าน
ปานกลาง	:รู้จักเส้นทางในหมู่บ้านบางเส้นทาง กลับบ้านได้เองเป็นบางครั้งต้องมีผู้ช่วยเหลือพากลับบ้านบางครั้ง
น้อย	:ไม่รู้จักเส้นทางในหมู่บ้าน ไม่สามารถกลับบ้านได้อย่างถูกต้องต้องมีผู้คอยบอกจึงจะกลับบ้านได้ถูกต้อง
น้อยที่สุด	:ไม่รู้จักเส้นทางในหมู่บ้าน ไม่สามารถกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง แม้มีผู้คอยบอกทางก็กลับบ้านไม่ถูกต้อง

19. เดินทางได้ตามลำพังและเดินทางด้วยพาหนะที่เหมาะสม (เช่น เดินทางโดยรถยนต์ เรือ ฯลฯ)

มากที่สุด	:เดินทางไปในที่ไกลๆ ได้ตามลำพัง เลือกเดินทางได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมด้วยตนเองทุกครั้ง
-----------	--

มาก	:เดินทางไปในที่ไกลๆ ได้ตามลำพัง เลือกเดินทางได้อย่างถูกต้องเหมาะสมด้วยตนเองเกือบทุกครั้ง
ปานกลาง	:เดินทางไปในที่ไกลๆ ได้ตามลำพัง ต้องมีผู้คอยเตือนจึงจะเลือกเดินทางได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
น้อย	:ไม่สามารถเดินทางได้ตามลำพัง หรือเลือกเดินทางได้ถูกต้องเหมาะสมนานๆ ครั้ง ต้องมีผู้ร่วมเดินทางด้วยเกือบทุกครั้ง
น้อยที่สุด	:ไม่สามารถเดินทางได้ตามลำพัง และเลือกเดินทางได้ไม่เหมาะสมต้องมีผู้ร่วมเดินทางด้วยทุกครั้ง

การปฏิบัติตามแผนการรักษา

20. รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์สม่ำเสมอ

มากที่สุด	:รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ทุกมื้อ และทุกวัน
มาก	:รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน เกือบทุกมื้อและทุกวัน
ปานกลาง	:รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ได้ในระยะแรก ต้องมีผู้อื่นคอยเตือนหรือดูแลจึงจะรับประทานได้ครบและถูกต้อง
น้อย	:ไม่รับประทานยาตามคำสั่งแพทย์ ต้องมีผู้คอยกระตุ้นเตือนและจัดยาให้รับประทานทุกมื้อจึงยอมรับประทาน
น้อยที่สุด	:ไม่รับประทานยาตามแพทย์สั่งหรือรับประทานไม่ถูกต้องครบถ้วนทุกมื้อ ต้องมีผู้ดูแลทั้งหมด

21. ไปรับการตรวจรักษาหรือพบแพทย์ตามนัด

มากที่สุด	:ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และไปรับการตรวจรักษาหรือพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง
มาก	:ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และไปรับการตรวจรักษาหรือพบแพทย์ตามนัดเกือบทุกครั้ง
ปานกลาง	:ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองเป็นบางเรื่อง ต้องมีผู้คอยเตือนจึงไปรับการตรวจรักษาหรือพบแพทย์ตามนัด
น้อย	:ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเองในบางเรื่องแต่ไม่ยอมรับการตรวจรักษาหรือพบแพทย์ตามนัด ต้องมีผู้อื่นพาไปเกือบทุกครั้ง
น้อยที่สุด	:ไม่ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง และไม่ยอมไปรับการตรวจรักษาหรือพบแพทย์ตามนัด ต้องมีผู้อื่นพาไปทุกครั้ง

22. การปฏิบัติตนในเรื่องการงดสิ่งเสพติดและของมีนเมาได้

มากที่สุด	:งดเว้นการเสพสิ่งเสพติดและของมีนเมาทุกชนิด ปฏิบัติได้เองทุกวัน
มาก	:งดเว้นการเสพสิ่งเสพติดและของมีนเมาทุกชนิด ปฏิบัติได้เองเกือบทุกวัน
ปานกลาง	:งดเว้นการเสพสิ่งเสพติดและของมีนเมาได้เป็นบางวัน ต้องมีผู้คอยเตือนหรือห้ามปรามจึงงดเว้นได้
น้อย	:งดเว้นการเสพสิ่งเสพติดและของมีนเมาเกือบทุกวัน มีผู้คอยเตือนหรือห้ามปรามจึงงดเว้นได้เป็นบางครั้ง
น้อยที่สุด	:เสพสิ่งเสพติด และของมีนเมาทุกวัน

