

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ผู้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทและการพยาบาล

- 1.1 ความหมาย ลักษณะอาการของโรคจิตเภท และสาเหตุ
- 1.2 ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
- 1.3 การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป

2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน
- 2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3 การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

3. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

3.2 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

3.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

4.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

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

1.1.1 ความหมาย

องค์การอนามัยโลก ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภท ตามการจำแนกโรคของ ICD 10 (The International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems 10th Revision) (WHO, 1992) ว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และมีอารมณ์ไม่เหมาะสม คือ มีอารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะ และเชาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) และกำหนดระยะเวลาของการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง พืชจากยา หรือสารเสพติดที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

DSM IV: Thai version (2539) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง

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

2) มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เจ็บป่วยกิจกรรมด้านสำคัญๆ ของผู้ป่วยพร่องลงจากระดับเดิมก่อนเจ็บป่วยอย่างเห็นได้ชัด อย่างน้อยหนึ่งด้าน เช่น การงาน สัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง

3) ระยะเวลา มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน

Boyd (2005) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต

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

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

1.1.2 อาการทางคลินิกและการดำเนินของโรค โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตัวเอง ระบาดวิทยา อุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1,000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1,000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1,000 หญิงและชายพบได้พอกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543: เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536)

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

1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิดและประสาทหลอน

2) Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิด ให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดอาการหลงผิด (Delusion)

1.1.2.2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งทีคนทั่วไปควรมี เช่น ใน/ด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวกส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.3 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2542) คือ

1.1.3.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ได้ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัดๆอาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมา

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

1.1.3.3 ระยะอาการทุเลา (stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ (stable phase) ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่ เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้ การดำเนินของโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังอย่างเดียว ซึ่งจะนำไปสู่ การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิทิมงคล, 2539) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการดำเนินโรค ที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบคือ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536 ; Sadock & Sadock, 2000)

- 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นอีก
- 2) หายโดยกลับเป็นอีก

3) หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและต้องได้รับการช่วยเหลืออยู่

4) เรือรังกแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นความบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต

5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การศึกษาในครั้งนี้ เป็นการศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งการดำเนินของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะเรื้อรังบำบัดและบำบัดระยะยาว อาการทางจิตสงบ ไม่มีอาการกำเริบหรือไม่มีอาการทางบวก ที่มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน

1.1.4 สาเหตุการเกิด โรคจิตเภท ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเด่น คือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและ การรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรค จิตเภทไว้หลากหลาย ที่สำคัญได้แก่

1.1.4.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่

1) พันธุกรรมการศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษานูตรनुญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษาในนูตรनुญธรรมพบว่าบุตรนูญธรรมที่มีมารดาแท้ เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรนูญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Black & Anderson cited in Townsend, 2000) ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่า คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมกกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

2) ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical factor)

2.1) สมมุติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis)

สมมุติฐานนี้เชื่อว่ามีสารโดปามีนหลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตมีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิตในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

2.2) สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis)

จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท

ได้ เช่น นอร์อิพิเนฟริน (Nor epinephrine) ซีโร โดนิน (Serotonin) อะเซททิล โคลีน (Acetylcholine) มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรืองตระกูล และคณะ, 2542)

2.3) ปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เชื้อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส (Steven cited in Townsend, 2000) ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ ตรวจที่สมองพบว่า ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้น และ cerebellum มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติในส่วนของ hippocampus, amygdale, temporal lobes, basal ganglia (Black & Anderson cited in Townsend, 2000)

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

1.1.4.3 ปัจจัยทางครอบครัว จากการศึกษา พบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนั้นการที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน

1.1.4.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & sadock, 2000) และจากการศึกษาของ บราวน์และเบอร์เลย์ (Brown & Birley cited in Townsend, 2000) พบว่าบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต ได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน

1.1.4.5 ปัจจัยรวม สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน ไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าจะอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษาพบว่าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

1.2 ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จากการทบทวนวรรณกรรม ปัญหาที่พบขณะผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนที่ชัดเจน คือการมีความพร้อมด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น มักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่เข้าร่วมกิจกรรมกับสมาชิกในครอบครัวและกิจกรรมในชุมชน (Videbeck, 2004) ซึ่งสรุปได้ดังนี้

1.2.1 การรับประทายา ปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตขณะอยู่ที่บ้านอีกปัญหาหนึ่งคือ ด้านการดูแลตนเองเรื่องการรับประทายาอย่างต่อเนื่อง วนิตา พุ่มไพศาลชัย และ สุวัฒน์ มหัตนิรันดร์กุล (2544) ได้ศึกษาสถานการณ์ที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการรักษา พบว่า มีหลายประการทั้งความยุ่งยากในการใช้ยานั้นมีมาก เช่น ใช้ยาหลายชนิดใช้ยาขนาดต่ำ ๆ หลายตัว อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นเร็วและคงอยู่นาน เห็นผลการรักษา ช้า ถ้าหยุดใช้ยาแล้วอัตราการกลับเป็นซ้ำเกิดขึ้นได้น้อยผู้ที่เป็นโรคจิต มีอาการทางจิตสับสนสติปัญญาและอารมณ์เสื่อม (dementia) สติปัญญาและอารมณ์เสื่อมไม่แท้ (Pseudo dementia) สติปัญญาต่ำ การได้ยินหรือการมองเห็นไม่ดี อ่านหนังสือไม่ออก ขาดการให้ข้อมูล การใช้ยานั้นผู้ป่วยต้องได้รับการเรียนรู้และฝึกฝน นอกจากนั้นยังมีประเด็นที่สำคัญอื่น ๆ เช่น ปัญหาด้านการเงิน ความไม่สอดคล้องในเรื่องของเวลาหรือการเงิน ความไม่พอใจ ขาดความเชื่อมั่นหรือไม่ไว้วางใจในการรักษาหรือมีพยาธิสภาพทางจิต เช่น หลงผิดแบบหวาดระแวง สิ้นหวัง ชอบทำร้ายตนเอง วิตกกังวลหรือกลัวสองจิตสองใจ ปฏิเสธ ขาดการเข้าสังคม คิดสารเสพติด

1.2.2 การปรับตัวกับครอบครัว ทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตและญาติเมื่อจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลับไปอยู่ที่บ้านต่างต้องปรับตัวเข้าหากัน จากรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า ญาติยังมีความรู้สึกว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตอาจเกิดจากหลายสาเหตุ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ได้แก่ปัญหาการอยู่ร่วมกันในครอบครัวมีการทะเลาะเบาะแว้งการสื่อสารที่ไม่เข้าใจกันและส่งผลกระทบทางจิตใจและอารมณ์ รู้สึกเคียดแค้น ขุ่นเคือง เสรีไร้ โศก เกรียด กังวล นอกจากนั้นยังมีความรู้สึกอ่อนแอ หดแรงแรง การมีภาระทางการเงิน ถูกสังคมรังเกียจ ซึ่งสอดคล้องกับการทบทวนรายงานการวิจัยเกี่ยวกับภาระของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยทางจิตของ ยาใจ สิทธิมงคล (2538) ที่เสนอว่า การที่ครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตเกิดความรู้สึกเป็นภาระ ไม่ว่าจะป็นในด้านค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วย ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน หรือความรู้สึกเคียดแค้น อับอาย โกรธ หรือเสรีไร้ใจในอาการและพฤติกรรมของผู้ที่เป็นโรคจิต ไปจนถึงความรู้สึกว่าแบกรับภาระเกินตัว นั้นเป็นเพราะการขาดการเตรียมความพร้อมในการที่จะปรับตัวเพื่อการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตทั้งสิ้น

อรพรรณ ลีอนุชวณิช (2542) ได้สรุปการอภิปราย เรื่องประสบการณ์ของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิตในการรับบริการทางสุขภาพจิตของสมาชิกครอบครัวผู้ที่เป็นโรคจิต โดยสรุป ทั้งจากการสัมภาษณ์และงานวิจัยว่าความต้องการของผู้ที่เป็นโรคจิตและญาติในชุมชนมีลักษณะที่ตรงกัน หลายประการ คือ ผู้ที่เป็นโรคจิตต้องการความช่วยเหลือจากญาติ ต้องการให้ญาติเข้าใจและเห็นใจ ต้องการให้ญาติมีสัมพันธภาพที่ดี ต้องการให้ญาติพูดด้วยดี ๆ ไม่ตำหนิ ไม่ต้องการให้คน ในสังคมตำหนิหรือจับผิด ต้องการให้โอกาสผู้ที่เป็นโรคจิตได้ทำงาน ต้องการให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขดูแลให้คำแนะนำไม่แสดงความรังเกียจและต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข องค์กรศาสนา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้มีแนวโน้มที่จะมีอาการทางจิตช่วยเหลือส่งต่อได้ทันการณ์

1.2.3 ปัญหาทางสังคม จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาส่วนใหญ่กล่าวถึงการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ที่เป็นโรคจิตร่วมกับครอบครัว และการอยู่อาศัยในชุมชนและสังคมซึ่งพบว่า มีปัญหาหลายด้านทั้งด้านสัมพันธภาพกับเพื่อนบ้านหรือบุคคลรอบข้าง บ้านที่อยู่อาศัย อาชีพและเศรษฐกิจ และยังมีผู้ที่เป็นโรคจิตอีกจำนวนไม่น้อยทั่วโลก ที่ต้องดิ้นรนดำเนินชีวิตตามลำพังและประสบกับปัญหาเหล่านี้เช่นกัน โดยเฉพาะในเรื่องที่อยู่อาศัยและการดำเนินชีวิตในสังคมที่ต้องถูกตีตรา (stigma) ว่ามีความบกพร่องทางจิต ดังการศึกษาของโจนส์ และคณะ (อ้างใน Freeman, 1997) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชในเมืองยอร์ก ซึ่งอยู่ทางตอนเหนือของประเทศอังกฤษมีความต้องการที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล โรงพยาบาลจิตเวชเป็นสถานที่ที่ดีที่สุดที่เขาต้องการซึ่งเป็นพื้นฐานในการดูแลสุขภาพ งาน และกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนั้น โอลิเวอร์ และคณะ (อ้างใน Freeman, 1997) ได้ศึกษาเรื่องความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตเภท พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาเป็นระยะเวลายาวนานนั้นมีความต้องการในการช่วยเหลือหลาย ๆ ด้าน เนื่องจากไร้ที่อยู่อาศัย สำหรับในประเทศไทยผู้ที่เป็นโรคจิตที่ไม่มีญาติและที่อยู่อาศัยนั้น ส่วนหนึ่งยังเป็นภาระของรัฐในการจัดสถานสงเคราะห์คนไร้ ที่พึ่งต่าง ๆ และพบว่ามีอยู่จำนวนไม่น้อยที่เร่ร่อนไม่มีที่อยู่อาศัย

1.3 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท ปัจจุบันแนวทางการรักษาด้วยยา เป็นวิธีการหลักที่มีประสิทธิภาพทำให้อาการทางจิตดีขึ้นแต่การรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ก็มีข้อจำกัด คือ ไม่ได้ช่วยส่งเสริมการทำหน้าที่ด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเภท (Patterson and Leeumenkamp, 2008; ยุทธนา อัจฉินสกุล, 2548) ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม การรักษาทางด้านร่างกาย เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต และการรักษาด้วยไฟฟ้า ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษม ดันติผลาชีวะ และลักษณา ธีร โมกษ์, 2536)

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

1.3.1.1 ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน อารมณ์ หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง ตาเหลือก บางรายมีอาการง่วงซึม ในระยะแรก

1.3.1.2 ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีกขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาการทางจิตก็อาจกำเริบใหม่ได้อีกเป็นช่วงๆ

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

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

1.3.4 กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Group) เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) คือการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคมเพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจและเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง จึงจำเป็นต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเพื่อจะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534)

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง สามารถรักษาได้ด้วยยาแต่รอยโรคอาจหลงเหลืออยู่ ซึ่งการเจ็บป่วยเรื้อรังนี้เองที่จะส่งผลกระทบทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องด้านความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและการเข้าสังคม ก่อให้เกิดภาวะกับสมาชิก ใน

ครอบครัว การศึกษาครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้ดูแลได้อย่างปกติสุขและ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิดการรับรู้ด้านการสื่อความหมายและด้านสังคมดังนั้น การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมาไม่อ้อมค้อม และเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกียรติงิ้วแก้ว, 2547) จึงมีหลักการพยาบาลผู้ป่วย ดังนี้

1.4.1 การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลความสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะด้านสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยบางคนไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยประเภทนี้มีพฤติกรรมคงรูปเดิมชนิดหุ่นขี้ผึ้งอาจจะมีปัญหากล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีนี้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดิมนาน ๆ ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งนาน ๆ ก็อาจจะมีปัญหาด้านกล้ามเนื้อหดตัวและขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าเดียว กิจกรรมที่จัดให้ ก็ควรให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ ในระยะแรกรับผู้ป่วยเข้ารับการรักษาผู้ป่วยอาจจะยังไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ ควรอนุโลมให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังตนเองได้ตามสมควร

1.4.2 การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลผู้ป่วยด้านความคิดนั้น พยาบาลควรกระทำคือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย ได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่พยาบาลต้องทำคือทำให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1.4.2.1 การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลาย ๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่ คนอื่น ไม่เข้าใจ ดังนั้นสิ่งแรกที่พยาบาลต้องทำเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทคือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้น ๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกต พฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

1.4.2.2 การให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและ ส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความจริง โดยไม่ขัดแย้งกับความรู้สึก ในกรณีผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนผู้ป่วยอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น ได้ยินเสียง ในขณะที่พยาบาลไม่ได้ยิน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะบอกในการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วย แต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

1.4.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบ เหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

1.4.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมสังคม และการไม่สนใจบุคคลอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจจะพยายามนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่น ๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำอันตรายพยาบาลได้ด้วยความหวาดระแวง และการหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่ผู้ป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วยทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรมที่คาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและเสริมสร้างทักษะทางสังคมพื้นฐานด้านสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม

2. แนวคิดเกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

การดำเนินชีวิตประจำวันนั้นเป็นสิ่งที่จะบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังเพื่อประเมินหรือทำนายศักยภาพในการคืนสู่สภาพเดิมของร่างกาย ความก้าวหน้าของผู้ป่วย และช่วยในการวางแผนการดูแลรักษา ผู้ป่วยจิตเภทเองก็เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรง (ประดิษฐ์ ต้นสุรัตน์, 2538) มักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน ซึ่งความบกพร่องนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว

และชุมชน ดังนั้นก่อนที่จะมีการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมผู้ป่วยด้านกิจวัตรประจำวันของตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท จึงจะสามารถวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือดังกล่าวได้ จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัย กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่กล่าวถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

2.1 ความหมายของความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

นภากรณ์ แก้ววรรณ (2533) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวันเริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน

ทัศนีย์ รัชชา (2537 : 32) กล่าวว่า เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็น และความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อสามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเองและมีช่วยเหลือเพื่อให้กิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปได้ด้วยดี กิจวัตรประจำวันได้แก่ การรับประทานอาหารการแต่งตัว การเดินทาง การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย

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

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหมายถึง กิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำต่อตนเองในชีวิตประจำวันเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน โดยกิจกรรมเหล่านั้นจะกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ได้ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวอยู่ในสังคมที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวัน

2.2 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางจิต จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยและการปฏิบัติงาน เมื่อนำมาวิเคราะห์โดยเทียบเคียงกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โดยทั่วไปก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นปัญหาในด้านต่างๆ พบว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลทั่วไปเพราะมนุษย์มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกนึกคิดและมีความต้องการ (Hay and Anderson, 1963) Rines and Motag (1976) ความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ได้แก่ ความ

ต้องการอาหาร น้ำ อากาศ เสื้อผ้า ที่อยู่ อาศัย การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การเคลื่อนไหว ความสะอาดของร่างกายและ สิ่งแวดล้อม แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นมีความเสื่อมถอยลง เนื่องจาก พยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และอาการที่ยังหลงเหลืออยู่และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น 1) Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน 2) Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมากและ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดอาการหลงผิด (Delusion) 3) Negative Symptoms เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ Alogia พูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น โดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัว หรือไม่มิกิจกรรมที่สนุกสนาน หรือแม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

แต่เมื่อบุคคลจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองที่จำเป็นเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและ สวัสดิภาพของบุคคล (Orem, 2001) จึงควรมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดังนี้ (สุวิมล สมัตตะ, 2541)

1) การดูแลสุขอนามัย ควรดูแลสุขอนามัยของตนเองในเรื่องการแปรงฟัน อาบน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย หวีผม เลือกล้างเสื้อผ้า แต่งตัวเหมาะสมและถูกกาลเทศะ ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใส่แล้วของตนเองได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้

2) การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารด้วยตนเอง เลือกอาหารที่ดี มีประโยชน์ ปริมาณอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย มีส่วนร่วมในการจัดหาหรือประกอบอาหาร และหลังจากรับประทานอาหารแล้วช่วยเก็บล้างทำความสะอาดได้อย่างเรียบร้อย

3) การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ตื่นขึ้นมาสดชื่น ไม่ง่วงซึม พยายามหลับได้เอง โดยไม่ต้องกินยานอนหลับ นอนในที่ที่เหมาะสม อากาศถ่ายเทสะดวก ปลอดภัย และดูแลเครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ

4) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ได้แก่

- การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร

- ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จัดของใช้ส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณส่วนตนได้ จัดหา บำรุง ซ่อมแซมบ้าน ปลุกต้นไม้ จัดสวน

- ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญของสมาชิกในครอบครัว เช่น งานวันเกิด การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัวเช่นช่วยงานของครอบครัวทำนา หรือช่วยค้าขายครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีอาชีพเป็นของตนเองโดยแนะนำงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วย

5) การเดินทางด้วยตนเอง เมื่อจะออกจากบ้าน ผู้ป่วยควรรู้จุดมุ่งหมายในการเดินทาง ผู้ป่วยควรจำเส้นทางได้โดยเฉพาะเส้นทางในหมู่บ้าน เดินทางได้เองโดยลำพังและสามารถกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ถ้าไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ครอบครัวต้องช่วยเหลือโดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเดินทางคนเดียวตามลำพัง เพราะอาจเกิดอันตรายได้

6) การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ควรปฏิบัติ ดังนี้

- ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผิดปกติกลับมาอีก ผู้ป่วยควรที่จะรับประทานยาด้วยตนเอง ญาติคอยกระตุ้นและให้กำลังใจ

- ไปรับการตรวจรักษา และพบแพทย์ตามนัด

- งดสิ่งเสพติด มีนเมาทุกชนิด เช่น เหล้า กล้วยชา ยาบ้า ฯลฯ

- การดูแลเมื่อมีอาการแพ้ยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นคับปาก น้ำลายไหล เดินไม่ แกว่งแขน หรือพูด ลิ่นแข็ง อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย ไม่ต้องตกใจ เกิดจากอาการแพ้ยา หากรับประทานยาแก้แพ้ อาการจะดีขึ้นแต่ถ้ายังไม่หายควรปรึกษาแพทย์

นอกจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาที่พบในผู้ป่วยแล้วระดับของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วยความเสื่อมของการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูทางสังคมอย่างมากโดยมีการแสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรมทางสังคม

2.3 การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

นอกเหนือจากอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ภายหลังการรักษาที่พบในผู้ป่วยแล้วระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วย ความเสื่อมของการทำหน้าที่ทางสังคม ทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูอย่างมาก การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท เป็นการกระทำที่ได้รับความพึงพอใจจากอาการของโรคซึ่งล้วนส่งผลให้บุคคลเหล่านี้มีความผิดปกติทางด้านการคิด อารมณ์ พฤติกรรม ทำหน้าที่เป็น โรคจิตเภทที่อยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนแสดงพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสมที่ไม่เหมาะสม จากแนวคิดของปาร์กเกอร์และโรเซน (parker & Rosen, 1989) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมทางสังคมไว้ 5 ด้านได้แก่ 1) ด้านการดูแลตนเอง 2) ด้านการควบคุมอารมณ์ 3) ด้านการติดต่อทางสังคม 4) ด้านการสื่อสารและ 5) ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับผู้ที่ เป็น โรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนพบพฤติกรรมทั้ง 5 ด้านมีรายละเอียดดังนี้คือ

ด้านการดูแลตนเอง (self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางสังคมในเรื่องการปฏิบัติตัวขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการเอาใจใส่สุขภาพร่างกายตนเองโดยการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และทักษะการดำรงชีวิตด้วยศักยภาพของตนเอง จากการทบทวน

วรรณกรรม พบว่า ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมอาบน้ำ ถ้าหากอาบน้ำจะรดน้ำให้เปียกทั่วร่างกายอย่าง เดียวไม่ใช่สบู่หรือยาสระผม บางครั้งไม่แปรงฟัน ทำให้ญาติต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด บางรายต้อง กระตุ้นและให้การช่วยเหลือโดยการทำให้ (รัชณี อุปเสน, 2541; Tungpunkom, 2000)

ในเรื่องของการแต่งกายส่วนใหญ่จะแต่งกายไม่เหมาะสม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายอาจ รื้อคันเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่เสื้อผ้าเก่าๆ ขาดๆ และบางครั้งเดินออกนอกบ้านโดยไม่ใส่เสื้อผ้าเลย ทำให้ ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมเสื้อผ้าให้เหมาะสม (รัชณี อุปเสน, 2541) บางรายมีพฤติกรรมเดินเก็บขยะ สะสมอาหาร (เอื้ออารีย์ สาริกา, 2543) หรืออยู่บ้านโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ห้องนอนเต็มไปด้วย เศษขนม เศษกระดาษกรงรัง ผู้ดูแลจึงต้องดูแลเรื่องการทำความสะอาดให้ (รัชณี อุปเสน, 2541)

ด้านการควบคุมอารมณ์ (non-turbulence) พฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการไม่แสดง ความ วุ่นวายไม่แสดงความรู้สึกหรือข่มขู่ผู้อื่นทั้งคำพูดและการกระทำ พฤติกรรมทำลายข้าวของหรือ ทำ ร้ายตนเอง จากการศึกษาของรัชณี อุปเสน (2541) พบว่า ผู้ป่วยบางรายหงุดหงิดเมื่อผู้ดูแลกระตุ้นให้ ปฏิบัติกิจกรรม เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือชักชวนรับประทานอาหาร เป็นต้น จึงทำร้าย ร่างกาย ผู้ดูแล โดยการตีศีรษะจนต้องเข้าโรงพยาบาล (รัชณี อุปเสน, 2541) บางรายแสดงพฤติกรรมที่ ผิดปกติในที่สาธารณะ เช่น เดินเข้าไปหยิบกระป๋องเครื่องดื่มในร้านค้าออกมาดื่มเป็นจำนวนมาก (Jones, 1996) การตะโกนขึ้น โดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น พฤติกรรมที่ไม่สามารถคาดเดา หรือ พฤติกรรมที่ผิดปกติจากอาการทางจิตรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินนับเป็นพฤติกรรมที่ ยุ่งยากทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขบข้องใจเป็นทุกข์ แต่ในขณะเดียวกัน หากผู้ป่วยสามารถอธิบายเกี่ยวกับ อาการที่เปลี่ยนแปลงได้ก็สามารถควบคุมอาการได้ (Baker, 1995)

ด้านการติดต่อทางสังคม (Social contact) เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการมีสัมพันธ ภาพกับผู้อื่น ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเฉื่อยชา ซึมลง (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545) บางครั้งนั่ง เฉยๆ การทำกิจกรรมจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ บางครั้งไม่หลับนอน เปิดวิทยุและพูด เสียงดัง ทำให้เพื่อนบ้านรู้สึกรำคาญ จากการถูกรบกวน และแสดงออกโดยการขว้างก้อนหินใส่ หลังคาบ้านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (รัชณี อุปเสน, 2541) ผู้ดูแลจะต้องควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ตั้งแต่ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชุมชนเพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบเกี่ยวกับภาพลักษณ์เพราะกลัวถูก ตีตราจากสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในชุมชนเพื่อขอความร่วมมือ ในการช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ เช่น การใช้ยา เสพติด สุรา บุหรี่ เป็นต้น (รัชณี อุปเสน, 2541; Tungpunkom, 2000)

ด้านการสื่อสาร (communication) จะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนมากนั่งพูดพึมพำได้ตอบ อยู่คนเดียว (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

บางครั้งบ่น คำ และสาปแช่งในสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาในสังคมซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของการเกิดปัญหาภายในครอบครัว บางรายพูดในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงแสดงออกโดยการแจ้งความกับตำรวจว่าตนเองถูกปองร้าย ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นจริงแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Tungpunkom, 2000)

ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง (responsibility) เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับ การรับผิดชอบต่อตนเอง ไม่ต้องตกเดือน แต่อย่างไรก็ตาม บางครั้งจะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความใส่ใจในการรับผิดชอบต่อตนเอง เช่นพบว่าผู้เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมทิ้งยา ซ่อนยาหรือ ลืมรับผิดชอบต่อตนเอง จนส่งผลกระทบต่อต้องกลับเข้ารักษาซ้ำ ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กล่าวมาแล้วนั้น จะแสดงออกและเกิดผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและจำเป็นต้องมีการประเมินที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถรับรู้ถึงกิจกรรมทางสังคมที่ปรากฏในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละราย มีหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท คือ

Jong et al. (1985) ได้ศึกษาความไร้สมรรถภาพทางสังคมและสภาพภายหลังได้รับการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 22 ราย ใน เนเธอร์แลนด์ ดังนี้

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

2) มีตัวแปรอยู่น้อยมากที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ Outcome เช่น ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคทางสังคม ไม่ดีมีการศึกษาน้อยในขณะที่ป่วยจะประกอบอาชีพที่ต่ำ ส่วนมากไม่ได้แต่งงาน และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ส่วนตัวแปรในเรื่อง เพศ อายุ ระดับอาชีพ สภาพการทำงาน การพึ่งพาสวัสดิการสังคม สภาพการสมรส สภาพการอยู่อาศัย ระดับอาชีพของพ่อแม่และการดำเนินโรคมีความสัมพันธ์กับ Outcome ในระดับต่ำ

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

2.4 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน จากการศึกษาในโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของสุวิมล สมัตถะ (2541)

ซึ่งเป็นแบบการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการวัดความสามารถ ซึ่งส่วนมากจะเป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกายหรือความสามารถในการทำงานของร่างกายที่จะวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Sidney Katz (1959) เพื่อใช้วัดผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ข้อมูลจากเครื่องมืออธิบายถึงระดับการพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การเดินหรือการเคลื่อนไหวไปตามที่ต่างๆ ในบริเวณและการรับประทานอาหาร ซึ่งต่อมาได้มีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยขึ้นอีกหลายเครื่องมือโดยมีรายละเอียดคือ

มาตราส่วนประมาณค่าเพื่อวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL Scales) มีเครื่องมือที่ใช้วัด ADL Scales หลายชนิด ดังนี้

2.4.1 The index of independence in activities of daily living or index of ADL เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Sidney Katz (1976, ประภาพัฒน์ สุวรรณ, 2537) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรมคือการอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ ห้องน้ำ ห้องส้วม การรับประทานอาหารและการควบคุมระบบขับถ่าย การรวบรวมข้อมูล ทำได้โดยการสังเกตและการสอบถามจากผู้ป่วย การประเมินความสามารถทำโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 1-3 การสังเกตทำในช่วงระหว่าง 2 สัปดาห์

ตัวอย่างของคำถามในเครื่องมือ

- 1) การอาบน้ำ: อาจจะเป็นอาบน้ำในอ่างน้ำ ฝักบัว หรือเช็ดตัว
 - () ไม่ต้องการความช่วยเหลือ (อาบน้ำได้เอง)
 - () ต้องการความช่วยเหลือ (ส่วนหนึ่งของร่างกาย เช่น ส่วนหลังหรือขา)
 - () ต้องการความช่วยเหลือมากกว่า 1 ส่วนของร่างกาย
- 2) การแต่งกาย: หยิบเสื้อผ้าจากตู้เสื้อผ้า หรือลิ้นชัก รวมทั้งการใส่ชุด
 - () แต่งตัวได้เอง (หยิบเสื้อผ้าและสวมได้เอง)
 - () หยิบเสื้อผ้าได้เอง แต่งตัวได้เอง ยกเว้นให้ช่วยผูกหรือถอดให้
 - () ต้องการความช่วยเหลือให้หยิบเสื้อผ้าให้ และแต่งตัวให้
- 3) การใช้ห้องน้ำ – ห้องส้วม: เข้าห้องน้ำและใช้ห้องน้ำได้เอง ทำความสะอาดหลังการขับถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะ และใส่เสื้อผ้าได้
 - () เข้าห้องน้ำและใช้ห้องน้ำ รวมทั้งการทำทำความสะอาด การใส่เสื้อผ้าได้เอง

- () ต้องช่วยเหลือในการช่วยพาไปห้องน้ำ ทำความสะอาดหลังการถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะ และการใช้โถถ่ายบนเตียงในเวลากลางคืนด้วย
- () ไปห้องน้ำไม่ได้เลย

2.4.2 The physical maintenance scale (PSMS) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นจากทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์สร้างขึ้น โดย Lowton & Brody (1969, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรมคือ การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การดูแลร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกายและการอาบน้ำ การประเมินความสามารถทำได้โดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า คะแนน 1-5 โดยใช้หลักการสร้างมาตราส่วนประมาณค่าของ Guttman Scale

ตัวอย่างของคำถามในเครื่องมือ

- 1) การใช้ห้องส้วม/ ห้องน้ำ
 - () ใช้ห้องน้ำด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี ควบคุม/ บังคับได้
 - () ต้องคอยเตือน ต้องช่วยในการทำความสะอาด บางครั้งบังคับการขับถ่ายไม่ได้
 - () ถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะบนที่นอนขณะหลับ มากกว่า 1 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
 - () ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะไม่ได้ (ขณะตื่น) มากกว่า 1 ครั้ง
 - () ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะไม่ได้เลย
- 2) การรับประทานอาหาร
 - () รับประทานอาหารได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย
 - () รับประทานอาหารได้เอง โดยมีคนช่วยเพียงเล็กน้อย หรือช่วยในการเตรียมอาหาร หรือช่วยทำความสะอาดหลังรับประทานอาหาร
 - () รับประทานอาหารได้เองแต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (ระดับปานกลาง)
 - () ต้องมีคนช่วยในการรับประทานอาหารทุกมื้อ
 - () ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง
- 3) การแต่งตัว
 - () แต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และเลือกเสื้อผ้าจากตู้เสื้อผ้าได้
 - () แต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า แต่มีคนคอยช่วยเหลือบางส่วน

- () ต้องการความช่วยเหลือ (ระดับปานกลาง) ในการแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าและเลือกเสื้อผ้า
- () ต้องการความช่วยเหลือ (หลายอย่าง) ในการแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และให้ความร่วมมือกับผู้ช่วยเหลืออย่างดี
- () ไม่สามารถแต่งตัวได้เอง และยังคงต้องการช่วยเหลือด้วย

สุวิมล สมัตตะ (2541) ได้สร้างแบบประเมินโดย ศึกษาค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บ้าน ได้แก่ การศึกษาของยูพาฟิน ประสารอริคม (2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเอง ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และแนวคิดของ Sidney Katz (1979) ที่สร้าง The index of independence in activities of daily living or index of ADL เพื่อใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ในเรื่องความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว และการเคลื่อนย้ายร่างกาย การขับถ่ายและการสื่อสาร ผสมผสานกับ การสังเกตพฤติกรรมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่บ้าน 3 ราย พร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วย จดบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จะต้องได้รับการประเมิน ดังต่อไปนี้

1) การรับประทานอาหารและน้ำ ลักษณะพฤติกรรม สามารถรับประทานอาหาร และน้ำได้ด้วยตนเอง จัดอาหารได้เอง ประกอบอาหารด้วยตนเอง โดยพบว่าถ้าผู้ป่วยสามารถทำ ความ สะอาด เครื่องใช้ในการรับประทานอาหารได้ผู้ป่วยก็สามารถเก็บเครื่องใช้ต่างๆ ได้

2) การดูแลสุขภาพร่างกาย ลักษณะพฤติกรรม สามารถปฏิบัติในการแปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม และการดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ป่วยสามารถ ดูแลความสะอาดของร่างกายได้ ผู้ป่วยก็สามารถแปรงฟันและอาบน้ำได้ และถ้าผู้ป่วยแต่งกายให้สะอาดผู้ป่วยก็สามารถหวีผม และเลือกเสื้อผ้าได้ด้วย

3) การนอนหลับพักผ่อน ลักษณะพฤติกรรม สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติหรือมีการเปลี่ยนแปลงเวลานอน เช่น ตอนกลางวัน กลางคืนไม่ยอมนอน นอนหลับยาก รู้สึกหลับยากเกินไป นอนไม่ค่อยหลับ ตื่นนอนยังอ่อนเพลีย ต้องรับประทานยานอนหลับก่อนนอน

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

5) การเดินทางด้วยตนเอง ลักษณะพฤติกรรมสามารถเดินทางได้อย่างอิสระ มีจุดหมาย ในการเดินทาง สามารถกลับบ้านได้ถูกต้อง จำสถานที่ต่างๆ ได้อธิบายเส้นทางได้ หรือพบผู้ป่วย เดินเรื่อยเปื่อย ต้องมีผู้ร่วมเดินทางด้วยทุกครั้ง เดินทางได้เฉพาะบริเวณใกล้ ๆ บ้าน นอกจากการ ประเมินความสามารถด้านกิจวัตรประจำวันแล้วยังจำเป็นต้องมีการประเมิน การปฏิบัติกิจกรรมทาง สังคมของผู้ป่วยจิตเภทเครื่องมือที่ประเมินการปรับตัวทางด้านสังคม ของผู้ป่วยโรคจิตของ Katz (1979) เป็นแนวคิดหนึ่งในการสร้างแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมคือแบบประเมินการ ปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมคือ The Katz Adjustment Scales มาตรฐานประมาณค่าเพื่อวัดการ ปรับตัวของ Katz (1979) นี้เริ่มแรกของการสร้างเครื่องมือมีเป้าหมายการปรับตัวทางสังคม ของ ผู้ป่วยโรคจิต ภายหลังจากได้รับการรักษาข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและจากญาติผู้ป่วย เครื่องมือนี้ ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางด้าน โรคจิต พฤติกรรมด้านสังคม กิจกรรมที่บ้านและการใช้ เวลาว่าง เครื่องมือนี้ยังใช้ได้กับประชาชนทั่วไป

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย และจาก ประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของ ผู้ป่วยจิตเภทที่ บ้าน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ได้นำแบบประเมินของสุวิมล สมัตถะ (2541) ซึ่งสร้างมาจากการ รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่แสดงออกในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการสังเกตพฤติกรรมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวที่บ้าน พร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยจดบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม เป็นเวลา 2 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วยมี การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมที่ใช้ในการประเมินดังต่อไปนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพต่อผู้อื่น

- ความคิดเห็นต่อผู้อื่น ลักษณะพฤติกรรมยอมเป็นเพื่อนกับผู้อื่น เป็นมิตร กลัวผู้อื่นมาทำ ร้าย หวาดระแวงผู้อื่น ไม่ยอมให้คนอื่นเข้ามาใกล้ ชอบอยู่คนเดียว มีเพื่อนน้อย

- ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ลักษณะพฤติกรรม สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้ การมี เพื่อน พูดคุยกับผู้อื่นรู้เรื่อง ชอบรบกวนผู้อื่น

2) การควบคุมอารมณ์ ลักษณะพฤติกรรมสามารถควบคุมอารมณ์โกรธ กลัว ตื่นตระหนก ตกใจ ไม่สบาย หงุดหงิด การยอมรับในสิ่งที่เป็นสัจธรรมของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย

3) การแสดงออกท่าทาง ลักษณะพฤติกรรม ยิ้มแย้มแจ่มใส สุภาพ อ่อนโยน วุ่นวาย ทำลาย ข้าวของ ก้าวร้าว ช่มชู้ ส่งเสียงโวยวาย กระตือรือร้น เรียกร้องความสนใจ คำคำหยาบ

4) ความสามารถในการเข้าสังคมลักษณะพฤติกรรมรู้จักมารยาททางสังคมไทย เช่น การไหว้ ด้อนรับแขกที่มาบ้าน พูดคุยกับและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ ร่วมกิจกรรมใน สังคมได้

5) ความสนใจสิ่งแวดล้อม ลักษณะพฤติกรรม แยกตัวไม่สนใจสิ่งต่างๆ อยู่แต่เฉพาะในที่จำกัด ให้ความสนใจข่าวต่างๆ

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของสุวิมล สมัตตะ (2541) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Katz (1979) ซึ่งแบบประเมินแบ่งเป็น 2 ด้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและความสามารถทางสังคม เพื่อประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา

3. การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2549)

1) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสิ่งสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติเต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience)

2) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้แลความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพบรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น มีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ ใต้อารมณ์ ทัศนคติ ความรู้ ความรู้สึกร่วมกัน (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

3) พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

- วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการโดยการคิด ไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล อย่างรอบคอบ
- กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ
- กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้
- ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง และผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา
- ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย
- จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

- 1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างๆ ไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน
- 2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม สันทนาการ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาล จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ
- 3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ในการดำรงชีวิตประจำวัน ร่วมกับบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ให้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ จากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

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

6) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

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

3.1 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

จากรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล พบว่า เน้นการดูแลรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ ก็ต้องมี การดูแลด้านจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยที่อาการดีขึ้น มีทักษะในการดำเนินชีวิตประจำวัน และสามารถทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นได้ พยาบาลจิตเวชเป็นบุคคลหนึ่งในทีมสุขภาพที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด เพราะต้อง

ให้การดูแลตลอด 24 ชั่วโมง ดังนั้น รูปแบบการดูแลหรือลักษณะของการให้การพยาบาลผู้ป่วยจึงต้องปฏิบัติตามครอบคลุมทั้ง 4 มิติ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541) คือ

1) การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ขอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จะมีจิตใจเข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมและทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

2) การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or Maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวลได้ พยาบาลจิตเวชจึงต้องเป็นผู้ให้ความรู้ ความเข้าใจ ช่วยเหลือและแนะนำเรื่องการปรับตัว การเผชิญปัญหา หรือลดความเครียดและความวิตกกังวลต่างๆ

3) การบำบัดรักษา การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็ว อาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทไม่ดี มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก ดังนั้น เมื่อพบผู้ป่วยทางจิต พยาบาลจิตเวชต้องให้คำแนะนำ ช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เพื่อไม่ให้มีสุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลาม ซึ่งจะเป็นการยากที่จะแก้ไขหรือรักษาให้หาย ตัวอย่างการบำบัดรักษา เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การดูแลให้รับประทานยา หรือการดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

4) การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจ ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง ดังนั้น พยาบาลจิตเวชจึงต้องให้ความสำคัญในการฟื้นฟูสมรรถภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในด้านต่างๆ ได้ในระดับดีที่สุดที่ผู้ป่วยจะสามารถกระทำได้

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของเคลือบานอฟ (Klebanoff, 1997 อ้างใน นววิภา ภิรมย์, 2541) ที่ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช รวมทั้งได้กำหนดแนวทางและกิจกรรม เพื่อให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำไปปฏิบัติไว้อย่างชัดเจน มีรายละเอียด ดังนี้ คือ

3.1.1 บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล พยาบาลทำหน้าที่เสมือนครูอยู่ตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยโรคจิตนั้นบางครั้งแม้ภารกิจง่าย ๆ ก็ไม่สามารถทำได้ จึงต้องสอน ต้องแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ที่จะอยู่อย่างเป็นสุข พยาบาลอาจต้องสอนผู้ป่วยตั้งแต่การ อาบน้ำ แปรงฟัน หรือการ

รักษาความสะอาดส่วนตัว การรับประทานอาหาร ฝึกการควบคุมอารมณ์ ฝึกการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน นอกจากนั้นพยาบาลยังต้องเป็นผู้ใช้ข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับแหล่งให้บริการต่างๆ ที่ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในบทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล พยาบาลจึงทำหน้าที่ดังต่อไปนี้ คือ

- 1) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
- 2) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องยา และผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช
- 3) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน
- 4) ให้ความรู้และคำแนะนำ เรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งกับพยาบาลผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 5) ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับองค์กรเอกชน และองค์กรทางวิชาชีพที่ผู้ป่วยอาจต้องใช้บริการ เช่น ศูนย์ให้การปรึกษาปัญหาชีวิต ศูนย์ฮอตไลน์ เป็นต้น
- 6) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตใจ และสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการปรึกษาทางโทรศัพท์
- 7) ให้ข้อมูลแก่ทีมสุขภาพ เกี่ยวกับพฤติกรรม / ความคิด / ความรู้สึก ของผู้ป่วย
- 8) ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 9) กระทำตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดี สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การควบคุมอารมณ์ การเผชิญกับภาวะความเครียด เป็นต้น

3.2.2 บทบาทที่ปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหาของตน มองปัญหากระจ่างชัดเจน แสวงหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ ปรับวิธีการคิดใหม่ และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้ และจะเลือกตัดสินใจในปัญหา ในทางที่สร้างสรรค์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่จะต่อสู้กับสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น พยาบาลต้องให้คำแนะนำแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนในชุมชน พยาบาลจึงควรทำหน้าที่ ดังนี้

- 1) ให้การปรึกษาแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ
- 2) ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว / ชุมชน
- 3) ให้การปรึกษาด้านการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 4) นิเทศการให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่สมาชิกในทีมพยาบาล
- 5) ประเมินผลการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 6) ตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล ในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

- 7) เป็นที่ปรึกษาในเรื่องการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล
- 8) เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

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

- 1) การประเมินสถานะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย
- 2) การตรวจสภาพจิต
- 3) การทำจิตบำบัด (รายบุคคล/ครอบครัว/กลุ่ม)
- 4) ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น แหล่งฝึกอาชีพฯ
- 5) การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ
- 6) จัดการเรื่องการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยพบผู้เชี่ยวชาญ ตามปัญหาของผู้ป่วย
- 7) บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
- 8) ให้ความร่วมมือทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย
- 9) ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามแนวคิดของเคลือบานอฟ (Klebanoff) ล้วนเป็นบทบาทที่มีความสำคัญ และครอบคลุมบทบาททั้ง 4 มิติ พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภท มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ที่ถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และผลกระทบอื่นๆที่จะตามมา ผู้ศึกษาจึง ได้นำ แนวคิดของ เคลือบานอฟ (Klebanoff) มาเป็นแนวปฏิบัติของผู้ศึกษา

3.2 กิจกรรมการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว อรพรรณ ถีอนุชวณิช (2545) ได้กล่าวว่า กิจกรรมที่พยาบาลด้านสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยสามารถทำได้ในลักษณะต่างๆดังต่อไปนี้

- 1) การประเมินสถานะผู้รับบริการ
- 2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับ เข้าใจและเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึที่ดี และไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ
- 3) พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัว เน้น การสร้างความเข้าใจของแต่ละคนในครอบครัว

4) สอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว และทักษะชีวิตและการประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ

5) ให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมใช้หลักการ แนวคิด ทฤษฎี การให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่ม ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้ คำปรึกษาครอบครัว

6) การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้กำลังใจในโอกาสที่เหมาะสม การ ปรึกษาประคองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

7) การสร้างเสริมพลังอำนาจ เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติและทุกคนในครอบครัว ให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเอง ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วย

8) การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ

9) การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ

สิ่งที่ควรคำนึงถึงในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่สำคัญ คือ การผสมผสานแนวคิดและหลักการพยาบาลเชิงสังคมและวัฒนธรรม การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีประสิทธิภาพควรยึดหลักการ ดังนี้

1) ผู้รับบริการแต่ละรายมีสังคมและวัฒนธรรมของคนที่มียุทธิต่อเป้าหมายและความสำเร็จของตนเอง การดูแลต้องให้ความสำคัญต่อสิ่งที่ผู้รับบริการยึดเหนี่ยว

2) วัฒนธรรมเป็นสิทธิของผู้รับบริการที่ผู้ให้บริการจะต้องรับรู้ ยอมรับและดูแลอย่างเหมาะสม

3) การรับฟัง การยอมรับ การให้ความสนใจ การเอาใจใส่ ผู้รับบริการเป็นสิ่งสำคัญที่จะนำไปสู่ความเชื่อถือ ความไว้วางใจ และความร่วมมือของผู้รับบริการ

4) ผู้รับบริการควรมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกรับบริการ

5) ความสำเร็จในการดูแลขึ้นอยู่กับความรู้ เข้าใจ โลกทัศน์ของผู้รับบริการ

6) การสังเกต ช่วยให้ผู้รับบริการตลอดจนสังคมและวัฒนธรรมของผู้รับบริการและสามารถเลือกใช้รูปแบบการดูแลได้อย่างเหมาะสม

7) พยาบาลควรมีความสามารถในการพูด หรือสื่อความภาษาท้องถิ่นได้ จะช่วยให้สัมพันธภาพดำเนินไปได้รวดเร็วขึ้น

3.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคเรื้อรัง (APA, 1994) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลตลอดชีวิตและร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหาย ๆ และจาก

การนำนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่อุปกรณ์โดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งฮอโรวิต (Horowitz, 1982 cite in Davis, 1992 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543) ได้กล่าวถึงการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

3.3.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ จะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขาดขัน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ชุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิต ไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษา อยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ผู้ดูแลจำเป็นต้องสอนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมถึงการสวดมนต์ ไหว้พระ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

3.2.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ การเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงในชีวิต เช่น ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสี่ยงภาพลักษณ์ของตนเอง ว่างงานเมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริม การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

1) การป้องกันภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ ให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ สำเร็จ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

3.3.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น

3.3.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำปรึกษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

4. แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษา

4.1 รูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษา

สุขภาพจิตศึกษา (Psycho-education) เป็นรูปแบบของการให้ความรู้แก่ผู้เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วย สาเหตุของการเจ็บป่วยและการรักษา เกิดการยอมรับ สามารถจัดการกับอาการและอาการแสดงที่รุนแรงจากการเจ็บป่วยได้ และการพัฒนาพฤติกรรมเพื่อลดความตึงเครียดและการเผชิญกับปัญหาทางสุขภาพจิตได้ (Williams, 1989) สุขภาพจิตศึกษาไม่ใช่การบำบัด แต่เป็นวิธีการที่ถูกออกแบบมาเพื่อให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนการบำบัดรักษาทั้งหมด ตัวอย่างเช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นย่อมจะมีความสำคัญต่อผู้ป่วยและระบบสนับสนุนของผู้ป่วย ได้แก่ ครอบครัวและผู้ดูแล ทำให้รู้ว่าเกิดอะไรขึ้นกับผู้ป่วย จนสามารถวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสามารถหาวิธีป้องกันการป่วยซ้ำได้ วิธีการนี้มักนิยมใช้ก่อนหรือร่วมกับการทำครอบครัวบำบัด (family therapy)

คำว่า Psycho-education เริ่มใช้ครั้งแรก โดย Anderson, Hogarty and Reiss (1980) โดยมีรูปแบบของการให้ความรู้อยู่ 2-3 รูปแบบ สำหรับญาติผู้ป่วย ทางจิตที่ได้รับการยอมรับ ซึ่งรวมถึงการประคับประคอง (support) และการบริการด้านความรู้ (educational services) โดยมีเป้าหมายที่จะให้ข้อมูล (information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (network) ซึ่งในที่นี้หมายถึงรูปแบบของการปฏิบัติการ (intervention) ซึ่งพยายามที่จะแก้ไขปัญหาและจัดการดูแลที่มีประสิทธิภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยการสร้างความร่วมมือ และสร้างสัมพันธภาพกับครอบครัวของผู้ป่วย

การให้สุขภาพจิตศึกษามีความแตกต่างกันในด้านรูปแบบ โดยแบ่งได้ดังนี้ (Williams, 1989)

1) การให้สุขภาพจิตศึกษารายบุคคล (Individual psycho-education) เป็นรูปแบบการให้ความรู้เป็นรายบุคคลสำหรับผู้ป่วย โดยเฉพาะขณะที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาได้ฝึกทักษะและสามารถดูแลตนเองได้

2) การให้สุขภาพจิตศึกษารายกลุ่ม (Group psycho-education) เป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยหรือญาติเป็นรายกลุ่มทั้งในและนอกโรงพยาบาล โดยมุ่งเน้นให้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและช่วยเหลือกันภายในกลุ่มในการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยของผู้ป่วย

3) การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psycho-education) เป็นรูปแบบจำเพาะเจาะจงในการดูแลผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว โดยลักษณะสำคัญ คือ การสร้างความเข้มแข็งในการแก้ไขปัญหาโดยสมาชิกในครอบครัวอย่างเหมาะสม และมีการร่วมมือระหว่างผู้บำบัดกับครอบครัวในการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

Michael J. Goldstein (1981) ได้กล่าวถึง Psycho-education family therapy ไว้ว่า ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โปรแกรมการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท และ Extended program ที่จะสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อลดความขัดแย้ง เปลี่ยนรูปแบบของการสื่อความหมายในครอบครัวและการแก้ไขปัญหา (problem solving)

หลักการให้สุขภาพจิตศึกษา เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ใช้หลักการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีการสื่อสารสองทางโดยใช้ทักษะย่อยของกระบวนการให้การปรึกษา เช่น การถาม การฟังอย่างใส่ใจ การให้ข้อมูล การให้ข้อเสนอแนะ การสะท้อนความรู้สึก การทวนความ การสรุปความจากการสังเคราะห์ข้อมูลเชิงประจักษ์ และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน ยังพบว่า หลักสำคัญในการทำกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา ไม่ควรมีอคติต่อผู้ป่วยและญาติ การมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติมีความร่วมมือในการรักษาเพิ่มขึ้น การให้แรงจูงใจ เป็นกลยุทธ์หนึ่งในการให้ผู้ป่วยและญาติสนใจและเข้าร่วมกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา จะสร้างความร่วมมือในการรับประทานยา (Bechdolf, 2004)

4.2 แนวคิดเกี่ยวกับการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

การให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (Family psycho-education) ถือว่าเป็นการป้องกันขั้นทุติยภูมิ (secondary prevention) ที่ไม่ได้มุ่งเน้นการรักษาเยียวยาเพียงอย่างเดียว แต่จะรวมถึงการให้ความรู้ การประคับประคอง และการให้การปรึกษาแทนการเคร่งครัดต่อการรักษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว (Abramowitz & Coursey, 1989) การนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการรักษารูปแบบนี้ ได้รับอิทธิพลมาจากผลการวิจัยเกี่ยวกับการแสดงออกทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัว (expressed emotion) ที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย Brown et al. (1972) ได้เสนอผลงานวิจัยว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์สูง ซึ่งได้แก่ การแสดงความเป็นมิตรในระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วย (hostility) มีการวิพากษ์วิจารณ์ผู้ป่วยมาก (criticism) และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป (emotional over involvement) จะมีสถิติการกลับมาเป็นซ้ำ มากกว่าผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว พัฒนาขึ้นโดย Anderson, Hogarty and Riess (1980) เป็นรูปแบบการปฏิบัติการสำหรับผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตและครอบครัว โดยการให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วม (joining) ในการดูแล ประกอบด้วย

1. การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว คือ การที่ผู้รักษาพยายามสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว ทำความรู้จักคุ้นเคยกับครอบครัว ซึ่งไม่ใช่การทำ ความรู้จักเพียงผิวเผิน แต่เป็นการพยายามเข้าถึงครอบครัว แสดงความห่วงใย เอาใจใส่ เพื่อให้ครอบครัว เกิดความไว้วางใจ และยอมรับในตัวผู้รักษา รวมทั้งการสร้างความหวังให้กับครอบครัวเพื่ออนาคตที่ดีกว่า

2. การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) คือ การที่ผู้รักษา ช่วยให้สมาชิกในครอบครัวได้เข้าใจถึงการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และพวกเขาสามารถทำอะไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนี้ได้บ้าง

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

4. การพัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด (coping skills) คือ การที่ผู้รักษาชี้ให้เห็น ความสำคัญ และประโยชน์ของการเผชิญความเครียดที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งร่วมมือกับผู้ป่วยและครอบครัวในการหาแนวทางจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการดูแลผู้ป่วย

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

- 1) การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการรักษาและฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย
- 2) การช่วยเหลือทางด้านสังคมตามความต้องการของผู้ป่วย
- 3) การจัดการในเรื่องการใช้ยาสำหรับผู้ป่วย
- 4) รับฟังครอบครัวและช่วยเหลือในด้านกรวางแผนการรักษาตามความเหมาะสม
- 5) ค้นหาความคาดหวังของสมาชิกในครอบครัวเกี่ยวกับโปรแกรมการรักษาสำหรับผู้ป่วย
- 6) ประเมินความเข้มแข็งของครอบครัวและความสามารถในการดูแลผู้ป่วย
- 7) ช่วยเหลือครอบครัวในการแก้ไขความขัดแย้งทางอารมณ์
- 8) การให้ข้อมูลที่ตรงประเด็นสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต การรักษาการประคับประคองในเวลาที่เหมาะสม
- 9) การวางแผนการช่วยเหลือในระยะวิกฤต การพัฒนาทักษะในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในครอบครัว
- 10) การฝึกเทคนิคในการแก้ไขปัญหาสำหรับครอบครัว
- 11) ส่งเสริมครอบครัวในการค้นหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- 12) สอบถามถึงความรู้สึกสูญเสียภายในครอบครัวของสมาชิกใน ครอบครัวและผู้ป่วย

13) การลดความสับสนความตึงเครียดระหว่างสมาชิกในครอบครัว

จากแนวคิดดังกล่าวสามารถก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว และผู้รักษา ดังนี้

ผู้ป่วย

- 1) ช่วยสร้างเครือข่ายในการสนับสนุนการฟื้นฟูสภาพ
- 2) ลดอัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
- 3) ลดปริมาณการใช้ยา
- 4) พัฒนาทักษะทางสังคมและการติดต่อสื่อสาร
- 5) ช่วยเพิ่มรายได้ และโอกาสในการประกอบอาชีพ
- 6) สร้างความแข็งแกร่งให้กับครอบครัว
- 7) ลดความขัดแย้งภายในครอบครัว

ครอบครัว

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

ผู้รักษา

- 1) พัฒนาการปฏิบัติหน้าที่ภายในชุมชนและการสร้างความพึงพอใจ ให้กับผู้ป่วย
- 2) สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตที่หลากหลาย และวิธีการรักษา
- 3) ช่วยเพิ่มความสำเร็จในการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย
- 4) สามารถลดการดูแลในภาวะวิกฤติได้
- 5) พัฒนาสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

จะเห็นได้ว่า เมื่อได้รับการประคับประคองจากบุคลากรทางสุขภาพจิต ได้รับการเข้าไปช่วยเหลือในเรื่องต่าง ๆ และได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคไปพร้อม ๆ กัน กลายเป็นแนวทางที่ดีในการบำบัดเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย สามารถลดอัตราการเข้ากลับรักษาตัวในโรงพยาบาลภายใน 1 ปีแรก หลังจากออกจากโรงพยาบาล (Harter, 1988) ซึ่งการให้สุขภาพจิตศึกษาครอบครัวนี้ ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย ครอบครัว รวมทั้งผู้รักษาอีกด้วย จากการวิเคราะห์ยังพบอีกว่า สุขภาพจิตศึกษาครอบครัว ที่ได้รวมสมาชิกในครอบครัวเข้าด้วยนั้น มีประสิทธิผลในการลดอาการ

ของโรคเมื่อสิ้นสุดการรักษา และป้องกันการกำเริบในช่วงติดตามการรักษาในช่วง 7-12 เดือน ได้ดีกว่าการให้ สุขภาพจิตศึกษากับผู้ป่วยเพียงอย่างเดียว (พิเชษฐ อดมรัตน์, 2552)

4.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทเพื่อพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

จากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) พบปัญหาผู้ป่วยและญาติ ขาดความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท การรักษา บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและและกิจกรรมทางสังคม จากการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) และสุนงษา บุญชัย (2545) พบปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพฤติกรรมในการดูแลตนเองในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ สามารถดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเองไม่กล้าพูดคุยอาจมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่นมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น การดำเนินชีวิตประจำวันด้านสังคม การปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและการทำสุขอนามัยส่วนบุคคลลดลงโดยกิจกรรมนั้นจะกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ตามปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เป็นภาระต่อครอบครัวอย่างมากเพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานช่วยเหลือตัวเองได้ สมรรถภาพของผู้ป่วยจะสูญเสียไปทำให้ผู้ป่วย ไม่สามารถรับผิดชอบตัวเองได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อความคิดด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย (สุวิมล สมัดละ, 2541)

การเจ็บป่วยทางจิตส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเรื้อรัง พยาธิสภาพของโรคจะทำลายภาวะสมดุลของการทำหน้าที่ทางจิตใจ ความคิด อารมณ์ ก่อให้เกิดความพร่อง และส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หน้าที่การงานและสังคม ทำให้มีพฤติกรรมแยกตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไร้อารมณ์ (Apathy) อีกทั้งมีการกลับเป็นซ้ำบ่อยครั้งเนื่องจากเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ผู้ป่วยมักรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง หรือกลับไปเสพยาเสพติด ซึ่งส่วนใหญ่มักแสดงด้วยอาการก้าวร้าวรุนแรง ทำลายสิ่งของและทำร้ายผู้อื่น พฤติกรรมเหล่านี้ก่อให้เกิดความยุ่งยากต่อครอบครัวในการดูแล ญาติต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยครั้ง ทำให้ครอบครัวบางครอบครัวรู้สึกเป็นภาระเป็นอย่างมาก (สุรรัตน์ โบจรัส, 2547)

5. โปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

การศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ค้นคว้าปรับปรุงจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psycho-education) ของ Anderson, Hogarty and Riess (1980) ซึ่งมีรูปแบบของการให้ความรู้สำหรับครอบครัวผู้ป่วยทางจิต ประกอบด้วย การสร้างความสัมพันธ์กับครอบครัว การให้ความรู้ครอบครัวเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) การฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problem solving skills) ซึ่งเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทระหว่าง กลุ่มที่ญาติและผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษากับกลุ่มที่ผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา ซึ่งผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วยมีผลดีว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ทั้งในแง่เพิ่มความรู้แก่ญาติความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาได้นำมาปรับปรุงเป็นโปรแกรมการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท เน้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล และได้ปรับกิจกรรมมาเป็นการให้ความรู้แบบกลุ่ม โดยให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทได้เรียนรู้ร่วมกัน เพื่อให้เกิดการบำบัดตามแนวคิดของ Yalom (1995) ซึ่งเป็นแนวคิดที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลและเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ผลลัพธ์ที่ได้คือสมาชิกเกิดการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกประทับใจประคองร่วมกัน มีการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เหมือนกัน และพัฒนาปรับปรุงไปในทางที่เหมาะสมก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) ต่างๆ ได้แก่ การรู้สึกเกื้อกูล การผูกพันจิตใจต่อกันการมีความเป็นสากล การเรียนรู้มนุษยสัมพันธ์ การให้ข้อมูล การได้ระบายออก การเลียนแบบพฤติกรรม ความรู้สึกเหมือนเป็นครอบครัวเดียวกัน เพื่อการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ครั้งละ 45-60 นาที ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การปฐมนิเทศและความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท เป็นการให้ความรู้ผู้ดูแลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต (family education) เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล ได้รับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท ตามความเป็นจริง

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เรื่องการป้องกันการกำเริบของโรคจิตเภทและความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลจำเป็นต้องทราบปัจจัยเสี่ยง อาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะทำให้ทราบถึงแนวทางใน การจัดการกับอาการที่เป็นปัญหา และสามารถจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค สนับสนุนให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นหาปัญหา และวิธีการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องการสังเกตอาการเตือนเบื้องต้น/การช่วยเหลือในระยะเฉียบพลันและระยะฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล จำเป็นที่จะต้องทราบปัจจัยเสี่ยงอาการนำ อาการเตือนของการป่วยซ้ำที่พบบ่อย ซึ่งจะช่วยให้ทราบถึงแนวทางในการจัดการกับอาการที่เป็นปัญหาได้ ซึ่งจะช่วยป้องกันการกำเริบของโรค

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เรื่องสัมพันธภาพและความรับผิดชอบของผู้ป่วย/บทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแล โดยการศึกษาสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ดูแล เข้าถึงครอบครัวเพื่อให้ทราบถึงลักษณะและปัญหาที่เกิดขึ้น

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย โครงสร้างและปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว เพื่อเป็นการฝึกทักษะในการแก้ปัญหา (problems solving skills) และส่งเสริมการสื่อสารทางบวก

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวิมล สมัตถะ (2541) ได้ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยในจังหวัดชลบุรี เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ระหว่าง กลุ่มญาติและผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา และ กลุ่มผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มารับการรักษา แบบผู้ป่วยนอกคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลชลบุรี จำนวน 40 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นการให้สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคลที่บ้านแก่ญาติและผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง กับ ให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วยในกลุ่มควบคุม ทั้ง 2 กลุ่มได้รับการวัดความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย พบว่า ค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย ความรู้ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษาแล้ว พบว่า กลุ่มทดลองมี ค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความสามารถในการดำเนิน ชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ในกลุ่มทดลองหลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย สูงกว่า ก่อนได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ศิริเนตร สุขดี (2548) ได้ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการปฏิบัติ กิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรีจำนวน 20 ราย พบว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทาง สังคมของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จิราพร รักการ (2549) ศึกษา ผลการใช้โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัวต่อภาวะในการ ดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ในศูนย์บริการสาธารณสุขที่ 21 วัดธาตุทองกรุงเทพมหานคร จำนวน 30 คน พบว่า ภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา ครอบครัว ต่ำกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว

พวงสร้อย วรกุล และคณะ (2551) ร่วมกันศึกษาผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อ ความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผล ของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้เจตคติที่มีต่อโรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้เข้าร่วมการศึกษาคือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้าร่วมการศึกษาจำนวน 91 ราย ดำเนินการโดยทีม จิตแพทย์ในภาควิชาจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ประกอบด้วยทำให้ความรู้โดยวิธี การ สอน การอภิปรายเป็นกลุ่ม และการฝึกทักษะการสื่อสาร ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยของ ความรู้ และเจตคติก่อนและสิ้นสุดโครงการ มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ นัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 และน้อยกว่า 0.01 ตามลำดับ สรุปได้ว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรค จิตเภท ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้และเจตคติของผู้ดูแล กระบวนการที่ช่วยเหลือผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภทน่าจะช่วยเพิ่มความรู้ ปรับเปลี่ยนเจตคติ และส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษาและ ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทได้

Zheng & David (2005) ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในกลุ่ม ตัวอย่างชาวจีนที่ป่วยเป็นจิตเภท ในโรงพยาบาลจิตเวชในปักกิ่ง อาศัยอยู่ในครอบครัวนานอย่าง น้อย 3 เดือนก่อนเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มทดลองมีการพัฒนาความรู้เกี่ยวกับจิตเภท

มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในคะแนนของอาการทางจิตและการทำหน้าที่ของผู้ป่วยใน 9 เดือนหลังจำหน่าย

Wai Tong Chien et al. (2007) ได้ศึกษาประสิทธิภาพของกลุ่มสุขภาพจิตศึกษาแบบครอบครัวสำหรับผู้ป่วยและญาติผู้ป่วยชาวจีนในฮ่องกง กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยชาวจีน ซึ่งดูแลเฉพาะผู้ป่วยคนเดียว จากการศึกษา พบว่ากลุ่มที่ได้รับการบำบัดแบบจิตศึกษามีการพัฒนาอย่างชัดเจนในด้านของการทำหน้าที่ของผู้ป่วยและครอบครัว และความรู้สึกเป็นภาระของผู้ดูแลระยะเวลาในการกลับมารักษาซ้ำนานขึ้น จากการติดตามผลในช่วง 12 เดือน

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้นำเสนอมาตามลำดับ จะเห็นได้ว่าสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา ยังไม่มีรูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทอย่างชัดเจน ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษาการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทและเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ผู้ดูแลและผู้ป่วยจิตเภท โดยปรับปรุงจากการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาครอบครัว (family psycho-education) ของ Anderson, Hogarty and Reiss (1980) และได้นำกระบวนการกลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่ให้ความสำคัญในเรื่องสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและเรียนรู้ที่จะติดต่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ผลลัพธ์ที่ได้คือสมาชิกเกิดการปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน มีความรู้สึกประคับประคองร่วมกัน มีการเรียนรู้ที่จะแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่เหมือนกันและพัฒนาปรับปรุงไปในทางที่เหมาะสมก่อให้เกิดปัจจัยบำบัด (Therapeutic factors) ต่างๆ เพื่อการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 45-60 นาที ดังนี้

