

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ



นางสาว จุฬาลักษณ์ ชำของ

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2547

ISBN : 974-53-2083-8

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

SELF-CARE EXPERIENCES OF NON-RELAPSE SCHIZOPHRENIC PATIENTS



Miss Julaluck Chumchong

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements

for the Degree of Master of Nursing Science in Mental Health and Psychiatric Nursing

Faculty of Nursing

Chulalongkorn University

Academic Year 2004

ISBN : 974-53-2083-8

หัวข้อวิทยานิพนธ์	ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
โดย	นางสาว จุฬาลักษณ์ ชำของ
สาขาวิชา	การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
อาจารย์ที่ปรึกษา	รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยรับ
เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
(รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย)

..... อาจารย์ที่ปรึกษา
(รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา)

..... กรรมการ
(พันตรีหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์)

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

จุฬาลักษณ์ ชำของ: ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
(SELF - CARE EXPERIENCES OF NON - RELAPSE SCHIZOPHRENIC PATIENTS)
อาจารย์ที่ปรึกษา: รศ. ดร.จินตนา ยูนิพันธุ์, อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม: อ. ดร.รังสิมันต์
สุนทรไชยา, จำนวน 96 หน้า ISBN : 974-53-2083-8

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลตนเอง
ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ
Husserlian Phenomenology ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน
10 ราย เก็บข้อมูลโดยสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม
นำข้อมูลการสัมภาษณ์มาถอดข้อมูลแบบคำต่อคำ (Verbatim) ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ
Colaizzi

ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ให้ความหมายการดูแลตนเอง คือ การที่
สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้มี
ร่างกายแข็งแรง จิตใจสดใส อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติไม่มีอาการกำเริบและกลับไป
ป่วยซ้ำ

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบด้วย 4 ประเด็นหลัก
ดังนี้ 1) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การใช้ยา
ตามแผนการรักษาของแพทย์และ (2) การงดสารกระตุ้นประสาท 2) ประสบการณ์การดูแลตนเอง
ด้านจิตใจ จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความ
ภาคภูมิใจและผ่อนคลาย และ (2) การปรับความคิดและจิตใจ 3) ประสบการณ์การดูแลตนเอง
ด้านสังคม จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและ
(2) การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ จำแนก
เป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาและ (2) การฝึกจิตใจให้
สงบ

การศึกษาครั้งนี้ทำให้เข้าใจถึงความหมายและประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิต
เภทที่ไม่ป่วยซ้ำ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาการศึกษา การปฏิบัติการพยาบาลและ
การวิจัยทางการพยาบาลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

สาขาวิชา.....การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช..... ลายมือชื่อนิสิต.....
ปีการศึกษา.....2547..... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา.....
ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม.....

4677559036 : MAJOR: MENTAL HEALTH AND PSYCHICTRIC NURING

KEY WORDS: SELF - CARE EXPERIENCES /NON - RELAPSE SCHIZOPHRENIC PATIENTS

JULALUCK CHUMCHONG: SELF-CARE EXPERIENCES OF NON – RELAPSE SCHIZOPHRENIC PATIENTS. THESIS ADVISOR: ASSOC.PROF. JINTANA YUNIBHAND, Ph.D., THESIS CO-ADVISOR: RANGSIMAN SOONTHORNCHAIYA, Ph.D., 96 pp. ISBN : 974-53-2083-8

The purpose of this study was to explain meaning and self-care experiences of non-relapse schizophrenic patients. A qualitative research method of Husserlian phenomenology was applied as a methodology. A purposive sample was 10 non-relapse schizophrenic patients . An in-depth interview with tape –recorded and field notes were performed to collect data. Audio tapes of the interviews were transcribed verbatim. Data were analyzed utilizing Colaizzi’s method.

The finding demonstrated that non-relapse schizophrenic patients defined their self-care as their abilities to perform the daily activities by themselves without being burdened by others. It was their self-care for staying physical, mental, and social health. They were able to live as normal people with families and societies happily without having recurrent symptoms.

Self-care experiences of non-relapse schizophrenic patients consisted of four major themes : 1) physical self –care experiences which included 2 subthemes : (1) following physician’s prescription, and (2) avoiding stimulant. 2) mental self-care experiences which included 2 subthemes : (1) performing relaxing and encouraging activities, and (2) thinking and adjusting mentally. 3) social self –care experiences which included 2 subthemes : (1) making themselves as apart of families , and (2) making themselves as apart of societies, and 4) spiritual self-care experiences which included 2 subthemes : (1) performing religious worship, and (2) practicing peaceful mind.

This study provided us with understanding the meaning and self –care experiences of non-relapse schizophrenic patients. Knowledge generated from this study can further guide to improve nursing education, nursing practices, and nursing research related to self-care of schizophrenic patients.

Field of study...Mental Health and Psychiatric Nursing... Student’s signature
 Academic year.....2004..... Advisor’s signature.....
 Co-advisor’s signature.....

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยความกรุณาอันดีของ รองศาสตราจารย์ ดร. จินตนา ยูนิพันธุ์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ อาจารย์ ดร. รังสิมันต์ สุนทรไชยา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ผู้ซึ่งให้คำชี้แนะแนวทางตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเมตตาเอาใจใส่ และเป็นกำลังใจให้ตลอดมา จนการศึกษาครั้งนี้ได้สำเร็จลงด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณา ความเอาใจใส่ ของท่านเป็นที่สุดและขอกราบขอบพระคุณท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

พร้อมทั้งขอขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร. อรพรรณ ลีอนุชวิชัย ประธานสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาชี้แนะและเป็นกำลังใจในการทำวิจัยเสมอมา ขอขอบพระคุณ พันตรีหญิง ดร. วาสนา นัยพัฒน์ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่กรุณาชี้แนะการแก้ไขวิทยานิพนธ์ให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น รวมทั้งคณาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่านที่ให้กำลังใจผู้วิจัยตลอดมา

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ได้กรุณาตรวจสอบที่ให้ข้อเสนอแนะและข้อคิดที่เป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแนวคำถามในการวิจัยเป็นอย่างดี

ขอกราบขอบพระคุณ บิดา – มารดา ที่เป็นกำลังใจที่ยิ่งใหญ่ในชีวิต ขอขอบคุณบุคคลที่เป็นที่รัก ญาติพี่น้องทุกคนที่ให้ความรัก ความห่วงใย เป็นกำลังใจและขอบคุณเพื่อนนิสิตทุกท่านที่ร่วมให้กำลังใจและสร้างรอยยิ้มให้ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณพี่ๆ จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคามทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือและเป็นกำลังใจ รวมทั้งขอขอบคุณเจ้าหน้าที่คลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลมหาสารคามทุกท่านที่ให้ความกรุณา ช่วยเหลือและให้คำแนะนำที่ดีสำหรับผู้วิจัย

ท้ายสุดนี้คุณค่าและประโยชน์ อันเกิดจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอบอบแต่ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกท่าน ขอให้มีความสุขกายและสุขภาพใจที่แข็งแรงตลอดไป

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฅ
บทที่	
1 บทนำ.....	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
1.2 คำถามการวิจัย.....	5
1.3 วัตถุประสงค์.....	5
1.4 ขอบเขตการวิจัย.....	6
1.5 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย.....	6
1.6 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	6
2 เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	7
2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ.....	7
2.2 การดูแลตนเอง.....	23
2.3 การดูแลตนเองเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ.....	26
2.4 แนวคิดการวิจัยทางปรากฏการณ์วิทยา.....	30
2.5 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	37
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	41
3.1 ผู้ให้ข้อมูลหลักและการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล.....	41
3.2 วิธีการเก็บข้อมูล.....	44
3.3 การพิทักษ์สิทธิ์ผู้ให้ข้อมูล.....	45
3.4 ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล.....	45
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล.....	47
3.6 การตรวจสอบความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล.....	48
4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
4.1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	50
4.2 สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	63

5 สรุปและอภิปรายผล.....	65
รายการอ้างอิง.....	78
ภาคผนวก.....	84
ภาคผนวก ก.....	85
ภาคผนวก ข.....	92
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์.....	96



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำประเด็นหลักและประเด็นย่อย	54
2	ผู้ให้ข้อมูลส่วนบุคคล.....	91
3	แบบบันทึกการถอดความและการใส่รหัสเบื้องต้น.....	94
4	การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ (field notes).....	95



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากสถิติของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคจิตโดยรวมรวมจากผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชใน 13 เขตของประเทศไทย พบว่าจำนวนผู้ป่วยทางจิตของประเทศไทย ในปีงบประมาณ 2544 และ 2545 เท่ากับ 323,730 คน และ 520,013 คน ตามลำดับ จะเห็นว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตมีแนวโน้มสูงขึ้น สัมพันธ์กับการประมาณการจาก World Health Organization (WHO) ว่าภายในปี 2563 ภาวะการเจ็บป่วยทางจิตจะคิดเป็น ร้อยละ 11 ของการเจ็บป่วยทุกโรครวมกัน (Burden of Disease) โรคที่เป็นสาเหตุความสูญเสีย 10 อันดับแรก เป็นโรคทางจิตเวชถึง 5 โรค ได้แก่ โรคซึมเศร้า การคิดเหวี่ยง โรคจิตทางอารมณ์ โรคจิตเภท และโรคย้ำคิดย้ำทำ โดย 1 ใน 5 คือโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่เป็นปัญหาสำคัญด้านสาธารณสุข จากจำนวนผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและมีอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ สำหรับการดำเนินโรคจิตเภทมีลักษณะอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะเริ่มมีอาการ ระยะอาการกำเริบและระยะอาการหลงเหลือ โดยระยะเริ่มมีอาการ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเริ่มด้วยอาการแยกตัวเองออกจากสังคม ขาดความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล และการทำหน้าที่ด้านการงานหรือการเรียนบกพร่อง อาการเหล่านี้จะปรากฏโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนมีอาการกำเริบญาติส่วนใหญ่จึงไม่ได้สังเกตเห็นอาการเปลี่ยนแปลง ระยะอาการกำเริบมีอาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดขึ้น เช่น อาการหลงผิด และประสาทหลอน เป็นต้น บางรายมีอาการรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเองและผู้อื่น ทำลายข้าวของจึงทำให้ญาติเดือดร้อนและตัดสินใจพาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะอาการหลงเหลือคือระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการบำบัดแล้วอาการทางจิตลดความรุนแรงลงแต่ยังมีอาการคล้ายระยะเริ่มมีอาการคือมีความเสื่อมถอยทางบุคลิกภาพ และทำหน้าที่ทางสังคมลดลง ยังมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะมีอาการหลงเหลืออยู่มากกลายเป็นโรคเรื้อรัง และส่งผลให้มีอาการกำเริบได้ง่ายมากขึ้นอีก จึงเป็นปัญหาการกลับมารักษาซ้ำและถ้าป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น มีการศึกษาพบว่า ระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานทำให้เกิด

การเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายลดลง (Breier, Schreiber, Dyer, and Pickar, 1991) การรักษาจึงต้องใช้ระยะเวลาและต้นทุนมากขึ้น

จากลักษณะอาการของโรคจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรังและมีโอกาสกลับมารักษาซ้ำสูงทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ก่อให้เกิดผลกระทบหลายๆด้าน ประกอบกับนโยบายการเพิ่มตารางหมุนเวียนเตียงรับผู้ป่วยในโรงพยาบาลต่างๆ มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังจะได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่ออยู่ในภาวะวิกฤตเท่านั้น โดยรูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชได้เปลี่ยนแปลงจากเดิมที่จัดให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลโดยบุคลากรทางจิตเวช มาเป็นการดูแลรักษาในชุมชนของผู้ป่วย ด้วยเหตุผลที่ว่า “ครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีเลิศที่สุดสำหรับผู้ป่วย” (กรมสุขภาพจิต, 2544; Loukissa, 1995 อ้างถึงใน สุมนชา นุญชัย, 2545) ซึ่งผลของการเปลี่ยนแปลงการนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลจิตเวชในสังกัดกรมสุขภาพจิต ที่รักษาในโรงพยาบาลระยะสั้น ทำให้การรักษามุ่งเน้นในด้านบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญเพื่อลดจำนวนวันของการอยู่ในโรงพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองสัมพันธ์กับการศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา พบว่า มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม คือ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ อับอายเนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งส่งผลให้มีเรื่องขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวและไม่สบายในเรื่องการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ป่วยอื่น (จารุวรรณ ต. สกฤต, 2524 อ้างถึงใน พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (เพลินพิศ จันท์ศักดิ์, นันทนา รัตนากร, อนุภิชัย ผ่องแผ้ว, บัญญวดี สาทิพ จันท์และสาวิต พรหมขจร, 2539อ้างถึงใน สุมนชา นุญชัย, 2545) และเพชร คันธสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา การรักษาอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำไม่ดี โดยผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว สัมพันธ์กับ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) ที่กล่าวว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ การเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเองในด้านต่างๆ คือไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า ไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและไม่ยอมทำงาน ส่งผลกระทบต่อครอบครัว คือ ทำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอและผลเสียต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบด้านสังคม คือ อาจเป็นเหยื่อทางเพศหรือติดสารเสพติดและส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ คือ รัฐบาลต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเป็นจำนวนมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บกพร่องทำให้

เกิดผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมดังกล่าว แล้วยังมีผลทำให้รัฐบาลต้องสิ้นเปลืองทั้งงบประมาณ และกำลังคนในการให้บริการทางสาธารณสุข ดังนั้นจึงควรมีการส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ที่เป็โรครุจเหตุมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องเพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็โรครุจเหตุสามารถอยู่ในสังคมได้ยาวนานขึ้น

ถึงแม้ว่า ผู้ป่วยที่เป็โรครุจเหตุส่วนใหญ่อจะมีควมบกพร่องในการดูแลตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็ปัญหาจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลแต่มีผู้ป่วยจิตเหตุบางส่วนที่มีความสามารถ ในการดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตจวันไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย ปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้เป็นเวลานาน โดยไม่ป่วยซ้ำ ช่วยลดปัญหาและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเหตุสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำ ดังเช่น การศึกษาของ ฎุมมาภิชาติ แสงเทียว (2542) ในการติดตามการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเหตุไปสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านร่างกายได้อยู่ในระดับดี เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ มีอาชีพ มีงานทำ มีการปรับตัวด้านอ้อมโนทัศน์อยู่ในระดับดี และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ตนเองมีคุณค่า มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับดีเนื่องจากได้รับการสนับสนุนประคับประคองจากครอบครัว ชุมชน ในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่นเดียวกับการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเหตุที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี มารับการรักษาอย่างต่อเนื่องตลอดจนสามารถสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ รวมทั้งมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ผู้ป่วยจิตเหตุส่วนหนึ่งสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ โดยไม่เกิดการป่วยซ้ำ

โอเรม (Orem,1991) ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่เป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน กิจกรรมดูแลตนเองมุ่งที่การจัดการแก้ไขปัญหา เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผนมีการเรียนรู้ อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเองได้รับการสอนหรือแนะนำหรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ โดยบุคคลมีความสามารถในการผสมผสานการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกัน คือด้าน ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม มนุษย์มีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง วิธีการที่บุคคลตอบสนองความต้องการดูแลตนเองไม่ใช่การตอบสนองด้วยสัญชาตญาณ แต่เป็พฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539) ดังนั้นกระบวนการคิดการเรียนรู้ การกระทำอย่างตั้งใจจึงเป็กระบวนการบุคคลปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายสอดคล้องกับ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ที่กล่าวถึง การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ว่เป็กิจกรรมที่บุคคลลงมือกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและยามที่มี

ปัญหาด้านจิตใจหรือเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจโดยที่เป้าหมายของการทำกิจกรรมคือ ช่วยให้ตนเองมีความสุข ความพึงพอใจในด้านการดำรงชีวิตประจำวัน พ้นจากภาวะทุกข์ทรมานใจหรืออยู่ในภาวะการมีสุขภาพจิตดี ซึ่งครอบคลุมถึงการพัฒนารูจักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาว่าง การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การดูแลตนเองโดยทั่วไป

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ที่ให้ความหมายสุขภาพว่า หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ เป็นองค์รวม อย่างสมดุล ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและไม่มีโรคเท่านั้น และมุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมแซมสุขภาพ ซึ่งในความเป็นจริงการมีสุขภาพดีหรือสุขภาพะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น ผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการ รวมถึงผู้มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิตก็สามารถบรรลุถึงสุขภาวะในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคล สัมพันธ์กับแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ที่ได้กล่าวถึง สุขภาวะ ว่าเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และทางจิตวิญญาณ มิได้จำกัดเพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น จากแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ นั้นได้ให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัตร เช่นเดียวกับแนวคิดด้านสุขภาพของนักทฤษฎีทางการแพทย์ที่มองสุขภาพเป็นองค์รวมและเป็นสภาวะหรือกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและต่อเนื่อง ทำให้สามารถประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นอยู่เพื่อเป็นข้อมูลที่น่าไปสู่การพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากการพยาบาลเป็นกิจกรรมเพื่อให้ผู้รับบริการมีความสุขตามศักยภาพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญในการให้การพยาบาล ซึ่งแนวคิดดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิตของคนไทย รวมทั้งให้ความสำคัญกับทุกคนในการบรรลุถึงสุขภาวะโดยมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่มีโรคหรือความบกพร่องทางกายหรือทางจิต ผู้ที่ป่วยก็สามารถบรรลุสุขภาวะได้ สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กล่าวว่า คนไทยทุกคนมีสิทธิอันเท่าเทียมกันในการที่จะได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาพ

การศึกษาของ Sandock and Sandock (2000) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่รักษาหายไม่กลับมาเป็นซ้ำ พบได้เพียงร้อยละ 2-4 แม้ว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้จะมีจำนวนน้อยแต่ก็ถือว่าเป็นกลุ่มที่มีความน่าสนใจเนื่องจากในบริบททางสังคม รูปแบบและแนวทางในการรักษา การให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นแนวทางเดียวกันแต่ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย ปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ สามารถอาศัยอยู่ในชุมชน ได้เป็นเวลานาน โดยไม่ป่วยซ้ำซึ่งแตกต่างจากผู้ป่วยจิตเภทอีกกลุ่มที่มี

ความบกพร่องในการดูแลตนเองจนต้องกลับมารักษาซ้ำ โดยจากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่ามี อัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) ซึ่งผลกระทบของการป่วยซ้ำทำให้ ต้องเกิดความสูญเสียในหลายๆด้านดังได้กล่าวไว้ข้างต้น จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษา ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับโรคจิตเภทเป็นจำนวนมาก ทั้ง ในแง่มุมมองด้านชีววิทยาทางการแพทย์ (Biomedicine) ด้านมานุษยวิทยาทางการแพทย์ (Medical Anthropology) จิตเวชศาสตร์ (Psychiatry) จิตวิทยา (Psychology) และด้านการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช (Mental health and Psychiatric Nursing) แต่การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมี การศึกษาวิจัยจำนวนน้อยและการวิจัยส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเชิงปริมาณที่เลือกศึกษาเฉพาะตัว แปรที่ผู้วิจัยสนใจ แม้ว่าผลการวิจัยจะช่วยให้เกิดความรู้ ความเข้าใจและยืนยันผลการจัดกระทำ กิจกรรมที่ผู้วิจัยกำหนดต่อสุขภาพของผู้ป่วยได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยแต่ก็ยังไม่ สามารถอธิบายถึงการรับรู้ของผู้ป่วยโดยตรง เนื่องด้วยในธรรมชาติของมนุษย์ประกอบด้วย ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณและมีแบบแผนเฉพาะตัว มนุษย์มีความสัมพันธ์กับผู้คนและ ธรรมชาติแวดล้อมแตกต่างกันไป ดังนั้นการได้มาซึ่งความรู้ที่มาจากมุมมอง การรับรู้ในบริบทของ ผู้ที่อยู่ในเหตุการณ์นั้น โดยตรงจึงได้มาจากการศึกษาในลักษณะของการวิจัยโดยใช้ระเบียบวิธีการ วิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเป็นวิธีการที่ให้ความสำคัญต่อประสบการณ์ชีวิตของบุคคล ที่อยู่ในปรากฏการณ์นั้นๆ ที่รับรู้ตามมุมมองในฐานะของผู้ที่มีประสบการณ์ตรงซึ่งเป็นผู้ที่รู้ดีที่สุด

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำเพื่อทำ ความเข้าใจแนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำผ่านทางประสบการณ์ของผู้ป่วยที่ ได้รับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบ ความคิด ความรู้สึกในการกระทำหรือปฏิบัติการดูแลตนเอง โดย วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยา ทำให้ได้รับรู้มุมมองการดูแลตนเองที่แตกต่าง จากความรู้ที่มีมาแต่เดิม ทำให้บุคลากรทางการแพทย์มีความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเภทมากขึ้น ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่การจัดรูปแบบทางการพยาบาลให้สอดคล้องกับ ความ ต้องการและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

วัตถุประสงค์

1. เพื่อบรรยายการให้ความหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
2. เพื่อบรรยายประสบการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

คำถามการวิจัย

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการบรรยายการให้ความหมายการดูแลตนเองอย่างไร
2. ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการบรรยายประสบการณ์การดูแลตนเองอย่างไร

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) ซึ่งเป็นการศึกษาพื้นฐานว่า ประสบการณ์เป็นความหมายที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล อาศัยการหยั่งรู้ความหมายจากข้อมูล โดยแยกความคิด หรือประสบการณ์ของผู้วิจัยจนกว่าจะเข้าใจปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง (Koch, 1995) จากการที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการให้ความหมาย ประสบการณ์ การรับรู้ ความคิด ความรู้สึกในด้านการดูแลตนเอง จนถึงวันสิ้นสุดการเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัย เก็บข้อมูลจากวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกแบบมีแนวทางการสัมภาษณ์และบันทึกเสียง คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดคุณสมบัติ คือ 1) ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท เข้ารับการรักษาเนื่องจากมีอาการทางจิตในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการที่สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้และกลับมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอภายหลังที่แพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านครั้งสุดท้ายเป็นเวลา 18 เดือนขึ้นไป 2) สามารถสื่อสารเข้าใจกับผู้วิจัยได้ 3) มีความยินดีที่จะเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์และแบบขอความร่วมมือและคุ้มครองสิทธิการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

ประสบการณ์การดูแลตนเอง หมายถึง การรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบ ความคิด ความรู้สึกในการกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อความอยู่รอด ดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพของตนของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาเนื่องจากมีอาการทางจิตในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการที่สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้และกลับมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอภายหลังที่แพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านครั้งสุดท้ายเป็นเวลา 18 เดือนขึ้นไป

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในประสบการณ์การดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เพื่อจัดรูปแบบการพยาบาลให้สอดคล้องกับความต้องการและความเหมาะสมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. เพื่อเป็นความรู้พื้นฐานด้านการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท นำไปสู่การสร้างองค์ความรู้ แนวทางการศึกษาและวิจัยทางการพยาบาลในผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเพื่อบรรยายการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยได้ใช้รูปแบบในการศึกษาตามแนวคิดของ Husserl (Husserlian Phenomenology) ที่เชื่อว่า ความรู้คือสิ่งที่ เป็นจริง ปราศจากอคติจากความรู้หรือประสบการณ์ของผู้วิจัย ดังนั้นในการศึกษาของ Husserl จึงหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมก่อนทำการวิจัย แต่ในการศึกษารุ่นนี้ผู้วิจัยได้มีการทบทวนตำรา บทความ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องก่อนการทำวิจัยเพื่อจะได้ทราบถึงแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองในภาพกว้างเพื่อจะได้ตระหนักและจัดรอบความคิดของผู้วิจัย ป้องกันการเกิดอคติในสิ่งผู้ให้ข้อมูลได้บรรยายถึงประสบการณ์ในการดูแลตนเอง ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้มีการทบทวนวรรณกรรมโดยมีสาระสำคัญดังนี้

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
 - 1.1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท
 - 1.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
 - 1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เน้นการป้องกันการไม่ป่วยซ้ำ
 - 1.3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
 - 1.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
2. การดูแลตนเอง
3. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
4. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

1.1 ความรู้เรื่องโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรง มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงออกทางอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้แสดงออกโดยการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่เป็นจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยที่ไม่มีเสียงจริง

ความคิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว ถดถอยและมีพฤติกรรมแปลกๆ ทำให้ขาดการเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสียไปด้วย

1.1.1 การวินิจฉัยแยกโรคจิตเภทในปัจจุบัน มีอยู่ 2 ระบบ ได้แก่ (มานอนซ์ หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2539)

1) Diagnostic and Statistical Manual of Disorders, 4th edition TR text Revision (DSM-IV) เป็นระบบการจำแนกโรคที่พัฒนาโดยสมาคมจิตแพทย์อเมริกา

2) International Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10) ซึ่งเป็นระบบจำแนกโรคขององค์การอนามัยโลก

1) แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยยึดหลักตาม DSM-IV

ก. มีอาการดังต่อไปนี้ตั้งแต่ 2 อาการขึ้นไปนาน 1 เดือน

- อาการหลงผิด
- อาการประสาทหลอน
- disorganized speech (เช่น มี derailment หรือ incoherence อยู่

บ่อยๆ)

- มีพฤติกรรมแบบ disorganized หรือ catatonic อย่างเห็นได้ชัด
- อาการด้านลบ (negative symptom) ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย

(affective flattening) พูดน้อยหรือไม่พูด (alogia) หรือขาดความกระตือรือร้น (avolition)

หมายเหตุ แม้มีเพียงอาการเดียวจากอาการข้างบน ก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากมีอาการหลงผิดแบบ bizarre หรืออาการประสาทหลอนเป็นเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์พฤติกรรมหรือความคิดของผู้ป่วยหรือมีเสียงตั้งแต่สองเสียงพูดจาโต้ตอบกัน

ข. มีความเสื่อมหรือปัญหาในด้านสังคมและด้านการทำงาน เช่น การงานสัมพันธ์กับบุคคลอื่นหรือการดูแลตนเอง

ค. ระยะเวลา มีอาการต่อเนื่องกันนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยต้องมีอาการกำเริบ (Active phase) ตามข้อ 1 อย่างน้อยนาน 1 เดือน และระยะที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการหรือ ระยะหลงเหลืออาการ

2) แนวทางการวินิจฉัยโรคจิตเภทโดยยึดหลักตาม ICD-10

ลักษณะของอาการที่จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ (หรือมากกว่า 2 ข้อถ้ามีอาการไม่ชัดเจน) ในข้อ 1-4 หรืออาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไปในข้อ 5-9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะของอาการมีดังต่อไปนี้

- ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง (Thought echo) ความคิดของตนเองถูกแทรกหรือถูกดึงออกไป (Thought insert or withdrawal) และความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน (Thought broadcasting)

- หลงผิดว่าตนเองถูกอำนาจจากภายนอกควบคุมชักจูง (Delusion of control, Influence, or passive) โดยอาจแสดงออกในเรื่องทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิดหรือความรู้สึกสัมผัส (Sensation) หลงผิดในการแปลความของสิ่งเร้า (Delusional perception) เช่น เห็นจระจกโบกมือให้สัญญาณเกิดความคิดว่าให้สัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ

- ประสาทหลอนทางหู พุดวิจารณ์พฤติกรรมของผู้ป่วย หรือพุดคุยโต้ตอบกันเองเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่นๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย

- ความหลงผิดชนิดอื่นๆ เป็นอยู่นาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคมวัฒนธรรมและศาสนา เช่น หลงผิดว่าสามารถควบคุมดินฟ้าอากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้า

- ประสาทหลอนอื่นๆ เป็นอยู่นาน อาจเกิดกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราว โดยไม่มีอาการทางอารมณ์ที่ชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวันเป็นเวลานานอาจเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน

- มีการแตกแยกหรือสอดคล้องในกระแสความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง (Incoherent) ตอบไม่ตรงคำถาม (Irrelevant) หรือพุดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่ (Neologisms)

- พฤติกรรมการเคลื่อนไหว (Catatonic behavior) อาจมีลักษณะอาการเคลื่อนไหวอย่างมากแบบคลั่ง (Excitement) จับผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่ง ผู้ป่วยอาจจะมีท่านั้นเป็นเวลานานผิดปกติ (Waxy flexibility) ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Stupor) การกระทำต่อต้าน (Negativism) เช่น ให้นั่งผู้ป่วยจะยืน

- Negative symptoms เช่น สีหน้าเฉยเมย (Apathy) พุดน้อย (Paucity of speech) อารมณ์ที่อ้อๆ (Blunt) ไม่มีอารมณ์ตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอารมณ์ซึมเศร้าหรือจากผลข้างเคียงของยารักษาโรค

- มีการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคล โดยแสดงออกถึงการขาดความสนใจ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน ปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง

หมายเหตุ การวินิจฉัยโรคจิตเภทใช้เวลากำหนด 1 เดือน โดยเริ่มนับในระยะเวลาที่มีอาการทางจิตเท่านั้น ไม่นับในระยะเวลาที่มีอาการนำ

สาเหตุของโรคจิตเภทมักมีปัจจัยหลายอย่างรวมกันในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น และผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน แต่ปัจจัยเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เกี่ยวกับ พันธุกรรม สารชีวเคมีในสมองและกายวิภาคของสมอง ที่บางรายพบว่ามี ความผิดปกติในระดับเซลล์ในสมองและปัจจัยทางด้านจิตสังคม ที่เกิดจาก ความขัดแย้งภายในจิตใจ เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการตนเองหรือไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้หรือความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกที่ผิดปกติ มีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัวหรือครอบครัวที่มีพยาธิสภาพหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เด็กมีความเสี่ยงสูงที่จะมี ปัญหาสุขภาพจิตเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) และกลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) อาการด้านบวกมักพบในระยะ ที่มีอาการกำเริบ จะแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและ พฤติกรรม อาการที่พบบ่อย คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนอาการด้านลบมักพบในระยะ หลังของโรค เช่น อาการแยกตัว ไม่สนใจตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวินิจฉัยจำแนกโรคจากโรคจิตอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ ของ Blueler Four A's คือ มี 4 ลักษณะดังนี้