23. ดูแลตนเองในการป้องกันอาการแพ้ยาได้

มากที่สุด	:รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ทุกครั้งที่ใช้ยา
มาก	:รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยา ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เกือบทุกครั้งที่ใช้ยา
ปานกลาง	:รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยาเป็นบางเรื่อง ต้องมีคนคอยเตือนหรือดูแลจึงสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
น้อย	:ไม่รู้วิธีป้องกันหรือดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยา ต้องมีคนคอยเตือนหรือดูแลจึงจะดูแลตนเอง
น้อยที่สุด	:ไม่รู้วิธีป้องกันและดูแลตนเองเมื่อเกิดอาการแพ้ยา ต้องมีคนคอยเตือนหรือดูแลทุกครั้งที่ใช้ยา

ความสามารถทางสังคม

การสร้างสัมพันธภาพ

1. ทักทาย พูดคุยกับสมาชิกในครอบครัว

มากที่สุด	:เริ่มต้นทักทายสมาชิกในครอบครัวก่อนทุกครั้งที่พบกันและพูดคุยอย่างสนิทสนมกับทุกคน
มาก	:เริ่มต้นทักทายสมาชิกในครอบครัวก่อนเกือบทุกครั้งที่พบกันพูดคุยอย่างสนิทสนมเฉพาะบางคน
ปานกลาง	:สมาชิกในครอบครัวต้องเป็นฝ่ายเริ่มต้นทักทายผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง ผู้ป่วยจะพูดคุยเฉพาะบางคนเท่านั้น
น้อย	:สมาชิกในครอบครัวต้องเป็นฝ่ายเริ่มต้นทักทายผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง ผู้ป่วยจะพูดคุยเฉพาะผู้ดูแลใกล้ชิดเท่านั้น

น้อยที่สุด : ผู้ป่วยไม่พูดคุยหรือทักทายสมาชิกทุกคนในครอบครัว เมื่อถูกทักทายก็จะโต้ตอบในลักษณะถามคำตอบคำหรือไม่ได้ตอบเลย

2. ทักทาย พูดคุยกับเพื่อนหรือผู้อื่น

มากที่สุด : เริ่มต้นทักทายเพื่อนหรือผู้อื่นก่อนทุกครั้งที่พบกันและพูดคุยอย่างสนิทสนมกับทุกคน

มาก : เริ่มต้นทักทายเพื่อนหรือผู้อื่นก่อนเกือบทุกครั้งที่พบกัน พูดคุยอย่างสนิทสนมเฉพาะบางคน

ปานกลาง : เพื่อนหรือผู้อื่นต้องเป็นฝ่ายเริ่มต้นทักทายผู้ป่วยก่อนเกือบทุกครั้ง ผู้ป่วยจะพูดคุยเฉพาะบางคนเท่านั้น

น้อย : เพื่อนหรือผู้อื่นต้องเป็นฝ่ายเริ่มต้นทักทายผู้ป่วยก่อนทุกครั้ง ผู้ป่วยจะพูดคุยเฉพาะเพื่อนสนิทเท่านั้น

น้อยที่สุด : ผู้ป่วยไม่พูดคุยหรือทักทายเพื่อนหรือผู้อื่น เมื่อถูกทักทายก็จะโต้ตอบในลักษณะถามคำตอบคำ หรือไม่ได้ตอบเลย

3. แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่น

มากที่สุด : แสดงความคิดเห็นในเรื่องต่างๆ ที่สนทนากันอย่างมีเหตุผล และยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นได้ทุกเรื่องเป็นอย่างดี

มาก : แสดงความคิดเห็นอย่างมีเหตุผลเกือบทุกเรื่อง บางเรื่องแม้จะไม่แสดงความคิดเห็นแต่ก็ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นได้

ปานกลาง : แสดงความคิดเห็นในเรื่องง่ายไม่ซับซ้อนหรือเป็นเรื่องที่คุ้นเคย บางเรื่องไม่แสดงความคิดเห็น ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่นเป็นบางเรื่อง

น้อย : แสดงความคิดเห็นน้อยมากแม้จะเป็นเรื่องง่ายๆ ส่วนใหญ่ไม่แสดงความคิดเห็นและไม่ยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น

น้อยที่สุด : ไม่แสดงความคิดเห็นในทุกเรื่อง หรือแสดงความคิดเห็นที่ไม่มีเหตุผลและไม่รับฟังความคิดเห็นของใคร

4. ยอมรับเพื่อน มองผู้อื่นในแง่ดี

มากที่สุด : สามารถคบทุกคนเป็นเพื่อนได้ มีเพื่อนสนิทเป็นกลุ่มมากกว่า 2-3 คน

มาก : สามารถคบเพื่อนได้และมีเพื่อนสนิทมากกว่า 2 คน

ปานกลาง : สามารถคบเพื่อนได้เป็นบางคนมีเพื่อนสนิท 1-2 คน

น้อย : สามารถคบเพื่อนได้เป็นบางคนไม่มีเพื่อนสนิทเลย

- น้อยที่สุด :ไม่สนใจและปฏิเสธการมีเพื่อนหรือมีเพื่อนแล้วเลิกคบ
5. สื่อสารกับผู้อื่นได้อย่างเข้าใจตรงกับความต้องการ
- มากที่สุด :พูดคุยหรือแสดงออกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจอย่างถูกต้องชัดเจนทุกเรื่อง
- มาก :พูดคุยหรือแสดงออกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจอย่างถูกต้องเกือบทุกเรื่อง
- ปานกลาง :พูดคุยหรือแสดงออกถึงความต้องการของตนให้ผู้อื่นเข้าใจเป็นบางเรื่อง
- น้อย :พูดคุยหรือแสดงออกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นเข้าใจได้เฉพาะเรื่องใกล้ตัว (ไม่ซับซ้อน)
- น้อยที่สุด :ไม่สามารถพูดคุยหรือแสดงออกถึงความต้องการของตนเองได้

การควบคุมอารมณ์

6. เมื่อพบปัญหาสามารถปรับตัวและแก้ไขปัญหาได้
- มากที่สุด :หาแนวทางแก้ไขปัญหาได้หลายวิธีด้วยความสุขุมรอบคอบและแก้ไขปัญหได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม
- มาก :หาแนวทางแก้ไขปัญหาได้มากกว่า 1 วิธี แก้ปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเกือบทุกเรื่อง
- ปานกลาง :หาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างง่าย ๆ ไม่ยุ่งยากได้ แก้ปัญหาได้เฉพาะที่เคยมีประสบการณ์เท่านั้น
- น้อย :หาแนวทางแก้ไขปัญหาย่างง่าย ๆ ได้ แต่ไม่สามารถแก้ไขปัญหาคำ
- น้อยที่สุด :ไม่มีแนวทางในการแก้ไขปัญหา แก้ปัญหาไม่ได้ด้วยตนเอง
7. ควบคุมอารมณ์โกรธและแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสม
- มากที่สุด :เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธ สามารถระงับอารมณ์โกรธได้ทันที และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมทุกครั้ง
- มาก :เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธสามารถระงับอารมณ์โกรธและแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมเกือบทุกครั้ง
- ปานกลาง :เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธสามารถระงับอารมณ์โกรธได้บางครั้ง แสดงอารมณ์โกรธแต่ไม่ก้าวร้าว
- น้อย :เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธสามารถระงับอารมณ์โกรธได้น้อย แสดงอารมณ์โกรธที่ก้าวร้าว แต่ไม่รุนแรง

น้อยที่สุด : เมื่อพบเหตุการณ์ที่ทำให้โกรธไม่สามารถระงับอารมณ์โกรธได้เลย
แสดงอารมณ์โกรธก้าวร้าวรุนแรง

8. เมื่อผิดหวัง ล้มเหลว แสดงพฤติกรรมเหมาะสม

มากที่สุด : คิดหาแนวทางแก้ไขด้วยตนเอง ปรึกษาและขอความช่วยเหลือ
จากผู้อื่นเมื่อมีความจำเป็น

มาก : คิดหาแนวทางแก้ไขด้วยตนเอง ปรึกษาและขอความช่วยเหลือ
จากผู้อื่นเป็นส่วนมาก

ปานกลาง : คิดหาแนวทางแก้ไขได้ ไม่ปรึกษาหรือขอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

น้อย : ไม่คิดหาแนวทางแก้ไขต้องขอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่นเกือบ
ทั้งหมด

น้อยที่สุด : ไม่คิดหาแนวทางแก้ไขไม่ปรึกษาหรือขอรับความช่วยเหลือจากผู้อื่น

9. รู้วิธีระบายและผ่อนคลายความเครียดของตนเอง

มากที่สุด : เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยรู้จักวิธีระบายและผ่อนคลาย
ความเครียดด้วยตนเองได้หลายวิธี

มาก : เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยรู้จักวิธีระบายและผ่อนคลาย
ความเครียดด้วยตนเองโดยวิธีเดิมเสมอ

ปานกลาง : เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยรู้จักวิธีระบายและผ่อนคลาย
ความเครียดด้วยตนเอง เป็นบางครั้ง

น้อย : เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยรู้จักวิธีระบายและผ่อนคลาย
ความเครียดได้ ถ้าได้รับการแนะนำจากผู้อื่น

น้อยที่สุด : เมื่อเกิดความเครียดผู้ป่วยไม่สามารถระบายหรือผ่อนคลาย
ความเครียดได้ด้วยตนเองเลย แม้จะได้รับการแนะนำจากผู้อื่น

10. การควบคุมอารมณ์ทางเพศได้เหมาะสม

มากที่สุด : เมื่อเกิดความสนใจเพศตรงข้าม ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์
และแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมทุกครั้ง

มาก : เมื่อเกิดความสนใจเพศตรงข้าม ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์
และแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมเกือบทุกครั้ง

ปานกลาง : เมื่อเกิดความสนใจเพศตรงข้าม ผู้ป่วยสามารถควบคุมอารมณ์
และแสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมเป็นบางครั้ง

น้อย : เมื่อเกิดความสนใจเพศตรงข้าม ผู้ป่วยไม่ค่อยควบคุมอารมณ์
และแสดงพฤติกรรมที่ไม่ค่อยเหมาะสมเกือบทุกครั้ง

น้อยที่สุด : เมื่อเกิดความสนใจเพศตรงข้าม ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุม อารมณ์ทางเพศได้และแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสมเสมอ

การแสดงออกทางท่าทาง

11. แต่งกายถูกกาลเทศะ

มากที่สุด : สามารถเลือกเสื้อผ้า เครื่องแต่งกายได้เหมาะสมกับตนเองและ เหมาะสมกับกาลเทศะทุกครั้ง

มาก : สามารถเลือกเสื้อผ้า เครื่องแต่งกายได้เหมาะสมกับตนเองและ เหมาะสมกับกาลเทศะเกือบทุกครั้ง

ปานกลาง : สามารถเลือกเสื้อผ้า เครื่องแต่งกายได้เหมาะสมกับตนเองแต่ บางครั้งไม่เหมาะสมกับกาลเทศะ

น้อย : สามารถเลือกเสื้อผ้า เครื่องแต่งกายได้ แต่ไม่เหมาะสมกับ กาลเทศะ

น้อยที่สุด : ไม่สามารถเลือกเสื้อผ้า เครื่องแต่งกายได้เหมาะสมกับตนเอง และ ไม่เหมาะสมกับกาลเทศะทุกครั้ง

12. การแสดงออกทั่วไปเหมาะสมกับเหตุการณ์

มากที่สุด : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ สามารถแสดงออกด้วยท่าทางที่เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริงทุกครั้ง

มาก : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ สามารถแสดงออกด้วยท่าทางที่เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริงเกือบทุกครั้ง

ปานกลาง : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ สามารถแสดงออกด้วยท่าทางที่เหมาะสม ตรงตามความเป็นจริง นานๆ ครั้ง

น้อย : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ผู้ป่วยแสดงท่าทางที่ไม่ค่อยเหมาะสมหรือไม่ ตรงตามความเป็นจริงเกือบทุกครั้ง

น้อยที่สุด : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ผู้ป่วยแสดงท่าทางที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ ตรงตามความเป็นจริงทุกครั้ง

13. แสดงพฤติกรรมเรื่องราวขณะพูดคุยสอดคล้องกัน

มากที่สุด : ในขณะที่พูดคุยผู้ป่วยแสดงสีหน้าและท่าทางสอดคล้องกับเรื่องที่ กำลังพูดทุกเรื่อง

มาก : ในขณะที่พูดคุยผู้ป่วยแสดงสีหน้าและท่าทางสอดคล้องกับเรื่องที่ กำลังพูดเกือบเรื่อง

- ปานกลาง : ในขณะพูดคุยผู้ป่วยแสดงสีหน้าและท่าทางสอดคล้องกับเรื่องที่กำลังพูดเป็นบางเรื่อง
- น้อย : ในขณะพูดคุยผู้ป่วยแสดงสีหน้าและท่าทางไม่สอดคล้องกับเรื่องที่กำลังพูดเกือบทุกเรื่อง
- น้อยที่สุด : ในขณะพูดคุยผู้ป่วยแสดงสีหน้าและท่าทางไม่สอดคล้องกับเรื่องที่กำลังพูดทุกเรื่อง

14. แสดงพฤติกรรมได้เหมาะสมตามเพศ และวัย

- มากที่สุด : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ สามารถแสดงออกด้วยท่าทางที่เหมาะสมกับเพศ และวัยทุกครั้ง
- มาก : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ สามารถแสดงออกด้วยท่าทางที่เหมาะสมกับเพศ และวัยเกือบทุกครั้ง
- ปานกลาง : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ สามารถแสดงออกด้วยท่าทางที่เหมาะสมกับเพศ และวัยนานๆ ครั้ง
- น้อย : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ผู้ป่วยท่าทางที่ไม่ค่อยเหมาะสมกับเพศ และวัยเกือบทุกครั้ง
- น้อยที่สุด : เมื่อเกิดเหตุการณ์ต่างๆ ผู้ป่วยแสดงท่าทางไม่เหมาะสมกับเพศ และวัยในทุกครั้ง

15. แสดงความเคารพ นับถือ ผู้อื่นตามบทบาททางสังคม

- มากที่สุด : เมื่อพบผู้อาวุโส ผู้ป่วยแสดงความเคารพ นับถือ ด้วยท่าทางสุภาพ อ่อนน้อมทุกครั้ง
- มาก : เมื่อพบผู้อาวุโส ผู้ป่วยแสดงความเคารพ นับถือ ด้วยท่าทางสุภาพ อ่อนน้อมเกือบทุกครั้ง
- ปานกลาง : เมื่อพบผู้อาวุโส ผู้ป่วยแสดงความเคารพ นับถือ ด้วยท่าทางสุภาพ อ่อนน้อมเป็นบางครั้ง
- น้อย : เมื่อพบผู้อาวุโส ผู้ป่วยแสดงความเคารพ นับถือ ด้วยท่าทางที่ไม่สุภาพ อ่อนน้อมเกือบทุกครั้ง
- น้อยที่สุด : เมื่อพบผู้อาวุโส ผู้ป่วยแสดงความเคารพ นับถือ ด้วยท่าทางที่ไม่สุภาพ อ่อนน้อมทุกครั้ง

การเข้าสังคม

16. ร่วมกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัวและชุมชนได้

- มากที่สุด : เมื่อครอบครัวและชุมชนจัดกิจกรรม สามารถช่วยจัดการและเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง
- มาก : เมื่อครอบครัวและชุมชนจัดกิจกรรม สามารถช่วยจัดการและเข้าร่วมกิจกรรมเกือบทุกครั้ง
- ปานกลาง : เมื่อครอบครัวและชุมชนจัดกิจกรรม ไม่สามารถช่วยจัดการแต่เข้าร่วมกิจกรรมเกือบทุกครั้ง
- น้อย : เมื่อครอบครัวและชุมชนจัดกิจกรรม ไม่สามารถช่วยจัดการหรือไม่เข้าร่วมกิจกรรมเกือบทุกครั้ง
- น้อยที่สุด : เมื่อครอบครัวและชุมชนจัดกิจกรรม ไม่สามารถช่วยจัดการและไม่เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง

17. ปฏิบัติตามมารยาททางสังคมได้อย่างเหมาะสม

- มากที่สุด : เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ และขนบธรรมเนียมประเพณีได้อย่างถูกต้องเหมาะสมทุกเรื่อง
- มาก : เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ และขนบธรรมเนียมประเพณีได้อย่างถูกต้องเหมาะสมเกือบทุกเรื่อง
- ปานกลาง : เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ และขนบธรรมเนียมประเพณี อย่างถูกต้องในเรื่องง่ายๆ ทั่วไปเป็นบางเรื่อง
- น้อย : เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ และขนบธรรมเนียมประเพณีได้หรือปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องเกือบทุกเรื่อง
- น้อยที่สุด : เมื่ออยู่ร่วมกับผู้อื่น ไม่สามารถปฏิบัติตามกฎระเบียบ และขนบธรรมเนียมประเพณีได้และปฏิบัติได้ไม่ถูกต้องเหมาะสมทุกเรื่อง

18. ต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมเยียนได้

- มากที่สุด : เมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยมบ้าน สามารถทักทายพูดคุยและต้อนรับทุกคนด้วยความยินดีทุกครั้ง
- มาก : เมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยมบ้าน สามารถทักทายพูดคุยและต้อนรับทุกคนด้วยความยินดีเกือบทุกครั้ง
- ปานกลาง : เมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยมบ้าน สามารถทักทายพูดคุยและต้อนรับเพียงบางคนหรือบางครั้งเท่านั้น

น้อย :เมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยมบ้าน ไม่ยอมทักทายพูดคุยและต้อนรับเกือบ
ทุกครั้ง

น้อยที่สุด :เมื่อมีผู้อื่นมาเยี่ยมบ้าน ไม่ยอมทักทายพูดคุยและต้อนรับทุกครั้ง

19. ร่วมงานเลี้ยง งานสังสรรค์นอกบ้านได้

มากที่สุด :เมื่อไปร่วมงานนอกบ้าน สามารถพูดคุยกับผู้ร่วมงานด้วยไมตรี
ทุกคน

มาก :เมื่อไปร่วมงานนอกบ้าน สามารถเตรียมตัวได้อย่างดีและพูดคุย
กับผู้ร่วมงานด้วยไมตรีเกือบทุกคน

ปานกลาง :เมื่อไปร่วมงานนอกบ้าน สามารถเตรียมตัวได้ในบางเรื่องและไม่
ค่อยพูดคุยกับผู้ร่วมงาน หรือพูดคุยกับบางคนเท่านั้น

น้อย :เมื่อไปร่วมงานนอกบ้านได้เอง ยอมไปร่วมงานแต่ไม่ค่อยพูดคุยกับ
ผู้ร่วมงาน หรือพูดคุยกับบางคนเท่านั้น

น้อยที่สุด :ไม่ยอมไปร่วมงานนอกบ้าน

20. บำเพ็ญประโยชน์ต่อครอบครัวและส่วนรวมได้

มากที่สุด :เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทุกกิจกรรม ปฏิบัติด้วยความเสียสละ
และช่วยเหลือผู้อื่น

มาก :เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทุกกิจกรรม ปฏิบัติด้วยความเสียสละ
และช่วยเหลือผู้อื่นเป็นบางครั้ง

ปานกลาง :เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนทุกกิจกรรม ปฏิบัติด้วยความเสียสละ
และช่วยเหลือผู้อื่นนานๆ ครั้ง

น้อย :เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน แต่ไม่ช่วยเหลือผู้อื่น

น้อยที่สุด :ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

ความสนใจสิ่งแวดล้อม

21. จัดบริเวณที่อยู่อาศัยสะอาดเรียบร้อย และปลอดภัย

มากที่สุด :สามารถจัดบ้านให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
ที่อาจเกิดขึ้นได้ทุกวัน

มาก :สามารถจัดบ้านให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
ที่อาจเกิดขึ้นเสมอ สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง

ปานกลาง :สามารถจัดบ้านให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
ที่อาจเกิดขึ้นได้ 2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง

- น้อย :สามารถจัดบ้านให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
ที่อาจเกิดขึ้นได้เดือนละ 1 ครั้ง
- น้อยที่สุด :ไม่สามารถจัดบ้านให้สะอาดเรียบร้อย และปลอดภัยจากอุบัติเหตุ
ที่อาจเกิดขึ้นได้

22. ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบ้านได้อย่างถูกต้อง

- มากที่สุด :ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบ้านได้อย่างถูกต้องเป็นอย่างดีทุกเรื่อง
- มาก :ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบ้านได้อย่างถูกต้องบางเรื่อง
- ปานกลาง :ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบ้านได้อย่างถูกต้องบางครั้ง
- น้อย :ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบ้านได้อย่างถูกต้อง น้อยครั้ง
- น้อยที่สุด :ไม่ยอมหรือไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของบ้าน

23. หลีกเลี้ยง และป้องกันอันตรายต่างๆ ที่จะเกิดขึ้นกับตนเองและผู้อื่นได้

- มากที่สุด :ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นทั้งในบ้าน และนอกบ้าน
อย่างรอบคอบในทุกเรื่อง
- มาก :ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นทั้งในบ้าน และนอกบ้าน
อย่างรอบคอบในทุกเรื่อง
- ปานกลาง :ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นทั้งในบ้าน และนอกบ้าน
อย่างรอบคอบในทุกเรื่อง
- น้อย :ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นทั้งในบ้าน และนอกบ้าน
อย่างรอบคอบในทุกเรื่อง
- น้อยที่สุด :ระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นทั้งในบ้าน และนอก
บ้าน
อย่างรอบคอบในทุกเรื่อง

24. ติดตามข่าวสาร หรือเหตุการณ์สำคัญต่างๆ อย่างต่อเนื่อง

- มากที่สุด :สนใจติดตามข่าว หรือเหตุการณ์สำคัญจากทุกสื่อ เช่น ฟังวิทยุ
ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือพิมพ์ ฯลฯ อย่างต่อเนื่องทุกวัน
- มาก :สนใจติดตามข่าว หรือเหตุการณ์สำคัญเกือบทุกสื่อ อย่างต่อเนื่อง
เกือบทุกวัน
- ปานกลาง :สนใจติดตามข่าว หรือเหตุการณ์สำคัญจากสื่อใดสื่อหนึ่งและ
สนใจเป็นบางวัน
- น้อย :ไม่ค่อยสนใจติดตามข่าว หรือเหตุการณ์สำคัญจากสื่อใดสื่อหนึ่ง
หรือสนใจเฉพาะข่าวใหญ่ๆ เท่านั้น

- น้อยที่สุด :ไม่สนใจติดตามข่าว หรือเหตุการณ์สำคัญจากทุกสื่อ
25. แสดงความรัก และให้ความสนใจผู้อื่นได้
- มากที่สุด :ดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จักเสมอๆ
- มาก :ดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จักบ่อยครั้ง
- ปานกลาง :ดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จักนานๆ ครั้ง
- น้อย :ไม่ค่อยสนใจหรือสนใจน้อยมากในการดูแลเอาใจใส่ ถามถึง และพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จัก
- น้อยที่สุด :ไม่สนใจ ดูแลเอาใจใส่ ถามถึงและพูดถึงบุคคลที่เคยรู้จักเลย



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวสุภาภรณ์ ทองดารา เกิดเมื่ออาทิตย์วันที่ 26 พฤศจิกายน พ.ศ. 2504 บ้านเลขที่ 7 หมู่ 3 ตำบลหนองตำลิ่ง อำเภอพานทอง จังหวัดชลบุรี สำเร็จการศึกษาปริญญาตรีพยาบาลศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช ปีการศึกษา 2533 และเข้าศึกษาต่อหลักสูตร วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อพ.ศ.2543 ปัจจุบันปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 7กลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลศูนย์ชลบุรี กระทรวงสาธารณสุข



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย