

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผู้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

#### 1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย ลักษณะอาการของโรคจิตเภท และสาเหตุ
- 1.2 ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิต
- 1.3 การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

#### 2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 2.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

#### 3. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อพัฒนาความสามารถ

##### ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป
- 3.2 บทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.3 แนวคิดในการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเขตความรับผิดชอบของ โรงพยาบาลสวนผึ้ง

#### 4. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

- 4.1 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- 4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว
- 4.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

#### 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

### 1.1 ความหมาย ลักษณะอาการของโรคจิตเภทและสาเหตุ

โรคจิตเภทนั้นเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Fox & Kan, 1996)

#### 1.1.1 ความหมาย

อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย (2549) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมอง หรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

DSM IV :Thai version (2539) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง

1. โรคที่มีลักษณะอาการจำเพาะอาการต่อไปนี้เพียงอาการเดียวในช่วงเวลา 1 เดือน คือ อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน disorganized speech มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด อาการด้านลบ (negative symptoms) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด หรือขาดความกระตือรือร้น

2. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เจ็บป่วยกิจกรรมด้านสำคัญของผู้ป่วย พร่วงลงจากระดับเดิมก่อนเจ็บป่วยอย่างเห็นได้ชัด อย่างน้อยหนึ่งด้าน เช่น การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง

3. ระยะเวลา มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน

### 1.1.2 อาการทางคลินิกและการดำเนินของโรค

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เนื้อเยื่อขาด แยกตัวเอง ระบาดวิทยา อุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1,000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1,000 หญิงและชายพบได้พอกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มานิช หล่อตระกูล, 2543:เกษม ต้นติผลชีวะ, 2536)

1.1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้าน

1.1.2.1.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน

1.1.2.1.2 Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดอาการหลงผิด (Delusion)

1.1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อเยื่อที่พูดมีน้อย Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวกส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

### 1.1.3 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1.1.3.1 ระยะเวลาเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะเวลาเป็นระยะเวลาเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ได้ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนใจเกี้ยว สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัดๆอาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมา

1.1.3.2 ระยะเวลาอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ บางคนระยะแรกอาจนานหลายๆเดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น อาการที่พบบ่อยมีดังนี้ 1) อาการหลงผิด 2) อาการประสาทหลอน 3) อาการด้านความคิด 4) อาการด้านพฤติกรรม 5) อาการทางอารมณ์

1.1.3.3 ระยะเวลาอาการทุเลา (stabilization phase) หรือ ระยะเวลาอาการคงที่ (stable phase) ระยะเวลาเป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะเวลาอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่ เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

การดำเนินของโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังอย่างเดียว ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบคือ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 ; Sadock & Sadock, 2000)

- 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นอีก
- 2) หายโดยกลับเป็นอีก
- 3) หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและต้องได้รับการช่วยเหลืออยู่
- 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นความบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต
- 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งการดำเนินของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการทุเลา ไม่มีอาการกำเริบหรือ ไม่มีอาการทางบวก ที่มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

#### 1.1.4 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเด่น คือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย ที่สำคัญได้แก่

##### 1.1.4.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่

1.1.4.1.1 พันธุกรรมการศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษาบุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Black & Anderson cited in Townsend, 2000) ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมกกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

##### 1.1.4.1.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical factor)

1) สมมุติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมุติฐานนี้เชื่อว่า มีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตมีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้นซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิตในขณะที่ยาด้านโรคจิต เช่น Haloperidol Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

2) สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) ซีโรโตนิน (Serotonin) อะเซทิลโคลีน (Acetylcholine) มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2542)

3) ปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส (Steven cited in Townsend , 2000) ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจที่สมองพบว่า ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติในส่วนของ hippocampus, amygdale, temporal lobes, basal ganglia (Black & Anderson cited in Townsend, 2000)

1.1.4.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factor) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และปัจจัยทางด้านสังคมที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในการทำหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตใจ นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันดีผลาชีวะ, 2536: 335 และ Taylor, 1994: 50)

1.1.4.3 ปัจจัยทางครอบครัว จากการศึกษา พบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน

1.1.4.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อมมีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & sadock, 2000) และจากการศึกษาของ บราวน์และเบอร์เลย์ (Brown & Birley cited in Townsend, 2000) พบว่าบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน

1.1.4.5 ปัจจัยรวม สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน ไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

## 1.2 ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตมีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันนี้ ความเครียด จากการศึกษาของไซ่มุกซ์ วิเชียรเจริญและคณะ (2544) เรื่อง ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษาโรงพยาบาลสมเด็จพระยาภรณ์คุณานุรักษ์ในการศึกษาคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกจำนวน 100 ราย พบว่า บทบาทหน้าที่ทางสังคมการไม่มีรายได้ และการไม่มีงานทำก่อให้เกิดความเครียดในระดับมากและปานกลางตามลำดับ ด้านการปฏิสัมพันธ์ในครอบครัว พบว่า การแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว การวิพากษ์วิจารณ์หรือตำหนิติเตียนและการก้าวก่ายการกระทำของกลุ่มตัวอย่างเป็นผลทำให้เกิดความเครียดระดับมากในกลุ่มตัวอย่างถึงหนึ่งในสามส่วนแต่ไม่พบความเครียดในด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม

1.2.1 การรับประทุษร้าย ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตขณะอยู่ที่บ้านอีกปัญหาหนึ่งคือ ด้านการดูแลตนเองเรื่องการรับประทุษร้ายอย่างต่อเนื่อง วนิดา พุ่มไพศาลชัย และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2544) ได้ศึกษาสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา พบว่า มีหลายประการทั้งความยุ่งยากในการใช้ยานั้นมีมาก เช่น ใช้ยาหลายชนิด ใช้ยาขนาดต่ำ ๆ หลายตัว อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเร็วและคงอยู่นาน เห็นผลการรักษาช้า ถ้าหยุดใช้ยาแล้วอาการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นได้น้อยผู้ที่เป็นโรคจิต มีอาการทางจิต สับสน สติปัญญา และอารมณ์เสื่อม (dementia) สติปัญญา และ อารมณ์เสื่อมไม่แท้ (Pseudodementia) สติปัญญาต่ำ การได้ยินหรือการมองเห็นไม่ดี อ่านหนังสือไม่ออก ขาดการให้ข้อมูล การใช้ยานั้นผู้ป่วยต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกฝน นอกจากนั้นยังมีประเด็นที่สำคัญอื่น ๆ เช่น ปัญหาด้านการเงิน ความไม่สอดคล้องในเรื่องของเวลาหรือการเงิน ความไม่พอใจ ขาดความเชื่อมั่นหรือไม่ไว้วางใจในการรักษาหรือมีพยาธิสภาพทางจิต เช่น หลงผิดแบบหวาดระแวง สิ้นหวัง ชอบทำร้ายตนเอง วิตกกังวลหรือกลัวสองจิตสองใจ ปฏิเสธ ขาดการเข้าสังคม ดิตสารเสพติด

1.2.2 การปรับตัวกับครอบครัว ทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตและญาติเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปอยู่ที่บ้านต่างต้องปรับตัวเข้าหากัน จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า ญาติยังมีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตอาจเกิดจากหลายสาเหตุ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ได้แก่ปัญหาการอยู่ร่วมกันในครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้งการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันและส่งผลกระทบต่อทางจิตใจและอารมณ์ รู้สึกเดือดร้อน ขุ่นเคือง เสรีโสภณ เครียด กังวล นอกจากนั้นยังมีความรู้สึกอ่อนแอ หดแรงแรง การมีภาระทางการเงิน ถูกสังคมรังเกียจ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนรายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางจิตของ ยาใจ สิทธิมงคล (2538)

ที่เสนอว่า การที่ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ไม่ว่าจะเป็นในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน หรือความรู้สึกเดือดร้อน อับอาย โกรธ หรือเศร้าใจในอาการและพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิต ไปจนถึงความรู้สึกว่าแบกรับภาระเกินตัว นั้นเป็นเพราะการขาดการเตรียมความพร้อมในการที่จะปรับตัวเพื่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตทั้งสิ้น

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2542) ได้สรุปการอภิปราย เรื่องประสบการณ์ของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตในการรับบริการทางสุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิต โดยสรุป ทั้งจากการสัมภาษณ์และงานวิจัยว่าความต้องการของผู้ที่เป็นโรคจิตและญาติในชุมชนมีลักษณะที่ตรงกันหลายประการ คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตต้องการการช่วยเหลือจากญาติ ต้องการให้ญาติเข้าใจและเห็นใจ ต้องการให้ญาติมีสัมพันธภาพที่ดี ต้องการให้ญาติพูดด้วยดี ๆ ไม่ตำหนิ ไม่ต้องการให้คนในสังคมตำหนิหรือจับผิด ต้องการให้โอกาสผู้ที่เป็นโรคจิตได้ทำงาน ต้องการให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัคร สาธารณสุขดูแลให้คำแนะนำไม่แสดงความรังเกียจและต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรศาสนา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้มีแนวโน้มที่จะมีอาการทางจิตช่วยเหลือส่งต่อได้ทันการณ์

1.2.3 ปัญหาทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาส่วนใหญ่กล่าวถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตร่วมกับครอบครัว และการอยู่อาศัยในชุมชนและสังคมซึ่งพบว่า มีปัญหาหลายด้านทั้งด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านหรือบุคคลรอบข้าง บ้านที่อยู่อาศัย อาชีพและเศรษฐกิจ และยังมีผู้ที่เป็นโรคจิตอีกจำนวนไม่น้อยทั่วโลก ที่ต้องดิ้นรนดำเนินชีวิตตามลำพังและประสบกับปัญหาเหล่านี้เช่นกัน โดยเฉพาะในเรื่องที่อยู่อาศัยและการดำเนินชีวิตในสังคมที่ต้องถูกตีตรา (stigma) ว่ามีความบกพร่องทางจิต ดังการศึกษาของโจนส์ และคณะ (อ้างใน Freeman, 1997) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชในเมืองฮอว์ค ซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของประเทศอังกฤษมีความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โรงพยาบาลจิตเวชเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดที่เขาต้องการซึ่งเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ งาน และกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนั้น โอลิเวอร์ และคณะ (อ้างใน Freeman, 1997) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาเป็นระยะเวลายาวนานนั้นมีความต้องการในการช่วยเหลือหลาย ๆ ด้าน เนื่องจากไร้ที่อยู่อาศัยสำหรับในประเทศไทยผู้ที่เป็นโรคจิตที่ไม่มีญาติและที่อยู่อาศัยนั้น ส่วนหนึ่งยังเป็นภาระของรัฐในการจัดสถานสงเคราะห์คนไร้ที่พึ่งต่าง ๆ และพบว่ามีอยู่จำนวนไม่น้อยที่เร่ร่อน ไม่มีที่อยู่อาศัย



### 1.3 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุเพียงสาเหตุอย่างเดียว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยา รักษาโรคจิต และการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษม ตันติผลลาชีวะ และลักขณา ธีร โมกข์, 2536)

#### 1.3.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นหัวใจของการรักษาโรคทางจิตเวช

โดยเฉพาะโรคจิตเภท โดยการรักษาด้วยยาสามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกาย และพบว่า มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Harwath & Coumos, 1999 , Kumar & Sedgwick, 2001) ซึ่งการรักษาด้วยยาแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1.3.1.1 ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน อารมณ์หงุดหงิด หรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก อาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง ตาเหลือก บางรายมีอาการง่วงซึม ในระยะแรก

1.3.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากที่อาการสงบลง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีกขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาการทางจิตก็อาจกำเริบใหม่ได้อีกเป็นช่วงๆ

1.3.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมด้วยกับการรักษาโดยการให้ยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression

1.3.3 การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดได้ เช่น การทำจิตบำบัด โดยแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) และจิตบำบัดรายกลุ่ม (group psychotherapy)

1.3.4 กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Group) เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญ และเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) คือการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษาฝึกทักษะการอยู่ในสังคมเพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจและเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเพื่อจะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534)

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับ โรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง สามารถรักษาได้ด้วยยาแต่รอยโรคอาจหลงเหลืออยู่ ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้เองที่จะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม ก่อให้เกิดภาวะกับสมาชิกในครอบครัว การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข และเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินชีวิตประจำวันนั้นเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังเพื่อประเมินหรือทำนายศักยภาพในการคืนสู่สภาพเดิมของร่างกาย ความก้าวหน้าของผู้ป่วย และช่วยในการวางแผนการดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเภทเองก็เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรง (ประคิษฐ์ ตันสุรัตน์ , 2538) มักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ที่ความรับผิดชอบของตน ซึ่งความบกพร่องนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน ดังนั้นก่อนที่จะมีการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันของตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท จึงจะสามารถวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือดังกล่าวได้ จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัย กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

### 2.1 ความหมายของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

ทัศนีย์ รัชยา (2537 : 32) กล่าวว่าเป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน ตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อสามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเองและมีช่วยเหลือเพื่อให้กิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปได้ด้วยดี กิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหารการแต่งตัว การเดินทาง การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย

นภาพรณี แก้ววรรณ (2533) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวันเริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน

Nakagawa-Kogan (1996 อ้างใน พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน , 2544) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นทักษะและความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ ที่ครอบคลุมในทุก ๆ ด้านของกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหมายถึง กิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำต่อตนเองในชีวิตประจำวันเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยกิจกรรมเหล่านั้นจะกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ได้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวอยู่ในสังคมที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

## 2.2 แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นทำให้เราจะเชื่อมโยงได้ว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สอดคล้องกับความต้องการของบุคคลทั่วไปเพราะมนุษย์มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกนึกคิด และมีความต้องการ ( Hay and Anderson, 1963 : อ้างถึงใน อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536) Rines and Motag (1976, อ้างถึงใน อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536) ความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นมีความเสื่อมถอยลงเนื่องมาจาก พยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และอาการที่ยังหลงเหลืออยู่และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น

1. Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน
2. Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมากและ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดอาการหลงผิด (Delusion)

3. Negative Symptoms เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ Alogia พุดน้อย การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น โดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัว หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน หรือแม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

แต่เมื่อบุคคลจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล (Orem อ้างใน สมจิตร หนูเจริญกุล, 2540) จึงควรมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้ (สุวิมล สมัตตะ, 2541)

1. การดูแลสุขอนามัย ควรดูแลสุขอนามัยของตนเองในเรื่องการแปรงฟัน อาบน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย หวีผม เลือกล้างเท้า แต่งตัวเหมาะสมและถูกกาลเทศะ ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใช้แล้วของตนเองได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้

2. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารด้วยตนเอง เลือกอาหารที่ดีมีประโยชน์ ปริมาณอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีส่วนร่วมในการจัดหาหรือประกอบอาหาร และหลังจากรับประทานอาหารแล้วช่วยเก็บล้างทำความสะอาดได้อย่างเรียบร้อย

3. การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ตื่นขึ้นมาสดชื่นไม่ง่วงซึม พยายามหลับได้เอง โดยไม่ต้องกินยานอนหลับ นอนในที่ที่เหมาะสมอากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัย และดูแลเครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ได้แก่

4.1 การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร

4.2 ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จัดของใช้ส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณส่วนตนได้ จัดหา บำรุง ซ่อมแซมบ้าน ปลุกต้นไม้ จัดสวน

4.3 ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญของสมาชิกในครอบครัว เช่น งานวันเกิด การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวเช่นช่วยงานของครอบครัวทำนา หรือช่วยค้าขาย ครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีอาชีพเป็นของตนเองโดยแนะนำงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

5. การเดินทางด้วยตนเอง เมื่อจะออกจากบ้าน ผู้ป่วยควรรู้จุดมุ่งหมายในการเดินทาง ผู้ป่วยควรจำเส้นทางได้โดยเฉพาะเส้นทางในหมู่บ้าน เดินทางได้เองโดยลำพังและสามารถกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ถ้าไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ครอบครัวต้องช่วยเหลือโดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเดินทางคนเดียวตามลำพัง เพราะอาจเกิดอันตรายได้

## 6. การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ควรปฏิบัติ ดังนี้

- 6.1 ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผิดปกติกลับมาอีก ผู้ป่วยควรที่จะรับประทานยาด้วยตนเอง ญาติคอยกระตุ้นและให้กำลังใจ
- 6.2 ไปรับการตรวจรักษา และพบแพทย์ตามนัด
- 6.3 งดสิ่งเสพติด มีนเมาทุกชนิด เช่น เหล้า ฝิ่น ยาสูบ ยาบ้า ฯลฯ
- 6.4 การดูแลเมื่อมีอาการแพ้ยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นคับปาก น้ำลายไหล เดินไม่แกว่งแขน หรือพูดลิ้นแข็ง อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย ไม่ต้องตกใจ เกิดจากอาการแพ้ยา หากรับประทานยาแก้แพ้ อาการจะดีขึ้นแต่ถ้ายังไม่หายควรปรึกษาแพทย์

นอกจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาที่พบในผู้ป่วยแล้วระดับของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วยความเสื่อมของการทำหน้าที่ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูทางสังคมอย่างมากโดยมีการแสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรมทางสังคม

### 2.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางจิต จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยและการปฏิบัติงาน เมื่อนำมาวิเคราะห์โดยเทียบเคียงกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการดูแลสุขภาพอนามัย การดูแลสุขภาพสะอาดของร่างกายเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สนใจความสะอาดของร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้นและสะอาด การไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรก และอาจทำให้เกิดบาดแผลได้
2. การรับประทานอาหารเช้า การดูแลสุขภาพตนเองด้านอาหารและน้ำ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ จากภาวะของพฤติกรรมดกดอย ภาวะซึมเศร้า จะรู้สึกเบื่ออาหาร แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงจะปฏิเสธอาหาร และน้ำ
3. การพักผ่อนนอนหลับ พบว่า ผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับอยู่บ่อยๆ ทำให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ดังเช่นการศึกษาของ ปรีชา ศตวรรษิธารัง และประยูศักดิ์ เสรีเสถียร (2543) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระประชา อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เพียงพอแก่ความต้องการการดูแลสุขภาพตนเองของบุคคล และผู้ป่วยจิตเวชมักไม่มีกิจกรรมด้านนันทนาการ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความตึงเครียดทางด้านอารมณ์และความรู้สึกได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ทำให้กลับเป็นซ้ำได้ง่าย

4. การปฏิบัติตามแผนการรักษา ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาที่พบคือผู้ป่วยจิตเวชไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่นไม่ยอมรับประทานยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้มีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ เป็นภาระแก่ญาติได้ สาเหตุอาจมาจาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงภาวะสุขภาพ

นอกจากนั้นการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทเป็นการกระทำที่ได้รับอิทธิพลจากอาการของโรคซึ่งล้วนส่งผลให้บุคคลเหล่านี้มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ทำหน้าที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ร่วมกับผู้อื่น ในชุมชนแสดงพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสมที่ไม่เหมาะสมได้ จากแนวคิดของปาร์กเกอร์และโรเซน (parker&Rosen, 1989) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมทางสังคมไว้ 5 ด้านได้แก่

- 1) ด้านการดูแลตนเอง
- 2) ด้านการควบคุมอารมณ์
- 3) ด้านการติดต่อทางสังคม
- 4) ด้านการสื่อสารและ
- 5) ด้านความรับผิดชอบตนเอง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนพบพฤติกรรมทั้ง 5 ด้านมีรายละเอียดดังนี้คือ

ด้านการดูแลตนเอง (self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางสังคมในเรื่องการปฏิบัติตัวขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการเอาใจใส่สุขภาพร่างกายตนเองโดยการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และทักษะการดำรงชีวิตด้วยศักยภาพของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมอาบน้ำ ถ้าหากอาบน้ำจะรดน้ำให้เปียกทั่วร่างกายอย่างเดียวไม่ใช้สบู่หรือยาสระผม บางครั้งไม่แปรงฟัน ทำให้ญาติต้องสังเกตอย่างใกล้ชิดบางรายต้องกระตุ้นและให้การช่วยเหลือโดยการทำให้ (รัชณี อุปเสน, 2541; Tungpunkom, 2000)

ในเรื่องของการแต่งกายส่วนใหญ่จะแต่งกายไม่เหมาะสม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายอาจถือคันเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่เสื้อผ้าเก่าๆ ขาดๆ และบางครั้งเดินออกนอกบ้านโดยไม่ใส่เสื้อผ้าเลย ทำให้ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมเสื้อผ้าให้เหมาะสม (รัชณี อุปเสน, 2541) บางรายมีพฤติกรรมเดินเก็บขยะ สะสมอาหาร (เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) หรืออยู่บ้านโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ห้องนอนเต็มไปด้วยเศษขนม เศษกระดาษกรงูรัง ผู้ดูแลจึงต้องดูแลเรื่องการทำความสะอาดให้ (รัชณี อุปเสน, 2541)

ด้านการควบคุมอารมณ์ (nonturbulence) พฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการไม่แสดงความรู้สึกไม่แสดงความรู้สึกโกรธหรือข่มขู่ผู้อื่นทั้งคำพูดและการกระทำ พฤติกรรมทำลายข้าวของหรือทำร้ายตนเอง จากการศึกษาของรัชณี อุปเสน (2541) พบว่า ผู้ป่วยบางรายหงุดหงิดเมื่อผู้ดูแลกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรม เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือชักชวนรับประทานอาหารเช้า เป็นต้น จึงทำร้าย

ร่างกายผู้ดูแล โดยการตีศีรษะจนต้องเข้าโรงพยาบาล (รัชนี อุปเสน, 2541) บางรายแสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติในที่สาธารณะ เช่น เดินเข้าไปหยิบกระป๋องเครื่องดื่มในร้านค้าออกมาดื่มเป็นจำนวนมาก (Jones, 1996) การตะโกนขึ้นโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น พฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดาหรือพฤติกรรมที่ผิดปกติจากอาการทางจิตรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินนับเป็นพฤติกรรมที่ยุ่งยากทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขบขันใจเป็นทุกข์ แต่ในขณะที่เดียวกัน หากผู้ป่วยสามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ก็สามารถควบคุมอาการได้ (Baker, 1995)

ด้านการติดต่อทางสังคม (Social contact) เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเฉื่อยชา ซึมลง (ยอดสร้อย วิวะวรรณ, 2543) แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) บางครั้งนั่งเฉยๆ การทำกิจกรรมจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ บางครั้งไม่หลับนอน เปิดวิทยุและพูดเสียงดัง ทำให้เพื่อนบ้านรู้สึกรำคาญ จากการถูกรบกวน และแสดงออกโดยการขว้างก้อนหินใส่หลังคาบ้านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (รัชนี อุปเสน, 2541) ผู้ดูแลจะต้องควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ตั้งแต่การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบเกี่ยวกับภาพลักษณ์ เพราะกลัวถูกตีตราจากสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในชุมชนเพื่อขอความร่วมมือในการช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ เช่น การใช้ยาเสพติด สุรา บุหรี่ เป็นต้น (รัชนี อุปเสน, 2541; Tungpunkom, 2000)

ด้านการสื่อสาร (communication) จะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนมากนั่งพูดพิมพ์โต้ตอบอยู่คนเดียว (ยอดสร้อย วิวะวรรณ, 2543) แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง (ทูลภา นุปผาสังข์, 2545) บางครั้งบ่น คำ และสาปแช่งในสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาในสังคมซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของการเกิดปัญหาภายในครอบครัว บางรายพูดในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงแสดงออกโดยการแฉงความกับตำรวจว่าตนเองถูกปองร้าย ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นจริงแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Tungpunkom, 2000)

ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง (responsibility) เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการรับผิดชอบต่อตนเอง ไม่ต้องตกเตือน แต่อย่างไรก็ตาม บางครั้งจะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความใส่ใจในการรับประทานยา เช่น พบว่าผู้เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมทิ้งยา ซ่อนยาหรือลืมรับประทานยา จนส่งผลกระทบต่อสุขภาพให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กล่าวมาแล้วนั้น จะแสดงออกและเกิดผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและจำเป็นต้องมีการประเมินที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถรับรู้ถึงกิจกรรมทางสังคมที่ปรากฏในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละราย

มีหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท คือ Jong และคณะ (1985, อ้างถึงใน ภทรา ภิรตภ, 2534) ได้ศึกษาความรู้สมรรถภาพทางสังคมและสภาพภายหลังได้รับการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 22 ราย ใน เนเธอร์แลนด์ ดังนี้

1. ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 (37%) มีสภาพภายหลังการรักษาทางด้านสังคม (Social outcome) ที่ไม่น่าพึงพอใจ(27%) ไม่น่าพึงพอใจมากที่สุดที่เหลือ (36%) แบ่งเป็น 2 ส่วนคือ 18% น่าพึงพอใจมาก และ 18% น่าพึงพอใจซึ่งเป็นที่ยอมรับว่า การเจ็บป่วยก่อให้เกิดด้านลบอย่างมากซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสังคม

2. มีตัวแปรอยู่น้อยมากที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ Outcome เช่น ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคทางสังคมไม่ดีมีการศึกษาน้อยในขณะที่ป่วยจะประกอบอาชีพที่ต่ำ ส่วนมากไม่ได้แต่งงานและอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ส่วนตัวแปรในเรื่อง เพศ อายุ ระดับอาชีพ สภาพการทำงาน การพึ่งพาสวัสดิการสังคม สภาพการสมรส สภาพการอยู่อาศัย ระดับอาชีพของพ่อแม่และการดำเนินโรคมีความสัมพันธ์กับ Outcome ในระดับต่ำ

Davis, A.E. ( 1974 อ้างใน ปรีดีหทัย แก้วนิรัตน์, 2543 ) ศึกษาถึงการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ต้องพึ่งพาคนอื่น ไม่มีเพื่อน ไม่สามารถพบปะบุคคลอื่นได้ โดยไม่แสดงพฤติกรรมแปลกๆ มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย ปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ใช้เวลาว่างในการนั่งเฉยๆ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ไม่ต้องการพบปะสมาชิกคนอื่น

#### 2.4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

จากการศึกษาในโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของสูวิมล สมัตตะ(2541) ซึ่งเป็นแบบการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการวัดความสามารถ ซึ่งส่วนมากจะเป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกายหรือความสามารถในการทำงานของร่างกายที่จะวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL ) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Katz (1959, อ้างถึงใน ประภาพัญญ์ สุวรรณ, 2537) เพื่อใช้วัดผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ข้อมูลจากเครื่องมืออธิบายถึงระดับการพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การเดินหรือการเคลื่อนไหวไปตามที่ต่างๆในบริเวณและการรับประทานอาหาร ซึ่งต่อมาได้มีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยขึ้นอีกหลายเครื่องมือโดยมีรายละเอียดคือ



มาตราส่วนประมาณค่าเพื่อวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL Scales)  
มีเครื่องมือที่ใช้วัด ADL Scales หลายชนิด ดังนี้

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

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Sidney Katz (1976, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรมคือการอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การรับประทานอาหารและการควบคุมระบบขับถ่าย การรวบรวมข้อมูลทำได้โดยการสังเกตและการถามจากผู้ป่วย การประเมินความสามารถทำโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 1-3 การสังเกตทำในช่วงระหว่าง 2 สัปดาห์

ตัวอย่างของข้อคำถามในเครื่องมือ

1) การอาบน้ำ : อาจจะเป็นอาบน้ำในอ่างอาบน้ำ ฝักบัว หรือเช็ดตัว

- ( ) ไม่ต้องการความช่วยเหลือ (อาบน้ำเองได้)
- ( ) ต้องการความช่วยเหลือ (หนึ่งส่วนของร่างกาย เช่น ส่วนหลังหรือขา)
- ( ) ต้องการความช่วยเหลือมากกว่า 1 ส่วนของร่างกาย

2. The physical maintenance scale ( PSMS )

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์สร้างขึ้นโดย Lowton และ Brody (1969, ประภาศรี สุวรรณ, 2537) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรมคือ การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การดูแลร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายและการอาบน้ำ การประเมินความสามารถทำโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า คะแนน 1-5 โดยใช้หลักการสร้างมาตราส่วนประมาณค่าของ Guttman Scale ตัวอย่างของข้อคำถามในเครื่องมือได้แก่

1) การใช้ / ห้องส้วมห้องน้ำ

1. ใช้ห้องน้ำด้วยตนเองได้เป็นอย่างดีควบคุม / บังคับได้
2. ต้องคอยเตือนต้องช่วยในการทำความสะอาด บางครั้งบังคับการถ่ายไม่ได้
3. ถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะบนที่นอนขณะหลับมากกว่า 1 ครั้งใน 2 สัปดาห์
4. ควบคุมการขับถ่ายไม่ได้ (ขณะตื่น) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์
5. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะไม่ได้เลย

สุวิมล สมัตตะ (2541) ได้สร้างแบบประเมินโดย ศึกษาค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ การศึกษาของยูพาฟิน ประสารอริคม (2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเอง ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และแนวคิดของ Sidney Katz ที่สร้าง The index of independence in activities of daily living or Index of ADL เพื่อใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ในเรื่องความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว และการเคลื่อนย้ายร่างกาย การขับถ่ายและการสื่อสาร ผสมผสานกับ การสังเกตพฤติกรรมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่บ้าน 3 รายพร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจดบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จะต้องได้รับการประเมิน ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหารและน้ำ ลักษณะพฤติกรรม สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง จัดอาหารได้เอง ประกอบอาหารด้วยตนเอง โดยพบว่าถ้าผู้ป่วยสามารถทำความสะอาดเครื่องใช้ในการรับประทานอาหารได้ ผู้ป่วยก็สามารถเก็บเครื่องใช้ต่างๆ ได้

2. การดูแลสุขภาพร่างกาย ลักษณะพฤติกรรม สามารถปฏิบัติในการแปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม และการดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดของร่างกายได้ ผู้ป่วยก็สามารถแปรงฟันและอาบน้ำได้ และถ้าผู้ป่วยแต่งกายให้สะอาด ผู้ป่วยก็สามารถหวีผม และเลือกเสื้อผ้าได้ด้วย

3. การนอนหลับพักผ่อน ลักษณะพฤติกรรม สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติหรือมีการเปลี่ยนแปลงเวลานอน เช่น ตอนกลางวัน กลางคืน ไม่ยอมนอน นอนหลับยาก รู้สึกหลับยากเกินไป นอนไม่ค่อยหลับ ตื่นนอนยังอ่อนเพลีย ต้องรับประทานยานอนหลับก่อนนอน

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ลักษณะพฤติกรรม ได้แก่ ช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน จัดหา บำรุง ซ่อมแซม จัดของใช้ให้เป็นระเบียบ ถูบ้าน ปลูกต้นไม้ การมีส่วนร่วมในการหารายได้ให้ครอบครัว เช่น การช่วยขายของ ทำงานประดิษฐ์จำหน่าย

5. การเดินทางด้วยตนเอง ลักษณะพฤติกรรมสามารถเดินทางได้อย่างอิสระ มีจุดหมายในการเดินทาง สามารถกลับบ้านได้ถูกต้อง จำสถานที่ต่างๆ ได้อธิบายเส้นทางได้ หรือพบผู้ป่วยเดินเรือเป็ย ต้องมีผู้ร่วมเดินทางด้วยทุกครั้ง เดินทางได้เฉพาะบริเวณ ใกล้ๆ บ้าน

นอกจากการประเมินความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันแล้วยังจำเป็นต้องมีการประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเครื่องมือที่ประเมินการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ป่วยโรคจิตของ Katz เป็นแนวคิดหนึ่งในการสร้างแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมคือแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมคือ The Katz Adjustment Scales มาตรฐานประมาณค่าเพื่อวัดการปรับตัวของ Katz นี้เริ่มแรกของการสร้างเครื่องมือมีเป้าหมายการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิต ภายหลังจากได้รับการรักษาข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและจากญาติผู้ป่วย เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางด้านโรคจิต พฤติกรรมด้านสังคม กิจกรรมที่บ้านและการใช้เวลาว่าง เครื่องมือนี้ยังใช้ได้กับประชาชนทั่วไป

Katz และ Lyerly ได้ศึกษาถึงเป้าหมายของการบำบัดคนไข้จิตเวช เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น และสามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และได้ให้ความหมายของคำว่า “การปรับตัว” ว่าสมดุลระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม การปราศจากซึ่งอาการผิดปกติทางจิต การปราศจากซึ่งความกังวลใจ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม และการปฏิบัติตามหน้าที่บทบาทในสังคมได้อย่างถูกต้อง แนวคิดพื้นฐานของเครื่องมือนี้ทำให้มาตรฐานประมาณค่าเกี่ยวกับการปรับตัวนี้มีความหมายใกล้เคียงกับการมีสุขภาพจิตที่ดี (positive mental well-being) นอกเหนือจากการวัดความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับสถานะสุขภาพของตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยแล้ว ยังวัดความพึงพอใจของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีต่อสถานะสุขภาพและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งเป็นการปรับตัวทั้งในแง่ที่บุคคลมองตัวเองและในแง่ความรู้สึกของผู้ใกล้ชิดที่มีต่อบุคคลนั้นด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ซึ่งในการศึกษาค้นคว้าได้นำแบบประเมินของสุวิมล สมัตตะ (2541) ซึ่งสร้างมาจากการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่แสดงออกในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการสังเกตพฤติกรรมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวที่บ้าน พร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจดบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมที่ใช้ในการประเมินดังต่อไปนี้

### 1. การสร้างสัมพันธภาพต่อผู้อื่น

1.1 ความคิดเห็นต่อผู้อื่น ลักษณะพฤติกรรมยอมเป็นเพื่อนกับผู้อื่น เป็นมิตร กล่าว  
ผู้อื่นมาทำร้าย หวาดระแวงผู้อื่น ไม่ยอมให้คนอื่นเข้ามาใกล้ ชอบอยู่คนเดียว มีเพื่อนน้อย

1.2 ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ลักษณะพฤติกรรม สามารถพูดคุยกับผู้อื่น  
ได้ การมีเพื่อน พูดคุยกับผู้อื่นรู้เรื่อง ชอบรับกวนผู้อื่น

2. การควบคุมอารมณ์ ลักษณะพฤติกรรมสามารถควบคุมอารมณ์โกรธกลัว ตื่นตระหนก  
ตกใจ ไม่สบาย หงุดหงิด การยอมรับในสิ่งที่เป็นสัจธรรมของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย

3. การแสดงออกท่าทาง ลักษณะพฤติกรรม ยิ้มแย้มแจ่มใส สุภาพ อ่อนโยน วุ่นวาย ทำลาย  
ข้าวของ ก้าวร้าว ข่มขู่ ส่งเสียงโวยวาย กระตือรือร้น เรียกร้องความสนใจ คำคำหยาบคาย

4. ความสามารถในการเข้าสังคมลักษณะพฤติกรรมรู้จักมารยาททางสังคมไทยเช่น การไหว้  
ต้อนรับแขกที่มามีบ้าน พูดคุยกับและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ ร่วมกิจกรรมในสังคมได้

5. ความสนใจสิ่งแวดล้อม ลักษณะพฤติกรรม แยกตัวไม่สนใจสิ่งต่างๆ อยู่แต่เฉพาะในที่  
จำกัด ให้ความสนใจข้าวต่างๆ

### 3. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของ  
บุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549)

1. พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็น  
เบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ  
(Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการ  
อย่างเป็นธรรม เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการ  
มีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience)

2. พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของ  
การเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็น  
สภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการ  
พัฒนาความรู้แลความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ  
บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถ  
ดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น มีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง

พยาบาลจะต้องรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น(Empathy)พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

3. พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

3.1 วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด ไตร่ตรองวิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล อย่างรอบคอบ

3.2 กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

3.3 กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

3.4 ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาล โดยตรง และผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

3.5 ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

3.6 จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

1. บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างๆไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม สันทนาการ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาล จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกละดับตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ จากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช จะปฏิบัติงานอยู่ใน 3 ลักษณะ คือ การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระ คือต้องให้การบำบัดรักษาตามคำสั่งทางการแพทย์ การปฏิบัติหน้าที่กึ่งอิสระ คือการปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง และครอบคลุมในทุกๆด้าน

### 3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิดการรับรู้ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2547)

#### หลักการพยาบาลผู้ป่วย

1. การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพฤติกรรมกรงรูปเดิมชนิดหุ่นขี้ผึ้งอาจจะมีปัญหากล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ก็อาจจะมีปัญหาด้านกล้ามเนื้อหดตัวและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียว กิจกรรมที่จัดให้ ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังตนเองได้ตามสมควร

2. การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่ คนอื่น ไม่เข้าใจ ดังนั้นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกต พฤติกรรม เพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

2.2 การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและ ส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความจริงโดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น ได้ยินเสียง ในขณะที่พยาบาลไม่ได้ยิน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

3. การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้ม โดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4. การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการ ไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่า ปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยควมหวาดระแวง และการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย



และเสริมสร้างทักษะทางสังคมพื้นฐานด้านสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้าน สุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้าน กิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

### การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล จะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยใน ด้านต่าง ๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนก ปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลา ในการแก้ไขตามลำดับก่อนหลังของปัญหา มีการวางแผนการพยาบาล และให้การพยาบาลพร้อม ทั้งประเมินผลการพยาบาล

#### 1. การประเมินภาวะสุขภาพ

การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย เริ่มต้นด้วยการประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย และอาการผิดปกติที่เป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติ ผู้ป่วยนำส่งโรงพยาบาล

1.1 ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ในการประเมินสุขภาพร่างกายโดยทั่วไปของผู้ป่วย พยาบาลประเมินได้ จากการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป ด้านสุขอนามัย เพื่อดูความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินความสะอาดของร่างกาย ปากและฟัน การรับประทานอาหาร การ พักผ่อน โดยสังเกตจากสีหน้าแววตา นอกจากนั้นควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษ (Water intoxication) หรือไม่ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ยาต้านอาการทางจิต การได้รับยาผู้ป่วยอาจมี อาการคอแห้งกระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยอาจทำให้เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.2 ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือความผิดปกติ ด้านความคิด ดังนั้นสิ่งที่ควรจะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะ ความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด มีความคิดว่าการพูดและการกระทำของผู้อื่นพาดพิง ถึงตนเอง (idea of reference) คิดว่าผู้อื่นคิดปองร้ายตน (persecution) มีความคิดว่าตนเองมีความ ยิ่งใหญ่เหนือผู้อื่น (grandiosity) เช่น มีฐานะ มีความสามารถ มีความรอบรู้ ฯลฯ มากกว่าผู้อื่น หรือ มีความคิดว่าร่างกายเสียหน้าที่การทำงาน (bodily functions) เช่น ไม่มีสมอ ไม่มีกระเพาะอาหาร คิดว่าผู้อื่นอิจฉาตน (jealousy) คิดว่าผู้อื่นควบคุมความคิดและควบคุมการกระทำของตนเอง (control) นอกจากความคิดหลงผิดดังกล่าวแล้ว ประเมินดูว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติอื่น ๆ ต่อไปนี้ หรือไม่ คิดว่าผู้อื่นหยั่งรู้ความคิดของตน มีบุคคลอื่นนำความคิดมาใส่ให้ตน มีคนอื่น ถอด ถอนความคิดของตนเองไป มีสิ่งอื่นหือบุคคลอื่นควบคุมจิตใจของตนด้วยการส่งกระแสคลื่นเข้ามา เป็นต้น

1.3 ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินว่าผู้ป่วยมีการรับรู้เป็นอย่างไร การรับรู้ที่ปกติมีอยู่มากน้อยแค่ไหน การรับรู้ที่ผิดปกติที่เรียกว่าประสาทหลอนมีอย่างไร ประสาทหลอนเป็นลักษณะใด เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางจมูก ประสาทหลอนทางการลิ้มรส ประสาทหลอนทางการสัมผัส มีเป็นครั้งคราว เป็นเรื่องใดเรื่องหนึ่งเรื่องเดียว หรือมีอยู่ตลอดเวลาที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้น ๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง ซึ่งจะได้หาทางป้องกันอันตรายนั้น ๆ เสีย

1.4 ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้ปองร้าย นอกจากนี้อาจจะมีพฤติกรรมมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา พฤติกรรมซ้ำ ๆ ที่ไร้ความหมาย พฤติกรรมทำตามคำสั่งอย่างอัตโนมัติ มีพฤติกรรมคล้ายหุ่นขี้ผึ้ง มีพฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง พฤติกรรมของผู้ป่วยรบกวนผู้ป่วยอื่นอาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือพฤติกรรมของผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.5 ประเมินด้านสัมพันธภาพ พยาบาลประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น เพื่อดูว่าในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นนั้น พฤติกรรมบางอย่างของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอนจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้อื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้ว ผู้ป่วยจิตเภทมักมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมี เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข

ประเมินอาการด้านอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะอารมณ์ที่ราบเรียบ อารมณ์ที่ไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องเหตุการณ์ อารมณ์ที่เปลี่ยนเร็ว ในการประเมินอารมณ์และการแสดงออกของอารมณ์ ควรประเมินโดยอาศัยพื้นฐานด้านวัฒนธรรมของผู้ป่วย ไม่ใช่ประเมินโดยใช้วัฒนธรรมของพยาบาลเอง นอกจากนี้พยาบาลควรต้องทำการประเมินอาการร่วมอื่น ๆ ได้แก่ ภาวะอาการซึมเศร้า และความคิดฆ่าตัวตาย การใช้สิ่งเสพติด พฤติกรรมรุนแรง และแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมรุนแรง

2. การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่ว ๆ ไปที่ได้ทำในขั้นต้น โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาล จะสอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้ป่วย โดยข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นมักเกี่ยวข้องกับ

อาการ Positive symptoms ซึ่งได้แก่ อาการประสาทหลอน อาการหลงผิด และอาการด้าน Negative symptoms ได้แก่ อาการแยกตัว อาการพรัองด้านสังคม ซึ่งภาวะแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

3. การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้นและแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยการพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาลเป็นระยะสั้นและระยะยาวเพื่อที่จะได้เป็นแนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการดูแลผู้ป่วยในชุมชน สำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ ในชุมชน การมีแนวปฏิบัติการพยาบาลจะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้นสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

5. การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นๆ

สรุปได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังการพยาบาลจึงควรมุ่งเน้นในการดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

### 3.2 บทบาทในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชนเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของเคลือบานอฟ (Klebanoff, 1997 อ้างใน นวียาภิรมย์, 2541) ที่ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน รวมทั้งได้กำหนดแนวทางและกิจกรรม เพื่อให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน มีรายละเอียด ดังนี้ คือ

1. บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล พยาบาลทำหน้าที่เสมือนครูอยู่ตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยโรคจิตนั้นบางครั้งแม้ภารกิจง่าย ๆ ก็ไม่สามารถทำได้ จึงต้องสอน ต้องแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ที่จะอยู่อย่างมีความสุข พยาบาลอาจต้องสอนผู้ป่วยตั้งแต่การ อาบน้ำ แปรง ฟัน หรือการรักษาความสะอาดส่วนตัว การรับประทานอาหาร ฝึกการควบคุมอารมณ์ ฝึกการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้ พยาบาลยังต้องเป็นผู้ใช้ข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับแหล่ง ให้บริการต่างๆ ที่ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการให้ข้อมูล แก่ชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในบทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล พยาบาลจึงทำหน้าที่ดังต่อไปนี้ คือ

- 1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
- 2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องยา และผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช
- 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน
- 4) ให้ความรู้และคำแนะนำ เรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งกับพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 5) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับองค์กรเอกชน และองค์กรทางวิชาชีพที่ผู้ป่วยอาจ ต้องใช้บริการ เช่น ศูนย์ให้การปรึกษาปัญหาชีวิต ศูนย์ฮอตไลน์ เป็นต้น
- 6) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตใจ และสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลาย เครียด บริการปรึกษาทางโทรศัพท์
- 7) ให้ข้อมูลแก่ทีมสุขภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรม / ความคิด / ความรู้สึก ของผู้ป่วย
- 8) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 9) กระทำตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดี สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การควบคุมอารมณ์ การ เผชิญกับภาวะความเครียด เป็นต้น

2. บทบาทที่ปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหา ของตน มองปัญหากระจ่างชัดเจน แสวงหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ ปรับวิธีการคิดใหม่ และ สามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิด และจะเลือกตัดสินใจในปัญหา ในทางที่สร้างสรรค์ ซึ่ง จะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น พยาบาลต้องให้ คำแนะนำแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนในชุมชน พยาบาลจึงควรทำหน้าที่ เหล่านี้ คือ 1) ให้การปรึกษาแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ 2) ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว / ชุมชน 3) ให้ การปรึกษาด้านการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 4) นิเทศการให้การพยาบาลทางจิต สังคมแก่สมาชิกในทีมพยาบาล 5) ประเมินผลการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

6) ตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 7) เป็นที่ปรึกษาในเรื่องการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล 8) เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

3. บทบาทผู้ให้การรักษาพยาบาล พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักปฏิบัติ ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติที่นำเอาทฤษฎี หลักการ หรือ มโนทัศน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ เพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การประเมินทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลควรทำหน้าที่ ดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย
- 2) การตรวจสุขภาพจิต
- 3) การทำจิตบำบัด (รายบุคคล/ครอบครัว/กลุ่ม)
- 4) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น แหล่งฝึกอาชีพ ฯลฯ
- 5) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ
- 6) จัดการเรื่องการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยพบผู้เชี่ยวชาญ ตามปัญหาของผู้ป่วย
- 7) บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
- 8) ให้ความร่วมมือทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย
- 9) ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามแนวคิดของเคลือบานอฟ (Klebanoff) ล้วนเป็นบทบาทที่มีความสำคัญอย่างยิ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ที่ถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และผลกระทบอื่นๆที่จะตามมา อีกมากมาย ผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดของ เคลือบานอฟ (Klebanoff) มาเป็นแนวปฏิบัติของผู้ศึกษา

### 3.3 แนวคิดในการมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรัง (APA, 1994 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลตลอดชีวิตและร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ และจากการนำนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่ง

ฮอโรวิทซ์ ( Horowitz , 1982 cite in Davis , 1992 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม , 2543 ) ได้กล่าวถึง การให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

1.2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า

1.3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขาดใจ ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

1.4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีการหางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

1.5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

1.6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

1.7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

1.8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ผู้ดูแลจำเป็นต้องสอนให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

1.9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

1.10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมถึงการสวดมนต์ ไหว้พระ

1.11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสี่ยงพาลักษณ์ของตนเอง ว่างงานเมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริม การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

2.1) การป้องกันภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หากสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ผู้ป่วย

2.3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น

4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำปรึกษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

### 3.4 การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลสวนผึ้ง

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสวนผึ้ง จำนวน 62 คน (โรงพยาบาลสวนผึ้ง, 2551) มีรูปแบบการดูแลดังนี้

1. ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตจังหวัดราชบุรี หรือ โรงพยาบาลจิตเวช แต่บางรายก็ขาดการส่งต่อกลับมายังเขตรับผิดชอบ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตจังหวัดราชบุรี หรือโรงพยาบาลจิตเวช
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตตามปกติ คือมีการเยี่ยมบ้านประจำปี และมีการติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการรักษาไม่ต่อเนื่อง

สรุปว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เขตความรับผิดชอบของโรงพยาบาลสวนผึ้ง ยังไม่มีรูปแบบในการดูแล ขาดความรู้ในเจ้าหน้าที่ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน กิจกรรมการเยี่ยมบ้านจึงมีเพียงการมีสัมพันธภาพที่ดีและการติดตามเมื่อผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

## 4. การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

### 4.1 การให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้



การให้สุขภาพจิตศึกษา มีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วยทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) (Anderson, Hogarty, and Reiss, 1980) ซึ่งในที่นี้จะหมายถึง รูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้

- 1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psychoeducation) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษา ได้ฝึกทักษะ และสามารถดูแลตนเองได้
- 2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psychoeducation) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย หรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในโรงพยาบาล และนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วย
- 3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว Anderson et al. (1980)

## 1.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psychoeducation) ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความไม่เป็นมิตรในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism)

และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional overinvolvement) จะมีสติการกลับมาเป็นซ้ำมากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย Anderson, et al. (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแล ประกอบด้วย

1. การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัวเกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2. การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษาช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

3. การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) คือ การที่ผู้รักษาทำงานร่วมกับผู้ป่วยและครอบครัวในการค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น โดยใช้ผลของพฤติกรรม ความคิด และเทคนิคการติดต่อสื่อสาร

4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็นความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

5. การค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) เพื่อให้ทราบแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ในการให้ความช่วยเหลือ สนับสนุน ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยอาศัยหลักการทำงานร่วมกับครอบครัว (Kuiper, Leff & Lam, 1992) ดังนี้

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในด้านการวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษา

สำหรับผู้ป่วย

- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
- 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษาการประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม
- 9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว
- 11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- 12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกในครอบครัวและผู้ป่วย
- 13) การลดความสับสนความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ดังนี้

ผู้ป่วย

- 1) ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- 2) ลดอัตราการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล
- 3) ลดปริมาณการใช้ยา
- 4) พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร
- 5) ช่วยเพิ่มรายได้ และ โอกาสในการประกอบอาชีพ
- 6) สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว
- 7) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ครอบครัว

- 1) เป็นการเตรียมทักษะในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- 2) พัฒนาความเข้าใจเกี่ยวกับบทบาทในครอบครัว
- 3) พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด
- 4) ลดความรู้สึกเป็นตราบาปและการแยกตัว
- 5) ลดความตึงเครียด
- 6) พัฒนาสัมพันธภาพภายในครอบครัว

ผู้รักษา

- 1) พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจให้กับผู้ป่วย
- 2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธีการรักษา

- 3) ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
- 4) สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤติได้
- 5) พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย นอกจากนี้การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นการส่งเสริมความสามารถแก่ผู้ดูแล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองหรือผู้ป่วย และการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยนั้นนับว่าเป็นการสนับสนุนทางสังคมอย่างหนึ่ง ซึ่งจะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ทำให้ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

#### 4.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวเพื่อการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) พบปัญหาผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท การรักษา บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและและกิจกรรมทางสังคม จากการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) และสุมณฑา บุญชัย (2545) พบปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ สามารถดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยอาจมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น การดำเนินชีวิตประจำวันด้านสังคม การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำสุขอนามัยส่วนตนลดลงโดยกิจกรรมนั้นจะกระทำด้วยตนเอง หรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ตามปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เป็นภาระต่อครอบครัวอย่างมากเพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานช่วยเหลือตัวเองได้ สมรรถภาพของผู้ป่วยจะสูญเสียไปทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบตัวเองได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความคิดด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่

ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

การเจ็บป่วยทางจิตส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคจะทำลายภาวะสมดุลของการทำหน้าที่ทางจิตใจ ความคิด อารมณ์ ก่อให้เกิดความพร่อง และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หน้าที่การงานและสังคม ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไร้อารมณ์ (Apathy) อีกทั้งมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้ง เนื่องจากเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยมักรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือกลับไปเสพยาเสพติด ซึ่งส่วนใหญ่มักแสดงด้วยอาการก้าวร้าวรุนแรง ทำลายสิ่งของและทำร้ายผู้อื่น พฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อครอบครัวในการดูแล ญาติต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ครอบครัวบางครอบครัวรู้สึกเป็นภาระเบียดเบียน (สุรรัตน์ โบริส , 2547)

จากสาเหตุที่ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเกิดภาวะในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะหาวิธีการดูแลช่วยเหลือให้ผู้ดูแลสามารถแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อเป็นการลดภาระในการดูแลผู้ป่วย โดยจากการศึกษาและทบทวนวรรณกรรมต่าง ๆ เพื่อหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหาภาระในการดูแลซึ่งเป็นผลกระทบที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ การให้สุขศึกษา แก่ผู้ดูแลจะช่วยลดภาระได้ เนื่องจากช่วยบรรเทาและลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, Gonyea & Hooyman, 1985) ทั้งนี้พบว่าการสนับสนุนด้านข้อมูลแก่ครอบครัวซึ่งมีการดำเนินการและศึกษาวิจัย เช่น การให้สุขภาพจิตศึกษา กลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเวช

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าปรับปรุงจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psychoeducation) ของ Anderson et al. (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) และการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม (social support) จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำมาสร้างเป็น โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแลเพื่อการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ประกอบด้วย 6 กิจกรรม ดำเนินการกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 30-60 นาที ดังนี้

## ครั้งที่ 1 การปฐมนิเทศ การรวบรวมข้อมูลและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างสัมพันธภาพและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์และกิจกรรมในรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา
3. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เรื่อง โรค อาการ สาเหตุ การรักษา การกำเริบของโรค การพยากรณ์โรค
4. เพื่อประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของครอบครัว

เนื้อหาสำคัญ : ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ดูแล , ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

### กิจกรรม

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพ, สอบถามผู้ดูแลเกี่ยวกับสภาพปัจจุบันและปัญหา ในการดูแลผู้ป่วย
2. ชี้แจงให้ผู้ดูแลทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์และกิจกรรมในการให้สุขภาพจิตศึกษา
3. สัมภาษณ์ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโดยให้ตอบแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของญาติและประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท (Pre-test)
4. ให้ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เรื่อง โรคจิตเภทคืออะไร, โรคจิตเภทมีอาการอย่างไร, สาเหตุของโรคจิตเภทคืออะไร, โรคจิตเภทถ่ายทอดทางพันธุกรรมได้หรือไม่ (เอกสารประกอบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ครอบครัวหรือญาติ : เอกสารชุดที่ 1)
5. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามและแสดงความคิดเห็นได้ผู้ศึกษาตอบข้อสงสัย
6. ให้ความรู้หัวข้อต่อไปเรื่อง โรคจิตเภทรักษาอย่างไร, การกำเริบของโรค, พยากรณ์โรค
7. ให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้แต่ละข้อและผู้ศึกษาสรุปความรู้เรื่องโรคจิตเภท
8. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 2

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

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

## ครั้งที่ 2 เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวมีความรู้เรื่องป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
2. เพื่อให้ครอบครัวสามารถสังเกตอาการของผู้ป่วยในขณะที่มีอาการกำเริบ

เนื้อหาสำคัญ : การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท

### กิจกรรม

1. ทบทวนความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท ครั้งที่ 1 โดยให้ครอบครัวพูดคุยเกี่ยวกับลักษณะโรค สาเหตุ อาการ การรักษาของโรคจิตเภท หลังจากนั้นผู้วิจัยทบทวนให้ ฟังอีกครั้ง
2. ให้ความรู้เรื่อง การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท เกี่ยวกับ
  - จะป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทได้อย่างไร
  - จะหยุดการรักษาได้อย่างไร
  - ยาช่วยรักษาโรคจิตได้อย่างไร
  - ยารักษาโรคจิตมีผล หรือฤทธิ์ข้างเคียงอย่างไร
3. เปิดโอกาสให้ครอบครัวซักถามข้อสงสัยหรือร่วมแสดงความคิดเห็นในแต่ละหัวข้อและให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้ในแต่ละหัวข้อ
4. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทเกี่ยวกับ
  - การสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นเพื่อป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
  - อาการเตือนเฉพาะตัวสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน
  - อาการเตือนทั่วไปที่พบบ่อยก่อนเกิดการกำเริบของโรคจิตเภท
  - ครอบครัวควรทำอะไรเมื่อสังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการกำเริบ
5. ให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้รับ และผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นสำคัญเรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทอีกครั้ง (เอกสารชุดที่ 1)
6. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 3

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ครอบครัวผู้ป่วยได้รับความรู้ความเข้าใจ และมีทัศนคติที่ดีเกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้อย่างถูกต้อง และมีความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคได้
2. ครอบครัวสามารถสังเกตอาการเตือนเบื้องต้นของผู้ป่วยได้
3. วางแผนการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ได้อย่างเหมาะสมกับสภาพครอบครัวของตนเอง

### ครั้งที่ 3 เรื่องการรักษาในระยะเฉียบพลัน และระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ

#### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจถึงวิธีการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในระยะเฉียบพลัน และการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยาและผลข้างเคียงของการใช้ยาที่ถูกต้อง
3. เพื่อกระตุ้นให้ครอบครัวเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วย ภายหลังจากอาการทางจิตสงบแล้ว
4. เพื่อให้ครอบครัวสามารถช่วยฝึกทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม

**เนื้อหาสำคัญ :** ยารักษาอาการทางจิต, อาการทางจิตในระยะเฉียบพลันและระยะเรื้อรัง, การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ, การปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

#### กิจกรรม

1. ทบทวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่ 1, 2 เรื่องเกี่ยวกับ โรคจิตเภทและการป้องกันอาการกำเริบของโรค โดยให้ครอบครัวพูดคุยแสดงความคิดเห็น
2. สอบถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยอาการทางจิต การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูเพื่อประเมินว่าครอบครัวมีความเข้าใจ
3. ให้ความรู้เรื่องยารักษาอาการทางจิต คุณสมบัติของยา ผลข้างเคียงของยา ความร่วมมือในการรับประทานยา (เอกสารชุดที่ 2)
  1. การรักษาในระยะเฉียบพลัน อาการทางจิตชัดเจน และระยะเรื้อรัง อาการทางจิตสงบ (เอกสารชุดที่ 3) และการปรับเปลี่ยนรูปแบบทักษะการเข้าสังคมและการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท (เอกสารชุดที่ 4)
  2. ให้ครอบครัวสรุปความรู้ที่ได้รับและผู้ศึกษาสรุปประเด็นความรู้อีกครั้ง
  3. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 4

#### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ครอบครัวได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาในระยะเฉียบพลันและการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยประจำวัน
2. ครอบครัวมีความเข้าใจในการช่วยฝึกทักษะในการใช้ชีวิตประจำวันและการเข้าสังคมของผู้ป่วยได้
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน



## ครั้งที่ 4 เรื่องบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจบทบาทของตนเองในการดูแลผู้ป่วย
2. เพื่อให้ครอบครัวเข้าใจและสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ต้องการแก้ไข
3. เพื่อช่วยให้ครอบครัวมีโอกาสตรวจสอบทัศนคติและความคาดหวังของตนเองที่มีต่อผู้ป่วย

### เนื้อหาสำคัญ : บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

#### กิจกรรม

1. ทบทวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่แล้ว
2. พุดคุยสอบถามเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยและประเมินปัญหาของการดูแล
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในด้านความคาดหวังกับโรคจิตเภท การสังเกตอาการกำเริบ การช่วยลดความตึงเครียดในผู้ป่วย
4. ให้ครอบครัวช่วยสรุปสิ่งที่ได้รับและเปิดโอกาสให้แสดงความคิดเห็นและถามข้อสงสัยต่าง ๆ ผู้ศึกษาตอบคำถามของครอบครัว และสรุปประเด็นสำคัญ
5. ร่วมมือกับครอบครัวช่วยกันวางแผนในการดูแลผู้ป่วย
6. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 5

#### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ครอบครัวผู้ป่วยเข้าใจบทบาทของครอบครัวและให้การดูแล รวมทั้งให้ความคาดหวังต่อผู้ป่วย
2. ครอบครัวเข้าใจและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว

**ครั้งที่ 5 เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย, โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว  
วัตถุประสงค์**

1. เพื่อช่วยให้ครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมที่พบบ่อยได้เหมาะสม
2. เพื่อลดความคาดหวังของครอบครัวต่อผู้ป่วยให้เหมาะสมกับความเป็นจริง
3. เพื่อให้ครอบครัวและผู้ป่วยมองเห็นรูปแบบการสื่อสารในครอบครัวที่เหมาะสม

**เนื้อหาสำคัญ :** บทบาทของครอบครัวต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและการสื่อสารกับผู้ป่วย ,  
โครงสร้าง และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่วไป

**กิจกรรม**

1. ทบทวนการให้สุขภาพจิตศึกษาครั้งที่แล้ว
2. เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้พูดคุย และสอบถามปัญหาต่าง ๆ
3. ให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ข้อเสนอแนะการดูแลผู้ป่วย โครงสร้าง และปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัวทั่วไป (เอกสารชุดที่ 6,7)
4. เปิดโอกาสให้ครอบครัวแสดงความคิดเห็น ถามข้อสงสัยและสรุปประเด็นสำคัญของความรู้ที่ได้รับในครั้งนี้
5. ผู้ศึกษาสรุปประเด็นสำคัญของความรู้ที่ให้
6. นัดหมาย วัน เวลา ในการทำกิจกรรม ครั้งที่ 6

**ผลที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ครอบครัวและญาติสามารถจัดการกับปัญหาทางพฤติกรรมที่พบได้อย่างเหมาะสม
2. ครอบครัวผู้ป่วยมีรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสม

## ครั้งที่ 6 เรื่องการคลายเครียดด้วยตนเอง

### วัตถุประสงค์

ครอบครัวยุติวิธีผ่อนคลายและสามารถผ่อนคลายความเครียดได้ด้วยตนเอง

เนื้อหาสำคัญ : การคลายเครียดด้วยตนเอง

### กิจกรรม

1. พูดยุติถามประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับความเครียดและวิธีการคลายเครียด
2. ให้ทำแบบประเมินวิเคราะห์ความเครียดด้วยตนเอง ของกรมสุขภาพจิต
3. ให้ความรู้เรื่องความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเอง  
(คู่มือคลายเครียดด้วยตนเองของกรมสุขภาพจิต)
4. ให้ฝึกปฏิบัติการคลายเครียดง่ายๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การฝึกหายใจ
5. ให้ทำแบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และประเมินความสามารถในการดำเนิน

ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย (Post-test)

### ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ครอบครัวและญาติได้รับความรู้เรื่องความเครียดและวิธีผ่อนคลายความเครียดด้วยตนเองอย่างเหมาะสม
2. ทราบผลการวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

## 5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวิมล สมัตถะ (2541) ได้ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ศึกษา ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัฒนาตุทอง กรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน พบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

ศิริเนตร สุขคี (2548) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรีจำนวน 20 ราย พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาภรณ์ ทองคารา (2545) ศึกษาผลทำให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในจังหวัดชลบุรี เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มญาติและผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา และ กลุ่มผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษา แบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลที่บ้านแก่ญาติและผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง กับ ให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่ม ได้รับการวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ หลังได้รับการ

ให้สุขภาพจิตศึกษา สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลอง และ กลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ ระหว่าง กลุ่มทดลอง กับกลุ่มควบคุม หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Loukissa (1995) ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการได้รับการสอนวิธีการเผชิญปัญหาจะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวลซึมเศร้า การรับรู้ภาระและความขัดแย้งในครอบครัวลดลง

John และคณะ (1984) ได้ทำการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบผลการให้การรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล กับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในชุมชน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 120 คน ที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ และสุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองจะไม่ถูก Admit ถ้าสามารถเลี้ยงได้ผู้ป่วย และญาติจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการรักษาในชุมชน และมีบริการ Crisis service ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรค Psychotic disorder มากกว่าครึ่งจะป่วยด้วยโรคจิตเภทในช่วง 12 เดือน ของการรักษานี้ ร้อยละ 96 ของกลุ่มยังคง Admit และร้อยละ 51 Admit มากกว่า 1 ครั้ง และในกลุ่มทดลองพบว่า ร้อยละ 60 ไม่ถูก Admit และร้อยละ 8 Admit มากกว่า 1 ครั้ง กลุ่มควบคุม ใช้เวลาเฉลี่ย 58.5 วัน ในโรงพยาบาลจิตเวช ในขณะที่กลุ่มทดลองใช้เวลา 8.4 วัน การรักษาในชุมชน ไม่ได้เพิ่มภาระให้แก่ชุมชน สิ่งสำคัญที่ได้จากการศึกษา คือ ความพึงพอใจของญาติที่ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้เหนือความคาดหมาย ใช้ค่าใช้จ่ายในชุมชนน้อยกว่า และญาติมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในชุมชนอีกด้วย

จากผลการศึกษาของ Tinko และคณะ (อ้างใน รุจา ภูไพบูลย์ , 2541) เพื่อเปรียบเทียบผลการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างผู้ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล กับผู้ได้รับการดูแลที่บ้าน ในผู้ป่วย 294 คน ของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก และสถานบริการสุขภาพที่บ้าน 52 แห่ง ผลการวิเคราะห์ผลงานในช่วง 12 เดือน ของพยาบาลประจำตึก 43 คน และพยาบาลเยี่ยมบ้าน 9 คน พบว่า โดยทั่วไป พยาบาลในโรงพยาบาลที่ให้บริการในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน จะไม่ใช่พยาบาลที่ถูกฝึกเฉพาะทางจิตเวช แต่ผลการดูแลในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล และมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี มีความพึงพอใจสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง

Hatfield (1979) ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ดูแลผู้ป่วยจำนวน 89 คนเพื่อประเมินความต้องการของครอบครัว และวิธีเผชิญปัญหา ผลการศึกษาพบว่า เพื่อน ญาติ และบุคลากรวิชาชีพ ศึกษาเอกสารด้วยตนเอง และการได้รับการสอนเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเป็นสำคัญที่ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจและควบคุมการเจ็บป่วยได้

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้นำเสนอตามลำดับจะเห็นได้ว่ายังไม่มีรูปแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของพยาบาลอย่างชัดเจน ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

#### โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวในผู้ป่วยจิตเภท

- กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท/การรวบรวมข้อมูล
- กิจกรรมที่ 2 การป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภท
- กิจกรรมที่ 3 การสังเกตอาการอาการเตือนเบื้องต้น ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ/การรักษาในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ
- กิจกรรมที่ 4 สัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- กิจกรรมที่ 5 การติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย, โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว
- กิจกรรมที่ 6 การคลายเครียดด้วยตนเอง

#### ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

##### 1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้แก่

- การดูแลสุขภาพอนามัย
- การรับประทานอาหาร
- การพักผ่อนนอนหลับ
- การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของ

##### ครอบครัว

- การเดินทางด้วยตนเอง
- การปฏิบัติตามแผนการรักษา

##### 2. กิจกรรมทางสังคม ได้แก่

- การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- การควบคุมอารมณ์
- พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง
- การเข้าสังคม
- ความสนใจสิ่งแวดล้อม