1) การเชื่อมโยงความคิดเสีย (Associative disturbance) คือ มีความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่เชื่อมโยง (lost of association) พูดกวนเปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกัน (incoherent) อาจมีความคิดหรือคำพูดแปลกๆ

2) มีการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ (Affective disturbance) คือ การแสดงของอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสถานการณ์ (inappropriate) ผู้ป่วยจะมีอารมณ์เฉยเมย (flat)

3) มีความรู้สึกสองจิตสองใจ (Ambivalence) คือจะมีอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบในเวลาเดียวกัน ทำให้ลังเล ตัดสินใจไม่ได้

4) มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องของตนเอง (Autism) คือการสร้างเรื่องของตนเองขึ้นมาและ อยู่ในโลกของตน ทำให้การติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเสียไป

ผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีอาการผิดปกติดังกล่าวเป็นอาการหลักและอาจมีอาการร่วม คือ อาการประสาทหลอน หรือหลงผิด ส่วนลักษณะการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทแบ่งเป็น 3 ระยะ (American Psychiatric Association, 1994) คือ

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมี ปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่ง เก็บตัว ละเลย เรื่องสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ย ประมาณ 1 ปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน

2) ระยะเวลาแสดงอาการชัดเจน (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิต ส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร อารมณ์และพฤติกรรมเคลื่อนไหว

3) ระยะเวลาอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายระยะเริ่มมีอาการหรืออาจเสื่อมลงมากกว่าแต่อาการไม่รุนแรงเท่าระยะเวลาแสดงอาการชัดเจน มักมีการป่วยซ้ำระหว่าง 5 ปีแรก หลังการวินิจฉัยโรคเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงที่พบก่อนการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิดกกังวล

1.1.2 การรักษา

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลักที่สำคัญคือ การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการรุนแรงของโรคและการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย ปัจจุบันการรักษาในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาดสั้น อาจเพียงสองถึงสามสัปดาห์ ประกอบกับแนวโน้มของการรักษาต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่

1) การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic) ที่จะช่วยลดอาการทางจิต เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ช่วยควบคุมอาการด้านบวก ลดการป่วยซ้ำได้ซึ่งพบว่า การป่วยซ้ำของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง ก็ยังคงรับการรักษาด้วยยาต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน แต่ขนาดยาลดลง จนกระทั่งอาการคงที่ เพื่อลดอัตราการอยู่โรงพยาบาลและป้องกันการป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการครั้งแรกหลังจากอาการของโรคดีขึ้นแล้วจะให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำครั้งที่ 2 จะให้ยาต่อเนื่องในระยะเวลายาว เช่น 5 ปี หากมีการป่วยบ่อยครั้งขึ้น ก็จะให้ยาต่อเนื่องไปตลอด ซึ่งยาทุกตัวส่วนมากมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการอยู่ไม่นิ่ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เดินตัวแข็ง น้ำหนักตัวเพิ่ม เป็นต้น

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองเพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัวใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย หรือในรายที่มีอาการตัวแข็ง (catatonic) รุนแรง เช่น ซึมเฉย ไม่รับประทานอาหารหรือยา หรืออะอะโว้ยวายมาก

3) การรักษาทางจิตสังคม

- จิตบำบัดแบบประคับประคอง อาจเป็นการรักษาจิตบำบัดแบบรายบุคคล (Individual Psychotherapy) หรือ จิตบำบัดแบบกลุ่ม (Group Psychotherapy) เพื่อประคับประคองให้กำลังใจและดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่อง

- พฤติกรรมบำบัดเพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการให้แรงจูงใจเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

- ครอบครัวบำบัด เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วยการแสดงอารมณ์เพื่อให้การทำหน้าที่ครอบครัวดีขึ้น

- กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ปัญหา ให้คำแนะนำแก่กัน เป็นการฝึกทักษะทางสังคมเน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

- นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมการรักษา ประกอบด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วย

1.2 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เป็นผู้ป่วยทางจิตเภทที่อยู่ในระยะบำบัดระยะยาวหรือระยะหลงเหลือ (Residual phase) หรือระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ซึ่งอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังหลงเหลืออยู่ แต่มิได้มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วย มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม สามารถดูแลตนเองได้หรือได้รับการดูแลประคับประคองสนับสนุนจากผู้อื่น สามารถโต้ตอบ แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเองได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนอาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราวเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับความถี่และระยะเวลาในการป่วย

ในการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรงของโรคจำเป็นต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายเป็นเวลา 18 เดือนขึ้นไปถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ (เพชรี คันธสายบัว 2544, พิศสมร เดชดวง, 2545) สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ ดวงตา อุตุมพฤษ์พร (2533) เรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชผู้ใหญ่ พบว่า โดยเฉลี่ยผู้ป่วยจะกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยาในเวลา 18.8 เดือน

จากการศึกษาพบว่า จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตัวเอง (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ์และคณะ, 2542) ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการครั้งเดียวหรือหลายครั้ง สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติได้ถึงร้อยละ 57 (จารุวรรณ จินตามงคล, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการทางจิตถึงแม้ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้และสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้บางส่วน แต่ก็ต้องได้รับการรักษาหรือรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งได้รับการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาและการรักษาจิตสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสมและฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับสังคมภายนอก ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีการป่วยซ้ำและสามารถอยู่ในสังคมได้เป็นเวลานาน

การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

โรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรัง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิดพฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม มีการแสดงออกไม่เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว ชุมชน ประกอบกับในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทจะเน้นการรักษาในโรงพยาบาลให้สั้นลง ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความบกพร่องในการดูแลตนเองสัมพันธ์กับการศึกษาสาเหตุที่ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า มีสาเหตุมาจากสิ่งแวดล้อม คือผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ อับอายเนื่องจากประวัติการเจ็บป่วยทางจิตซึ่งส่งผลให้มีเรื่องขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัวและไม่สบายในเรื่องการปฏิบัติงานร่วมกับผู้ป่วยอื่น (จารุวรรณ ต. สกุล, 2524 อ้างถึงใน พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541) และพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนขาดความสามารถในการดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยา ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ร่วมกับสมาชิกในครอบครัว (จากการศึกษาของเพลินพิศ จันทรศักดิ์, นันทนา รัตนกร, อณุกิษย์ ผ่องแผ้ว, บัญญวดี สาทิพจันทร์และสาวิต พรหมขจร, 2539 อ้างถึงใน สุมณฑา บุญชัย, 2545) และเพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา การรักษาอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำไม่ดี โดยผลการวิจัยดังกล่าว แสดงให้เห็นถึงความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว สัมพันธ์กับปริวัตร ไชยน้อย (2546) ที่กล่าวว่า การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ ส่งผลกระทบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ การเกิดการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตประจำวัน ได้แก่ การดูแลตนเองในด้านต่างๆ คือไม่สนใจรับประทานอาหารเช้าไม่อาบน้ำเปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและไม่ยอมทำงาน ส่งผลกระทบต่อครอบครัว คือ ทำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รongลงมาคือทำให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับการพักผ่อนไม่เพียงพอและผลเสียต่อสุขภาพ ส่งผลกระทบต่อด้านสังคม คือ อาจเป็นเหยื่อทางเพศหรือติดสารเสพติดและส่งผลกระทบต่อประเทศชาติ คือ รัฐบาลต้องขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศและสูญเสียงบประมาณในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเป็นจำนวนมาก

ถึงแม้ว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทบางส่วนจะมีความบกพร่องในการดูแลตนเองทำให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจนต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล แต่มีผู้ป่วยจิตเภทบางส่วนที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติตัวในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย ปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้เป็นเวลานานโดยไม่ป่วยซ้ำ ช่วยลดปัญหาและผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้โดยไม่ป่วยซ้ำ ดังเช่น การศึกษาของ ภูมิมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ในการติดตามการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทไปสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านร่างกายได้อยู่ในระดับดีเนื่องจากการรับรู้ตนเองว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ

มีอาชีพมีงานทำ มีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนประทับประคองจากครอบครัว ชุมชน ในการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองอยู่ในระดับสูง ในด้านการทำความสะอาดด้านร่างกาย การรับประทานอาหารเช้า การขับถ่าย การพักผ่อนและการนันทนาการ รวมถึงการจัดการกับอาการด้านต่างๆ มีปฏิสัมพันธ์กับสังคม

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ดำเนินชีวิตในชุมชนในปัจจุบันมีทั้งผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตหลงเหลือ มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาจากการสำรวจพบว่า กลุ่มที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเองจนต้องกลับมารักษาซ้ำ โดยจากสถิติของกรมสุขภาพจิตพบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) และผู้ป่วยบางส่วนที่สามารถดำเนินชีวิตในชุมชนได้ จากข้อมูลดังกล่าวสรุปได้ว่ามีผู้ป่วยกลุ่มที่มีปัญหาและเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำได้มากกว่าผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมที่ดูแลตนเองได้ดี ดังนั้นการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมด้วยดี ลดการป่วยซ้ำจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างพฤติกรรม การดำเนินชีวิตที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขโดยไม่ป่วยซ้ำและดำรงชีวิตในชุมชนได้ยาวนานตามศักยภาพของตน

1.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่เน้นการป้องกันการไม่ป่วยซ้ำ

หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปรักษาซ้ำ ได้แก่ มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ดังนั้นเป้าหมายหลักของการพยาบาลเพื่อลดอัตราการอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่กลับไปป่วยซ้ำ จึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยต้องให้การดูแลทั้ง “บุคคล” โดยสาระสำคัญที่พยาบาลจะต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) คือ

- 1) การเน้นการให้พยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
- 2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของ

พยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ยังต้องคำนึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยเหลือให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือ การดูแล บำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรคฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ

1) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติเต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบายและสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขในครอบครัวที่อบอุ่นและมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง

พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิเพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนเองในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) การพยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกลึกซึ้งของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ ที่ต้องการ

3) พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นบันได ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด
ไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการและองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่าง
รอบครอบ

- กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะ
ยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

- กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาล
ที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่
ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

- ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็น
ผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆ ที่ตามมา

- ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้องของ
ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริงกับผลลัพธ์ที่คาดหวังและพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการ
ดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

- จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือการมี
สุขภาพดีหรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

นอกจากนั้น พยาบาลควรต้องคำนึงถึงความต้องการของมนุษย์ เนื่องจากการดำเนิน
ชีวิตของบุคคลที่มีความปกติสุข (Health life) คือ การที่บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการของ
ตนเองได้ จึงสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุข ดังนั้นผู้ป่วยและครอบครัวควรได้รับการตอบสนอง
ความต้องการของตนเอง โดยพยาบาลควรคำนึงถึงความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป ซึ่ง
ประกอบด้วย 4 ประเภท ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการ
ดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เพิ่มความแข็งแรง
ของอวัยวะของร่างกายในสภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบ โครงสร้างของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย
จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ ความต้องการเพื่อการอยู่รอดนี้จะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นหรือ
ลดลงได้ตลอดเวลา เป้าหมายการตอบสนองความต้องการกลุ่มนี้ คือ ชีวิตอยู่รอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) บุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาท
หลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลยิ่งมีอายุมากขึ้นเท่าใด บทบาทที่ต้องกระทำยิ่งมากขึ้นเท่านั้น
ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary role) คือ บทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือ
เปลี่ยนแปลงได้ยาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary role) เป็นบทบาทที่บุคคลได้มาตามระยะ
พัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้และเป็นบทบาทหน้าที่ค่อนข้างถาวร บทบาทตติยภูมิ (Tertiary
role) คือบทบาทที่บุคคลได้มาแล้วดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เมื่อบุคคลมีบทบาทหลายบทบาทบุคคล
นั้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในบทบาทและยังยากลำบากในการตอบสนองหรือแสดง

พฤติกรรมตามบทบาทที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่นี้ คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) คือ ความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านกรคิด ความเชื่อและความศรัทธา อารมณ์ และการแสดงออก มีความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่นและไม่มี ความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการของบุคคลที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะมีความสบายใจ พึงพอใจ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ รู้สึกและรับรู้คุณค่าในตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน กล่าวได้ว่า เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการในกลุ่มนี้ คือ บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงและพอใจ

4) ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รักและบุคคลอื่นๆเป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลนี้หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายถึงมีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น ผู้การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์และการพึ่งพาสนับสนุน ประคับประคองซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการกระทำเพื่อรับผิชอบดูแลผู้รับบริการให้ดำรงรักษาการดูแลตนเองที่ดีและป้องกันการเจ็บป่วยที่อาจจะเกิดขึ้นซ้ำ เนื่องจากการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามากระตุ้น ทำให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว การป้องกันการป่วยซ้ำจะช่วยลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่กลับป่วยซ้ำ ดังนั้นการพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ จึงสามารถแบ่งการพยาบาลได้เป็น 2 กลุ่ม คือ การพยาบาลในโรงพยาบาลและการพยาบาลในชุมชน

1.3.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตรายต่อตนเองและ/หรือผู้อื่น การรับไว้รักษาเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาการทางจิตและให้การรักษาพยาบาลเพื่อบำบัดอาการทางจิตหลังจากให้การบำบัดจนอาการทุเลาแล้ว ผู้ป่วยก็สามารถจะกลับไปดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนต่อไป

ดังนั้นการพยาบาลในระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการป้องกันโดยการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ภายหลังการประเมินปัญหาและสาเหตุของการป่วยซ้ำอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการ

การรักษาซ้ำอีกและการให้คำปรึกษากับครอบครัวหรือการทำครอบครัวบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว โดยการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุข (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

- 1) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้วัน เวลา สถานที่และบุคคล
- 2) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
- 3) การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติสุขโดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆ ดังนี้
 - การดูแลตนเองเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวร่างกายและขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น
 - การดำรงตนในฐานะสมาชิกในสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้างและการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มทางสังคม
 - การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิตเกี่ยวกับปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ
 - การมีสมรรถนะด้านร่างกาย หรือมีความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษา เสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาคและสรีรภาพของบุคคลให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอย่างปกติสุข

นอกจากการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตปกติ ตามแนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่เป็นสุขแล้ว การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวชจะต้องครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายและสอดคล้องกับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ซึ่งครอบคลุม บทบาท 6 บทบาท ดังนี้

- 1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไขและมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
- 2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานจัดกิจกรรมห่อผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันตนาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึง

รับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาลและบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วยและการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้ดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทานหรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาลหรือในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยให้สำรวจปัญหา แบบแผนแก้ปัญหา เดิมของตนและพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเองและแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่ครูหรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประทับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

โดยบทบาทของพยาบาลจิตเวชทั้ง 6 บทบาทนี้ พยาบาลจะต้องปฏิบัติตามกรอบและขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลและกระบวนการสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยใช้ความรู้จากศาสตร์พยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้องและศิลปะของการใช้ตนเองเพื่อการบำบัด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม มีความเข้มแข็ง สามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้ ลดการกลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาล

1.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจะต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูลต่างๆ เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป การรับรู้ ข้อมูลด้านบทบาทและสัมพันธภาพ อันจะเป็นแนวทางในการวินิจฉัยการพยาบาลและกำหนดการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ในการรักษาสุขภาพะไว้ให้ได้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมและดำรงชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข โดยมีการใช้หลักการผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในการพึ่งตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เน้นการพัฒนาและการส่งเสริม

การดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งที่การดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต สนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัวและชุมชน ให้สามารถปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดี สอดคล้องกับหลักนโยบายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว ชุมชน อย่างยั่งยืน

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยในชุมชนจึงเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เตรียมความพร้อมด้านการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและการฝึกงาน มีการติดตามดูแลด้านสุขภาพจิตและการรักษาด้วยยา การหาสิ่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและชุมชนของผู้ป่วย ซึ่งประสิทธิภาพของการรักษาพยาบาลที่จะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างมีปกติสุขตามอัตภาพ และอยู่ในชุมชนได้ยาวนานขึ้น ระบบการส่งต่อผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยมีแนวคิดดังนี้ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542)

- 1) เน้นบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านทั้งในขณะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบ โดยทีมสุขภาพซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพ
- 2) เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
- 3) เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
 - ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติตัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุข
 - เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือ ระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
 - มีการบันทึกข้อมูลข่าวสารและมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
 - เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีการป่วยซ้ำและอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนได้ เป็นการแสดงถึงการมีการดูแลตนเองที่ดีตามศักยภาพของผู้ป่วย แต่พฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีก็เกิดจากปัจจัยหลายอย่าง ประกอบกับโรคจิตเภทนั้นมีความซับซ้อนเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจึงต้องทำความเข้าใจหลักการและปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นสุข มีการดูแลตนเองที่ดีตามศักยภาพของผู้ป่วยโดยพิจารณาจากการ

ดูแลตนเองและข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือการทำหน้าที่ความเข้มแข็งหรือศักยภาพในการดูแลตนเองที่มีอยู่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองรวมทั้งแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยมีอยู่ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาลที่ช่วยในการปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นจริงได้

ดังนั้นพยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการแบบผสมผสานในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพ จึงต้องให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีและสามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ให้อยู่ร่วมกับในสังคมได้ยาวนานและป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1) ประเมินความเข้มแข็งหรือศักยภาพในการดูแลตนเองที่มีอยู่ ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง ข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือการทำหน้าที่ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยและครอบครัวมีอยู่เพื่อนำไปสู่การพยาบาลในการป้องกันการป่วยซ้ำได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีการพึ่งตนเอง ด้วยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมารับยาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3) ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการของผู้ป่วยและสังเกตอาการนำก่อนที่จะมีอาการทางจิตที่รุนแรงเกิดขึ้น เช่น การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการหรือมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น

4) ฝึกทักษะทางสังคม เพื่อพัฒนาทักษะทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยและครอบครัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

5) เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหาและหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้มีแหล่งช่วยเหลือหรือให้คำปรึกษาอื่นเมื่อเกิดปัญหาขึ้น

นอกจากการพยาบาลที่ให้ความสำคัญกับผู้ป่วยและครอบครัวแล้ว การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยยังต้องมีปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ดังนั้นการให้การพยาบาลควรครอบคลุมไปถึงชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย เนื่องจากความร่วมมือของชุมชนในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถเพิ่มระยะเวลาการดำเนินชีวิตในชุมชนและลดการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชลิวรรณ เพียรทอง และคณะ (2546) เรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ที่มีความวิตกกังวล อัมพฤกษ์ อัมพาต พิศัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยญาติและครอบครัว แกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไม่สุขสบายลดลง และมีการพึ่งพิงขาดลดลง นอกจากนี้ยังทำให้กลุ่มคนดังกล่าวมีความรู้สึกลึกภาคภูมิใจ มั่นใจในการ

ดูแลผู้ป่วยมากขึ้น ดังนั้นการนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมามีส่วนร่วมในการพยาบาล น่าจะตอบสนองการให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมเนื่องจาก การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้นเป็นการผสมผสานแนวคิดเชิงทฤษฎีการดูแล หลักการพยาบาลทางสุขภาพจิตและจิตเวช รวมถึงแนวคิดด้านครอบครัวและจิตเวชชุมชน ในการช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

การกำหนดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีหลักดังนี้

1) ให้ความสำคัญที่ความต้องการของผู้รับบริการเป็นหลัก โดยมีการศึกษาและประเมินความต้องการ ทำความรู้จักและความเข้าใจผู้รับบริการในเบื้องต้น เพื่อกำหนดแนวทางให้ถูกต้องเหมาะสม

2) สร้างสัมพันธภาพ ศรัทธาและความเชื่อถือไว้วางใจ

3) ให้ข้อมูลข่าวสาร ทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคและการดูแลและการปฏิบัติด้านสุขภาพอนามัยรวมถึงความรู้ด้านทักษะวิชาชีพ

4) ช่วยเหลือสนับสนุนให้กำลังใจ แสดงความรู้สึกเห็นใจเข้าใจ (Empathy) รวมทั้งสื่อสารต่อผู้รับบริการด้วยความเมตตาเอื้ออาทร (compassive)

5) ให้อำนาจผู้รับบริการในการตัดสินใจหรือมีส่วนร่วมในการวางแผนแก้ปัญหาและแผนการดูแล

6) ใช้ศาสตร์และศิลป์ในการช่วยเหลืออย่างเหมาะสม โดยคำนึงถึง องค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

- สังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

- กฎหมายและจริยธรรมทางวิชาชีพ

- ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางในการดูแล

7) ทีมผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยาและนักสังคมสงเคราะห์ทางจิตเวช

กิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีลักษณะดังนี้

ประเมินสถานะผู้รับบริการ

1) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับ ความเข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึที่ดีและไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ

2) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว เน้นการสร้าง ความเข้าใจของแต่ละคนในครอบครัว

3) การสอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิตการปรับตัว การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้จ่าย และทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ

4) การให้ปรึกษาตามความเหมาะสมโดยใช้หลักการ แนวคิดและทฤษฎี การให้คำปรึกษารายบุคคล รายกลุ่ม ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว

5) การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้กำลังใจในโอกาสที่เหมาะสม การประคับประคอง

เมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

6) การเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติและทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเอง ในสถานการณ์ที่เกิดและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

7) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญก็คือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพ โดยยึดหลักดังนี้

1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของตน ที่มีอิทธิพลต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลจะต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว

2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับและดูแลอย่างเหมาะสม

3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจและเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจและความร่วมมือของผู้รับบริการ

4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ

5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับ การรับรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ

6) การสังเกต ช่วยให้เข้าใจผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการและสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม

7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูดหรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้เร็วขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าวสามารถช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ครอบครัวและชุมชนให้มีส่วนร่วมในการดูแลตนเองที่ดี ป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ดีตามศักยภาพและส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้และเป็นการสนับสนุนให้การบำบัดด้วยยามีประสิทธิภาพมากขึ้น

2.การดูแลตนเอง

โอเรม (Orem,1991) ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน กิจกรรมการดูแลตนเองมุ่งที่การจัดการแก้ไขปัญหา เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผนมีการเรียนรู้ อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเองได้รับการสอนหรือแนะนำหรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้น โอเรม เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการผสมผสานการทำหน้าที่ในด้าน

ต่างๆ เข้าด้วยกัน คือด้าน ร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม มนุษย์มีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง วิธีการที่บุคคลตอบสนองความต้องการดูแลตนเองไม่ใช่การตอบสนองด้วยสัญชาตญาณแต่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ ดังนั้นกระบวนการคิดการเรียนรู้โดยแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองของโอเรม กล่าวว่า การดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองที่จำเป็น (Self – care requisite) การดูแลตนเองที่จำเป็นเป็นการกระทำอย่างตั้งใจเป็นกระบวนการบุคคลปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมาย ซึ่งการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายประกอบด้วย

2.1 การดูแลตนเองโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแลโดยทั่วไปเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคน ที่เกิดขึ้นในทุกช่วงชีวิต ปรับให้เหมาะสมตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการของชีวิตเพื่อรักษาโครงสร้างการทำงานที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคล ดังนี้

- 2.1.1 คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ
- 2.1.2 คงไว้ซึ่งการจับถ่ายและการระบายของเสียให้เป็นไปตามปกติ
- 2.1.3 รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- 2.1.4 รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 2.1.5 การป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต การทำหน้าที่และสวัสดิภาพ
- 2.1.6 ส่งเสริมการศักยภาพและพัฒนาการในสังคม โดยคำนึงถึงศักยภาพ

ข้อจำกัดและความปรารถนาที่เป็นปกติของบุคคลนั้นๆ

2.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) เป็นความต้องการการดูแลตามระยะพัฒนาการที่มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ กับเงื่อนไขและเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแต่ละช่วงวัยชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการ ดังนี้

2.2.1 การพัฒนาและการส่งเสริมกระบวนการของชีวิตเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา

2.2.2 การป้องกัน บรรเทาและแก้ไข ภาวะที่อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการของชีวิตจากภาวะต่างๆ เช่น การขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติมิตร การขาดเสถียรภาพในหน้าที่การงาน การเปลี่ยนแปลงที่อยู่อาศัยและสิ่งแวดล้อม ภาวะการถดถอยด้านสุขภาพหรือความสามารถ ความเจ็บป่วยระยะสุดท้ายและภาวะที่จะต้องเผชิญกับความตาย

2.3 การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาทางด้านสุขภาพ (Health-care deviation self-care requisites) เป็นความต้องการที่ดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรืออันตราย ซึ่งมีพยาธิ

สภาพ ทุพพลภาพ เจ็บป่วยหรืออยู่ในระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างร่างกายเปลี่ยนแปลงไป โดยความต้องการการดูแลตนเอง กล่าวถึง

2.3.1 การแสวงหาความรู้และความช่วยเหลือตามความเหมาะสมกับ สถานการณ์หรือสถานะของโรคที่เป็นอยู่

2.3.2 รับรู้และเอาใจใส่ดูแลผลของพยาธิสภาพ รวมถึงผลที่กระทบต่อ พัฒนาการของชีวิต

2.3.3 ปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูสภาพ เพื่อป้องกัน ความคุมและคงไว้ซึ่งความสามารถดั้งเดิม

2.3.4 รับรู้และเอาใจใส่ดูแลควบคุมความไม่สุขสบายหรือผลจากการรักษา รวมถึงผลกระทบต่อพัฒนาการของชีวิต

2.3.5 ปรับอัตรโนทัศน์และยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองตามภาวะสุขภาพ และยอมรับว่าตนควรได้รับความช่วยเหลือด้านการรักษาพยาบาล

2.3.6 เรียนรู้และปรับแผนการดำเนินชีวิต ที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดี ที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่และรู้จักตั้งเป้าหมายให้เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริง

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ที่กล่าวถึง การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคล ลงมือกระทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่องทั้งในภาวะปกติและยามที่มีปัญหาด้านจิตใจหรือเกิดภาวะทุกข์ ทรมานทางจิตใจโดยที่เป้าหมายของการทำกิจกรรมคือ ช่วยให้ตนเองมีความสุข ความพึงพอใจใน ด้านการดำรงชีวิตประจำวัน พ้นจากภาวะทุกข์ทรมานใจหรืออยู่ในภาวะการมีสุขภาพจิตดี ซึ่ง ประกอบด้วย

1) การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อทำความรู้จักกับค่านิยม เป้าหมายชีวิตและวิธีการแก้ปัญหาของตน กิจกรรมที่เชื่อมโยงกับการรับรู้ความรู้สึกรู้ใจของตนเองว่า เป็นอย่างไรในสถานการณ์ต่างๆ และมีพฤติกรรมอย่างไรเพื่อเกิดความรู้สึกแต่ละชนิด ความ พยายามที่จะสร้างความคิดที่ดีต่อตนเอง

2) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ คือ กิจกรรมที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความ ต้องการของตนเองได้และรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน

3) การใช้เวลา คือ กิจกรรมที่บุคคลพิจารณาการใช้ เวลาอย่างมีเป้าหมายของตนในแต่ละ วัน การจัดสรรเวลาเพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม

4) การเผชิญปัญหา คือ กิจกรรมการปฏิบัติของบุคคลในการพัฒนาวิธีการปรับตัวเมื่อเกิด ปัญหาด้านจิตใจหรือความทุกข์ใจหรือเกิดการสูญเสียขึ้นซึ่งบุคคล ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ในการ ดำรงชีวิตประจำวัน

5) การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความ

สัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิด กิจกรรมที่กระทำเพื่อให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความมั่นคงและความพยายามที่จะให้ได้มาซึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด

6) การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองยึดถือ โดยเน้นการละเว้นความชั่ว การกระทำความดีและการทำจิตใจให้สงบ

7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย รวมถึงกิจกรรมการผ่อนคลายความตึงเครียดจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากแนวคิดของ โอเรม, จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) เกี่ยวกับการดูแลตนเองแล้ว ครอบคลุมถึงการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งจะสามารถดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อความอยู่รอด ดำรงชีวิตได้ตามศักยภาพของบุคคล

3. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำได้ว่าเป็นผู้ป่วยทางจิตเภทที่อยู่ในระยะบำบัดระยะยาวหรือระยะหลงเหลือ (Residual phase) หรือระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ซึ่งอาจจะมีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดหลงเหลืออยู่ แต่สามารถดูแลตนเอง โดยสามารถปฏิบัติตัว ตอบสนองความต้องการของตนเองในการดำเนินชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย ปรับตัวให้อยู่กับโรคได้ สามารถอาศัยอยู่ในชุมชนได้เป็นเวลานาน มิได้มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วย มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ได้รับการดูแลประคับประคองสนับสนุนจากผู้อื่น สามารถได้ตอบสนองความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเองได้

ดังนั้นเมื่อพิจารณาจากแนวคิดของ โอเรม, จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) และผลการศึกษาของ เพชร คันทสายบัว (2544) เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กัน ผู้วิจัยได้นำแนวคิดดังกล่าวมาสรุปเป็นแนวคิดในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ได้ดังนี้

3.1 การดูแลตนเองด้านร่างกาย

การดูแลตนเองด้านร่างกายในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ คือ การที่ผู้ป่วยสามารถกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ตามการรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบ ความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับ การทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การออกกำลังกายและการนอนหลับ เป็นต้น สอดคล้องกับโอเรม (1991) ที่ได้กล่าวถึง ความคงไว้และต้องการการได้รับอาหาร น้ำ อากาศ การ

ทำกิจกรรม การขยับถ่าย การมีเวลาเป็นส่วนตัวและการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น การป้องกันอันตรายต่อชีวิต การทำหน้าที่ในชีวิตและความผาสุกว่าเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนทุกช่วงชีวิตเพื่อรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคล สัมพันธ์กับการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) เกี่ยวกับการดูแลตนเองโดยทั่วไป ว่าเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย รวมถึงกิจกรรมการผ่อนคลายความตึงเครียดจากการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การได้รับสารอาหารที่ถูกต้องตามโภชนาการ การหลีกเลี่ยงสารเสพติด การออกกำลังกาย การฝึกทักษะการผ่อนคลาย การหายใจลึกๆ และสัมพันธ์กับผลการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า สุขภาวะทางกายของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดีมาก โดยกล่าวถึง สุขภาวะทางกายของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ด้านความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันคือ ความคิด ความรู้สึก การรับรู้สถานะหรือความสามารถของร่างกายตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายในการดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยประเมินจาก การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานยา การทำงาน การออกกำลังกาย การซื้อของ การนอนหลับ นอกจากนี้ การศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง คือ ต้องมีการรับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเองตามความพอใจ นอกจากนั้นจะต้องมีการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา เนื่องจากเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจะสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น รวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมการรักษาได้ถูกต้องด้วย

3.2 การดูแลตนเองด้านจิตใจ

การดูแลตนเองด้านจิตใจในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ คือ การกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ตามการรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบ ความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับตนเอง การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) เกี่ยวกับการพัฒนาสุขภาพตนเอง คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อทำความรู้จักกับค่านิยม เป้าหมายชีวิตและวิธีการแก้ปัญหาของตน การรับรู้ความรู้สึกของตนเองและมีพฤติกรรมอย่างไร ความพยายามที่จะสร้างความคิดที่ดีต่อตนเอง สัมพันธ์กับ โอเรม (1991) ที่กล่าวถึงการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพว่าเป็น ความต้องการการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรืออันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพ ทูพผลภาพเจ็บป่วยหรืออยู่ในระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างร่างกายเปลี่ยนแปลงไป ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือ การตระหนักและเอาใจใส่สุขภาพ การปฏิบัติตามแผนการรักษา การป้องกัน

ภาวะแทรกซ้อน การปรับเปลี่ยนอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์เพื่อยอมรับตนเองในภาวะสุขภาพ
 ขณะนั้น การเรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตอยู่กับโรคได้ สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง
 (2545) เกี่ยวกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า สุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่
 ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดี โดยกล่าวถึง สุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ด้านการ
 ตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ คือ ความคิด หรือความรู้สึก หรือการทำกิจกรรมตาม
 การรับรู้ของผู้ป่วยในการแสดงความรู้สึกหรือการจัดการกับอารมณ์หรือปัญหาต่างๆ ได้อย่าง
 เหมาะสม ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสุขภาวะทางจิตด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
 คือ ความคิดหรือความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการประเมินว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นคนดี มี
 ความสามารถ มีความหมายต่อครอบครัว

3.3 การดูแลตนเองด้านสังคม

การดูแลตนเองด้านสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ คือ การกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรม
 ในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการ
 ของตนเองได้ ตามการรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบ ความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับการสื่อสาร
 และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การทำกิจกรรมร่วมกับสังคม การสนับสนุนจากสังคม การใช้
 เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ การปรับตัวให้เข้ากับสังคมโดย โอเรม (1991) ได้กล่าวถึงการดูแลตนเอง
 ตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เพื่อปรับตัวให้เข้ากับสถานการณ์ ซึ่ง
 ปรับเปลี่ยนไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต เช่น การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ การตั้งครรถ์หรือ
 การสูญเสียบุคคลอันเป็นที่รัก โดยการดูแลตามระยะพัฒนาการ แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ การพัฒนา
 และการส่งเสริมกระบวนการของชีวิตเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมและการ
 ป้องกัน บรรเทาและแก้ไข ภาวะที่อาจเป็นผลเสียต่อการพัฒนาการของชีวิตจากภาวะต่างๆ
 สอดคล้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เกี่ยวกับ การพัฒนา
 ระบบการสนับสนุนทางสังคม คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคล
 ใกล้ชิด กิจกรรมที่กระทำเพื่อให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความมั่นคงและความพยายามที่จะให้
 ได้มาซึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ คือ กิจกรรมที่
 บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองได้และรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้อื่น
 อย่างถูกต้องตรงกัน และการใช้เวลา คือกิจกรรมที่บุคคลพิจารณาการใช้ เวลาอย่างมีเป้าหมายของ
 ตนในแต่ละวัน การจัดสรรเวลาเพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม และสัมพันธ์กับผลการศึกษา
 ของ พิศสมร เดชดวง (2545) เกี่ยวกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า สุขภาวะ
 ทางด้านสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดี โดยกล่าวถึง สุขภาวะทางสังคมของ
 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม คือ ความคิด หรือความรู้สึกนึกและ/
 หรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม จากการใช้ปฏิสัมพันธ์
 กับผู้อื่นในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือชุมชน มีการให้และการรับความรักและการช่วยเหลือกันใน

ครอบครัวหรือชุมชน มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีความเสมอภาคและการสนับสนุนทางสังคม คือ ความคิดหรือความรู้สึก ตามการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือชุมชน จากการได้รับกำลังใจ คำแนะนำและการสนับสนุนทางการเงินหรือสิ่งของ

3.4 การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ คือ การกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมในการป้องกัน ส่งเสริม รักษาและฟื้นฟูสุขภาพให้สามารถดูแลตนเองและตอบสนองความต้องการของตนเองได้ ตามการรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบ ความคิด ความรู้สึก เกี่ยวกับการมีเป้าหมายชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต การรับรู้ถึงประโยชน์ในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลตนเองของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ โดย

ความเชื่อ หมายถึง การยอมรับว่าเห็นด้วยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาจึงเป็นความเชื่อหรือการเห็นด้วยกับหลักการของศาสนาที่ตนยึดเหนี่ยว โดยความเชื่อทางศาสนานั้นทุกศาสนามีแก่นของคำสอนที่ให้ประชาชนเชื่อถือ 3 ประการ ได้แก่

1) การกระทำความดี ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติที่จะช่วยให้บุคคลได้ละความเห็นแก่ตัว มีความเมตตา ช่วยเหลือ กุศล แบ่งปัน เห็นอกเห็นใจ รู้จักเสียสละผลประโยชน์หรือความสุขส่วนตัว เพื่อให้ผู้อื่นมีความสุข ทั้งกาย วาจาและใจ

2) การละเว้นจากการทำความชั่ว เป็นแนวทางการปฏิบัติที่จะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง อุดกั้นต่อสิ่งชั่วร้าย ล่อใจต่างๆ อันจะสร้างความไม่สงบสุข ความทุกข์หรือความเดือดร้อนให้ผู้อื่น ทั้งกาย วาจา ใจ ซึ่งจะช่วยให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมั่นคงผาสุก

3) การทำจิตใจให้สงบ เป็นแนวทางการปฏิบัติในการสำรวจจิตใจระงับความฟุ้งซ่าน ผึกจิตให้มีความคิดแน่วแน่มั่นคง สามารถทำความเข้าใจถึงความเป็นไปของชีวิต เหตุการณ์ต่างๆ และยอมรับสภาพความเป็นจริงนั้น พร้อมทั้งพัฒนาจิตใจไปในทางที่สงบ

ซึ่งการที่บุคคลยึดมั่นในศาสนา จะช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตและปรากฏการณ์ต่างๆ รอบตัว ใจยามเกิดความทุกข์ก็สามารถใช้หลักการทางศาสนาเป็นเครื่องปลอบประโลมใจ ความเชื่อทางศาสนาเป็นเครื่องตอบสนองและเป็นเครื่องขัดแย้งทางอารมณ์ของบุคคลเมื่อบุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิต จึงทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการมาช่วยประคับประคองจิตใจให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้นความเชื่อเกี่ยวกับหลักธรรมทางศาสนา จึงเป็นหลักที่ยึดเหนี่ยวที่สำคัญ เป็นพื้นฐานของการมีจิตใจที่สงบสุข มีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) เกี่ยวกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า สุขภาวะทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดีมาก โดยกล่าวถึง สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเภท

ที่ไม่ป่วยซ้ำด้านการมีเป้าหมายชีวิต คือ ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายของชีวิตในอนาคตและมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต ส่วนสภาวะด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำด้านความพึงพอใจในชีวิต คือ ความคิดหรือการรับรู้ความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการยอมรับและพอใจในตนเอง พพอใจในการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันของตน

นอกจากนี้ การศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำดี โดยกล่าวว่า การป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกหลักจากได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นแล้ว เป็นความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในการปรับเปลี่ยนการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทำให้สามารถอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตที่มากขึ้น เป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีจุดมุ่งหมาย

4. แนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา

การวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenological research) เป็นระเบียบวิธีการวิจัยรูปแบบหนึ่งของการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เพื่อทำความเข้าใจประสบการณ์ของแต่ละบุคคล (Lived experience) และศึกษาโลกของการดำเนินชีวิตอยู่ (life-world) ซึ่งมีพื้นฐานแนวความเชื่อตามกระแสแนวคิดสำนักปรากฏการณ์นิยม อันเป็นแนวคิดทางด้านสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์โดยมีสาระสำคัญว่า สังคมมนุษย์มีลักษณะการเคลื่อนไหวตลอดเวลา การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายในสังคม มีลักษณะเฉพาะแต่ละสังคมและแต่ละช่วงเวลา ปรากฏการณ์ทางสังคมเกิดขึ้นเพราะมนุษย์มีการรับรู้ ให้ความหมายและแสดงพฤติกรรมที่ถือว่าเหมาะสมกับบริบทที่ตนอาศัยอยู่ ณ เวลานั้นๆออกมา ดังนั้น ผู้ที่เป็นสมาชิกของสังคมนั้นๆเท่านั้นจึงจะเป็นผู้ที่รู้ข้อเท็จจริงของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น

ปรากฏการณ์วิทยา (Phenomenology) เป็นทั้งปรัชญาและวิธีการสืบค้นและอธิบายโดยตรงจากปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นทั้งหมด รวมตลอดถึงประสบการณ์ของมนุษย์ ตามสภาพความเป็นจริงที่เกิดขึ้นอย่างลึกซึ้ง ทั้งด้านกว้างและลึก (Omery, 1983) โดยไม่คำนึงถึงทฤษฎีหรือคำอธิบาย ความเป็นเหตุเป็นผลของปรากฏการณ์ที่มีอยู่ก่อน การสืบค้นและอธิบายปรากฏการณ์จะต้องมีความเป็นอิสระจากแนวคิดเดิมและการคาดการณ์ต่างๆ มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ (Streubert&Carpenter, 1999) ลักษณะของผู้วิจัยทางปรากฏการณ์วิทยาจึงต้องเป็นผู้มีสติและมีความตระหนักในตนเองอยู่ตลอดเวลา ทำตนเองเป็นผู้ไม่รู้เพื่อให้สามารถค้นคว้าสิ่งที่ต้องการศึกษาได้อย่างเต็มที่ ตลอดจนต้อง

ทำความเข้าใจปรากฏการณ์ที่ศึกษาอย่างลึกซึ้งจนเกิดความซึมซาบเข้าสู่จิตสำนึกของผู้วิจัย เกิดเป็นความรู้ ความเข้าใจปรากฏการณ์เหล่านั้นมากที่สุด

4.1 ความหมายของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึงการศึกษาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นตามการรับรู้ของบุคคลตามธรรมชาติของปรากฏการณ์นั้น ตามแนวคิดของปรากฏการณ์วิทยา การวิจัยคือการตั้งคำถามเกี่ยวกับการเกิดประสบการณ์ชีวิต (Life world) และความรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม/โลก ที่เราอยู่จะเกิดขึ้นได้ก็ด้วยการที่เราดำเนินชีวิตอยู่ (Being) ในสิ่งแวดล้อม/โลกนั้นในสถานการณ์หนึ่งๆ (Vanmaner,1990 อ้างถึงใน จอนพะจาง เฟ็งจาต, 2546)

Husserl กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง คือการศึกษาเพื่ออธิบายประสบการณ์ชีวิตโดยปราศจากการคิดไตร่ตรองไว้ก่อน เกี่ยวกับความจริงของสิ่งรอบตัว (Objective reality) ของประสบการณ์นั้น (Holloway and Wheeler, 1996)

Streubert and carpenter (1999) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง ศาสตร์ที่มีจุดประสงค์อธิบายปรากฏการณ์ธรรมชาติที่มีความเฉพาะเจาะจงหรือลักษณะที่ปรากฏของสิ่งใดๆ ในลักษณะประสบการณ์ชีวิต (Lived experience)

Omery (1983) ปรากฏการณ์วิทยา หมายถึง การค้นหาและอธิบายปรากฏการณ์ประสบการณ์ของมนุษย์ตามที่เกิดขึ้นจริง ตามการให้ความหมายของผู้มีประสบการณ์

Jasper (1994) กล่าวว่า ปรากฏการณ์วิทยาเป็นการศึกษาความหมายที่แท้จริงของปรากฏการณ์ ได้จากการอธิบายของผู้ที่มีประสบการณ์ในบริบทนั้นเท่านั้น

กล่าวโดยสรุป การศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาหมายถึง เป็นการศึกษาเพื่อให้ได้ความจริงตามการรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบจากผู้ที่มีประสบการณ์ตรง ในบริบทนั้นๆ โดยปราศจากอคติและการคิดล่วงหน้าของผู้ที่ศึกษา

4.2 ประวัติความเป็นมาของปรากฏการณ์วิทยา

ปรากฏการณ์วิทยา มีประวัติความเป็นมา 3 ระยะ ดังนี้ (Holloway and Wheeler, 1996; Streubert and Carpenter, 1999; อ้างถึงใน ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม, 2544)

ระยะที่ 1 Preparatory phase

เป็นระยะที่เริ่มมีการศึกษาประสบการณ์ โดย Franz Brentano (1838-1917) และ Carl Stumpf (1848-1936) โดยมีแนวคิดมุ่งศึกษาเพื่ออธิบายการรับรู้ของผู้มีประสบการณ์ ความคิดเกี่ยวกับโลกที่ตนอยู่อย่างไร (how in consciousness the mind directs its thoughts on an object) เน้น

การอธิบายให้กระจ่างและอธิบายความเป็นเหตุเป็นผล โดยถือว่าเป็นเอกภาพและเป็นจริงในบุคคลนั้น โดยแยกบุคคลเป็นร่างกายและจิตใจ (separated mind and body)

ระยะที่ 2 German phase

ผู้นำในระยะนี้ได้แก่ Edmund Husserl (1857-1938) และ Martin Heidegger (1889-1966) Husserl อธิบายการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ว่า เป็นการค้นหาความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่โดยไม่มีความคิดล่วงหน้าหรือถ้ามีผู้ศึกษาต้องเก็บความคิด ความเชื่อนั้นไว้ (bracketing) เพื่อให้สามารถรับรู้ข้อมูลหรือข้อเท็จจริงที่มีอยู่ได้และเชื่อว่าภาวะจิตใจมีความสัมพันธ์กับสิ่งรอบตัวโดยไม่แยกบุคคลออกจากสิ่งแวดล้อม

ต่อมา Heidegger ศิษย์เอกและผู้ร่วมงานของ Husserl ให้ความเห็นว่าเราไม่สามารถอธิบายหรือแม้แต่สังเกตว่าอะไรเป็นสิ่งที่สำคัญ (Ordinary or common) ในชีวิตประจำวัน หากไม่เข้าไปตรวจสอบและรู้จักประสบการณ์นั้น ไม่สามารถเข้าใจประสบการณ์ชีวิตหากปราศจากการตีความจากภูมิหลัง (history) ของบุคคลซึ่งประกอบด้วยวัฒนธรรม ประวัติชีวิตและภาษาและภูมิหลังของผู้ศึกษา

Gadamer (1976 cited in Streubert and Carpenter, 1999: 54) ให้ความเห็นเพิ่มเติมว่าความแตกต่างระหว่างภาษาทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความหมายจากการอธิบายของผู้ศึกษา จึงควรใช้การอธิบายองค์ประกอบและความสัมพันธ์ขององค์ประกอบด้วยถ้อยคำของเจ้าของประสบการณ์ และให้ผู้อ่านเป็นผู้ตีความจากคำพูดของผู้ให้ข้อมูล

ระยะที่ 3 French phase

ผู้นำระยะนี้ได้แก่ Gabriel Marcel (1889-1973) Jean Paul Satre (1905-1980) และ Merleau-Ponty (1905-1984) Sartre (cite in Holloway and Wheeler, 1996: 120) กล่าวถึงการศึกษาในระยะนี้ว่า เป็นการศึกษาที่อธิบายสิ่งที่มีอยู่จริง (Existential) ว่าสิ่งนั้นคืออะไร (Something is) เน้นการแสดงออกเป็นรูปธรรม (embodiment) และเป็นอยู่ในโลก (being in the world) โดยมีความเชื่อว่าการกระทำทุกอย่างถูกสร้างจากการรับรู้หรือการตระหนัก เราจะสามารถเข้าใจประสบการณ์ได้โดยผ่านการรับรู้ทางความรู้สึก ความคิด การสัมผัส รับรู้ ได้ยินและการมีสติ

4.3 ลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

Spiegel berg (1965, 1975 cite in Streubert & Carpenter, 1999) ได้แบ่งลำดับขั้นตอนสำคัญของปรากฏการณ์วิทยาไว้ 6 ระยะดังนี้

4.3.1 Descriptive phenomenology คือการสืบค้นปรากฏการณ์โดยตรง การวิเคราะห์และพรรณนาปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างมีอิสระมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ผู้ศึกษาต้องเปิดประสาทสัมผัสทั้ง 5 พร้อมกับการยอมรับความรู้สึกไม่รู้และมุ่งที่จะแสวงหาคำตอบให้กับตน

4.3.2 Phenomenology of essences คือการสืบสวนข้อมูลเพื่อที่จะค้นหาองค์ประกอบสำคัญ (theme) หรือแก่นแท้ (essence) ของปรากฏการณ์เหล่านั้นและจัดกลุ่มหาความสัมพันธ์ตามลักษณะของปรากฏการณ์

4.3.3 Phenomenology appearance คือการให้ความตั้งใจเฝ้าดูรูปแบบของปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้น จะสามารถเห็น โครงสร้างหรือแก่นความรู้ปรากฏการณ์นั้นๆ ได้

4.3.4 Constitutive phenomenology คือการตรึงตรองหรือก่อตั้งปรากฏการณ์หรือวิธีทางที่ปรากฏการณ์ก่อตั้งขึ้นหรือปรากฏเป็นรูปร่างขึ้นอย่างมีสติ (consciousness)

4.3.5 Reductive phenomenology คือการทอนปรากฏการณ์เป็นการจัดความเชื่อส่วนตัว ขจัดอคติหรือการคาดคะเนล่วงหน้าออกไปเพื่อที่จะอธิบายปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงมากที่สุด

4.3.6 Interpretive or hermeneutic คือการค้นหาเพื่อแปลความหมายที่ซ่อนอยู่ของปรากฏการณ์อย่างไม่เปิดเผยให้ชัดเจนขึ้นตามที่ได้สืบค้น วิเคราะห์และอธิบายอย่างตรงไปตรงมา

ซึ่งลำดับขั้นในการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาทั้ง 6 ระดับนี้ นักวิจัยไม่จำเป็นต้องใช้ทั้งหมด ส่วนใหญ่นักวิจัยปรากฏการณ์วิทยามักใช้วิธีการศึกษา 3 ระดับแรกเท่านั้น ได้แก่ Descriptive phenomenology, Phenomenology of essences and Reductive phenomenology ส่วนการศึกษาแบบการแปลความ (Hermeneutic phenomenology) สามารถแยกมาใช้โดยลำพังโดยไม่ต้องใช้ร่วมกับวิธีอื่นก็ได้

การศึกษากระบวนการวิจัยปรากฏการณ์วิทยาที่ใช้ปรัชญาของ Husserl ว่าประกอบด้วยวิธีการที่สำคัญที่นิยมใช้ 3 วิธี (Streubert and Carpenter, 1999 อ้างถึงใน จอนพะจาง เฟ็งจาด, 2546) คือ

1) การพรรณนา (Descriptive phenomenology) เกี่ยวกับการสืบค้นโดยตรง (Direct exploration) การวิเคราะห์ (Analysis) และ การบรรยาย (Description) โดยปราศจากการคาดเดาเพื่อให้เกิดการเข้าใจอย่างถ่องแท้ โดยเน้นที่ความสมบูรณ์ของข้อมูล (Richness) รายละเอียด (Fullness) และความลึกซึ้ง (Depth) ประกอบด้วยกระบวนการที่สำคัญ 3 ประการ คือ

- การหยั่งรู้ (Intuiting) จะเกิดขึ้นโดยผู้วิจัยอ่านทบทวนข้อมูลที่ได้หลายครั้งๆ

เพื่อให้เกิดความเข้าใจในปรากฏการณ์ที่ศึกษา

- การวิเคราะห์ (Analyzing) เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มาเพื่อให้เห็นถึงความสัมพันธ์ของส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องที่สำคัญ หรือ เป็นแก่น (Essences)

- การบรรยาย (Describing) มีวัตถุประสงค์เพื่อต้องการสื่อสาร เพื่อการบรรยายหรือการเปรียบเทียบ

2) การสืบแก่นความรู้ (Study of essence) เป็นการสืบค้น (Probing) ข้อมูลแบบเจาะลึกเพื่อหาประเด็นที่พบบ่อยในประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล

3) การทอนความคิด (Reduction) กระบวนการที่ผู้วิจัยลดอคติในการศึกษาโดยจัดกรอบ

(Bracket) ความคิด ความเชื่อและความรู้ที่มีอยู่ก่อนในปรากฏการณ์ที่ต้องการศึกษาเพื่อให้ได้ประสบการณ์เดิมแยกออกจากประสบการณ์ชีวิตของผู้ให้ข้อมูล วิธีการที่นิยมใช้ คือ การหลีกเลี่ยงการทบทวนวรรณกรรมออกไปจนกว่าจะวิเคราะห์ข้อมูล

4.4 ระเบียบวิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา

กระบวนการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Streubert and carpenter, 1999) สรุปหลักสำคัญไว้ ดังนี้

4.4.1 เลือกประสบการณ์ที่ต้องการศึกษา (Descriptive phenomenology) โดยผู้วิจัยตั้งคำถามการวิจัยที่จำเป็นและเหมาะสมที่จะศึกษาด้วยวิธีนี้ ความรู้สึกและประสบการณ์ที่ศึกษาจะทำให้เข้าใจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นของมนุษย์ (Omery, 1983) ตั้งเป้าหมายที่จะค้นหา วิเคราะห์และอธิบายปรากฏการณ์โดยปราศจากการคิดล่วงหน้า เพื่อให้รับรู้สิ่งที่เป็นจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูล (Informant) โดยไม่วิพากษ์วิจารณ์ ประเมินหรือให้ความเห็นที่คิดว่าถูกต้อง

4.4.2 การเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposeful sampling) โดยต้องกำหนดคุณสมบัติ คือ มีประสบการณ์ มีความรู้ในประสบการณ์ที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาสามารถสื่อสารภาษากับผู้วิจัยได้ ผู้วิจัยสามารถให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยได้และสมัครใจให้ข้อมูล

4.4.3 ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือของการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยา (Researcher as instrument) ต้องมีความตระหนักในการรับรู้ข้อมูลที่เป็นจริง จึงต้องมีทักษะที่ช่วยให้ผู้ให้ข้อมูลระลึกถึงความรู้สึกและเล่าที่เป็นจริง มีรายละเอียดมากที่สุด (Depth and richness of the information) เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ทักษะการสนทนาเชิงแลกเปลี่ยนไม่วิพากษ์วิจารณ์ การสร้างความไว้วางใจและความสนิทสนม การติดต่อสื่อสารและนัดหมาย เป็นผู้เคารพในสิทธิและความเป็นมนุษย์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยต้องเป็นผู้ไวต่อความรู้สึก มีความยืดหยุ่นตามสถานการณ์ มีความรู้ในเรื่องที่ทำการศึกษาเป็นอย่างดี ความสัมพันธ์เชิงแลกเปลี่ยนมากกว่าควบคุมปฏิสัมพันธ์ของการสนทนา การสัมภาษณ์ควรเอื้อให้ผู้ให้ข้อมูลตอบโดยไม่เขินหรืออภิปราย โดยใช้คำถามปลายเปิด คำถามเพื่อความกระจ่าง (Clarifying Question) และสังเกตท่าทางของผู้ให้ข้อมูล ควรหยุดการสัมภาษณ์หากผู้ให้ข้อมูลเหนื่อยเกินไป ควรอธิบายให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจกระบวนการสัมภาษณ์ถูกต้องกับผู้วิจัย เพราะจะทำให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องเชื่อถือได้ เป็นผู้ฟังที่ตั้งใจ (Listen attentively) ไม่ถามคำถามในลักษณะชักใยแต่ควรเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ปฏิบัติต่อผู้ให้ข้อมูลด้วยความเคารพ จริงใจ และสนใจอย่างแท้จริง

4.4.4 วิธีการเก็บข้อมูล มีหลายวิธี เช่น การสัมภาษณ์ การสังเกต การบันทึกภาคสนาม แต่วิธีหลักที่นิยมใช้ คือ การสัมภาษณ์ เมื่อใด ข้อมูลต้องอ่านบทสนทนาซ้ำๆ หลายๆ ครั้งเพื่อทำความเข้าใจ วิเคราะห์ที่ได้ อาจต้องสัมภาษณ์หลายครั้ง เพื่อช่วยขยาย ตรวจสอบและ

เพิ่มเติมข้อมูลข้อมูลที่ขาดหายไป โดยก่อนสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยควรฟังเทปซ้ำ ทำความเข้าใจ และเตรียมแนวคำถามประเด็นที่ต้องการข้อมูลเพิ่มเติม

ผู้วิจัยเป็นผู้บอกได้ว่าเมื่อใดที่ได้ข้อมูลเพียงพอ ข้อมูลอิ่มตัว (Saturation) คือ ไม่มีองค์ประกอบที่สำคัญเกิดขึ้นและข้อมูลเริ่มซ้ำ ทั้งนี้จะไม่ใช้เวลานานเกินไป เพราะข้อมูลอิ่มตัวได้จากกลุ่มผู้ให้ข้อมูลส่วนหนึ่งและช่วงเวลาหนึ่งเท่านั้น เนื่องจากเมื่อเวลาผ่านไป มีการเปลี่ยนแปลงภูมิหลัง อายุ สิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล

4.4.5 การจัดการกระทำกับข้อมูล (Data treatment) วิธีที่มีและควรเลือกใช้ คือ เทคนิคการสัมภาษณ์ด้วยคำถามปลายเปิด บันทึกเทปและถอดเทปคำสนทนาแบบคำต่อคำ (Verbatim transcriptions) ร่วมกับการบันทึกสนาม และบันทึกความคิด ความรู้สึก ของผู้วิจัยขณะเก็บข้อมูลเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

4.4.6 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis) วิธีการศึกษาเชิงปรากฏการณ์มีรูปแบบการวิเคราะห์เพื่อให้ได้ข้อมูลแตกต่าง Van Kaam จะกำหนดประสบการณ์กว้างๆ ทำการสัมภาษณ์ให้ได้ข้อมูลก่อน แล้วจึงให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ เลือกประเด็นที่สำคัญในกลุ่มผู้ให้ข้อมูลนั้น ส่วน Giorgi จะให้ความหมายประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาต่างๆ แล้วเลือกผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ที่ต้องการศึกษาจึงสัมภาษณ์และวิธีของ Colaizzi เน้นที่ทำการเก็บ รวบรวมข้อมูล ร่วมกับการวิเคราะห์ข้อมูลและอาจใช้การสังเกต การบันทึกสนามร่วมด้วย วิธีของ Colaizzi อาจยืดหยุ่นได้ เช่น อาจให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบก่อนและระหว่างเก็บข้อมูล แทนที่จะรอข้อมูลทั้งหมดก่อนไปให้ตรวจโครงสร้างองค์ประกอบเพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลให้ความเห็นและความมั่นใจของข้อมูลได้ (Omery, 1983) ดังนั้นการเลือกการใช้การวิเคราะห์ข้อมูลผู้วิจัยต้องเลือกแนวทางการวิเคราะห์ที่สอดคล้องกับแนวปรัชญาการวิจัย โดยการวิเคราะห์อย่างมีเป้าหมายเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจและหยั่งถึงประสบการณ์ที่เกิดขึ้นจริงจากการทบทวนข้อมูล เกิดการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างลึกซึ้งและให้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้ตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้มา (Priest, 2002) การวิเคราะห์ข้อมูลที่สอดคล้องกับปรัชญาการวิจัยของ Husserl มีหลายวิธี เช่น Coliazzi (1978) วิธีของ Van Kaam (1969) หรือ วิธีของ Giorgi (1985) ซึ่งจะเชื่อในหลักความคิดของ Husserl ที่เน้นการทำใจให้ว่าง (bracketing) ของผู้วิจัยก่อนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยต้องพักความคิดของตน ไม่คิดว่าตนรู้แล้วเข้าใจลึกซึ้ง แยกจากคำอธิบายของผู้ให้ข้อมูล จนกระทั่งการวิเคราะห์ข้อมูลเสร็จสิ้น กระทำโดยการอ่านบทสนทนาที่ถอดคำต่อคำซ้ำๆ ทำการจำแนกและดึงข้อความหรือประโยคที่มีความสำคัญ ให้รหัส หรือบันทึกในบัตรดัชนี (Index card) แล้วจัดกลุ่มที่สัมพันธ์กับองค์ประกอบ เมื่อเก็บข้อมูลเสร็จทบทวนวรรณกรรมเพื่ออธิบายผลการศึกษาและเสนอโดยใช้ภาษาของผู้ให้ข้อมูล

4.4.7 ความน่าเชื่อถือของข้อมูล (Trustworthiness) ขึ้นอยู่กับการถามคำถามผู้ให้ข้อมูล ความถูกต้องของระเบียบวิธี การทอนความคิดของผู้วิจัย การยืนยันความถูกต้อง ความ

ครบถ้วนของความหมายโดยผู้ให้ข้อมูลและปรับเปลี่ยนเพิ่มหรือลดตามที่ผู้ให้ข้อมูลบอก (Streubert and Carpenter, 1999) ซึ่งได้มาจากความสัมพันธ์ของผู้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยและการยึดถือว่าผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้จริงในประสบการณ์นั้นมีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีม เพื่อป้องกันการจัดการกระทำข้อมูลและเกิดการแปลความที่แปลกหลาย ป้องกันการเกิดอคติของผู้วิจัยและอยู่บนข้อตกลงพื้นฐานว่าข้อมูลที่ได้มาเป็นความจริงตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลจึงเชื่อถือได้และตรวจสอบโดยผู้ให้ข้อมูล (Jasper, 1994)

Lincoln and Guba (1985) กล่าวถึง ความเชื่อถือได้ของข้อมูล ในการควบคุมคุณภาพของการวิจัยเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย

- 1) ความเชื่อถือได้ (Credibility) การที่จะได้ข้อมูลที่มีความตรงและเชื่อถือได้ประกอบด้วย
 - การสร้างความคุ้นเคย สร้างความไว้วางใจก่อนการสัมภาษณ์ (Prolong engagement)
 - มีการทำอย่างมีขั้นตอน
 - มีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) ซึ่งหมายถึงการตรวจสอบแหล่งที่มาต่างๆ ของข้อมูลของผู้สืบสวนของข้อมูลหลายๆ คนที่ต่างกันของมุมมองทางทฤษฎีหลายทฤษฎี ตรวจสอบซึ่งกันและกัน
 - การให้ผู้ให้ข้อมูลตรวจสอบ (Member checking) ซึ่งการตรวจสอบข้อมูลโดยผู้ให้ข้อมูลจะทำให้เกิดความน่าเชื่อถือ เนื่องจากผู้รู้ความหมายของประสบการณ์ที่ดีที่สุด คือผู้ให้ข้อมูล ความเชื่อถือได้ของข้อมูลจะบอกได้ด้วยตัวของข้อมูลที่ปรากฏให้เห็นได้เอง (Walters, 1995)
 - การได้รับการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ (Peer debriefing)
- 2) การถ่ายโอนข้อมูล (Transferability) ผลการศึกษาเชิงปรากฏการณ์ไม่สามารถอ้างอิงไปยังประชากรได้ แต่อาจจะสามารถถ่ายโอนหรือปรับใช้บริบทที่ใกล้เคียงกัน ขึ้นกับความต้องการนำผลการวิจัยไปใช้ในกลุ่มอื่นๆ ของผู้อ่านผลการวิจัย (Jasper, 1994)
- 3) การใช้เกณฑ์พึ่งพาอื่นๆ (Dependability) คือการใช้ระเบียบวิธีวิจัยในการทำวิจัยอย่างมีขั้นตอน ประกอบด้วย การนำเสนอข้อมูลที่ละเอียดครบถ้วนครอบคลุม ซึ่งจะช่วยให้ผู้อ่านสามารถติดตามกระบวนการในการวิเคราะห์ข้อมูลได้ โดยเฉพาะขั้นตอนการถอดรหัสและการตรวจซ้ำ ที่ทำให้ได้มาซึ่งประเด็นหลักและมีการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ
- 4) การยืนยันผลการวิจัย (Confirmability) เป็นการจัดการบันทึกข้อมูลอย่างเป็นระบบสามารถตรวจสอบได้ (Audit trail) ทั้งการบันทึกเทป การถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) มีการตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนโดยการฟังเทปซ้ำและมีการอ้างคำพูด (Direct quotes) ของผู้ให้ข้อมูลในการนำเสนอข้อมูล

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จิราภรณ์ สรรพวิรวงศ์ (2544) ศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มาใช้บริการแผนกผู้ป่วยนอก เลือกรandomตัวอย่างชนิดเฉพาะเจาะจงจำนวน 100 ราย ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างประเมินสถานการณ์ความเครียดในชีวิตประจำวัน 3 ด้าน พบว่าในด้านบทบาทหน้าที่ทางสังคมกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 39.29 รายงานว่า การไม่มีรายได้ก่อให้เกิดความเครียดในระดับมากและร้อยละ 41.07 ยอมรับว่า การไม่มีงานทำก่อให้เกิดความเครียดในระดับปานกลาง ด้านปฏิสัมพันธ์ในครอบครัวพบว่า มีกลุ่มตัวอย่างหนึ่งในสามส่วนที่รายงานมีความเครียดในระดับมาก ในสถานการณ์การแสดงท่าทีที่ไม่เป็นมิตรของสมาชิกในครอบครัว การพิพาทหรือตำหนิติเตียน และการก้าวก่ายการกระทำของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนด้านปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคมพบว่า กลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งรายงานว่าไม่เครียดกับสถานการณ์ในด้านนี้ ส่วนวิธีการเผชิญความเครียดพบว่า มีการเผชิญความเครียดอยู่ 8 วิธี ได้แก่ การแสวงหาความช่วยเหลือและการสนับสนุนทางสังคม การทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาอาการเครียด การกระทำโดยตรง การทำใจและการปลง การคิดในแง่ดีของสถานการณ์ การแสวงหาที่พึ่งพาทางใจตามความเชื่อทางศาสนา การหลีกเลี่ยงและการแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การแสดงพฤติกรรมรุนแรง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 61.6 มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับสูงและร้อยละ 37.6 อยู่ในระดับปานกลาง พฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่างรายด้าน พบว่า ด้านที่อยู่ในระดับสูง ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย (ร้อยละ 81.6) ด้านการจับถ่าย (ร้อยละ 73.60) ด้านรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ (ร้อยละ 66.4) พฤติกรรมดูแลตนเองในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านอาหาร อากาศ น้ำ (ร้อยละ 63.2) ด้านการพักผ่อนนันทนาการและการออกกำลังกาย (ร้อยละ 63.5) และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ร้อยละ 64.0)

สุทธิพร ชูวงศ์ (2546) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ที่มาใช้บริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสมาชิกในครอบครัว เจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตเวช พฤติกรรมการสื่อสารระหว่างผู้ป่วยจิตเภทกับสมาชิกในครอบครัวและศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกในครอบครัวที่มาพบแพทย์หรือมารับยาต่อเนื่อง ณ ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 300 ครอบครัว ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางเป็นอันดับหนึ่ง คิดเป็นร้อยละ 40.4 ส่วนใหญ่มีเจตคติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต

เวชอยู่ในระดับปานกลางคิดเป็นร้อยละ 58.7 มีพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัวระดับไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 52.0 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการสื่อสารในครอบครัว ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองที่บ้าน จำนวนครั้งที่เข้ารับการ

พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัชและคณะ (2542) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช เพื่อสำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในช่วงก่อนที่จะจำหน่ายจากโรงพยาบาลและค่าความสัมพันธ์ของปัจจัยด้านอายุ จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน ทั้งแผนกชายและแผนกหญิงโรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา จำนวน 117 คน ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเองระดับปานกลางในด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อนและนันทนาการ การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ แต่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดในระดับมากและพบว่า อายุและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เพชร คันธสายบัว (2544) ได้ศึกษาตัวแปรที่สามารถอธิบายความแตกต่างระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 มีทั้งหมด 5 ตัวแปรและมีน้ำหนักในการจำแนกตามลำดับดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัวและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีการเตรียมการเผชิญปัญหา มีพฤติกรรมการใช้ยาดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวต่ำกว่า ไม่มี/ไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่าและมีการรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ถูกต้องมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) ได้ศึกษาระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 57.59 และ 21.49 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ตามลำดับ เมื่อพิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 54.44, 55.02 และ 46.99 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านทั่วไป ด้านระยะพัฒนาการและด้านเบี่ยงเบนทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางตามลำดับ

ศิริพร ทองบ่อและคณะ (2542) ได้ศึกษาประสพการณ์ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่ออธิบายความคิด ความรู้สึกและประสพการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท เก็บข้อมูลในผู้ป่วย 6 คน ญาติใกล้ชิด 10 คน และเพื่อนบ้านจำนวน 6 คน ผลที่ได้

ประเด็นหลักที่ค้นพบ คือ 1) ด้านความคิดความรู้สึกต่อตนเอง ผู้ป่วยคิดว่าต้องพึ่งยา ไม่มีความมั่นใจในตนเองและรู้สึกว่ามึนศีรษะ ค่อยลง 2) ด้านความคิดความรู้สึกของญาติต่อผู้ป่วย ญาติรู้สึกเป็นภาระที่ไม่รู้ว่าจะสิ้นสุดเมื่อไรแต่ก็ไม่รังเกียจแม้จะรู้สึกอายนและหวาดกลัวอยู่บ้าง 3) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยกับญาติ พบว่ามีความห่างเหินกันทั้งด้านปริมาณและคุณภาพ 4) ด้านการพึ่งพาตนเอง ในเรื่องของกิจวัตรประจำวันการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว ผู้ป่วยทำได้ทุกเรื่องแต่จะค่อยลงในแง่คุณภาพ 5) เป้าหมายในชีวิตผู้ป่วยอยากช่วยเหลือตนเองได้มากกว่านี้ แต่ขณะเดียวกันก็ยังมองไม่เป็นหนทางว่าจะทำได้อย่างไร

สุมณฑา บุญชัย (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมณ์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นรายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดังกล่าวอยู่ในระดับสูงทุกด้าน ดังนี้ ด้านการดูแลความสะอาดร่างกาย (ร้อยละ 95.92) ด้านอากาศ อาหาร น้ำ (ร้อยละ 87.76) ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ (ร้อยละ 73.47) และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (ร้อยละ 67.35)

อุมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง โดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 72.15 คะแนน (คะแนนเต็ม 90 คะแนน)

Baker (1995) ได้ศึกษา การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนตัน (Moncton) เมืองนิวบรันสวิก (New Brunswick) และแคนาดา (Canada) จำนวน 15 คนซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ที่แบ่งตามความรุนแรง นำไปสู่พัฒนาการของกระบวนการเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ระยะ คือ 1) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีความผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ต่อมาผู้ป่วยค้นพบว่าการรักษาทางจิตเวชสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยได้ ผลจากปฏิกริยาดังกล่าวเป็นกระบวนการประกอบไปด้วย การค้นหาสิ่งที่ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน การค้นพบความช่วยเหลือและการค้นพบความแตกต่างของความรุนแรง 2) การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและอาการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวกับการป่วยซ้ำ นับเป็นการให้ความสนใจต่อพฤติกรรมเฉพาะและความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงที่เริ่มมีอาการรุนแรงขึ้น กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วยมีบางสิ่งบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้นสามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการได้และค้นพบอาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ 3) การลดความทุกข์

ทราบจากการป่วยทางจิต การป่วยซ้ำเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงการสูญเสียการควบคุมและเฟื่องร้างอาการเดือนที่่จะเกิดขึ้น

King, and Dixon.(1999) ได้ศึกษาเรื่องการแสดงอารมณ์และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างที่ใช้มีอายุอยู่ระหว่าง 17-36 ปี จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือนและมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ ใช้เกณฑ์การทำนายที่ประกอบด้วย Conservative criteria คือผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำภายใน 1 และ 6 เดือน และ Standard relapse criteria คือผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำภายใน 9 และ 18 เดือน รวมทั้งผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ได้รับยาเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50 ผลการศึกษาพบว่า ในเวลา 6 และ 12 เดือนการแสดงออกทางอารมณ์ไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ ในเวลา 9 เดือนไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก อายุปัจจุบัน ระดับการศึกษาหรือเพศ ส่วนในเวลา 18 เดือนพบว่าผู้ป่วยชายมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 49 ผู้ป่วยหญิงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 59 และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูงร่วมกับมีความผูกพันทางอารมณ์สูงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 75 สำหรับจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยอยู่กับญาติและการให้ความร่วมมือในการรักษา พบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำและร้อยละ 67 ในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง นอกจากนี้การวิพากษ์วิจารณ์และมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปของบิดามารดา พบว่าบิดาที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูงและมารดาที่มีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปสามารถทำนายการป่วยซ้ำได้แต่ความอบอุ่นในครอบครัวและการพูดในทางบวกไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยจากแนวคิดการศึกษาเชิงปรากฏการณ์วิทยาเพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยผู้วิจัยมีวิธีดำเนินการวิจัยดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลและการเลือกผู้ให้ข้อมูล

1.1 ผู้ให้ข้อมูล (Key informant) เพื่อให้เข้าใจประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำเป็นต้องสัมภาษณ์จากผู้มีประสบการณ์นั้นจริง ที่เข้ารับบริการแบบผู้ป่วยนอก ณ คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 10 ราย โดยกำหนดคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล ดังนี้

1.1.1 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท เข้ารับการรักษาเนื่องจากมีอาการทางจิตในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยในหรือผู้ป่วยนอก โดยแพทย์ลงความเห็นว่ามีอาการที่สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านได้และกลับมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอ ภายหลังจากที่แพทย์อนุญาตให้กลับไปดูแลตนเองที่บ้านครั้งสุดท้ายเป็นเวลา 18 เดือนขึ้นไป

1.1.2 สามารถสื่อสารเข้าใจกับผู้วิจัยได้

1.1.3 มีความยินดีที่จะให้เข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบสัมภาษณ์และแบบขอความร่วมมือและคุ้มครองสิทธิการเป็นผู้ให้ข้อมูลในการวิจัย

ดังนั้นผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทจากจิตแพทย์ มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอกไม่สม่ำเสมอ สื่อสารกับผู้วิจัยไม่เข้าใจและไม่ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัย ถือว่าไม่มีคุณสมบัติเป็นผู้ให้ข้อมูล

1.2 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้โดย

1.2.1 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูล โดยผู้ให้ข้อมูลจะเป็นผู้ป่วยทางจิตเภทที่อยู่ในระยะบำบัดระยะยาวหรือระยะหลงเหลือ (Residual phase) หรือระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ซึ่งอาจมีอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังหลงเหลืออยู่ แต่มิได้มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วย มีการรับรู้วัน เวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม สามารถดูแลตนเองได้ หรือได้รับการดูแลประคับประคองสนับสนุนจากผู้อื่น สามารถโต้ตอบ แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกรู้สึกของตนเองได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย จากเพิ่มประวัติผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาโดย

คำนึงถึงคุณสมบัติ ที่อยู่ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล รวมทั้งขอรับคำแนะนำจากพยาบาล ผู้ดูแลงานสุขภาพจิตที่ได้ดูแลผู้ป่วยโดยตรงเนื่องจากมีการรับรู้และติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากผู้ป่วยรายใดมีความยินดีเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยขอพบและอธิบายวัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูลตามข้อมูลตามข้อความในใบพิทักษ์สิทธิ สอบถามความสมัครใจอีกครั้งเมื่อผู้ให้ข้อมูลยินยอมเข้าร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูลจึงให้เซ็นยินยอมและเริ่มดำเนินการวิจัย

1.2.2 ผู้วิจัยนัดหมายวันเวลา สถานที่ที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก ก่อนเก็บข้อมูล ผู้วิจัยชี้แจงคำพิทักษ์สิทธิอีกครั้ง สอบถามความสมัครใจ เริ่มเก็บข้อมูล โดยสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล และสัมภาษณ์ประสบการณ์ตามแนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

1.2.3 ผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่มีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย จนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว (data saturation) คือ ข้อมูลที่ได้เริ่มเป็นประเด็นซ้ำๆ (จอณพะจง เฝิง จาด, 2546) โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ให้ข้อมูลมากที่สุด

ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 12 ราย โดยการสัมภาษณ์ครั้งที่ 1 ผู้วิจัยได้ทำการสร้างสัมพันธภาพและการสัมภาษณ์เบื้องต้นกับผู้ให้ข้อมูล ณ คลินิกสุขภาพจิต มีผู้ให้ข้อมูล 2 รายที่ไม่ได้ทำการสัมภาษณ์และทำการสร้างสัมพันธภาพที่คลินิกสุขภาพจิต โดยรายที่ 1 ญาติมารับยาแทนผู้ให้ข้อมูลจึงได้มีการอธิบายและแจ้งวัตถุประสงค์ผ่านญาติพร้อมทั้งขออนุญาตไปพบผู้ให้ข้อมูลที่บ้านเพื่อทำการชี้แจงวัตถุประสงค์และเชิญชวนเข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งก่อนที่ จะไปเยี่ยมผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำการสัมภาษณ์ผู้วิจัยได้มีการขออนุญาตและนัด วัน เวลา สถานที่ในการ ไปเก็บข้อมูลล่วงหน้าผ่านทาง โทรศัพท์ ส่วนผู้ให้ข้อมูลอีกรายเป็นบุคลากรในโรงพยาบาล ผู้วิจัยได้ มีการสร้างสัมพันธภาพและขออนุญาตทางโทรศัพท์และตามเก็บข้อมูลยังหน่วยที่ผู้ให้ข้อมูลทำงาน ส่วนการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ผู้วิจัยได้นัด วัน เวลา สถานที่ กับผู้ให้ข้อมูลโดยเน้นความสะดวกในการ เข้าถึงของข้อมูลและความสะดวกในการเดินทางของผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก ซึ่งผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่คือ 10 ราย ยินยอมและสะดวกให้ผู้วิจัยตามไปเยี่ยมที่บ้าน ยกเว้นผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 ที่สะดวกมาให้ ข้อมูลผู้วิจัยที่คลินิกสุขภาพจิตและผู้ให้ข้อมูลรายที่ 7 ที่สะดวกให้ข้อมูลยังหน่วยที่ผู้ให้ข้อมูล ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล

ในการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครั้งนี้พบว่าผู้ให้ข้อมูล จำนวน 2 ราย ที่ผู้วิจัยไม่นำผลการ สัมภาษณ์มาทำการวิเคราะห์ต่อ เนื่องจากในครั้งที่ 2 ของการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ให้ข้อมูลรายที่ 2 มี อาการทางจิตยังไม่สงบเท่าที่ควร ดังนั้นบทบาทของผู้วิจัยจากการเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์จึงเปลี่ยน มาเป็นบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาและผู้ให้ข้อมูลรายที่ 11 ขณะที่ผู้วิจัยไปทำการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ที่บ้านผู้ให้ข้อมูลพบว่ามีอาการเมาสุราและไม่สามารถในการให้ข้อมูลต่อได้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจนกระทั่งได้ข้อมูลอิ่มตัว รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 10 ราย

2. วิธีการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (Indepth Interview) แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์เป็นวิธีการหลัก เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ 1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล 2. การสัมภาษณ์พร้อมบันทึกแถบบันทึกเสียง

2.1 ผู้วิจัย เพื่อให้สามารถดำเนินการวิจัยได้อย่างถูกต้องตามกระบวนการวิจัยและได้ผลการวิจัยที่มีความเชื่อถือได้ ผู้วิจัยต้องมีความพร้อมในการดำเนินการวิจัย โดยได้เตรียมตนเองทั้งระยะก่อนและระหว่างดำเนินการวิจัย ดังนี้

2.3.7 การเตรียมความรู้ด้านระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับ วิธีวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยาด้วยตนเองจากการอ่านเอกสาร ตำรา ผลงานวิจัยด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ ลงทะเบียนเรียนในวิชาวิจัยเชิงคุณภาพ ในระดับปริญญาโททางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยร่วมกับการขอคำปรึกษาจากอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ซึ่งเป็นผู้มีความชำนาญในการวิจัยเชิงคุณภาพ

2.3.8 การเตรียมความรู้ด้านเนื้อหาและแนวคิดต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความต้องการการตอบสนองของบุคคล ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เพื่อให้เกิดความพร้อมในการตรวจสอบตนเองเกี่ยวกับความรู้ ความรู้สึก ความคิด ที่ต้องจัดกรอบแยกไว้ ก่อนการรับฟังและการบรรยายการให้ความหมายข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูล เพื่อระมัดระวังความคลาดเคลื่อนที่อาจจะเกิดขึ้นในการเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูล

2.1.3 การวางแผนการวิจัย ผู้วิจัยทำการวางแผนการวิจัยอย่างเป็นขั้นตอนตั้งแต่ก่อนเข้าสนามระหว่างเก็บข้อมูลและหลังออกจากสนาม

2.1.4 ผู้วิจัยเข้าสนามเพื่อรับข้อมูลที่เป็นจริงจากผู้ให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงการป้องกันและลดอคติจากการคาดเดา หรือมีแนวคิดล่วงหน้า มีความพร้อมทางด้านเทคนิคการสัมภาษณ์ โดยเตรียมขั้นตอนการสัมภาษณ์แต่ละช่วงคือ การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล การให้ข้อมูลระลึกถึงเหตุการณ์ขณะนั้น และการปล่อยให้ผู้ให้ข้อมูลเล่าเรื่องด้วยตนเอง (Drew, 1993) และฝึกฝนเป็นผู้กระตือรือร้นในการฟัง (Active listening) การใช้คำถามเพื่อค้นหาข้อมูล (Exploring questions) ทักษะการบันทึกข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลและการให้ความหมายโดยคำนึงถึงสิทธิผู้ให้ข้อมูลและจริยธรรมของผู้วิจัยตลอดการดำเนินการวิจัย (Streubert and Carpenter, 1999) ผู้วิจัยให้ความสำคัญและพยายามให้ผู้ให้ข้อมูลมีส่วนร่วมในการศึกษาเคารพในความเป็นผู้มีประสบการณ์ ให้เกียรติและยอมรับข้อมูลทุกอย่างที่ได้มา เพื่อให้ผู้ให้ข้อมูลอธิบายประสบการณ์อย่างเต็มที่

2.1.5 ผู้วิจัยตรวจสอบข้อมูลร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วมตลอดการดำเนินการวิจัย ได้แก่ การสัมภาษณ์การให้ความหมาย การจัดกลุ่มประเด็นความหมาย และการเขียนอธิบายประเด็นอย่างละเอียด การให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ให้ข้อมูล

2.2 การสัมภาษณ์แบบมีแนวทางการสัมภาษณ์ (Semi-structure interview) แบ่งแนวทางการสัมภาษณ์ออกเป็น 2 ส่วนคือ

2.2.1 ผู้วิจัยได้สร้างแนวคำถามตามแนวคิดการวิจัยเชิงปรากฏการณ์วิทยา แนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ความต้องการการตอบสนองการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กำหนดวัตถุประสงค์ของคำถามตามปัญหาการวิจัย แล้วเขียนแนวคำถามเป็นลักษณะคำถามปลายเปิด เป็นประเด็นกว้างๆและมีความยืดหยุ่นตามการสนทนา ไม่กำหนดจำนวนคำถามและลำดับคำถาม เพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นข้อมูลเชิงลึกและครอบคลุม ตรงประเด็นที่ต้องการศึกษา หลังจากนั้นได้นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความเหมาะสมของแนวคำถามเพื่อที่จะให้ได้ข้อมูลตรงกับวัตถุประสงค์ของการวิจัยที่ผู้วิจัยต้องการศึกษา

2.2.2 นำแนวคำถามที่สร้างขึ้นโดยผ่านการตรวจสอบจากผู้ทรงคุณวุฒิไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จำนวน 1 ราย ที่มีลักษณะคุณสมบัติตรงตามที่ผู้วิจัยต้องการศึกษาเพื่อทดสอบความชัดเจนในการสื่อสารของคำถามและมีการปรับคำถามบางคำถามที่ไม่สามารถสื่อไปยังสิ่งที่ต้องการศึกษาได้ให้เหมาะสมและนำไปใช้สัมภาษณ์กับผู้ให้ข้อมูลที่ต้องการศึกษาจริง ทำการวิเคราะห์เบื้องต้นในแต่ละราย ทำการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลครบ 10 ราย จนได้ข้อมูลที่มีการอิ่มตัว

2.2.3 แนวคำถามที่ได้รับการปรับและนำไปใช้สัมภาษณ์จริงเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ดังนี้

- 1) การหาความหมาย
 - การดูแลตนเองมีความหมายต่อท่านอย่างไร
- 2) คำถามหลัก
 - กรุณาเล่าเกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่าน
 - ท่านอยู่ที่บ้าน ทำอะไรบ้าง กรุณาเล่า
 - จากที่ท่านมีการดูแลตนเองไม่กลับไปป่วยซ้ำ กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ที่มีการเจ็บป่วยที่อาการยังไม่ดี
- 3) คำถามเจาะลึก
 - ท่านทำอะไรเกี่ยวกับการดูแลตนเอง
 - ท่านทำกิจกรรมการดูแลตนเองนี้...เมื่อไหร่

- ท่านทำการดูแลตนเองนี้.....อย่างไรบ้าง
- ท่านทำการดูแลตนเองนี้.....ท่านรู้สึกอย่างไร เกิดอะไรขึ้นกับท่านบ้าง
- เพราะอะไรท่านจึงทำกิจกรรมการดูแลตนเอง....
- ใครมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับท่านบ้าง
- ส่วนใหญ่กิจกรรมการดูแลตนเอง....ท่านทำที่ไหน เพราะเหตุใด

3. การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยให้การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูลตลอดกระบวนการวิจัย โดยคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยตามความสมัครใจ หลังจากผู้วิจัยได้ชี้แจงรายละเอียด บอกให้ทราบเกี่ยวกับหัวข้อเรื่องที่จะสัมภาษณ์ กระบวนการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การขออนุญาตการบันทึกเสียงการสนทนา จำนวนครั้งที่ขอสัมภาษณ์ การรักษาความลับด้วยการลบทำลายแถบบันทึกเสียงเมื่อสิ้นสุดการวิจัย การไม่เปิดเผยข้อมูลใดๆที่จะสามารถเกี่ยวข้องกับผู้เข้าร่วมการวิจัย การนำข้อมูลเอกสารจากการสัมภาษณ์ไปอธิบาย เผยแพร่ในลักษณะข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลโดยรวมและเฉพาะการนำเสนอข้อมูลทางวิชาการเท่านั้น ขณะสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลสามารถไม่ตอบคำถามใดๆ ที่รู้สึกไม่สะดวกใจ หรือบอกยุติการให้ความร่วมมือในขั้นตอนใดๆของการวิจัย และขอข้อมูลกลับได้ตลอดเวลาโดยไม่ต้องบอกเหตุผล อีกทั้งการเป็นผู้ให้ข้อมูลหรือการปฏิเสธจะไม่มีผลต่อการรับบริการสุขภาพจากหน่วยงานบริการ ผู้วิจัยอธิบายข้อมูลและเปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และให้เวลาในการคิดทบทวนก่อนตัดสินใจ ให้คำตอบด้วยความสมัครใจ มีการเซ็นยินยอมและเก็บข้อมูลต่างๆไว้ในที่ที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงได้เพียงผู้เดียว

4. ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเองทั้งในและนอกสถานบริการสุขภาพที่ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์แบบเจาะลึกและมีแนวทางการสัมภาษณ์ มีขั้นตอนดังนี้

4.1 การเตรียมการเก็บข้อมูล

4.1.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตการเก็บข้อมูลถึง โรงพยาบาลมหาสารคาม คลินิกสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลและประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล พบเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานใน

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่ออธิบายวัตถุประสงค์และวิธีดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือในการประชาสัมพันธ์โครงการวิจัย

4.1.2 ผู้วิจัยตรวจสอบคุณสมบัติผู้ให้ข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วย โดยคำนึงถึงคุณสมบัติ ที่อยู่ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูล จากนั้นผู้วิจัยเข้าพบ สร้างสัมพันธภาพและอธิบายวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย รวมทั้งพิทักษ์สิทธิของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเซ็นยินยอมเป็นผู้เข้าร่วมวิจัยและเริ่มดำเนินการเก็บข้อมูล

4.2 การเตรียมความพร้อมผู้ให้ข้อมูล

4.2.1 เปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือกว่า วัน เวลา สถานที่การให้สัมภาษณ์ อาจเป็นหน่วยงานหรือที่บ้าน โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้สัมภาษณ์ ความสะดวกในการเดินทาง และความปลอดภัยของผู้วิจัย

4.2.2 ทบทวนขั้นตอนการสัมภาษณ์และสิทธิผู้ให้ข้อมูลอีกครั้ง

4.2.3 เก็บข้อมูลส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

4.3 การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

เมื่อประเมินได้ว่าผู้ให้ข้อมูลมีความไว้วางใจและพร้อมที่จะให้ข้อมูลเชิงลึก ผู้วิจัยเริ่มสัมภาษณ์แบบเจาะลึกตามแนวทางการสัมภาษณ์ ส่วนที่ 2 โดยสัมภาษณ์ โดยสถานที่ในการสัมภาษณ์ได้แก่ โรงพยาบาลและที่บ้านผู้ให้ข้อมูล ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัยในการเดินทาง โดยในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2-3 ครั้ง ต่อรายและเฉลี่ยการใช้เวลาในการสัมภาษณ์ประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมงต่อราย โดยผู้ให้ข้อมูลจะได้รับการสัมภาษณ์เหมือนกันทุกคน ซึ่งขณะสัมภาษณ์ปฏิบัติดังนี้

4.3.1 ปรับคำถามในขณะที่สัมภาษณ์เพื่อความชัดเจนของข้อมูล ตามบริบทและสิ่งที่สังเกตได้จากลักษณะสีหน้า ท่าทาง อารมณ์ การแสดงออก ของผู้ให้ข้อมูลขณะที่ให้การสัมภาษณ์ โดยบันทึกย่อเฉพาะหัวข้อหรือประเด็นที่สำคัญได้ ประเด็นที่ต้องการเพิ่มเติม พฤติกรรม และการแสดงออกที่ไม่ใช่คำพูดของผู้ให้ข้อมูลและบันทึกเกี่ยวกับความคิดเห็น ความรู้สึก ปัญหาการแก้ไขและผลการแก้ไขที่เกิดขึ้นกับผู้วิจัยขณะเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประกอบการวิเคราะห์ข้อมูลและหาแนวทางแก้ไข

4.3.2 สัมภาษณ์โดยใช้ทักษะสัมภาษณ์เชิงลึก โดยคำนึงถึงสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ให้ข้อมูล

4.4 การวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น

4.4.1 ถอดข้อความ (Transcribe) จากแถบบันทึกเสียงแบบคำต่อคำ (Verbatim) เป็นภาษาเขียนและตรวจสอบด้วยตนเองหลังจากเก็บข้อมูลในแต่ละครั้ง

4.4.2 ตรวจสอบความถูกต้อง ชัดเจน ครบถ้วนของข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น สรุปประเด็นสำคัญของปัญหาที่ข้อมูลไม่ชัดเจนหรือไม่ครอบคลุม หรือประเด็นที่ต้องค้นหาเพิ่ม

4.4.3 ปรับข้อความหลักที่ไม่ชัดเจนก่อนการสัมภาษณ์ครั้งต่อไป เพื่อเก็บข้อมูล ได้ชัดเจนเพิ่มเติมจากผู้ให้ข้อมูล

4.4.4 ทำการวิเคราะห์และสรุปประเด็นผู้ให้ข้อมูลแต่ละราย

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าวิจัยได้เลือกใช้การวิเคราะห์ข้อมูลตามแบบของ Colaizzi (1978 cite in Streubert and Capenter, 1999) ที่เชื่อในหลักแนวคิดของ Husserl ที่เน้นให้ผู้วิจัยทำใจให้ว่างก่อนดำเนินการวิจัย ซึ่งมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

5.1 อ่านบทสนทนาของผู้ให้ข้อมูลเพื่อทำความเข้าใจ โดย

5.1.1 ถอดข้อความจากเทปบันทึกการสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (Verbatim) ออกมาเป็นบทสนทนา (Transcribe)

5.1.2 อ่านบทสนทนาพร้อมกับการฟังเทปซ้ำเพื่อตรวจสอบความถูกต้อง

5.1.3 อ่านบทสนทนาซ้ำหลายๆ ครั้ง เพื่อทำความเข้าใจ ร่วมกับบันทึกสนทนาเพื่อทบทวนเหตุการณ์และเติมเต็ม (Supply) ข้อมูลที่ขาดหายไป

5.1.4 อ่านบทสนทนาบรรทัดต่อบรรทัด (line by line) และให้รหัสข้อมูล (code units of data)

5.2 ดึงข้อความที่สำคัญ (Extracting significant statement) และคำกล่าวซ้ำๆ กันออกมา

5.3 พยายามเข้าใจในความหมายที่เป็นไปได้ของประโยคนั้น (try to spell out the meaning)

5.4 จัดกลุ่มความหมายแยกเป็นกลุ่มประเด็น (formulated means into clusters of themes) นำข้อมูลที่ทำให้ความหมายคล้ายกันไว้ด้วยกัน จัดเป็นประเด็นที่สอดคล้องกับความหมายที่ได้และตัดข้อมูลที่ไม่เกี่ยวข้องออกไป

5.5 เขียนบรรยายประเด็นเพื่อให้เห็นถึงประสบการณ์ถึงประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจากข้อมูลที่ค้นพบซึ่งอยู่บนพื้นฐานของข้อมูลที่ได้จากประสบการณ์จริงของผู้ให้ข้อมูล

5.6 ผู้วิจัยได้ประเมินความสามารถในการรับรู้ความเป็นจริงและความสามารถในการติดต่อสื่อสารของผู้ให้ข้อมูล จากการประเมินพบว่าผู้ให้ข้อมูลทุกคนมีระดับความรู้สติดี สื่อสารรู้เรื่องของผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นผู้ให้ข้อมูลกลับไปหาผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล และการบรรยายตามความหมายของผู้วิจัยโดยผู้วิจัยได้ทำการสรุปประเด็นและเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ยังคิดว่าไม่ครบถ้วน โดยครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 ที่ได้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลตนเองและมีผู้ให้ข้อมูลรายที่ 8 ที่ไม่ได้สรุปประเด็นเนื่องจากไม่อยู่ที่บ้านและผู้วิจัยก็ไม่สามารถติดต่อได้ หลังจากนั้นได้นำข้อมูลมาบรรยายเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์มากขึ้น

6. การตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล (Trustworthiness)

วิธีการตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล ผู้วิจัยทำการตรวจสอบและควบคุมโดย (Streubert and Carpenter, 1999)

6.1 มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติของผู้ให้ข้อมูล สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจกับผู้ให้ข้อมูล โดยการแนะนำตัวและอธิบายวัตถุประสงค์ในการทำวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลเข้าใจ รวมทั้งผู้ให้ข้อมูลทุกรายมีความยินยอมเป็นผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ

6.2 มีการวางแผนและการดำเนินงานตามแผนการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างระมัดระวังตามระเบียบวิธีวิจัยปรากฏการณ์วิทยา

6.3 การเก็บรวบรวมข้อมูลและการวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยตระหนักถึงการป้องกันและลดอคติของผู้วิจัย โดยผู้วิจัยทบทวนตรวจสอบความคิดของตนเอง อคติเกี่ยวกับเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ และพยายามไม่นำความคิดนั้นมาตัดสินคำสัมภาษณ์ว่าเข้าใจแล้ว รู้แล้ว เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ละเอียดและเป็นจริงตามประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูล (Knaack, 1984)

6.4 ผู้วิจัยมีการถอดเทปแบบคำต่อคำ (Verbatim) และมีการตรวจสอบความถูกต้องของบทสัมภาษณ์อีกครั้ง โดยการฟังเทปซ้ำ

6.5 ผู้วิจัยเขียนกลุ่มประเด็นสำคัญจากการวิเคราะห์ข้อมูล ยกตัวอย่างประโยคที่สื่อความเข้าใจประเด็นนั้น การตัดทอนคำบางคำของผู้ให้ข้อมูลจะทำให้สามารถสื่อความหมายได้ กระชับ ชัดเจน โดยไม่ทำให้ความหมายเดิมเปลี่ยนแปลงไป

6.6 ให้ผู้ให้ข้อมูลทุกรายตรวจสอบความถูกต้อง (Member checking) โดยคำนึงถึงความสามารถในการอ่านและภาระของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเปิดโอกาสให้อธิบายเพิ่มเติมในกรณีข้อมูลที่ ไม่ชัดเจนในมุมมองของผู้ให้ข้อมูล (clarification) และเก็บข้อมูลเพิ่มเติมในการสัมภาษณ์ครั้งที่ 2 และ 3

6.7 ตรวจสอบการดำเนินการวิจัยและวิเคราะห์ข้อมูลโดยปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษาและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

6.8 ผู้วิจัยตรวจสอบตนเองอยู่เสมอโดยจิตบทวน ประเมินตนเอง จดบันทึกความคิด
ความรู้สึก เหตุการณ์ ปัญหา ที่เกิดขึ้นในสนามเป็นรายวัน และอ่านบททวนเป็นระยะ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปรากฏการณ์ตามแนวคิดของ Husserl (Husserlian Phenomenology) เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการเก็บข้อมูลโดยมีการคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเจาะจง เก็บข้อมูลจนอิ่มตัว คือ เมื่อมีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลแล้วพบว่าข้อมูลที่ได้เริ่มมีการซ้ำกันในรายที่ 6-7 และมีการสัมภาษณ์เพิ่มเติมจนไม่มีข้อมูลใหม่ปรากฏในรายที่ 10 ราย จึงยุติการเก็บข้อมูล การสัมภาษณ์เป็นการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก นำข้อมูลมาวิเคราะห์ตามแบบการวิเคราะห์ข้อมูลของ Colaizi จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ให้ความสำคัญการดูแลตนเอง คือ การที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง จิตใจสดใส อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติไม่มีอาการกำเริบและกลับไปป่วยซ้ำและประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำสามารถสรุปได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และ (2) การหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาท 2) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตใจ จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลาย และ (2) การปรับความคิดและจิตใจ 3) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสังคม จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและ (2) การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนาและ (2) การฝึกจิตใจให้สงบ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ในการนำเสนอผลการวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายของการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ส่วนที่ 3 ประสบการณ์การดูแลตนเอง แบ่งเป็น 4 ประเด็น ดังนี้

- 1 การดูแลตนเองด้านร่างกาย
- 2 การดูแลตนเองด้านจิตใจ
- 3 การดูแลตนเองด้านสังคม
- 4 การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

พื้นที่ในการวิจัย

พื้นที่ในการวิจัยครั้งนี้ อยู่ในเขตจังหวัดมหาสารคาม โดย ผู้ให้ข้อมูล 4 ราย อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล ผู้ให้ข้อมูล 5 ราย อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล และมีผู้ให้ข้อมูล 1 ราย ที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอกันทรวิชัย ในการสัมภาษณ์ครั้งนี้ผู้วิจัยได้มีการศึกษาผู้ให้ข้อมูล สร้างสัมพันธภาพและเชิญชวนในการเข้าร่วมการวิจัย ครั้งที่ 1 ณ คลินิกสุขภาพจิตเกือบทุกราย ยกเว้นผู้ให้ข้อมูลในรายที่ 1 ที่ได้มีการศึกษาประวัติและสอบถามอาการจากญาติเนื่องจากมารับยาแทนผู้ให้ข้อมูลรวมถึงความเป็นไปได้ในการติดตามสัมภาษณ์ที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยมีคุณสมบัติตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ และอาศัยอยู่ในเขตเมือง จึงได้วางแผนการสร้างสัมพันธภาพครั้งที่ 1 ที่บ้าน โดยมีการติดต่อพูดคุยทางโทรศัพท์ไว้ล่วงหน้าแล้ว ส่วนผู้ให้ข้อมูลรายที่ 9 การติดต่อสร้างสัมพันธภาพทางโทรศัพท์กับผู้ให้ข้อมูลและมีการติดตามเยี่ยมผู้ให้ข้อมูลในโรงพยาบาลทั้งครั้งที่ 1 และ 2 เนื่องจากผู้ให้ข้อมูลสะดวกที่จะให้ข้อมูลในโรงพยาบาลเนื่องจากปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาล และผู้ให้ข้อมูลรายที่ 4 ที่สะดวกในการเดินทางมาให้สัมภาษณ์ครั้งที่ 2 ณ คลินิกสุขภาพจิต ส่วนผู้ป่วยรายอื่นๆ ได้เดินทางไปสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลที่บ้าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วยผู้ป่วยที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ที่สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นานกว่า 18 เดือน แล้วแพทย์อนุญาตให้สามารถไปดำรงชีวิตอยู่ที่บ้านได้ มีจำนวนทั้งหมด 10 คน แบ่งเป็น เพศชาย 3 คน เพศหญิง 7 คน สถานภาพโสด 4 คน มีอายุ 2 คน และแต่งงานแล้วจำนวน 4 คน ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 28-60 ปี เฉลี่ยแล้วอยู่ในช่วง 40-41 ปี มีระดับการศึกษาต่ำสุด ป.6 สูงสุด ปริญญาตรี การประกอบอาชีพ อาชีพรับจ้าง 5 คน เกษตรกร 4 คน รับราชการ 1 คน รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่ำสุดอยู่ที่ 1,000 บาท สูงสุดอยู่ที่ 26,000 บาท ซึ่งมีลักษณะการเป็นครอบครัวเดี่ยว 5 ราย ครอบครัวขยาย 5 ราย อายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยคือ อายุระหว่าง 15-30 ปี จากการเก็บข้อมูลพบว่าโดยเฉลี่ยอายุที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยมากที่สุดคือ อายุ 24-25 ปี ระยะเวลาที่มีอาการเจ็บป่วยขั้นต่ำประมาณ 3 ปี และสูงสุดประมาณ 30 ปี ซึ่งโดยเฉลี่ยผู้ป่วยที่มีระยะเวลาในการเจ็บป่วยอยู่ที่อายุ 16-17 ปี โดยผู้ให้ข้อมูลเกือบทั้งหมดไม่เคยใช้สารเสพติด ยกเว้น 1 ราย เคยใช้สารเสพติด คือ ยาบ้า ส่วนประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของครอบครัวและเครือญาติ พบว่ามีผู้ให้ข้อมูล 6 รายที่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของเครือญาติ นอกจากนั้นมีผู้ให้ข้อมูล 2 ราย ที่เคยมีประวัติประสบอุบัติเหตุ ส่วนระยะเวลาที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลล่าสุด พบว่า มีระยะเวลาการอาศัยอยู่ในชุมชนได้ตั้งแต่ 2 –30 ปี และพบว่ามีผู้ให้ข้อมูล 3 รายที่

เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท แต่แพทย์ไม่ได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลให้กลับมาดูแลตนเองที่บ้าน
ดังมีรายละเอียดข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายไว้ในภาคผนวก ก

ส่วนที่ 2 การให้ความหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลลงมือกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษา
สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเองให้สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างสมดุลและ
เหมาะสม อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างมีความสุข โดยกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นการ
กระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีการเรียนรู้จากประสบการณ์จริงและปรับวิธีการดูแลตนเองให้เหมาะ
กับการดำรงชีวิตของตนรวมทั้งการได้รับคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์แล้วนำมาปฏิบัติ
ให้สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างมีความสุข จากการศึกษาสัมภาษณ์แบบ
เจาะลึกในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำพบว่า การให้ความหมายของการดูแลตัวเอง ดังนี้

การดูแลตนเอง คือ การที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของ
บุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง จิตใจสดใส อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่าง
ปกติไม่มีอาการกำเริบ

1. การมีร่างกายที่แข็งแรง

การทำให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง คือ การออกกำลังกาย การทำให้ร่างกายไม่เมื่อยล้า มี
ความเบิกบาน สดชื่น ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บไม่ป่วย รวมถึงการดูแลตนเองในเรื่องของการ
รับประทานอาหารและการดูแลร่างกายให้สะอาด ทำกิจกรรมต่างๆได้ เหมือนคนปกติ ดังเช่นผู้ให้
ข้อมูล กล่าวไว้ว่า

“การทำให้ร่างกายแข็งแรง เวลาเดินไม่เมื่อยล้า ทำอะไรก็ไม่เมื่อยล้า ออกกำลังกาย... มี
กำลังในการดูแลตนเอง”

“ดูแลตนเองให้สดใส อยู่ร่วมกับเพื่อนอย่างแข็งแรงสมบูรณ์...จิตใจปกติ ร่างกายเราเบิก
บานแข็งแรง”

“กินข้าวให้เป็นเวลา ...หนูกินยาหนูก็จะนอนยาวเลย นอนไม่อยากจะลุก ...กว่าจะรู้ว่า
ตนเองเป็นโรคกระเพาะ รู้สึกแสบท้อง เวลากินเผ็ดมันจะแสบมาก ...ทำความสะอาดตัวเองให้
สะอาด ร่างกายให้สะอาด”

“ตื่นมาก็ตื่น ก็ปรบมือ บางครั้งก็เหยียดแข้งเหยียดขา ถีบนั่นถีบนี้ กระโดดตบ เหมือน
ครูพาทำตอนเรียน...ก็ไม่เจ็บไม่ป่วย ไม่เจ็บเส้นเจ็บเอ็น”

“ตอนเช้าก็ออกกำลังกายสวนสุขภาพ ...ก็วิ่งนั่นแหละค่ะ เหงื่อออก กลับมาอาบน้ำก็สบาย
ใจ จิตใจเบิกบาน ...ถ้าไม่ออกกำลังกายก็จะเป็นเหน็บชา เพลีย ช่วงแขนขา”

2. การดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างปกติสุข

เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติด้วยตนเอง นอกจากจะตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างพึงพอใจแล้ว การดูแลตนเองยังสัมพันธ์กับการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม ดังเช่นผู้ให้ข้อมูล กล่าวไว้ว่า

“เหมือนคนอื่น...มีการอยู่การกินเหมือนชาวบ้าน มีมนุษยสัมพันธ์ดีกับสามี ลูก พ่อแม่ จิตใจปกติ ...อยู่ร่วมกับคนอื่นได้อย่างมีความสุข”

“ทำให้ไม่เป็นภาระของคนอื่น ไม่ทำให้คนอื่นลำบาก ไม่สร้างภาระให้คนที่เรารัก...อาบน้ำซักผ้า ทำกับข้าว ไปจ่ายตลาด ทำให้ชีวิตสมบูรณ์ ครอบครัวไม่มีปัญหา...”

“ควบคุมสติไม่ให้ฟุ้งซ่าน คุมสติอยู่ในชีวิตประจำวัน ...พูดกับคนอื่นไม่ใช่อารมณ์...แต่ก่อนกินยาใหม่ๆ หนูตำคนอื่นบ่อยๆ ผิดใจกับคนอื่นบ่อย ถ้าเขาพูดหน่อยหนูก็โกรธ โกรธง่าย ตั้งแต่กินยานี้ ตั้งสติได้ ไม่เถียงคน ”

3. การไม่มีอาการกำเริบ

นอกจากผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะให้ความหมายของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงและสามารถดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างมีความสุขแล้ว ยังให้ความหมายของการดูแลตนเองเกี่ยวกับการไม่มีอาการกำเริบ

การมีอาการกำเริบจะส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ให้ข้อมูลหลายด้าน ทำให้อับอาย สิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายในการดูแลตนเอง เป็นภาระของคนอื่น ไม่สามารถทำงานหรือประกอบอาชีพได้ ทำให้คนอื่นเดือดร้อน ดังผู้ให้ข้อมูล กล่าวไว้ว่า

“ไม่ให้คนอื่นคิดว่าเราเป็นบ้า เป็นประสาท...เหมือนเพื่อนผม...กินยาบ้าเหมือนกัน ควบคุมตัวเองไม่ได้ เดินถือกระเป๋าคุมตัวเองไม่ได้”

“ไม่ได้ไปนอนโรงพยาบาล... เป็นปกติเหมือนบุคคลอื่น ยาก็กินอยู่ที่บ้าน ไม่ได้ไปเอายาที่อื่น”

“เป็นสิ่งสำคัญที่ไม่ให้เรากลับไปป่วยซ้ำอีก”

“แต่ก่อนฟุ้งซ่านกว่านี้...ทำงานก็จะตาแข็งเหลือกขึ้นเหลือกลงอย่าง...ทำงานไม่ได้ รับจ้างก็ไม่ได้ เกี่ยวข้าวก็ไม่เสร็จ รดผักก็ไม่เสร็จ คำนาก็ไม่ได้เป็นตัวของตัวเองก็ไม่ได้....จะเดินกลับบ้านก็ไม่ได้ ”

“แต่ก่อนนี้ไม่รู้จักอะไรเลย..ค่าคนไปทั่ว ไครมาบ้านก็ค่าเขา ไม่รู้ว่าตนเองค่าคน พอหยุดแล้วเขาเล่าให้ฟังถึงได้รู้จัก กินยามาเรื่อยๆ ก็อาการดีขึ้น”

จะเห็นว่าความหมายของการดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูล ส่งผลมาถึงการปฏิบัติกิจกรรมดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง ดังความหมายดังกล่าว

ตารางที่ 2 ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประเด็นหลักและประเด็นย่อย

ประเด็นที่ 1	ประสพการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย
1.1	การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ <ul style="list-style-type: none"> - กินยาตามกำหนด กินไม่ให้ขาด - ปรับเวลากินยาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต
1.2	การหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาท <ul style="list-style-type: none"> - งดยาหรือแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ - งดสารเสพติดและสารกระตุ้นประสาท
ประเด็นที่ 2	ประสพการณ์ การดูแลตนเองด้านจิตใจ
2.1	การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลาย <ul style="list-style-type: none"> - ทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นประโยชน์ - ทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ผ่อนคลาย
2.2	การปรับความคิดและจิตใจ <ul style="list-style-type: none"> - คิดในแง่บวก - ยอมรับสภาพที่เป็น
ประเด็นที่ 3	ประสพการณ์การดูแลตนเองด้านสังคม
3.1	การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว
3.2	การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
ประเด็นที่ 4	ประสพการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ
4.1	การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา
4.2	การ ฝึกจิตใจให้สงบ

ประเด็นที่1 การดูแลตนเองด้านร่างกาย

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ และการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ส่งผลถึงการดูแลตนเอง โดยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จากพฤติกรรมดังกล่าวมีผลทำให้มีโอกาสกลับมาป่วยซ้ำสูง

การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายได้ปฏิบัติเพื่อตอบสนองตนเอง ให้สามารถทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ จากการสัมภาษณ์ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลให้ความสำคัญในการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์รวมทั้งการงดสารกระตุ้นประสาทที่ทำให้มีอาการกำเริบ

ประเด็นย่อยที่ 1 การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อเจ็บป่วยแล้วต้องมีการดูแลตนเองให้ถูกต้องเหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานยาเพื่อที่จะควบคุมอาการของโรคไม่ให้มีอาการกำเริบซ้ำ แนวคิดในปัจจุบัน เชื่อว่า สาเหตุที่สำคัญของโรคจิตเภทคือ ปัจจัยด้านชีวเคมีในสมอง ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ความสำคัญกับการรับประทานยา โดยกล่าวถึงวิธีการรับประทานยาว่า ต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องขาดไม่ได้ ทานยาตามหมอแนะนำ เพราะว่าถ้าไม่ทานจะทำให้มีอาการกำเริบ อย่างเช่น บางรายบอกว่า ถ้าไม่ทานยาจะนอนไม่หลับ ถ้าวันนี้ไม่ทานก็จะนอนไม่หลับ หรือผู้ให้ข้อมูลบางรายบอกว่า จะทำให้มีอาการปวดหัว บางครั้งไม่สามารถทำงานได้ หรือถ้าไม่ทานตอนเย็นก็ต้องรับประทานทดแทน หรือรับประทานครบถ้วนไม่ให้ขาด สามารถสรุปได้ว่าผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ความสำคัญของการทานยาว่าขาดไม่ได้ ซึ่งการดูแลตนเองให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ขาดไม่ได้ ตรงกันตามขนาดหรือเวลาที่หมอสั่งซึ่งถ้าไม่กินต้องกินทดแทน หรือปรับเวลาการกินยาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต โดยกินครบถ้วน ขาดไม่ได้ นั่นก็หมายถึงว่า ผู้ให้ข้อมูลมีใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

กินยาตามกำหนด กินไม่ให้ขาด

การกินยาตามคำแนะนำของแพทย์เป็นสิ่งสำคัญซึ่งจะทำให้ไม่มีอาการกำเริบ ทำงานได้ มีการตื่นที่เป็นเวลา อย่างเช่นผู้ให้ข้อมูลกล่าวว่า

“การไปเอายาก็ต้องไปเอาตลอด เวลากินก็กิน 3 เวลา เช้า กลางวัน เย็น หลังอาหาร...คิดว่า ถ้าไม่กินยาจะนอนไม่หลับ กลับไปเป็นอีก... กินยา 2 ทุ่ม นอน 4 ทุ่ม ถ้ากินยา 3 ทุ่มก็นอน 5 ทุ่ม ไม่กินก็ไม่นอน เลย กินยาตรงเวลา โรคจะได้ไม่กำเริบ ทำตามหมอสั่ง หมอสั่งอะไรก็ทำตามทุกอย่าง”

“ยาต้องเป็นหลัก การกินยาต้องเป็นหลัก ถึงแม้จะมีอาการที่ดีขึ้นแล้ว เราก็ต้องกินยาตามเวลา ตามขนาดที่หมอสั่ง โดยเคร่งครัดทุกวัน ไม่ให้ขาด”

“กินยาไม่ให้ขาด กินยาประจำทุกวัน กินครั้งละอย่าง อย่างละ 2 เม็ด กินยาหลังอาหารและก่อนนอน ...ถ้ากินไม่ตรงเวลา ถ้าสมมติว่าหนูกิน 5 ทุ่มก็จะไม่ตื่น 6 โมงเช้า จะตื่นเที่ยง ถ้ากิน 2 ทุ่มก็จะตื่น 6 โมงเช้า...หนูลองไม่กินยา 2 วัน ก็ปวดศีรษะอยู่ 2 วัน...กินยาให้สม่ำเสมอ...กินยาเวลาเดียวกัน เรากินก่อนนอนเลยมันก็จะหลับเร็ว...ถ้าเราอนคึกมากมันก็จะตื่นไม่เป็นเวลาตั้งแต่เปลี่ยนยามากินเฉพาะก่อนนอนอย่างเดียวทำงานได้กินยาสม่ำเสมอก่อนนอนก็ทำงานได้”

“พยายามกินยา นีดยาให้ตรงเวลา...กินก็กินก่อนนอน...ฉีดก็ให้ตรงเวลา...ให้มันสม่ำเสมอ...ดูวัน เวลามันถ้าไม่ตรงกล้วมันจะไม่หาย”

“กินยาทุกวัน ไปเอาตามหมอนัด หมอให้กินก่อนนอนวันละ 2 เม็ดและกินยาตามหมอบอก...ให้กินยาตลอด”

“กินยา...ปฏิบัติตามหมอสั่งไม่ให้ขาดเพราะถ้าขาดจะต้องเริ่มกินยาใหม่ เช่น กินครั้งละเมื่อก่อนนอน กินให้ต่อเนื่อง”

ปรับเวลากินยาให้เหมาะกับการดำรงชีวิต

นอกจากการรับประทานยาตามแพทย์แนะนำแล้ว จากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลยังพบว่า การรับประทานยาต้องทานยาให้ต่อเนื่องขาดไม่ได้ แต่ว่ามีเหตุจำเป็น หรือมีกรณีที่ไม่สามารถรับประทานยาได้ในขณะนั้น ก็มีการปรับการรับประทานให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตได้ อย่างเช่นผู้ขอมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“กินยาไม่ให้ขาด กินยาประจำทุกวัน...ถ้ากินไม่ตรงเวลา ถ้าสมมติว่า หนูกินยา 5 ทุ่ม หนูจะไม่ตื่น 6 โมงเช้า จะตื่นเที่ยง ถ้ากิน 2 ทุ่ม ก็จะตื่น 6 โมงเช้า หนูลองไม่กินยา 2 วัน ก็ปวดหัวอยู่ 2 วัน...กินยาให้สม่ำเสมอ...กินยาเวลาเดียวกัน เรากินก่อนนอน กินแล้วนอนเลยมันจะหลับเร็ว ถ้านอนคึกก็ตื่นไม่เป็นเวลา...ถ้าขาด...ตอนเช้าต้องกินทดแทน... เพราะว่าถ้าไปขายผักตลาดคึกหนูก็จะไม่กินยา ถ้ากินจะลุกตื่นไม่ได้ต้องไปขายกลับมาก่อนค่อยกินยา กลับตี 5 ก็กินตี 5 กลับ 6 โมง ก็กิน 6 โมง กินแล้วก็นอน...”

หรือผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งกล่าวว่า

“กินข้าวกินยาตามหมอสั่ง กินยา ทำตามหมอสั่ง...ฉันก็กินตามหมอสั่ง กินข้าวเป็นเวลา...ฉันกินข้าวเสร็จก็กิน ตอนเช้าก็กินยาที่หมอบอก ตอนเย็นก็กินยาที่หมอบอก...ตอนนี้ก็กินควบกันระหว่างตอนเย็นกับก่อนนอน เพราะกินข้าวค่ำคึก...กินทุกวัน...ขาดไม่ได้เลย”

ประเด็นย่อยที่ 2 การหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาท

การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทนอกจากจะต้องเน้นในเรื่องของการดูแลตนเองด้านการให้ยาให้ถูกต้องตามเกณฑ์แล้ว ผู้ให้ข้อมูลยังต้องมีข้อจำกัดหรือการงดเว้นในเรื่อง

การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเองไม่ให้มีอาการกำเริบ แอลกอฮอล์และสารเสพติดเป็นสารกระตุ้นประสาททำให้เกิดอาการทางจิตกำเริบ เป็นผลทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีความรุนแรงของอาการทางจิตมากขึ้น ทำให้ไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้คงที่และเพิ่มพฤติกรรมรบกวนบุคคลอื่น ดังมีผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงประสบการณ์ของตนเองเมื่อผลออกไปดื่มสุรา ทำให้มีอาการกำเริบ นอนไม่หลับ หรือบางราย เคยมีประสบการณ์การเสพยาบ้า ซึ่งมีฤทธิ์กระตุ้นประสาท จนทำให้มีอาการประสาทหลอน กลายมาเป็นอาการ โรคทางจิต การดูแลตนเองของผู้ให้ข้อมูลจึงมีอีกข้อที่บอกกับตนเองว่าจะไม่แตะต้องยาเสพติดอีกเพราะจะทำให้ป่วยซ้ำ

ดังนั้นจากประสบการณ์ดังกล่าวได้กล่าวถึงการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาท คือ การงดหรือลด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ งดสารเสพติดและสารกระตุ้นประสาท

งดหรือลด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นอกจากจะทำให้มีอาการของโรคกำเริบ ยังขัดกับแผนการรักษาของแพทย์ ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวว่า

“ยาพวกนี้ห้ามห้ามไม่ให้กินของมีแอลกอฮอล์ทุกชนิด...กินแล้วปวดหัวเลย หนูซึม ซึมอมเดียวเกือบตาย มันปวดหัวตีขึ้น ขึ้นสมองเลยไม่กล้ากิน”

นอกจากเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์แล้วนั้นผู้ให้ข้อมูลอีกรายยังกล่าวถึง สารที่มีฤทธิ์กระตุ้นประสาทที่ทำให้มีอาการกำเริบด้วย

“เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ น้ำอัดลม น้ำโคก กาแฟ พวกที่มีสารกระตุ้นประสาทก็ไม่ให้กินไม่ต้องไปแตะต้องเด็ดขาด...พี่เคยหลงกินแต่ว่ามันมีแอลกอฮอล์เพียงนิดเดียว ปรากฏว่านอนไม่หลับเลย...สารกระตุ้นพวกยาม้า ยาอ็อย่างนั้นอย่าไปแตะต้อง....”

งดสารเสพติดและสารกระตุ้นประสาท

นอกจากการงดหรือลด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สารกระตุ้นประสาท ผู้ให้ข้อมูลอีกรายยังกล่าวถึงการงดเว้นการใช้สารเสพติด เนื่องจากจะทำกลับไปป่วยซ้ำได้

“ไม่ไปเล่นยาอีก ...ยาบ้ายาอี...เห็นเพื่อนผมคนกินยาบ้าเหมือนกัน ควบคุมตนเองไม่ได้ เคนถึอกระเป๋าคควบคุมตัวเองไม่ได้...ไม่ให้ชาวบ้านไม่ให้ใครคิดว่าเราเป็นบ้า”

ประเด็นที่ 2 การดูแลตนเองด้านจิตใจ

การดูแลตนเองด้านจิตใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความสบายใจและเกิดการผ่อนคลาย ซึ่งจากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า การดูแลตนเองด้านจิตใจ คือ

การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลาย รวมถึงการปรับความคิด และจิตใจ

ประเด็นย่อยที่ 1 การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลาย

จากที่โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรมและไม่เหมาะสม ทำให้ลักษณะพฤติกรรมของผู้ป่วยแสดงออกเด่นๆ คือ มีมนุษยสัมพันธ์กับคนอื่นบกพร่อง การแยกตัวจากสังคม หมกมุ่นกับตนเอง จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ที่ดูแลตนเองแล้วไม่กลับมาป่วยซ้ำได้เล่าถึงมีการทำกิจกรรมหลากหลายที่กระทำแล้วทำให้ตนเองผ่อนคลายมีความสุขและมีความภาคภูมิใจในตนเอง คือ ทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้ภาคภูมิใจเป็นประโยชน์และทำงานและหรือกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด

ทำงานและ/หรือ กิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจเป็นประโยชน์

การทำงานนอกจากเป็นกิจกรรมที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูล เกิดสมาธิไม่มีความคิดหมกมุ่น ฟุ้งซ่านแล้ว ผลของการทำงานยังทำให้ผู้ให้ข้อมูลเกิดความภาคภูมิใจและทำให้ไม่เสียเวลาเปล่า ดังนั้น กิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจที่ผู้ให้ข้อมูลกล่าวถึงการทำงาน และการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

กิจกรรมที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลทำแล้วเกิดสมาธิ มีความสัมพันธ์ในการดำเนินชีวิตประจำวัน และรวมถึงกิจกรรมที่เกิดจากความสามารถของผู้ให้ข้อมูลเป็นที่ยอมรับของคนอื่น ดังเช่นผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งได้กล่าวถึงกิจกรรมที่ทำประจำวัน

“ทำหน้าที่แม่บ้านเหมือนเดิม หุงข้าว ทำอาหาร ไปจ่ายตลาด ไปทำอะไรเหมือนคนปกติ... ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยไม่ให้มีใครมาคอยเตือน อย่างเช่น อาบน้ำ แปรงฟัน ซักเสื้อผ้า รีดผ้า หุงข้าว ดูแลครอบครัวจะทำให้เราภาคภูมิใจในตนเอง”

“ฉันร้องเพลงเป็น เขาก็ให้ฉันร้องเพลงให้ฟัง เขาก็มีความสุข ...เวลาไปค่านารับจ้าง ไปกับเขา พูดเรื่องนั้นเรื่องนี้ให้เขาฟังจนลืมนัดลืมหัด เวลาไปเขาก็อยากให้ฉันไปด้วย...เวลามีคนนั้นคนนี้มาหา ฉันก็ดีใจ ฉันก็ปลื้มใจ...”

นอกจากกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจแล้วการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ยังมีผลทำให้ผลของการทำกิจกรรมทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจด้วย ดังที่ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้

“ปลูกต้นไม้ รดน้ำต้นไม้ ต้มมะละกอรดน้ำทุกวัน ถ้ามีน้ำ ก็จะปลูกพริก ปลูกผักขาย... เวลาเห็นผลผลิต ได้ขาย ก็ดีใจได้เงินพร้อม..... ..นั่งดูตัวนั้นตัวนี้ เวลามันเดินมาหาก็คอนหญา คอนอะไรให้มันกิน ก็เพลินไป ทำให้ลืมนัดลืมหัด ดูตัวนั้นตัวนี้ ก็เห็นมันโตขึ้นไปด้วย”

“หากิจกรรมทำเพื่อให้ไม่ว่างไม่คิดฟุ้งซ่าน... พิมพงานแล้วไม่ว่าง.. ได้เงิน.. ไม่ฟุ้งซ่านสมาธิจะอยู่กับงานก็จะรู้สึกดีขึ้นเรื่อยๆ ...ช่วยดูแลเด็กๆ... ถ้าว่างก็ไปอ่านหนังสือ... ไม่คิดมากถ้าว่างก็ไปหาอะไรทำ”

ทำงานและ/หรือกิจกรรมผ่อนคลายความเครียด

นอกจากกิจกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจแล้วที่ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการดูแลตนเอง การทำให้เกิดความผ่อนคลายก็ยิ่งทำให้อาการของผู้ป่วยดีขึ้น ไม่หมกหมุ่นอยู่กับตนเอง เกิดความเพลิดเพลิน ผ่อนคลาย สบายใจ ดังผู้ให้ข้อมูลแต่ละรายได้กล่าวถึงกิจกรรมในการผ่อนคลายความเครียดที่แตกต่างกัน ดังนี้

“การนอนหลับ ทำให้เราไม่หงุดหงิด...การออกกำลังกาย..ทำงานไปบ้างก็เพลิดเพลินกับงาน...ดูหนัง ดูทีวี ร้องเพลง...แบบว่าเรามีเรื่องไม่สบายใจบางครั้งเราก็ไประบายกับสัตว์...พยายามหลีกเลี่ยง แล้วก็ไปหาสิ่งที่ดีๆทำ ...ถ้ามีเรื่องไม่ดีก็เดิน ไปทุ่งนา จิตใจก็สบายขึ้น”

“อยู่คนเดียวเงียบๆก็ร้องเพลง ฟังเพลง คิดไปด้วย เพลงนี้ทำไมเพราะแบบนี้.. ออกกำลังกาย...เดินแอโรบิกบางวัน...ฟังเขาพูดผญาในวิทยุถูกต้องที่ต้อหัวเราะก็หัวเราะ....บางวันลูกมาศึกษา มารองน้ำก็เดินออกกำลังกายไปด้วย ไม่อยู่เฉยๆ”

“ฟังเพลง นั่งเล่น...ไปหาเล่นกับเพื่อนฝูงบ้าง ทั้งเล่นอยู่บ้านบ้างคนเดียวบ้าง...พูดเรื่องนั้นเรื่องนี้กับเพื่อน บางครั้งก็ไปยิงกะปอมบ้าง...ทำความสะอาดบ้าน นั่งข่าวกินเอง ล้างจาน ทำทุกวัน ทำให้ไม่คิดอะไร”

“พยายามทำตัวให้ร่าเริง ไม่ให้เหงา พยายามไม่คิดฟุ้งซ่าน ...เวลาอยู่เฉยๆ ก็เปิดเพลงฟัง เวลาซักผ้า ล้างจานก็เปิดเพลงฟังไม่ให้ตัวเองหงุดหงิด ทำใจให้ร่าเริง มันทำให้เราไม่เหนื่อยไม่ซีเกียจ ...เวลามีปัญหา ปวดหัวตีบๆ เราจัดการโดยวิธีการนอนพักผ่อน เปิดเพลงฟังด้วย ช่วยจิตใจให้เราร่าเริง”

“ฟังเพลง ดูหนัง ดูทีวี.... ร้องคาราโอเกะ....ออกกำลังกาย เดินแอโรบิกบ้าง...ไปหาเพื่อน เพื่อนที่คุยด้วยได้เวลาเศร้าใจนอนพักสักสิบสองงีบก็ทำให้เรารู้สึกสดชื่น”

ประเด็นย่อยที่ 2 การปรับความคิดและจิตใจ

บุคคลที่มีสุขภาพจิตดี ย่อมมีการมองตนเองในทางบวก มีทัศนคติที่ดีต่อตนเอง ยอมรับตนเองหรือปัญหาในสิ่งที่เกิดขึ้นทำให้สามารถต่อสู้หรือเอาชนะสิ่งแวดล้อมได้ การเจ็บป่วยทางจิตเป็นโรคที่สังคมส่วนหนึ่งไม่ยอมรับเนื่องจากภาพลักษณ์ของสังคมมองผู้ป่วยจะเป็นด้านลบ เช่น การมีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและสร้างความเดือดร้อน แก่บุคคลอื่น ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำส่วนหนึ่งก็เผชิญกับปัญหาการขาดการยอมรับจากสังคม แต่ผู้ป่วยก็สามารถดำรงชีวิตและปฏิบัติตัวอยู่ในสังคมจนทำให้สิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบข้างให้การยอมรับ ดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ ดังนั้นการยอมรับสภาพที่เป็นและการคิดในแง่บวกจึงน่าจะเป็นจุดหนึ่งที่ทำให้ผู้ให้ข้อมูลที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทไม่กลับไปป่วยซ้ำ ดังผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งได้กล่าวไว้ว่า

“ไม่คิดอะไร ...ทำใจ...ไม่ฟุ้งซ่าน...เข่าบ่นก็ไม่เถียงเดี๋ยวก็หยุดเอง...บางครั้งก็รู้สึกน้อยใจ แต่ก็ทำอะไรได้ละเมื่อมันเป็นแล้ว”

ผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการปรับความคิดและจิตใจไว้ หมายถึง คิดในแง่บวกและยอมรับสภาพที่เป็น ซึ่งประกอบด้วย การปลง ปล่อยวางและการยอมรับตนเองด้านปัญหาและการเจ็บป่วย
คิดในแง่บวก

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้กล่าวถึงการคิดในด้านบวก เกี่ยวกับมองข้อดีของตน มองหาในสิ่งที่ดีๆ ของตน พอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ ไม่คิดในเรื่องที่ผ่านมาที่ทำให้คิดมาก ดังผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“ทำแต่สิ่งดีๆ จิตใจก็ผ่องใส ร่าเริง คิดในสิ่งดีๆ ทำความดี...พอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่...พอใจในสิ่งที่ตนเองมีอยู่ ตัวเองมีเท่าไหน มีพี่น้อง มีเงิน มีกิน ก็เลยจิตใจมีกำลังใจ...มีเงินก็ไม่อยากมีมาก พออยู่พอกิน พอใช้ซื้อข้าวของ”

“ไม่เปรียบเทียบกับคนอื่นที่เขาสูงกว่า อย่างเช่นเพื่อนที่อายุเท่ากับเรา เขาได้เงินประจำตำแหน่ง C7 C8 เราก็ไม่ได้ ...เราก็ไม่คิดเราก็เฉยๆ พอถึงเวลาที่เราจะได้คงจะเหมือนกับเขาอย่างนี้ ให้กำลังใจตนเอง ...ซื้อของซื้อนาฬิกาให้ตนเอง”

“ทำจิตใจให้ดีๆ ไม่ต้องไปคิดเรื่องที่ผ่านมา ผมก็ไม่ได้คิดมาก...ก็ไม่ได้คิดมาก มีคนประสาทไม่ค่อยดีเหมือนผม ก็ไม่ได้ถือสา”

ยอมรับสภาพที่เป็น

ในผู้ให้ข้อมูลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ กล่าวถึงการยอมรับสภาพที่เป็นว่า ประกอบด้วย การปลง ปล่อยวางและการยอมรับการเจ็บป่วยและปัญหาของตนเอง

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่จะให้นิยามถึงการไม่คิดมาก ทำใจ ยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น เนื่องจากเกิดความไม่แท้ไม่แน่นอน ดังผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“ทำใจละ ..ก็ปลง ทำใจไม่ให้เครียดมาก มันก็สบายใจขึ้น...ทำใจให้เพลิดเพลินเลี้ยงวัวเลี้ยงควาย...พยายามไขว่คว้าหาสิ่งดีๆ”

“ทำตัวให้ดี ไม่คิดมาก ไม่ซีเรียส เป็นอะไรให้ปล่อยวาง ไม่เก็บมาคิดให้เป็นความเครียด ...เรื่องสังขารเป็นเรื่องไม่แท้ไม่แน่นอน เราไม่ต้องไปยึดติดกับเรื่องต่างๆรู้จักปล่อยวางอะไรบ้าง รู้จักปลงอะไรบ้าง...ประสบการณ์ชีวิตหนอ ก็อย่างคนรอบข้าง คนนั้น คนนี้เสียชีวิต คนนั้นไม่สบายเป็นโรคนั้นโรคนี่เราก็อปลง”

นอกจากนั้นผู้ให้ข้อมูลได้เล่าถึงประสบการณ์การดูแลตนเอง โดยผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวถึงการรับรู้ต่อตนเองในด้านการทำใจยอมรับการเจ็บป่วย การทำใจยอมรับปัญหาหรือการรับรู้ถึงความแตกต่างระหว่างตนเองที่ไม่เหมือนคนอื่น ดังที่ผู้ป่วยได้กล่าวไว้ดังนี้

“เป็นโรคจิตอย่างหนึ่งนะผมว่า โรคจิตแบบนอนไม่หลับ โรคเครียด...ผมก็คิดซะ ไม่คิดมาก คิดมากก็เป็นประสาท ไม่คิดเลย ปล่อยให้โง่งไปเลย ปล่อยให้เป็นธรรมชาติ...ถึงเขาล้อเขาเล่นก็ช่างเขา เขาล้อเฉยๆ ...ปกติก็ซื้อผมอยู่แล้วว่า บ้า เขาตั้งชื่อใหม่ให้ คนหลายคนแล้ว”

“เวลามีบุญเค้าก็มาบอก เเล้วให้ฟัง ตัวเราก็อยากไปแต่ก็เดินเหินไม่สะดวก แต่กับอยู่ที่บ้าน ก็อยากไปช่วยเขา ร่างกายไม่อำนวย คิคน้อยใจ...เขาไปประชุมคนพิการ เขาถามยอมรับตนเองเป็นคนพิการไหม ฉันก็ยกมือ ยอมรับสิเพราะฉันก็เป็นจริงๆ ประสาทจริงๆ ฉันก็ยอมรับ ฉันก็มาปฏิบัติ ตามตัวเอง ตามร่างกายตัวเอง”

“มีหลายอย่างในครอบครัว...ก็ต้องทำใจเพราะเป็นแม่เขาก็ต้องยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้น”

ประเด็นที่ 3 การดูแลตนเองด้านสังคม

การดูแลตนเองด้านสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการ ตามการรับรู้ของตนเอง เพื่อที่จะทำให้สามารถดูแลตนเองให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม มีสัม พันธ์ภาพกับบุคคลอื่น รวมถึงการทำกิจกรรมร่วมกับสังคม ได้รับการสนับสนุนจากสังคมและการ ที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้ จากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ด้านสังคม คือ การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและการปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ประเด็นย่อยที่ 1 การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

การที่ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าการมีชีวิตอยู่ มีความสำคัญต่อตนเอง และผู้ที่อยู่รอบข้าง ถึงแม้จะไม่ สบายแต่ก็ได้รับความรักความอบอุ่น กำลังใจและความช่วยเหลือจากบุคคลที่รักรวมถึงการที่ ตนเองได้ให้ความรักความช่วยเหลือกับบุคคลอื่น จึงทำให้ผู้ป่วยได้รับความรู้สึกมีที่พึ่ง ได้รับการ สนับสนุนทางสังคมและเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคม

จากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำได้รับความรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมี ความสำคัญ ได้รับการดูแลเอาใจใส่ ช่วยเหลือ การได้รับและมอบกำลังใจให้บุคคลที่เป็นที่รัก และ ได้รับการปรึกษาจากบุคคลที่ไว้ใจ ดังผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“พวกคนนี่เขาสร้างเขาทำดี เขาเอาใจเรา ช่วยทำทุกอย่าง ไม่กวนประสาท ชีวิตเลยราบรื่น... มีส่วนนะ เขาช่วยทุกอย่าง ทำงานเขาก็ช่วย เขาไม่ให้หนูทำอะไรหนัก ฝักรู้จักทำอะไร...ปฏิบัติกับ สามีก็เอาใจ ไม่ด่า...นอกจากสามีแล้ว ก็มีลูกอีกคนหนึ่งที่เป็นกำลังใจ...เวลามีเรื่องไม่สบายใจ ปรึกษาพ่อ พ่อแม่ แต่ส่วนมากจะเลือกปรึกษาพ่อแม่ เวลามีปัญหาอย่างไม่มีเงิน พ่อก็จะให้เงินมา”

“ได้กำลังใจจากลูก จากแม่ เพราะเราเป็นหลักของครอบครัว..ครอบครัวที่รับราชการอยู่คน เดียว ถ้าเราเป็นอะไรไปพ่อแม่จะเป็นอย่างไร ใครจะดูแลท่าน...ลูกก็ยังเล็ก...รักลูก รักสามี รักพ่อ แม่พี่น้อง เราให้ความรักกับเขาก็จะทำให้เราได้รับตอบแทนมาเหมือนกัน...แล้วก็ดูแลคนที่อ่อนแอ กว่า เช่นลูกหลาน ซื่อเลื้อผ้า เอาขนม อาหารให้กิน แล้วก็ช่วยเหลือด้านเงิน ...(ภูมิใจว่าเรามีค่า)ไม่ ไร้ค่าสำหรับบุคคลอื่น...พี่ก็เอาเงิน ไปสร้างบ้านให้แม่...ก็เป็นการช่วยเหลือทางครอบครัวพี่ ทำให้ พี่มีกำลังใจขึ้น ว่าเรานี้เป็นลูกก็ต้องกตัญญูต่อบิดา มารดา”

“เวลาไม่สบายใจ ก็ปรึกษาพ่อ ทำให้เราสบายใจขึ้น พ่อก็มีเรื่องนั้นเรื่องนี้มาแล้ว ฟังแล้วก็คิดได้ อันไหนไม่ดีพ่อก็สอน พ่อก็ไม่ให้คิดอย่างนั้นอย่างนี้ มันไม่ดีพ่อก็บอก”

ประเด็นย่อยที่ 2 การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การที่ผู้ให้ข้อมูลได้รู้สึว่าการมีชีวิตอยู่ มีความสำคัญต่อตนเองและผู้ที่อยู่รอบข้าง การที่ตนเองได้ให้ความรักความช่วยเหลือกับบุคคลอื่น ได้รับโอกาส การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การช่วยเหลือสังคม เกื้อกูลกันในสังคม การเข้าสังคม การได้ทำประโยชน์ให้แก่สังคม ดังผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ว่า

“เขารู้กันว่าเราไม่สบาย..เขาก็ไปๆมาๆ..เขาค่อนข้างรับเราเสมอ..เราก็ปกติกับเขาไปเรื่อยๆ ถือว่าเป็นเพื่อนฝูงกัน...มีบุญมีงานก็ไปช่วยเขา ไปจัดโต๊ะ ไปจัดอะไร...งานผมเขาก็ก็นมาช่วยเลย ผมไม่ได้บอกเขา เขาก็มาช่วยกันเต็มเลย ดอกไม้ดอกอะไรเขาก็จัดให้ ไม่ได้หวังอะไรตอบแทน”

“ทำตนให้เป็นประโยชน์กับสังคม อันไหนช่วยได้เราก็ช่วย คนขอเรื่องให้ทำเราก็ทำ สมมุติวันนี้เขาจะทำบุญใช้ไหม ก็ไปช่วยล้างจาน เสิร์ฟอาหาร เวลาเขาปลูกผักอย่างนี้ เราก็เอาไปขายให้ แล้วเขาก็จะแบ่งให้เรานะ นี่แหละเป็นประโยชน์อย่างนี้แหละทำให้ชาวบ้านรักหนู...คิดเอาเองว่าทำอะไรพ่อแม่จะรัก ช่วยกันทำทุกอย่าง เกี่ยวข้าวก็ไม่เอาเงิน คำนาคช่วยจนเสร็จไม่เอาเงิน แต่เขาก็ให้ข้าวกิน ไถนาที่ไม่มีไถพ่อก็ซื้อรถไถนาให้”

“หัวหน้าและเพื่อนร่วมงานไม่รังเกียจเรา ไม่พูดอย่างนั้นอย่างนี้ ไม่มีใครพูดอะไรเลย... ผู้ใหญ่ท่านก็เห็นใจ..เข้าใจ---ทำบุญบ้างตามโอกาส บริจาค ไปซื้อของเข้าวัดเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ให้ความรัก ความไว้ใจทุกคน ก็ให้เกียรติเขาเพราะว่าทุกคนมีศักยภาพ เพื่อนร่วมงานก็ให้เกียรติ”

“เวลาที่มีการมีงาน ฉันก็ไปช่วยงานเขา..ไปทำกับข้าว ล้างจาน เรามีอะไรเราก็เอาไปให้คนนั้นคนนี้ทำทาน... คนอื่นเขามีอะไรเขามีอะไรเขาก็เอามาให้เราทาน”

ประเด็นที่ 4 การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเพื่อจากการศึกษา ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณคือ การพัฒนาตนเองด้านจิตวิญญาณ โดยปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา รวมทั้งการยึดหลักคำสอนเพื่อฝึกจิตใจสงบ

ประเด็นย่อยที่ 1 ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา

ผู้ให้ข้อมูลซึ่งมีการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตก็มีความเชื่อหรือสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจเหมือนคนปกติหรือผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคร่างกาย โดยความเชื่อส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับคำสอนและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ โล่งใจเมื่อได้ปฏิบัติ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้กล่าวถึง การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เกี่ยวกับ การไปวัด ทำบุญ ตักบาตร ฟังธรรม ถวายเทียน การสวดมนต์ไหว้พระซึ่งเมื่อปฏิบัติแล้วทำให้เกิดความสบายใจ ดังผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ ดังนี้

“เข้าวัด ฟังทำ ..ทำให้ใจเราสบาย...ก็มีไปวัดบ้านโนนทำพิธีอะไรตามศาสนา...ผูกแขนผูกอะไรแค่นี้ พุงต่างๆ ว่าเป็นที่พึ่งทางใจสำหรับผู้ป่วย ...”

“การสวดมนต์ไหว้พระ อธิฐานสิ่งดีๆ ทำให้เราสบายใจ...ใส่บาตร..ไปทำบุญ เข้าวัด ฟังธรรม”

“ไปทำบุญ ไปวัด ตักบาตรเวลามีบุญแบบนี้ ไปแล้วก็สบายใจ”

ประเด็นย่อยที่ 2 ฝึกจิตใจสงบ

ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่ได้กล่าวถึง ที่ยึดเหนี่ยวตามคำสอน เกี่ยวกับ คำสอน คติเตือนใจ อ่านหนังสือธรรม ทำให้ผู้ป่วยได้เป็นแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิต ซึ่งผู้ให้ข้อมูลได้กล่าวไว้ ดังนี้

“... เวลาจิตใจไม่สบาย หนังสือธรรมะเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจ เขาสอน ฉันชอบอ่านหนังสือธรรมะ เขาสอนเราก็เอามาปฏิบัติตามเขาเขียนไว้ เราก็ไม่คิดอะไร ถ้านอนไม่หลับก็ลงมาอ่าน ทำให้จิตใจสบายไม่คิดฟุ้งซ่าน เขามีกลอนมีอะไรสอน ตอนหายใหม่ๆ ก็พกไปอ่านที่นั่นด้วย... ทำให้จิตใจสบายขึ้น ห่วงเรื่องนั้นเรื่องนี้ ถ้าไม่อ่านก็จะเป็นกังวล ห่วงคนนั้นคนนี้ กลัวไม่ได้ อย่างนั้น อย่างนี้ เลยทำให้ป่วย พออ่านแล้วก็คิดว่าโตแล้วก็หาทำเอง ฉันก็ทำของฉันไป แต่ก่อนห่วงน้องห่วงพี่สาว กลัวเขาไม่ได้ กลัวเขาไม่มีกิน”

“เดินทางสายกลางไม่สร้างหนี้สร้างสิน นกน้อยทำรังแต่พอตัว สร้างนี้เราก็ตั้งแต่เราก็กาล้ำดับความสำคัญก่อนว่าอันไหนสำคัญมากเป็นอันดับที่ 1 2 3 ถ้าอันที่ 1 ทำก่อน เสียเงินมากก็ไม่เป็นไร”

สรุปผลการวิเคราะห์ข้อมูล

จากการนำเสนอประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยแบ่งเป็น

1. การให้ความหมายของการดูแลตนเอง คือ การที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้มีร่างกายแข็งแรง จิตใจสดใส อยู่ร่วมกับครอบครัว สังคมได้อย่างปกติไม่มีอาการกำเริบและกลับไปป่วยซ้ำ

2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ประกอบไปด้วย 4 ประเด็น ได้แก่

- ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย
- 1.1 การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์
 - กินยาตามกำหนด กินไม่ให้อาเจียน
 - ปรับเวลากินยาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต
 - 1.2 การหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาท
 - งดยาหรือแอลกอฮอล์ เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
 - งดสารเสพติดและสารกระตุ้นประสาท
- ประเด็นที่ 2 ประสบการณ์ การดูแลตนเองด้านจิตใจ
- 2.1 การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลาย
 - ทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เป้าประโยชน์
 - ทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ผ่อนคลาย
 - 2.2 การปรับความคิดและจิตใจ
 - คิดในแง่บวก
 - ยอมรับสภาพที่เป็น
- ประเด็นที่ 3 ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสังคม
- 3.1 การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว
 - 3.2 การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม
- ประเด็นที่ 4 ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ
- 4.1 การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา
 - 4.2 การ ฝึกจิตใจให้สงบ

บทที่ 5

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อบรรยายความหมายและประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ใช้รูปแบบการศึกษาตามแนวคิดเชิง ปรัชญาการณัติวิทยาของ Husserl (Husserlian Phenomenology) ซึ่งเป็นการวิจัยเพื่อบรรยายการให้ความหมายของประสบการณ์ของผู้มีประสบการณ์ตามสถานการณ์จริงและตามการรับรู้ของผู้ที่อาศัยอยู่ในประสบการณ์นั้น โดยผู้วิจัยได้แยกความเชื่อและสิ่งที่รู้เกี่ยวกับปรัชญาการณัติวิทยาออกจากสถานการณ์ที่ศึกษา ซึ่งผู้ให้ข้อมูลหลักในการวิจัยครั้งนี้คือผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดูแลตนเองไม่กลับไปป่วยซ้ำ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคามทั้งในและนอกพื้นที่เขตเทศบาล มีความสมัครใจและยินดีร่วมเป็นผู้ให้ข้อมูล โดยทั้งนี้ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพจะเน้นในเรื่องของการศึกษาเพื่อบรรยายข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ดังนั้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยจึงเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง มีผู้ให้ข้อมูลรวม 10 ราย มีโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) และการบันทึกภาคสนาม ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการสัมภาษณ์ผู้ให้ข้อมูลเฉลี่ยรายละ 2-3 ครั้ง ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ตามขั้นตอนของ Colaizi และนำเสนอประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลในภาพรวม ซึ่งของผลการวิเคราะห์ข้อมูลได้ทำให้เกิดความเข้าใจการให้ความหมายและประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำให้ความหมายของการดูแลตนเอง คือ การที่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงจิตใจสดใส อยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติและไม่มีอาการกำเริบ

2. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ แบ่งเป็น 4 ประเด็นหลักและประเด็นย่อย ดังนี้

ประเด็นที่ 1 ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย

1.1 การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์

- กินยาตามกำหนด กินไม่ให้ขาด
- ปรับเวลากินยาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิต

1.2 การหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาท

- งดยาหรือลด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์
- งดยาเสพติดและสารกระตุ้นประสาท

ประเด็นที่ 2 ประสบการณ์ การดูแลตนเองด้านจิตใจ

2.1 การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลาย

- ทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ เป็นประโยชน์
- ทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ผ่อนคลาย

2.2 การปรับความคิดและจิตใจ

- คิดในแง่บวก
- ยอมรับสภาพที่เป็น

ประเด็นที่ 3 ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสังคม

3.1 การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัว

3.2 การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

ประเด็นที่ 4 ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

4.1 การปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา

4.2 การ ฝึกจิตใจให้สงบ

การอภิปรายผล

การให้ความหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

การศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลได้ให้ความหมายการดูแลตนเอง ผ่านการรับรู้เหตุการณ์ เรื่องราวที่ประสบ ความคิดความรู้สึก ไว้ 3 ด้าน ได้แก่ 1) การมีร่างกายที่แข็งแรง มีจิตใจที่สดใส 2) มีการดำเนินชีวิตและอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้อย่างปกติ และ 3) การไม่มีอาการกำเริบ ดังนั้นการให้ความหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่กล่าวถึง การที่จะสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีจิตใจที่สดใส มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ได้รับการยอมรับและปฏิบัติตัวเช่นคนปกติและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขไม่มีอาการกำเริบ ซึ่งการให้ความหมายดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงประสบการณ์ทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ดังกล่าวจึงเป็นการเรียนรู้ในการดูแลตนเองเนื่องจากหากผู้ให้ข้อมูลไม่สามารถดูแลตนเองได้ก็จะทำให้มีอาการกำเริบ ส่งผลให้ มีบทบาทในการดูแลตนเอง ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานรวมถึงการทำงานได้ การที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอารมณ์และตนเอง มีผลทำให้ผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน สังคมมีความหวาดระแวงว่าจะได้รับอันตรายจนทำให้ขาดการยอมรับและหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยในที่สุด ลักษณะพฤติกรรมดังกล่าวส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยอย่างไม่เป็นสุข

ดังนั้นการให้ความหมายดังกล่าว จึงเป็นสิ่งสนับสนุนที่ส่งผลให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติตัวอย่างมีเป้าหมายเพื่อที่จะสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองให้มีร่างกายที่แข็งแรง สามารถที่จะดำเนินชีวิตได้อย่างปกติเหมือนคนอื่น ไม่มีอาการกำเริบ และกลับไปป่วยซ้ำ

จากการให้ความหมายของการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำข้างต้นมีความสอดคล้องกับ โอเรม (1991) ที่ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลเริ่มกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผนมีการเรียนรู้ว่าจะเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเองได้รับการสอนหรือแนะนำหรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ไม่ใช่การตอบสนองด้วยสัญชาตญาณแต่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) ได้ให้ความหมายสุขภาพว่า หมายถึง สุขภาวะที่สมบูรณ์ เป็นองค์รวม อย่างสมดุลทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและไม่มีโรคเท่านั้น ผู้ป่วยเรื้อรัง รวมถึงผู้ที่มีความบกพร่องทางกายหรือทางจิตก็สามารถบรรลุถึงสุขภาวะในขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคล จากแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ที่ได้กล่าวถึง สุขภาวะ ว่าเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ ซึ่งมีความเป็นองค์รวมเป็นหน่วยเดียวกันไม่สามารถแยกจากกันได้ จากแนวคิดดังกล่าวให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัตร ซึ่งเป็นแนวเดียวกับแนวคิดทางการแพทย์ที่มองสุขภาพเป็นองค์รวมและเป็นสภาวะหรือกระบวนการที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาและต่อเนื่อง ทำให้สามารถประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นอยู่เพื่อเป็นข้อมูลที่น่าไปสู่การพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมเพื่อให้ผู้รับบริการมีความผาสุกตามศักยภาพ

ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

การให้ความหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ที่กล่าวถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองให้มากที่สุด ไม่เป็นภาระของบุคคลอื่น เป็นการดูแลเพื่อให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีจิตใจที่สดใส มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว ได้รับการยอมรับและปฏิบัติตัวเช่นคนปกติและสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมได้อย่างปกติสุขไม่มีอาการกำเริบ จากการให้ความหมายดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับแนวคิดเกี่ยวกับ สุขภาวะ ที่เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม จิตวิญญาณ ซึ่งมีความ

เป็นองค์รวมเป็นหน่วยเดียวกันไม่สามารถแยกจากกันได้ ซึ่งให้ความสำคัญกับพฤติกรรมและกิจกรรมของคนซึ่งตอบสนองต่อความต้องการของตนเองในทุกมิติอย่างเป็นพลวัต (วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

จากการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลที่เบิกกว้างตามความเป็นจริงของประสบการณ์ผู้ให้ข้อมูล ทำให้ทราบถึง การปฏิบัติตัวเพื่อดูแลตนเอง ทำให้ผู้ให้ข้อมูลสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่กลับไปป่วยซ้ำและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ สามารถสรุปได้เป็น 4 ประเด็นหลัก ดังนี้ 1) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์และ (2) การหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาท 2) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตใจ จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การทำงานและ/หรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลายและ (2) การปรับความคิดและจิตใจ 3) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านสังคม จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและ (2) การปฏิบัติตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคม 4) ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ จำแนกเป็น 2 ประเด็นย่อย ได้แก่ (1) การปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาและ (2) การฝึกจิตให้สงบตั้งมั่นจากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ สามารถอภิปรายเป็นรายด้านได้ดังนี้

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย

จากการศึกษา พบว่า ประสบการณ์การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลทุกรายให้ความสำคัญโดยเฉพาะเรื่องการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์ นอกจากนี้ต้องมีการหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาทเพื่อให้สามารถทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันและตอบสนองตนเองได้ สอดคล้องกับ โอรัม (1991) ที่กล่าวถึงการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพว่าเป็นความต้องการการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรืออันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพทุพพลภาพ เจ็บป่วยหรืออยู่ในระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างร่างกายเปลี่ยนแปลงไป จึงมีการแสวงหาความช่วยเหลือ การตระหนักและเอาใจใส่สุขภาพ ทำให้มีการปฏิบัติตามแผนการรักษาและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า สุขภาวะทางกายของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันได้ดีมาก คือ ประเมินได้จากการทำกิจกรรมหลายๆ ด้าน ซึ่งหนึ่งในนั้นคือ การรับประทานยาซึ่งสอดคล้องกับการปฏิบัติตัวของผู้ให้ข้อมูล ได้นอกจากนี้ ยังสอดคล้องกับการศึกษาของเพชร คันทสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง คือ ต้องมีการรับยาตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ จะต้องปฏิบัติอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอ ไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเองตามความพอใจ และจะต้องมีการสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

เนื่องจากเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจะสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดขึ้นรวมทั้งสามารถบอกเล่าอาการที่เกิดขึ้นในระหว่างรับการรักษาด้วยยาให้ทีมการรักษาได้ถูกต้องด้วย

นอกจากนั้นประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เกี่ยวกับการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยมีประสบการณ์การกินยาที่หลากหลาย โดยการปฏิบัติทั้งที่ตั้งใจหรือรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ตัวอย่างเช่น เมื่อผู้ให้ข้อมูลมีอาการเริ่มแรก แพทย์แนะนำให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลก็ปฏิบัติตามจนมีอาการดีขึ้นทำให้เข้าใจว่าตนเองหายจากโรค จากประสบการณ์ในการรับประทานยาเมื่อมีการเจ็บป่วยครั้งแรกๆ เมื่อไปรับการรักษาอาการดีขึ้นแล้วแพทย์ก็จะให้ยามารับประทานที่บ้าน เมื่อทานไปได้ระยะหนึ่งผู้ให้ข้อมูลมีอาการดีขึ้นไม่มีอาการทางจิตกำเริบ จึงหยุดรับประทานยาคิดว่าตนเองหายแล้ว ซึ่งจากผลของการหยุดรับประทานยาทำให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย โดยผู้ให้ข้อมูลยกตัวอย่างให้ฟังว่าเมื่อขาดยาแล้วจะมีอาการปวดหัวอย่างมาก ทำให้นอนไม่หลับ ส่งผลถึงกิจวัตรประจำวัน คือนอกจากนอนไม่หลับแล้ว ยังไม่สามารถทำงานได้ ทำให้ขาดความสนใจในการดูแลตนเองและยังส่งผลให้กระทบต่อบุคคลอื่น เมื่อควบคุมตนเองไม่ได้ก็จะด่าให้กับทุกคนที่จิตใจตนเอง ทำให้สังคมไม่ค่อยยอมรับตนเองในที่สุด จากประสบการณ์การเรียนรู้เรื่องการรับประทานยาจึงเป็นส่งผลถึงพฤติกรรมดูแลตนเองเรื่องการรับประทานยาว่า จะต้องรับประทานอย่างต่อเนื่อง ขาดไม่ได้ ตามที่แพทย์แนะนำ ถึงแม้บางครั้งผู้ป่วยบางรายจะมีการปรับเวลาในการทานยาให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตประจำวัน แต่ก็ยังถือว่า ผู้ป่วยมีการรับประทานอย่างต่อเนื่องไม่ขาด ซึ่งน่าจะสนับสนุนการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยไม่กลับมาป่วยซ้ำในโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับ ผลการศึกษาในปัจจุบันว่าวิธีการรักษาโรคจิตเภทที่ใช้มากที่สุด คือ การรักษาด้วยยาที่สามารถปรับสมดุลของสารชีวเคมีในร่างกายและพบว่ามีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการของผู้ป่วย (Horwath & Cournos, 1999; Kumar & sedgwick, 2001b) โดยยาต้านโรคจิตจะลดความรุนแรงของโรค ควบคุมอาการให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว ป้องกันการกลับเป็นซ้ำหรือการเกิดอาการใหม่ (Kaplan & Sadock, 1995) และสัมพันธ์กับการศึกษาของ สุลพล รุจิรพิพัฒน์ และคณะ (2528) ,วัชณี หัตถพรหม และคณะ (2529), จลี เจริญสรรพ (2538) พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้องของผู้ป่วย เกี่ยวกับ การรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง โดยหยุดหรือเพิ่มหรือลดขนาดยาเอง มีผลต่อการกลับไปป่วยซ้ำทั้งนั้น และ สัมพันธ์กับการศึกษาของ เพชรี คันธสาขบัว (2544) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีพฤติกรรมการใช้ยาถูกต้อง คือ ต้องมารับยา ตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง และเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำต้องมีการดูแลตนเองอย่างเคร่งครัดและสม่ำเสมอไม่ลดหรือเพิ่มจำนวนเม็ดยาเองตามความพอใจ

จากการศึกษาประสบการณ์ครั้งนี้ที่เกี่ยวกับการรับประทานยาในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่าผู้ให้ข้อมูลเกือบทุกคน พูดคำพูดที่ว่า “กินตามหมอสั่ง หรือ ตามคำแนะนำของแพทย์” ซึ่งจาก

ความหมายของประโยคดังกล่าวน่าจะสื่อถึงความศรัทธาและเชื่อมั่นของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อบุคลากรผู้ให้การดูแลรักษา โดยบอกอะไรผู้ให้ข้อมูลก็ทำตาม ซึ่งน่าจะเป็นประโยชน์ในการที่จะให้การดูแลรักษาต่อไปและยังพบว่า เวลาของการรับประทานยาจะมีผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ให้ข้อมูลเนื่องจาก ผู้ให้ข้อมูลส่วนใหญ่มากกว่าครึ่งมีการรับประทานยาเวลาเดียวคือก่อนนอน สะท้อนถึงผู้ให้ข้อมูลสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ใกล้เคียงกับปกติ เนื่องจากที่ผ่านมาผู้ให้ข้อมูลบางราย กล่าวว่า หลังจากเปลี่ยนมารับประทานยาก่อนนอนเวลานั้นสามารถทำงานได้เหมือนปกติไม่ค่อยนอนเหมือนเดิม

นอกจากการใช้ยาตามแผนการรักษาของแพทย์แล้ว การดูแลตนเองด้านร่างกายของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ยังกล่าวถึงการหลีกเลี่ยงสารกระตุ้นประสาทจากการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ผู้ให้ข้อมูลจำนวนครึ่งหนึ่งได้กล่าวถึงข้อการปฏิบัติของการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้กลับไปป่วยซ้ำ โดยการงดหรือลดสารกระตุ้นประสาทที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ ไม่ว่าจะเป็นการงดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และการงดใช้สารเสพติด เนื่องจากประสบการณ์ทำให้ผู้ให้ข้อมูลเรียนรู้ว่า เมื่อตนเองใช้สารกระตุ้นเหล่านี้แล้วจะทำให้มีอาการกำเริบได้ โดยผู้ให้ข้อมูลรายหนึ่งเล่าให้ฟังว่าตนเคยหลงไปดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพียงนิดเดียว แต่ปรากฏว่าทำให้นอนไม่หลับเลยหรืออกรายเล่าถึงประสบการณ์ตนเองที่ใช้สารเสพติดจำพวกยาบ้าจนทำให้เกิดอาการทางจิต

จากประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาของ Dixon et al.(1991) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท 48% ใช้สารเสพติด โดย 23% ใช้สารเสพติดชนิดเดียว ส่วน 25% ใช้สารเสพติดมากกว่าหนึ่งอย่าง โดยสารเสพติดและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ เป็นสารกระตุ้นการเกิดอาการผิดปกติทางจิต เป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยมีความรุนแรงของอาการทางจิตมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการทางจิตให้คงที่ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาที่ไม่ดีและการเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Kofoed et al. (1986) ; Barbee et al. (1989); Drake, Osher, & Wallach (1989) ที่ศึกษาการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดจะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา มีพฤติกรรมไม่เป็นมิตร มีความผิดปกติของการทำหน้าที่ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำๆ มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติด แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญสาเหตุหนึ่งของโรคจิตเภทคือ ปัจจัยด้านสารชีวเคมีในสมอง ดังนั้นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเพื่อไม่ให้มาป่วยซ้ำจึงจำเป็นต้องควบคุมสารชีวเคมีในสมองให้เกิดความสมดุลด้วยวิธีการต่างๆ

2. การดูแลตนเองด้านจิตใจ

การดูแลตนเองด้านจิตใจ เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการตาม การรับรู้ของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกสบายใจและเกิดการผ่อนคลาย ยอมรับการเจ็บป่วยส่งผลให้ มีการดูแลตนเอง ซึ่งจากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า การดูแล ตนเองด้านจิตใจคือ การทำงาน ทำกิจกรรมที่ทำให้เกิดความภาคภูมิใจและผ่อนคลาย รวมถึงการ ปรับความคิดและจิตใจ ให้สามารถดูแลตนเองไม่กลับไปป่วยซ้ำ

ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เกี่ยวกับการ พัฒนาารูจักตนเอง คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อทำความรู้จักกับค่านิยม เป้าหมายชีวิตและวิธีการ แก้ปัญหาของตน การรับรู้ความรู้สึกและมีพฤติกรรมของตน มีความพยายามที่จะสร้างความคิดที่ ดีต่อตนเองและผลการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) เกี่ยวกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ ป่วยซ้ำ พบว่า มีการตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจได้อย่างเหมาะสมในระดับดี มีการ ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นและสุขภาวะทางจิตด้านความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง คือ ความคิด หรือความรู้สึกตามการรับรู้ของผู้ป่วยในการประเมินว่าตนเป็นคนมีคุณค่า เป็นคนดี มี ความสามารถ มีความหมายต่อครอบครัว

นอกจากนั้นประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ผู้ป่วยทุกคนเล่าถึง การดูแลตนเองเมื่อเป็นโรคนี้อย่างไร ไม่ควรอยู่เฉยๆ โดยควรหาอะไรทำที่ทำให้เกิดความสบายใจ ไม่คิด มาก หรือหมกมุ่นอยู่กับตนเอง สัมพันธ์กับการศึกษาของ จิราภรณ์ สรรพพิริวงค์ (2544) ที่ ทำการศึกษาความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทในชีวิตประจำวัน พบว่า วิธีการ เผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทส่วนหนึ่งคือ การทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเครียด เมื่อทำแล้ว ผู้ป่วยจะเกิดความภาคภูมิใจและความสบายใจ สัมพันธ์กับ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่ทำการศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง ได้กล่าว ไว้ว่า การทำกิจกรรมเพื่อบรรเทาความเครียดของผู้ป่วย เป็นผลมาจากประสบการณ์การเรียนรู้ของ ผู้ป่วยที่มีการเจ็บป่วยมาเป็นระยะเวลาาน ทำให้ต้องมีการแสวงหากิจกรรมเพื่อลดความตึงเครียดของร่างกายและจิตใจ โดยบุคคลจะใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ความเครียดจะลดลง เกิด ความพึงพอใจ ผลผลิตและแรงจูงใจก็จะเพิ่มขึ้น ทำให้สามารถเอาชนะความเครียดและเอาชนะสิ่ง ต่างๆได้ ซึ่งเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการมีสุขภาพจิตที่ดี

ข้อมูลยังมีการปรับความคิดและจิตใจ ซึ่งถือว่าเป็นการเริ่มต้นที่จะทำให้เกิดแนวโน้มนั้นใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น เนื่องจากการป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยมีความเคย ชินและยอมรับการเจ็บป่วยว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่สามารถเกิดขึ้นได้กับทุกคน ซึ่งแท้จริงแล้วไม่มีใครอยากให้เกิดขึ้น ส่งผลต่อจิตใจของผู้ป่วย จากเดิมที่มีความหวังว่าเมื่อเป็นแล้วอาจหายได้ แต่เมื่อ เกิดขึ้นและต้องดูแลตนเองเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้เกิดการท้อใจยอมรับการเจ็บป่วยและ

ปัญหาที่เกิดขึ้นเมื่อมีการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองให้มีอาการคงไว้ไม่ให้กำเริบ ถึงแม้ไม่หายขาด ต้องรับประทานยา แต่ก็สามารถปฏิบัติกิจกรรมและทำงานเหมือนคนปกติได้ ซึ่งจากประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในการปรับความคิดและจิตใจ พบว่าบุคคลที่มีปัญหาทางจิตอาจมีความรู้สึถูกแบ่งแยกจากสังคม การทำใจและปรับความรู้สึกให้ยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง จึงเป็นจุดเริ่มต้นที่ทำให้เกิดความเข้าใจตนเอง มีการปรับการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยทำให้เกิดผลดีต่อการเจ็บป่วย จากการศึกษาพบว่า ผู้ให้ข้อมูลอีกกลุ่มหนึ่งที่ปรับเปลี่ยนความคิดใหม่ แทนที่ จะคิดว่าโรคนั้นเป็นแล้วไม่หาย มองตนเองเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ในทางลบ ก็ปรับเปลี่ยนความคิดมาทางบวกเพื่อที่จะทำใจตนเองให้สบาย ไม่เครียด ไม่คิดมากกับเรื่องที่เกิดขึ้น สอดคล้องคำกล่าวของ Watson (1997) ที่ว่า การร่วมความรู้สึก การเข้าใจและรับรู้ความรู้สึกของตนเองนั้นเป็นส่งเสริมการยอมรับตนเองทั้งในด้านบวกและด้านลบ ผู้ป่วยเกิดการปรับความคิดเกี่ยวกับตนเองใหม่ ยอมรับตนเองมากขึ้นส่งผลต่อการดูแลตนเองผู้ป่วยที่ดียิ่งขึ้น

3. การดูแลตนเองด้านสังคม

จากการศึกษาประสบการณ์ของผู้ให้ข้อมูลที่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท กล่าวว่าการทำงานเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและสังคมเป็นการปฏิบัติตนที่ทำให้ตนเองรู้สึกภาคภูมิใจ ครอบครัวและสังคมให้ความรักความเอาใจใส่ ให้ตนได้รับรู้ความรู้สึกของการได้ความเอาใจใส่ รวมถึงการเป็นส่วนหนึ่งในสังคม นอกจากนี้สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การแสดงออกด้วยคำพูดหรือการกระทำ การช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว บุคคลอื่น ทำให้เกิดความรู้สึกไม่ถูกทอดทิ้ง ส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองแก่ผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจ

การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทซึ่งลักษณะการแสดงออกของความเจ็บป่วยจะทำให้เกิดความแปลกแตกต่างจากคนทั่วไป ทำให้บางครั้งสังคมไม่ยอมรับกับพฤติกรรมนี้ เนื่องจากกลัวจะได้รับอันตราย จากพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตนเอง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวและระแวงว่าจะไม่ได้รับการยอมรับจากครอบครัวและสังคม ทำให้เกิดปัญหาทางจิตสังคมได้ ดังนั้นการดูแลตนเองด้านสังคม เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของตนเอง เพื่อที่จะทำให้สามารถดูแลตนเองให้อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคม มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมถึงการทำกิจกรรมร่วมกับสังคม ได้รับการสนับสนุนจากสังคมและการที่สามารถปรับตัวให้เข้ากับสังคมได้

จินดนา ยูนิพันธ์ (2534) กล่าวถึง การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม คือ กิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อสร้างความสัมพันธ์กับกลุ่มบุคคลใกล้ชิด กิจกรรมที่กระทำเพื่อให้ความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นมีความมั่นคงและความพยายามที่จะให้ได้มาซึ่งการช่วยเหลือจากบุคคลใกล้ชิด การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ คือ กิจกรรมที่บุคคลทำให้

บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองได้และรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้อง ตรงกัน รวมถึงการใช้เวลา คือกิจกรรมที่บุคคลพิจารณาการใช้เวลาอย่างมีเป้าหมายของตนในแต่ละวัน การจัดสรรเวลาเพื่อตนเองและผู้อื่นอย่างเหมาะสม และสัมพันธ์กับผลการศึกษาของ พิศ สมร เดชดวง (2545) เกี่ยวกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า สุขภาวะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยกล่าวถึง สุขภาวะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมอยู่ในระดับดี คือ สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในครอบครัว เพื่อนบ้านหรือชุมชน มีการให้และการรับความรักและการช่วยเหลือกันในครอบครัวหรือชุมชน มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนและมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน นอกจากนี้รับรู้ถึงการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว หรือชุมชน จากการได้รับกำลังใจ คำแนะนำและการสนับสนุนทางการเงินหรือสิ่งของ

4. การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่ผู้ให้ข้อมูลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการตามการรับรู้ของตนเอง เพื่อที่จะทำให้สามารถดูแลตนเองให้พึงพอใจในชีวิต มีเป้าหมายชีวิต รับรู้ประโยชน์และโทษในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง จากการศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า การดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณคือการพัฒนาตนเองด้านจิตวิญญาณโดยปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อทางศาสนา รวมทั้งการยึดหลักคำสอนเพื่อฝึกจิตใจให้สงบ

จากประสบการณ์ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ซึ่งเป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนเองนับถือ โดย กล่าวว่า

ความเชื่อ หมายถึง การยอมรับว่าเห็นด้วยกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนาจึงเป็นความเชื่อหรือการเห็นด้วยกับหลักการของศาสนาที่ตนยึดเหนี่ยว โดยความเชื่อทางศาสนานั้นทุกศาสนามีแก่นของคำสอนที่ให้ประชาชนเชื่อถือ 3 ประการ ได้แก่

1. การทำความดี ซึ่งเป็นแนวทางการปฏิบัติที่จะช่วยให้บุคคลได้ละความเห็นแก่ตัว มีความเมตตา ช่วยเหลือ กุศล แบ่งปัน เห็นอกเห็นใจ รู้จักเสียสละผลประโยชน์หรือความสุขส่วนตัว เพื่อทำให้ผู้อื่นมีความสุข ทั้งกาย วาจาและใจ

2. การละเว้นจากการทำความชั่ว เป็นแนวทางการปฏิบัติที่จะช่วยให้บุคคลสามารถควบคุมตนเอง ออกห่างสิ่งชั่วร้าย ล่อใจต่างๆ อันจะสร้างความไม่สงบสุข ความทุกข์หรือความเดือดร้อนให้ผู้อื่น ทั้งกาย วาจา ใจ ซึ่งจะช่วยให้สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมั่นคงผาสุก

3. การทำจิตใจให้สงบ เป็นแนวทางการปฏิบัติในการสำรวจจิตใจระดับความฟุ้งซ่าน ฝึกจิตใจให้มีความคิดแน่วแน่มั่นคง สามารถทำความเข้าใจถึงความเป็นไปของชีวิต เหตุการณ์ต่างๆ และยอมรับสภาพความเป็นจริงนั้น พร้อมทั้งพัฒนาจิตใจไปในทางที่สงบ

ซึ่งการที่บุคคลยึดมั่นในศาสนา จะช่วยให้บุคคลเข้าใจชีวิตและปรากฏการณ์ต่างๆ รอบตัว ใจยามเกิดความทุกข์ก็สามารถใช้หลักการทางศาสนาเป็นเครื่องปลอบประโลมใจ ความเชื่อทางศาสนาเป็นเครื่องตอบสนองและเป็นเครื่องขัดแย้งทางอารมณ์ของบุคคลเมื่อบุคคลขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกถึงความไม่แน่นอนของชีวิต จึงทำให้บุคคลแสวงหาวิธีการมาช่วยประคับประคองจิตใจให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ดังนั้นความเชื่อเกี่ยวกับหลักธรรมทางศาสนา จึงเป็นหลักที่ยึดเหนี่ยวที่สำคัญ เป็นพื้นฐานของการมีจิตใจที่สงบสุข มีความพึงพอใจ ซึ่งเป็นหลักการสำคัญของการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี สัมพันธ์กับผลการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) เกี่ยวกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่า สุขภาวะทางด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดีมาก มีการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายของชีวิตในอนาคต และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต มีความพึงพอใจในชีวิต คือ โดยยอมรับและพอใจในตนเอง พอใจในการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบันของตน

นอกจากนี้ การศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำดี มีการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นหลังจากได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นแล้ว เป็นความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองในการปรับเปลี่ยนการกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ทำให้สามารถอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตที่มากขึ้น สอดคล้องกับ Nelms (2000) ที่พบว่าผู้ดูแลให้การสนับสนุนผู้ป่วยให้ระลึกถึงพระเจ้าหรือสิ่งใดๆ เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ให้เผชิญกับความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย นอกจากนี้ Conco (1995) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลทางด้านจิตวิญญาณโดยตรง ทำให้ผู้ป่วยบรรลุถึงภาวะที่มีความหมายและเป้าหมายในชีวิตที่สูงขึ้น การมีความหวัง การติดต่อสัมพันธ์กับสิ่งที่ตนเองให้คุณค่า สามารถเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจได้ ซึ่งเป็นการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งถือเป็นความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยด้วย (พวงเพ็ญ เจริญปัญญาธิราช และ คณะ ,2542)

นอกจากนี้การใช้ศาสนามาเป็นสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจก็เป็นการพัฒนาจิตวิญญาณของผู้ดูแลด้วยเช่นกัน เอื้ออารีย์ สาลิกา (2543) พบว่า การดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทเป็นสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด จึงใช้ความเชื่อทางด้านศาสนาหรือทางไสยศาสตร์เพื่อเป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้ให้ข้อมูลมีการยอมรับการเจ็บป่วยจึงทำให้มีการแสวงหาวิธีการดูแลตนเองและมีการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณนอกจากนั้นได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมในการดูแลจากบุคลากรทางการแพทย์ด้วยและยึดคำพูดและคำแนะนำของบุคลากรทางการแพทย์มาเป็นข้อปฏิบัติเพราะปฏิบัติแล้วเกิดประโยชน์หรือเป็นไปตามคำแนะนำจริง จึงเกิดความศรัทธาและเชื่อฟังในคำแนะนำ อีกทั้งเกิดการรับรู้ถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติตัว จึงทำให้เกิดการเรียนรู้ในการดูแลตนเอง สัมพันธ์กับ โอเรม เชื่อว่า บุคคลมีความสามารถในการผสมผสานการทำหน้าที่ในด้านต่างๆ เข้าด้วยกัน คือด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและสังคม มนุษย์มีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง วิธีการที่บุคคลตอบสนองความต้องการดูแลตนเองไม่ใช่การตอบสนองด้วยสัญชาตญาณแต่เป็นพฤติกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2539) และนอกจากนั้นการได้รับการยอมรับจากสังคม การมีที่ยึดเหนี่ยวจิตใจและการมีเป้าหมายชีวิต ซึ่งสัมพันธ์กับ การศึกษาของ ภูมมาภิชาติ แสงเขียว (2542) ในการติดตามการจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทไปสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยสามารถปรับตัวด้านร่างกายได้อยู่ในระดับดี เนื่องจากมีการรับรู้ตนเองว่าสามารถทำกิจวัตรประจำวันและทำงานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ มีอาชีพมีงานทำ มีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์อยู่ในระดับดี และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่า มีการปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่และการปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกันอยู่ในระดับดี เนื่องจากได้รับการสนับสนุนประคับประคองจากครอบครัว ชุมชน นอกจากนี้การเปิดโอกาสให้ผู้ข้อมูลพัฒนาตนเองด้านจิตวิญญาณ จึงทำให้ผู้ให้ข้อมูลมีการดูแลตนเองที่ดีไม่มีการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทราบถึงการให้ความหมายและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ทำให้เกิดความเข้าใจความหมายการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำและสามารถดูแลตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนโดยไม่กลับไปป่วยซ้ำในมุมมองตามการรับรู้ของผู้ป่วยซึ่งเป็นผู้ที่มีประสบการณ์จริง ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการให้การพยาบาลดังนี้

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

1. ผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้สามารถนำไปเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบการพยาบาล เพื่อที่จะสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้โดยไม่กลับไปป่วยซ้ำ เช่น

- การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภททั้งผู้ป่วยและญาติ โดยการเน้นถึงประโยชน์และโทษของการปฏิบัติตัวเพื่อให้ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เช่น ความสำคัญของการรับประทานยาหรือสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงเมื่อมีการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภท

- การให้ความสำคัญของการเยี่ยมบ้านเพื่อทราบถึงชีวิตความเป็นอยู่และสิ่งแวดล้อมในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยและจัดรูปแบบการพยาบาลที่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทแต่ละคน
- การจัดกิจกรรมเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ของผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองดีสามารถดำรงชีวิตในชุมชนโดยไม่กลับมาป่วยซ้ำกับผู้ป่วยที่มีการดูแลตนเองบกพร่องและกลับไปป่วยซ้ำบ่อยๆ
- การให้ความรู้กับประชาชนและส่งเสริมทัศนคติในด้านบวก เพื่อให้สังคมมีความเข้าใจและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างมีความสุข
- การให้บริการสุขภาพจิตในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยจิตเภทที่มีประสบการณ์การดูแลตนเองที่ไม่กลับไปป่วยซ้ำ ในการให้ความรู้ แก่บุคคลที่มีภาวะเสี่ยงหรือผู้ป่วยจิตเภทที่มีการดูแลตนเองที่ไม่ดีต้องกลับไปป่วยซ้ำบ่อยๆ

ด้านการวิจัยทางการพยาบาล

เป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนารูปแบบการให้การพยาบาลเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนการดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท โดยเน้นการทำวิจัยเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือสังคมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ที่บ้าน เช่น การพัฒนาระบบการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติและชุมชนต่อการไม่กลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วย หรือการจัดรูปแบบการบริการเพื่อส่งเสริมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กฤตยา แสวงเจริญ. 2534. มิติทางจิตวิญญาณกับการดูแลสุขภาพ: กรณีศึกษาจากหมอลำผีฟ้าผู้
หมอพระ. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ 17(1-4): 1-6.
- กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549). กรุงเทพมหานคร.
- เกษม ต้นติผลาชีวะ. 2536. ตำราจิตเวชศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัย
ธรรมศาสตร์
- คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพจิตแห่งชาติ. 2545. สาระสำคัญของการยกร่าง พ.ร.บ.สุขภาพ
แห่งชาติ. กรุงเทพมหานคร: 21 เซ็นจูรี จำกัด.
- จนณะจง เฟื่องจาด. 2546. ระเบียบวิธีวิจัย: การวิจัยปรากฏการณ์วิทยาเชิงพรรณนา. วารสาร
พยาบาล ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปีที่ 15(พฤษภาคม-สิงหาคม 2546): 1-10.
- จารุวรรณ จินตามงคล. 2541. การส่งเสริมการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อ
ความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต.
สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- จารุวรรณ ต.สกุล. 2524. การศึกษาปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 20(2): หน้า 61-66
- จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. 2541. กระบวนการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ
ประชาชน ไทยภาคกลาง. ทุนวิจัยสนับสนุนโดยองค์การอนามัยโลก โครงการวิจัย
พฤติกรรมสุขภาพเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ แผนงานส่งเสริมการวิจัยพฤติกรรม
สุขภาพ.
- จินตนา ยูนิพันธุ์. 2534. การนำมโนคติการดูแลตนเองไปใช้ในการเสริมสร้างสุขภาพจิต. วารสาร
พยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ฉบับที่ 3/1: หน้า 22-42.
- จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. 2544. ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้ป่วยจิตเภทใน
ชีวิตประจำวัน กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต ปีที่ 15 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2544): 52-65.

- จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ. 2545. พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชวลีพร ชูวงศ์. 2546. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการณ์สื่อสารของผู้ป่วยโรคจิตเภทและสมาชิกในครอบครัว ที่มารับบริการ ณ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วารสารพยาบาลศาสตร์ ปีที่ 21 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2546): 46-58.
- ดวงดา อุทุมพฤษ์พร. 2533. ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังส่วนตัวและครอบครัวกับการมารับการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ครุณี เลิศปรีชา. 2545. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ถวิล นภาพงษ์สุริยา, ยาใจ สิทธิมงคล, พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัตน์และเพลิน เสียงโซคอยู่. 2543. พฤติกรรมการณ์เผชิญปัญหาของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง. วารสารพยาบาล 49(1): 24-33.
- ทัศนาศ นุญทอง. 2542. ปฏิรูประบบบริการการพยาบาลที่สอดคล้องกับระบบบริการสุขภาพไทยที่พึงประสงค์ในอนาคต. กรุงเทพมหานคร: ศิริยอดการพิมพ์.
- ธีรภัทร แสนนุดดา. 2546. ประสบการณ์การปฏิบัติงานของพยาบาลจบใหม่ในโรงพยาบาลทั่วไป. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นพรัตน์ ไชยธานี. 2544. ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- นิตา ชูโต. 2540. การวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: พี เอ็น การพิมพ์.
- บุญวดี เพชรรัตน์. 2539. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1. สงขลา: เทมการพิมพ์.
- เบญญา ยอดดำเนิน-เอ็ดดิกซ์ และคณะ. 2542. พฤติกรรมสุขภาพ: ปัญหาตัวกำหนดและทิศทาง. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ประเวช วะสี. 2541. ปฏิรูปแนวคิดไทย: สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.
- ประเวช วะสี. 2541. สถาบันส่งเสริมสุขภาพไทย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. ปฏิรูปแนวคิดคนไทย: สุขภาพมิใช่โรงพยาบาล. กรุงเทพมหานคร: ดีไซร์.

- ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ และมาโนช หล่อตระกูล. 2541. เกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช DSM-IV. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชวนพิมพ์.
- ปรีวัตร ไชยน้อย. 2546. พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล. การค้นคว้าอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ปิยะฉัตร สะอาดเอี่ยม. 2544. ประสบการณ์ของผู้ดูแลในครอบครัวในการดูแลบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวชด้านจิตวิญญาณ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- โปรยทิพย์ กสิพันธ์. 2541. ผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อการสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- พรทิพย์ ธรรมวงศ์. 2541. ผลของการใช้ตัวแปรสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- พวงรัตน์ ทวีรัตน์. 2540. วิธีการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพมหานคร: สำนักทดสอบทางการศึกษาและจิตวิทยา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒประสานมิตร.
- พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล, ถวิล นภาพงศ์สุริยา. 2542. พฤติกรรมการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 (กรกฎาคม-ธันวาคม 2542): หน้า 45-54.
- พิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. 2543. ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรังที่ไม่มีการติดเชื้อของเยื่อช่องท้องจากการรักษาด้วยการจัดของเสียทางเยื่อช่องท้องอย่างต่อเนื่อง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์.
- พิศสมร เดชดวง. 2545. การศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- เพชร คันธสายบัว. 2544. การวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

- กุ่มมาภิชาติ แสงเขียว. 2542. การรับรู้การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวและการปรับตัวของผู้ป่วยจิตเภท. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์. 2539. ทฤษฎีการพยาบาลและกรณีศึกษาผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพมหานคร: ธรรมสาร .
- ม.ล. สมชาย จักรพันธ์. 2543. แนวโน้มและทิศทางของการพยาบาลสุขภาพจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต. (อัดสำเนา)
- มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์. 2539. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. กรุงเทพมหานคร : ชวนพิมพ์.
- มาโนช หล่อตระกูล. 2544. จิตเวชศาสตร์รามาธิบดี. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร : สุวีชาญาณการพิมพ์.
- มัลลิกา มดีโก. 2543. คู่มือวิจัยพฤติกรรมสุขภาพ ชุดที่ 1 แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ. ม.ป.ท.
- ยาใจ สิทธิมงคล. 2542. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 13: 1-9.
- ราตรี ภูบุญ. 2545. พฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแล. เอกสารการวิจัย พ.ศ. 2545.
- รจนา ภูไพบูลย์. 2541. การพยาบาลครอบครัว: แนวคิด ทฤษฎี และการนำไปใช้. กรุงเทพมหานคร: วี เจ พรินติ้ง.
- รจนา ภูไพบูลย์. 2535. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในครอบครัว. วารสารพยาบาล 41(1): 10-19.
- วรรัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุล. 2525. ปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต. สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิพุธ พูลเจริญ. 2544. สุขภาพ : อุดมการณ์และยุทธศาสตร์ทางสังคม. นนทบุรี: พิมพ์ดี.
- ศิริพร ทองบ่อ, อรพิน ยอดกลาง, สายทิพย์ สุทธิรักษา, อัจฉรา มุ่งพานิช, ไพลิน โปธิ์สุวรรณ, ยุภาพร บุระชาติ, วรรณภา สาโรจน์ และรุจิรา จงสกุล. 2542. ประสบการณ์ชีวิตผู้ป่วยจิตเภท. ประชุมวิชาการกรมสุขภาพจิต ครั้งที่ 5 .
- ศักดิ์ดา กาญจนาวีโรจน์วิกุล. 2537. คู่มือการรักษาผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น : ม.ป.ท.
- สมจิต หนูเจริญกุล, วัลลา ตันตโยทัย และรวมพร คงกำเนิด. 2543. การส่งเสริมสุขภาพ: แนวคิดและการปฏิบัติการพยาบาล. นครศรีธรรมราช: มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

- สมพร รุ่งเรืองกิจ. 2543. กรอบมโนทัศน์ในการพยาบาลครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 23(2-4): 68-74.
- สมภพ เรืองตระกูล. 2545. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: เรือนแก้วการพิมพ์.
- สุมณฑา บุญชัย. 2545. พฤติกรรมการณ์ตนเองของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต. สาขาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2543). วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุวิมล สมัตถะ. 2541. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต. สาขาการพยาบาลศึกษาบัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2542. กิจกรรมพยาบาลเพื่อดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน. วารสารพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต 13: 14-20.
- อรพรรณ ลีอนุชวัชชัย. 2543. การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อุมาพร กาญจนรักษ์. 2545. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต. สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช บัณฑิตวิทยาลัย จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- อัมภวรรณ ใจเปี้ย. 2543. การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย. การค้นคว้าอิสระสาขาระดับปริญญาโทบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์. 2541. การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต: แนวการปฏิบัติตามพยาธิสภาพ. กรุงเทพมหานคร: วิ.เจ.พรินติ้ง.

ภาษาอังกฤษ

- Baker, C. 1995. The development of self-care ability to detect early signs of relapse among individuals who have schizophrenia. Archives of psychiatric nursing 9 (5): 261-268.
- Breier, A., Schreiber, J. L., Dyer, J., & Pickar, D. 1991. Nation institute of mental health longitudinal study of chronic schizophrenia. Archives General Psychiatric, 48, 239-246.
- Conco, D. 1995. Christian Patient's views of Spiritaul Care. Western Journal of Nursing Research 17(3) : 266-276.

- Dracup, S. B. & Meleis, A. I. 1982. Compliance: An Interactionist approach. Nursing Research 31(1): 31-36.
- Drew, N. 1993. Reenactment Interviewing : A Methodology for Phenomenological Research. Image : Journal of Nursing Scholarship 25(4) : 345-351.
- Holloway, L., and Wheeler, S. 1996. Qualitative Research for Nurses. Massachusette : Blackwell Science.
- Hunsberger, M. M. 1989. Health concepts : Children's perceptions and behaviors. In R. L. R. Foster; M. M. Hunsberger; and J. J. T. Anderson (eds), Family-centered nursing care of child. pp. 377-398. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Jasper, M.A. 1994. Issues in phenomenology for researchers of nursing. Journal of Advanced Nursing 19: 309-314.
- Kaplan, H., & Sadock, B. 2001. Comprehensive textbook of psychiatry. Baltimore: William and William.
- King, S. and Dixon, J. K. 1999. Expressed emotion and relapse in young schizophrenia outpatients. Schizophrenia Bulletin 25(2): 377-386.
- Knaack, P. 1984. Phenomenological Research. Western Journal of Nursing Research 6(1): 107-114.
- Koch, T. 1995. Interpretive approaches in nursing research : the influence of Husserl and Heidegger. Journal of Advanced Nursing 21: 827-836.
- Larson, P. J., et al. 1991. A Model for Symptom Management. IMAGE : Journal of Nursing Scholarship 272-276.
- Lincoln, Y. S., and Guba, E. G. 1985. Naturalistic Inquiry. Newburg Park CA: Sage Publication.
- Nelms, T. P. 2000. The Practices of Mothering in Caring for an Adult Son with AIDS. Advanced Nursing Science 22(3): 46-57.
- Omery. 1983. A. Phenomenology: A method for nursing research. Advanced in nursing Science, 49-62.
- Orem, D. E. 1991. Nursing: Concepts of Practice. 4th ed. St Louis: Mosby – Yearbook.
- Peri, T. C. 1995. Promoting Spirituality in persons with acquired immunodeficiency syndrome : A nursing intervention. Holistic Nursing Practice 10(1): 68-76.
- Sadock, B. J., & Sadock, V. A. 2000. Kaplan & Sadock 's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed. Philadelphia: Lippincott.

- Salleh, M. R. 1994. The burden of care schizophrenia in Malay Families. Acta Psychiatrica Scandinavica, 89, 180-185.
- Streubert, H. J. and Carpenter, D. R. 1999. Qualitative Research in nursing : Advancing the humanistic Imperative. 2nd edition. Philadelphia: Lippincott.
- Watson, J. 1997. The Theory of Human Caring: retrospective and prospective. Nursing Science Quarterly 10(1): 49-52.

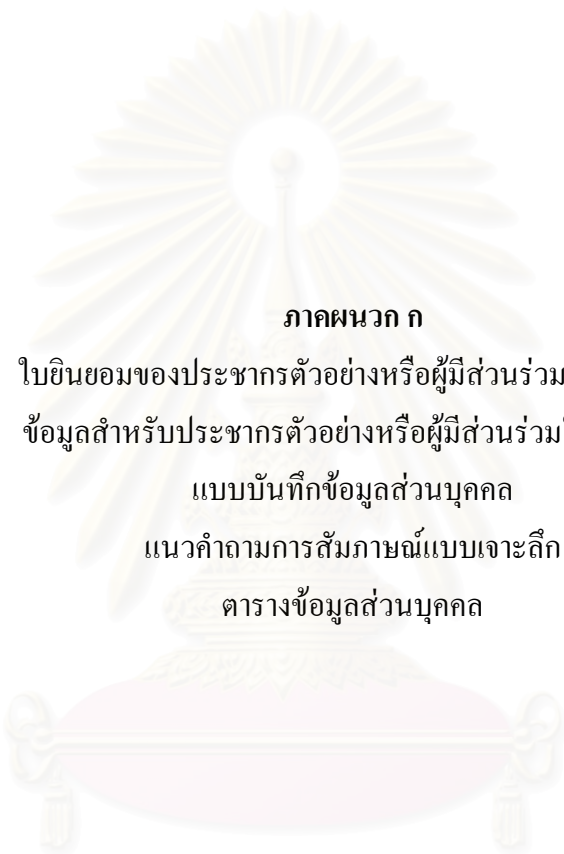


สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย



ภาคผนวก ก

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

แนวคำถามการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

ตารางข้อมูลส่วนบุคคล

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ใบยินยอมของประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Informed Consent Form)

ชื่อโครงการ ประสพการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
เลขที่ ประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย

ข้าพเจ้า.....ได้รับทราบจากผู้วิจัยชื่อ นางสาวจุฬาลักษณ์ ข้าของ
สถานที่ติดต่อสะดวกที่สุดระหว่างทำวิทยานิพนธ์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม อ.เมือง จ.
มหาสารคาม หมายเลขโทรศัพท์ที่ติดต่อ 043-711104 , 06-3836162 ซึ่งได้ลงนามด้านท้ายของ
หนังสือนี้ เกี่ยวกับรายละเอียดของโครงการวิจัยในเรื่องของ วัตถุประสงค์ วิธีการวิจัย กิจกรรมที่
ต้องเข้าร่วมในการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย ตลอดจนประโยชน์ของการวิจัยที่คาดว่าจะ
จะได้รับ ข้าพเจ้าได้ซักถาม และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นอย่างดี

ข้าพเจ้ายินดีเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้โดยสมัครใจและมีสิทธิที่จะถอนตัวจากการเข้าร่วม
การศึกษาค้นคว้าเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผลและทราบว่า การถอนตัวจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จะ
ไม่ส่งผลใดๆ ต่อการรักษาพยาบาลที่จะได้รับในหน่วยงานแห่งนี้

ข้าพเจ้าได้รับทราบจากผู้ทำการวิจัยว่า หาก ข้าพเจ้า ได้รับความผิดปกติใดๆ เกิดขึ้น
เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ข้าพเจ้าจะได้รับความคุ้มครองตามกฎหมาย และจะแจ้งผู้ทำการวิจัยทันที

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นแล้ว จนมีความเข้าใจดีทุกประการ และได้ลงนามในใบ
ยินยอมนี้ด้วยการบันทึกลายมือชื่อไว้เป็นลายลักษณ์อักษร

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
ผู้ร่วมวิจัย

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
(นางสาวจุฬาลักษณ์ ข้าของ)
ผู้วิจัยหลัก

.....
วันที่ / เดือน / ปี

.....
(.....)

พยาน

ข้อมูลสำหรับประชากรตัวอย่างหรือผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย
(Patient/ Participant Information Sheet)

1. ชื่อโครงการ ประสบการณ์ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
2. ชื่อผู้วิจัย นางสาวจุฬาลักษณ์ ชำของ นิสิตคณะพยาบาลศาสตร์
 จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
3. สถานที่ปฏิบัติงาน วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม
 โทรศัพท์ที่ทำงาน 043711411,711104
 โทรศัพท์เคลื่อนที่ 0693836162
 E-mail : jchumchong@yahoo.com
4. ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้คำยินยอมในการวิจัยประกอบด้วย คำอธิบายดังต่อไปนี้
 - 4.1 โครงการนี้เกี่ยวข้องกับ ประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
 - 4.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย เพื่อศึกษาประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วย
 - 4.3 การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ที่ผู้วิจัยคาดว่าไม่มีความเสี่ยงใด ๆ เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ซึ่งระบุถึงผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่เข้าร่วมในการวิจัย จะถูกถอดออกเป็นรหัส ใช้เป็นนามสมมติและผลการวิจัยที่ตีพิมพ์จะไม่มีข้อมูลใดๆ ที่สามารถเชื่อมโยงไปสู่ผู้ให้ข้อมูลได้ เทปการสัมภาษณ์จะถูกเก็บไว้ในที่ที่ไม่มีใครสามารถเข้าถึงได้นอกจากผู้วิจัยและจะถูกลบทิ้งหรือทำลายเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย
5. รายละเอียดและขั้นตอนที่ผู้ร่วมโครงการวิจัยจะได้รับการปฏิบัติ ในงานวิจัยนี้จะเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่เข้ารับการตรวจตามนัดในคลินิกสุขภาพจิตในโรงพยาบาล ดังนี้
 - 5.1 ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่เข้ารับการตรวจตามนัดในคลินิกสุขภาพจิต โรงพยาบาลในจังหวัดมหาสารคาม จะได้รับการติดต่อจากผู้วิจัยเพื่อเข้าร่วมการศึกษาวิจัยและเป็นผู้ให้ข้อมูล
 - 5.2 ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ผู้ให้ข้อมูลเลือก วัน เวลา สถานที่ในการให้สัมภาษณ์ โดยคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ความพอใจของผู้ให้ข้อมูล ความสะดวกในการเดินทางและความปลอดภัยของทั้งผู้ให้ข้อมูลและผู้วิจัย โดยใช้เวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละประมาณ 45 นาที ถึง 1 ชั่วโมง และสัมภาษณ์เพิ่มเติมในครั้งต่อไปจนกว่าจะได้ข้อมูลที่ครบถ้วน หรือเพื่อตรวจสอบความตรง ความน่าเชื่อถือได้ของข้อมูล
6. หากท่านมีข้อสงสัยให้สอบถามเพิ่มเติมได้ และสามารถติดต่อกับผู้วิจัยในกรณีมีปัญหา (ตลอด 24 ชั่วโมง) สามารถติดต่อกับผู้วิจัย คือ นางสาวจุฬาลักษณ์ ชำของ ได้ตลอดเวลา ที่เบอร์โทรศัพท์เคลื่อนที่ 06-3836162

7. หากผู้วิจัยมีข้อมูลเพิ่มเติมทั้งทางด้านประโยชน์และโทษที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยผู้วิจัยจะแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบอย่างรวดเร็วโดยไม่ชักช้า
8. ข้าพเจ้าได้ทราบข้อมูลของโครงการขั้นต้น ตลอดจนข้อดี ข้อเสีย ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการในครั้งนี้ และยินยอมจะเข้าร่วมในโครงการดังกล่าว
9. ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะปฏิเสธที่จะเข้าร่วมหรือสามารถถอนตัวจากโครงการวิจัยได้ทุกขณะ โดยการปฏิเสธที่จะเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลต่อการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลแต่ประการใด
10. ไม่มีการจ่ายค่าตอบแทนแก่ประชากรตัวอย่างหรือผู้ที่มีส่วนร่วมในการวิจัยที่เข้าร่วมในการวิจัย
11. ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม ส่วนชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอ ยกเว้นว่าได้รับคำยินยอมไว้โดยกฎระเบียบและกฎหมายที่เกี่ยวข้องเท่านั้น จึงจะเปิดเผยข้อมูลแก่ สาธารณชนได้ ในกรณีที่ผลการวิจัยได้รับการตีพิมพ์
12. จำนวนของผู้ให้ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ประมาณ 8-15 คน การเก็บรวบรวมข้อมูลจะหยุดเมื่อข้อมูลอิ่มตัว (saturation) คือ ข้อมูลเริ่มได้ประเด็นซ้ำ



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างแบบสัมภาษณ์

การวิจัยเรื่อง ประสิทธิภาพการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ชื่อผู้ให้ข้อมูล.....นามสกุล.....บ้านเลขที่.....หมู่ตำบล.....
 อำเภอ.....จังหวัด.....
 วันที่สัมภาษณ์ ครั้งที่ 1.....
 ครั้งที่ 2.....

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล

1. อายุ.....ปี
2. เพศ.....
3. สถานภาพสมรส.....
4. ระดับการศึกษา.....
5. อาชีพ.....
6. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน.....
7. ลักษณะของครอบครัว
 - () ครอบครัวเดี่ยว จำนวนสมาชิก.....คน
 - () ครอบครัวขยาย จำนวนสมาชิก.....คน
8. อายุที่เริ่มป่วย
9. ระยะเวลาในการเจ็บป่วย.....ปี.....เดือน
10. บุคคลที่นำส่งโรงพยาบาล.....
11. ประวัติการใช้สารเสพติดอื่น (ระบุนายุที่เริ่มใช้ ปริมาณ).....

12. ประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตของครอบครัวและเครือญาติ.....

ส่วนที่ 2 แนวคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

1. การหาความหมาย

- การดูแลตนเองมีความหมายต่อท่านอย่างไร

2. คำถามหลัก

- กรุณาเล่าเกี่ยวกับการดูแลตนเองของท่าน
- ท่านอยู่ที่บ้าน ทำอะไรบ้าง กรุณาเล่า
- จากที่ท่านมีการดูแลตนเองไม่กลับไปป่วยซ้ำ กรุณาให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

ในผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยที่อาการยังไม่ดี

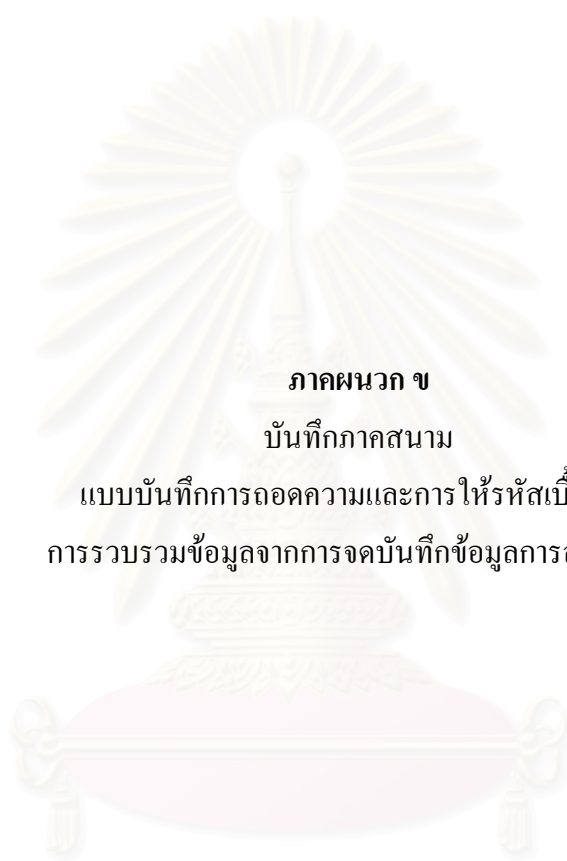
3. คำถามเจาะลึก

- ท่านทำอะไรเกี่ยวกับการดูแลเอง
- ท่านทำกิจกรรมการดูแลตนเองนี้...เมื่อไหร่
- ท่านทำการดูแลตนเองนี้.....อย่างไรบ้าง
- ท่านทำการดูแลตนเองนี้.....ท่านรู้สึกขึ้นอย่างไร เกิดอะไรขึ้นกับท่านบ้าง
- เพราะอะไรท่านจึงทำกิจกรรมการดูแลตนเอง....
- ใครมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองกับท่านบ้าง
- ส่วนใหญ่กิจกรรมการดูแลตนเอง....ท่านทำที่ไหน เพราะเหตุใด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่1 ข้อมูลส่วนบุคคล

รายที่	อายุ	เพศ	สถานภาพ	ระดับการศึกษา	อาชีพ	รายได้/ครอบครัว	ลักษณะครอบครัว	อายุที่เริ่มป่วย	ระยะเวลาในการป่วย	ประวัติการใช้สารเสพติด	ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	ออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย
1	60	ชาย	โสด	ป.6	รับจ้าง	1000-1500	ขยาย	30	30	ปฏิเสธ	ไม่มีประวัติ	พ.ศ. 2545
2	41	ชาย	โสด	ปวส.	รับจ้าง	2500	เดี่ยว	29	12	ปฏิเสธ	ญาติฝ่ายพ่อ	ไม่ได้นอน
3	50	หญิง	คู่	ป.6	เกษตรกร	5000-7000	ขยาย	20	30	ปฏิเสธ	ญาติฝ่ายพ่อ	พ.ศ. 2520
4	28	หญิง	คู่	ป.6	รับจ้าง	10000	ขยาย	15	13	ปฏิเสธ	ไม่มีประวัติ	พ.ศ. 2535
5	32	หญิง	คู่	ป.6	เกษตรกร	5000	เดี่ยว	22	10	ปฏิเสธ	พี่สาว	ไม่ได้นอน
6	53	หญิง	หม้าย	หม้าย	เกษตรกร	1000-2000	ขยาย	28	25	ปฏิเสธ	ลูกพี่ลูกน้อง	พ.ศ. 2546
7	37	หญิง	คู่	ป.ตรี	ข้าราชการ	26000	เดี่ยว	25	13	ปฏิเสธ	พี่สาวน้องสาว	พ.ศ. 2542
8	38	ชาย	หม้าย	ป.6	รับจ้าง	1000	เดี่ยว	20	13	ยาบ้า1-2เม็ดนาน13ปี	ไม่มีประวัติ	พ.ศ. 2540
9	38	หญิง	โสด	ม.6	เกษตรกร	1500-2000	ขยาย	24	14	ปฏิเสธ	ลูกพี่ลูกน้อง	พ.ศ.2 536
10	31	หญิง	โสด	ป.ตรี	รับจ้าง	1500	เดี่ยว	28	3	ปฏิเสธ	ไม่มีประวัติ	ไม่ได้นอน



ภาคผนวก ข

บันทึกภาคสนาม

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น
การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บันทึกภาคสนาม

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

การสัมภาษณ์ครั้งที่ วันที่/...../..... เวลาน.

สถานที่

ความคิด ความรู้สึก เหตุการณ์ปัญหาและการแก้ไขปัญหา

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

บันทึกเมื่อ...../...../.....

เวลาที่บันทึก.....

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แบบบันทึกการถอดความและการให้รหัสเบื้องต้น

หมายเลขผู้ให้ข้อมูล.....

บรรทัด	ข้อความ	การให้รหัส
	 <p data-bbox="343 1444 1252 1691">สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	

ตารางที่ 3 การรวบรวมข้อมูลจากการจดบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ (field notes)

รายชื่อ	ครั้งที่	วันที่	เวลาสัมภาษณ์	รวมระยะเวลา	สถานที่
1	1	9 มี.ค 48	14.00-15.00 น.	1 ชั่วโมง	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	16 มี.ค. 48	14.30-15.15 น.	45 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	3	10 เม.ย 48	10.00-10.20 น.	20 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
2	1	3 มี.ค 48	18.00-19.00 น.	1 ชั่วโมง	- ที่ทำงาน(สถานีอนามัย)
	2	16 มี.ค 48	18.00-18.45 น.	45 นาที	- ที่ทำงาน(สถานีอนามัย)
3	1	24 มี.ค48	10.11-11.00 น.	1 ชั่วโมง	- คลินิกจิตเวช
	2	28 มี.ค 48	10.00-10.45 น.	45 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	3	10 เม.ย. 48	11.30-11.50 น.	20 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
4	1	10 มี.ค 48	14.00-15.15 น.	1 ชม.15 นาที	- คลินิกจิตเวช
	2	25 มี.ค 48	17.00-17.30 น.	30 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
5	1	17 มี.ค 48	10.00-10.20 น.	20 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	29 มี.ค 48	10.30-11.15 น.	45 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	3	10 มี.ค. 48	14.30-14.35 น.	15 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
6	1	10 มี.ค 48	10.00-10.20 น.	20 นาที	- คลินิกจิตเวช
	2	29 มี.ค. 48	13.30-14.30 น.	1 ชั่วโมง	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	3	10 เม.ย. 48	13.45-14.00 น.	15 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
7	1	29 มี.ค.48	16.15-17.10 น.	55 นาที	- โรงพยาบาล
	2	8 เม.ย. 48	16.30-17.45 น.	15 นาที	- โรงพยาบาล
8	1	24 มี.ค.48	14.30-15.00 น.	30 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	2	30 มี.ค. 48	10.30-11.45 น.	45 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
9	1	31 มี.ค 48	10.00-10.20 น.	20 นาที	- คลินิกจิตเวช
	2	1 เม.ย. 48	10.30-11.30 น.	1 ชั่วโมง	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	3	10 เม.ย. 48	15.15-15.45 น.	30 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
10	1	31 มี.ค 48	10.25-10.45 น.	20 นาที	- คลินิกจิตเวช
	2	1 เม.ย. 48	14.30-15.15 น.	45 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล
	3	10 เม.ย. 48	17.00-17.15 น.	15 นาที	- บ้านผู้ให้ข้อมูล

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นางสาวจุฬาลักษณ์ ชำชอง เกิดวันที่ 20 พฤศจิกายน พ.ศ. 2520 จังหวัดมหาสารคาม จบการศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต จากวิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม จังหวัดมหาสารคาม ปี พ.ศ. 2542 เข้าศึกษาต่อในหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ปัจจุบันดำรงตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 5 วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย