

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทผู้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย ลักษณะอาการของโรคจิตเภท และสาเหตุ
- 1.2 ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท
- 1.3 การบำบัดรักษาฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2. การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

- 2.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน
- 2.2 ลักษณะกิจวัตรประจำวัน
- 2.3 การปฏิบัติกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท
- 2.4 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

3. การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

- 3.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม
- 3.2 ลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม
- 3.3 การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท
- 3.4 การประเมินการการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

4. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 4.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 4.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 4.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่บ้าน
- 4.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 4.5 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

5. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 5.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

1.1 ความหมาย ลักษณะอาการของโรคจิตเภทและสาเหตุ

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

1.1.1 ความหมาย

อรพรรณ ลีบุญธวัชชัย (2545)ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด เป็นอาการเด่น แต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใด

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

DSM IV :Thai version (2539) ให้ความหมายของโรคจิตเภท หมายถึง

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

2. มีปัญหาด้านสังคมหรือการทำงาน ตั้งแต่เจ็บป่วยกิจกรรมด้านสำคัญ ของผู้ป่วยพร่องลงจากระดับเดิมก่อนเจ็บป่วยอย่างเห็นได้ชัด อย่างน้อยหนึ่งด้าน เช่น การงานสัมพันธภาพกับผู้อื่น หรือการดูแลตนเอง

3. ระยะเวลา มีอาการของความผิดปกติอย่างต่อเนื่องนานอย่างน้อย 6 เดือน

1.1.2 อาการทางคลินิกและการดำเนินของโรค

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น 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 หญิงและชายพบได้พอๆกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี อาการแสดงของโรคจิตเภทแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ(มาโนซ หล่อตระกุล, 2543 : เกษม ตันติผลชีวะ, 2536)

1.1.2.1 กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการออกเป็น 2 ด้านใหญ่

1.1.2.1.1 Psychotic dimension ได้แก่ อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอน

1.1.2.1.2 Disorganization dimension ได้แก่ Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติไปอย่างมาก และ Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอดอาการหลงผิด (Delusion) ชนิดที่พบบ่อยได้แก่ Persecutory delusion, Delusion of reference รวมทั้งอาการหลงผิดที่จัดอยู่ในกลุ่มอาการหลักของ Schneider ส่วนอาการหลงผิดอื่นๆ ที่พบอาการประสาทหลอน (Hallucination) ที่พบบ่อยเป็น Auditory hallucination อาการประสาทหลอนชนิดอื่นอาจพบได้บ้าง เช่น Tactile หรือ Somatic hallucination อาการประสาทหลอนที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ Auditory hallucination

1.1.2 2 กลุ่มอาการด้านลบ (Negative Symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ในด้านความรู้สึก ความต้องการในสิ่งต่างๆ อาการเหล่านี้ได้แก่ Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย Affective flattening การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบอาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านบวก ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นมักพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

1.1.3 การดำเนินโรคของโรคจิตเภท

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

1.1.3.1 **ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase)** ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไปมักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเก็บตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆ ระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัดๆ อาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.1.3.2 **ระยะอาการกำเริบ (active phase)** ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายเดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น อาการที่พบบ่อยในระยะกำเริบมีดังนี้

1) อาการหลงผิด (delusions) ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

1.1) **หวาดระแวง (persecutory delusions)** เชื่อว่ามีคนปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง

1.2) **หลงผิดว่าเรื่องต่างๆ ที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง** (delusions of reference) เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องตนเอง ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่าเป็นเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง

1.3) **หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด (grandiose delusions)** บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องของศาสนา (religious delusions) เช่น เชื่อว่า ตนเองเป็นพระพุทธรูปเจ้า ตนเองตรัสรู้ เป็นต้น

1.4) **หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย (somatic delusions)** เช่น เชื่อว่าตนเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือเชื่อว่าร่างกายตนผิดไปจากเดิม ไม่ว่าจะแพทย์จะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้

1.5) **ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น (bizarre delusions)** เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยืนยันก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่ามีคลื่นอยู่ในสมอง เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับวิญญาณ เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ

2) อาการประสาทหลอน (hallucinations) คือการมีการรับรู้ที่ที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปกับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและการสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว ลักษณะที่พบบ่อยคือ เสียงแว่วคนพูดคุยกัน ประสาทหลอนที่รองลงมาคือ ภาพหลอน อาจเห็นภาพคนใกล้ชิด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ รายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆหรือลิ้นรับรู้รสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

3) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเข้าใจคนเดียว (autistic thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาโดยผ่านทาง การสนทนา เป็นการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเพียงเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นหลายๆการวางคำในประโยคเองจะสับสนทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆที่คนอื่นไม่เข้าใจนอกจากตนเอง(neologism)ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่ได้คิดว่าตนเอผิดปกติไป (lack of insight) อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา

4) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปจนเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาการเช่นนี้ มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องมาพบแพทย์

5)อาการทางอารมณ์ อาจพบผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางรายอาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียวทั้งที่ไม่มีเรื่องขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการทางจิตดีขึ้น

มีอาการอีกรูปแบบหนึ่งคืออาการทางลบ (Negative symptoms) คือผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไปได้แก่

1. Alogia พูดน้อยหรือไม่ค่อยพูด เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
2. Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา
3. Avolition- apathy ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร
4. Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออกหรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจนในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

1.1.3.3 **ระยะอาการทุเลา (stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ (stable phase)** ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านลบหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือไซคลงอาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

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

1. หายขาดโดยไม่กลับเป็นอีก
2. หายโดยกลับเป็นอีก
3. หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและต้องได้รับการช่วยเหลืออยู่
4. เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นความบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต

5. มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทรายเก่า ซึ่งการดำเนินของโรคส่วนใหญ่อยู่ในระยะอาการทุเลา ไม่มีอาการกำเริบหรือไม่มีอาการทางบวก เช่น หูแว่ว ประสาทหลอน กลัว ระแวง มีประวัติการกลับเป็นซ้ำจากการมีพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาที่ไม่เหมาะสม

1.1.4 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเด่น คือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อามรณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้หลากหลาย ที่สำคัญได้แก่

1.1.4.1 ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factor) ได้แก่

1.1.4.1.1 พันธุกรรมการศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษานุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาส

เสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษานับพันกรณีพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท (Black & Anderson cited in Townsend, 2000) ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมกกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

1.1.4.1.2 ปัจจัยทางชีวเคมี (Biochemical factor)

1) สมมุติฐานโดปามีน (The Dopamine Hypothesis) สมมุติฐานนี้เชื่อว่ามีการหลั่งสารโดปามีนหลังออกมาจากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตที่มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสารแอมเฟตามีน ทำให้เพิ่มการหลั่งของสารโดปามีนมากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาต้านโรคจิต เช่น Haloperidol Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสารโดปามีนจึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

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

3) ปัจจัยทางสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส (Steven cited in Townsend , 2000) ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์(Computed tomography Scanตรวจที่สมองพบว่า ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน 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 โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน

1.1.4.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

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

1.1.4.5 ปัจจัยรวม

สาเหตุการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ชัดเจน ไม่มีทฤษฎีใดที่กล่าวได้อย่างชัดเจนว่าอะไรเป็นสาเหตุของการเกิดโรค จากการศึกษาค้นคว้าเกิดจากหลายปัจจัยรวมกัน เช่น ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ ปัจจัยทางครอบครัว และปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

1.2 ปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ร่วมกับมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว ชุมชน และสังคม ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996:334) การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ประกอบด้วยปัจจัยหลายปัจจัยที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงการรักษา การใช้ยาหรือสารเสพติด และอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา (Mervin & Stephen, 2002) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Videbeck, 2001) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัวก็ส่งให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (ดวงพร อุทุมพฤษพร, 2536)

1.2.1 ความหมายของการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott, 1986 :1227) การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากได้รับการรักษา จนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วมีอาการแย่ลงอีก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (เพชร คันธสายบัว, 2544)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่บุคคลกลับมาป่วยซ้ำ จนต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดโรคอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งถ้าเจ็บบ่อยด้วยโรคจิต หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเลวลง จนถึงขั้นเจ็บป่วยด้วยโรคจิตอีก กระทั่งแพทย์ต้องรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้ง (ดวงตา อุทุม พฤกษ์พร, 2536)

ดังนั้นการป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหนึ่งหลังจากได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่ลง ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซ้ำอีก ในผู้ป่วยแต่ละคนอาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน

อาการของการป่วยซ้ำที่พบในผู้ป่วยจิตเภท คือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ ท้องผูก และระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย แยกตัวเอง (Johnson, 1993 อ้างใน เพชร คันธสายบัว, 2544) ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยบางรายการป่วยซ้ำทำให้อาการมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีพยาธิสภาพที่ถาวร จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์ เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น และนอกจากนี้ลักษณะของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการป่วยซ้ำ (Sandock and Sandock, 2000: 1197-1198)

อาการที่เกิดขึ้นก่อนการป่วยซ้ำ ในระยะแรกเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต แต่เป็นอาการแสดงที่เตือนให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ที่พบได้บ่อยได้แก่ นอนไม่หลับ เครียดวิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่พบได้ตามปกติของแต่ละคน มีลักษณะเฉพาะ (Fox and Kane, 1996:334)

1.2.2 ผลกระทบของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกลับมามีอาการทางจิตซ้ำอีก หลังจากที่ได้รับ การรักษาจนกระทั่งสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้แล้ว ซึ่งในการป่วยแต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พอสรุปได้ดังนี้

1.2.2.1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

จากลักษณะของโรคเป็นโรคเรื้อรัง มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี การป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบอีกว่า ภาวะเสี่ยงที่จะเกิดความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง (Sadock and Sadock, 2000:1198) ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่ามีเพียงร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่รักษาแล้วมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 60-70 (Sadock and Sadock, 2000:1198)

การป่วยซ้ำมีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับมีความเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และถ้าป่วยซ้ำบ่อยมีโอกาที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น

1.2.2.2 ผลกระทบต่อครอบครัว

การป่วยซ้ำมีผลกระทบต่อครอบครัวที่พบได้มากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างหนึ่ง ที่เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่ง คือ การตอบสนองด้านความรักความเอาใจใส่เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี (รุจา ภูไพบูลย์, 2541:53) ในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคทางด้านจิตเวช มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระ มีความวิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วย ทำให้มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เกิดความตึงเครียดในครอบครัว มีการศึกษาพบว่าความตึงเครียดในครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบค่อยเป็นค่อยไปกับภาระ(Burden) (Lenior et al, 2000) สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว ซึ่งการแสดงอารมณ์เป็นการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวอย่างหนึ่งที่แสดงถึงการเผชิญกับรูปแบบของการติดต่อสื่อสารที่ผิดปกติของผู้ป่วยโรคจิตเภท

การป่วยซ้ำมีผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัว ทำให้รู้สึกเป็นภาระ ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ไม่ดี ทำให้มีการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความตึงเครียดเป็นสาเหตุของการแสดงอารมณ์สูง (ชะฤทธิ์ พงษ์อนุตรี, 2536:112)

1.2.3 การป้องกันการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงในการเกิดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ (Sundel and sundel, 1999:160) ดังนั้นการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการกระทำเพื่อไม่ให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้น ซึ่ง Marlatt & Gordon (1985 cited in Sundel and Sundel, 1999:161) ได้พัฒนารูปแบบของกระบวนการและเทคนิคสำหรับป้องกันการป่วยซ้ำ ดังนี้

1. แยกแยะสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
2. พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยง ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือใช้วิธีหยุดถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
3. ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาทั้งที่เป็นความคิดและการปฏิบัติในสถานการณ์จริง
4. พัฒนาแบบแผนสำหรับการเผชิญความล้มเหลว โดยใช้การสนับสนุนทางสังคมในการให้แรงเสริมทางบวก เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

1.2.3.1 การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลาเป็นปัญหาที่ซับซ้อน และมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการป่วยซ้ำเสมอ มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนี้ (Videbeck, 2001:317 อ้างใน เพชร คันธสายบัว, 2444)

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 1.1 มีความบกพร่องในการรับรู้ถึงสาเหตุและผลกระทบ
 - 1.2 มีความบกพร่องในการรับรู้ข่าวสาร
 - 1.3 ได้รับสารอาหารไม่ครบถ้วน
 - 1.4 นอนหลับไม่เพียงพอ
 - 1.5 ขาดการออกกำลังกาย
 - 1.6 อ่อนเพลีย
 - 1.7 ไม่สามารถทนต่ออาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา
2. ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ประกอบด้วย
 - 2.1 มีปัญหาด้านการเงิน
 - 2.2 มีปัญหาด้านที่อยู่อาศัย
 - 2.3 เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต
 - 2.4 ไม่มีทักษะในการทำงาน

- 2.5 ขาดแหล่งสนับสนุน
- 2.6 ไม่มีทักษะทางสังคม แยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยว
- 2.7 ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์
 - 3.1 ควบคุมตัวเองไม่ได้ ก้าวร้าวและมีพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.2 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
 - 3.3 ได้รับการรักษาไม่เพียงพอ
 - 3.4 มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ
 - 3.4 มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป
 - 3.5 มีความรู้สึกสิ้นหวัง
 - 3.6 ขาดแรงจูงใจ

การป้องกันการป่วยซ้ำเป็นสิ่งที่ปฏิบัติได้ยาก แต่การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสามารถลดการป่วยซ้ำได้ และรูปแบบของปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำดังกล่าว ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้

1.2.3.2 การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

เนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำควรให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกันสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

- 1) ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Sadock and sadock, 2000:1197)
- 2) การวางแผนการสอนก่อนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษา ในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญและการจัดการกับปัญหาร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพสิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้ป่วย
- 3) ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการสังเกตอาการของตนเอง โดยให้คำแนะนำที่เน้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ

4) จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันการป่วยซ้ำควรทำไปพร้อมๆกับการรักษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ดังนั้นการนำพฤติกรรมการเรียนรู้(Cognitive behavior) มาอธิบายการป่วยซ้ำ โดยเริ่มจากภาวะเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ ถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น สามารถลดการป่วยซ้ำได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองลดลง เริ่มกลับไปมีอาการหรือความประพฤติดั้งเดิมอีก มีโอกาสป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น

การป่วยซ้ำมีความสำคัญมากต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการป่วยซ้ำบ่อยๆส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัว คือ ตัวผู้ป่วยเองจะอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพทำให้มีพยาธิสภาพของโรคค่อนข้างถาวร มีการสูญเสียในทางเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างมากซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้รู้สึกเป็นตราบาป นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ของญาติหรือครอบครัวอีกด้วย การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งผู้ป่วย แพทย์และระบบของบริการสุขภาพจิต ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการป้องกันโรคมักมีความสำคัญเป็นอันดับสอง รองจากการรักษาในระยะเฉียบพลัน การป้องกันการป่วยซ้ำในสถานบริการระดับปฐมภูมิ เป็นการลดการเจ็บป่วยหรือความพิการอย่างเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ซึ่งความสามารถในการดำเนินชีวิตมีความสำคัญต่อการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีอาการเตือนหรือมีอาการนำมาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นเสมอ และเป็นลักษณะที่เฉพาะในแต่ละบุคคล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะที่พบได้บ่อย คือ การมีอาการทางจิตรุนแรงมากขึ้น และการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำจากการมีอาการทางจิตมากขึ้น (Bleuler, 1988 cited in Baker, 1995) การดูแลผู้ป่วยที่สำคัญอยู่ที่ประเด็นของการบำบัดมากกว่าการรักษา และวัตถุประสงค์ของการรักษา คือ การจำกัดอาการแสดงของอาการทางจิต โดยการให้การช่วยเหลือก่อนที่จะมีการสูญเสียความสามารถในการทำงานปกติ ซึ่งการกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพได้ขึ้นอยู่กับความรู้สึกรู้สึกของบุคคลในการยอมรับอาการที่เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำ มีการศึกษาหลายการศึกษาที่แสดงว่า ผู้ป่วยจิตเภทบางคนสามารถระงับอาการป่วยซ้ำที่กำลังจะเกิดขึ้นได้ แต่มีผู้ป่วยเพียงจำนวนน้อยเท่านั้น ที่รู้ว่าตนเองต้องการความรู้ในการดูแลตนเองอย่างไร(Baker, 1995)

1.3 การบำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท

สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ การรักษาทางด้านร่างกายเป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต ซึ่งเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า ซึ่งวิธีนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคม เป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด จิตบำบัด เป็นต้น (เกษม ตันติผลลาชีวะ และลักษณะนา วีระโมกษ์, 2536)

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

1) ระยะควบคุมอาการ เป็นการรักษาในช่วงอาการกำเริบ มีเป้าหมายในการรักษา คือ ควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว สามารถนอนหลับได้ในเวลากลางคืน อารมณ์หงุดหงิดหรือพฤติกรรมก้าวร้าวลดลง แต่ในช่วงที่รักษาด้วยยารักษาโรคจิต ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก อาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า คอแข็ง ตาเหลือก บางรายมีอาการง่วงซึม มักเกิดขึ้นหลังได้รับยาในระยะแรก

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลง เพื่อป้องกันไม่ให้อาการกำเริบอีกขนาดของยาที่ใช้ในระยะนี้จะต่ำกว่าในระยะแรก อย่างไรก็ตาม แม้ว่าผู้ป่วยรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ อาการทางจิตก็อาจกำเริบใหม่ได้อีกเป็นช่วงๆ

ชนิดของยารักษาอาการทางจิตที่ใช้ในการรักษาโรคจิตเภทในปัจจุบัน (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2537 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) แบ่งเป็น 2 แบบ ได้แก่

1. ยารักษาโรคจิตแบบดั้งเดิม (Typical anti – psychotics)

1.1. Phenothiazines เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่ใช้แพร่หลายที่สุด ยาในกลุ่มนี้มีหลายชนิด มีสูตรโครงสร้างเหมือนกัน แต่มี side chain แตกต่างกัน 3 แบบ ทำให้มีฤทธิ์แตกต่างกัน คือ 1) Aliphatic เป็นกลุ่มที่มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนสูง และมีฤทธิ์ข้างเคียง คือ ความดันโลหิตต่ำกว่ากลุ่มอื่น เช่น Chlorpromazine Trifluorpromazine 2) Piperidines มีฤทธิ์ทำให้ง่วงนอนปานกลาง มีข้อดี คือ มีฤทธิ์ Extra – pyramidal side effect ต่ำกว่ากลุ่มอื่น แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงด้าน Anticholinergic สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Thioridazine 3) Piperazines เป็นยาในกลุ่มที่มี potency สูง มีฤทธิ์ sedative น้อย แต่มี Extra – pyramidal side effect สูงกว่ากลุ่มอื่น เช่น Perphenazine Trifluoperazine Fluphenazine

1.2 Thioxanthenes เป็นยารักษาโรคจิตกลุ่มที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับ Phenothiazines มาก แต่มีฤทธิ์ข้างเคียงแตกต่างกัน เช่น Chlorprothixene Thiothixene Flupenthixol Chlorpromazine

1.3 Butyrophenones เป็นยารักษาโรคจิตที่มีฤทธิ์สูง มีฤทธิ์ง่วงนอนน้อย และมี Extra – pyramidal side effect สูง คล้ายกับ Phenothiazines เช่น Haloperidol และ Trifluoperidol

1.4. Dibenzoxanzepines ยากลุ่มนี้มีใช้ในเมืองไทยตัวเดียว คือ Loxapine

1.5. Diphenylbutylpiperidine ใช้ในประเทศไทย 2 ตัว คือ Pimozide และ Penfluridol

1.6. Benzamides ตัวอย่างเช่น Sulpiride

1.7. Reserpine ปัจจุบันไม่ใช่เป็นยารักษาโรคจิตแล้ว ใช้เป็นยาแก้ปวด

2. ยารักษาโรคจิตชนิดใหม่ (New anti – psychotics) ยาในกลุ่มนี้มี 2 ชนิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2542) คือ

2.1 Clozapine จะได้ผลดีในการรักษาโรคจิตเภท โดยได้ผลดีทั้งอาการทางบวก และอาการทางลบ รวมทั้งได้ผลดีพอสมควรในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งต้านการรักษา โดยออกฤทธิ์สกัดกั้น serotonin , nor- adrenaline , acetylcholine และ histamine มากกว่า dopamine และออกฤทธิ์ D1 antagonist มากกว่าฤทธิ์ D2 antagonist ด้วย โดยออกฤทธิ์ที่ cortex และ limbic system มากกว่า basal ganglia ทำให้ไม่มีฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท จึงเป็นยาที่ได้รับคความนิยมมาก เพราะยังไม่มีการศึกษาที่พบว่ามีฤทธิ์ข้างเคียงที่รุนแรง

2.2 Risperidone เป็นยารักษาโรคจิตเภทที่มีประสิทธิภาพเท่า haloperidol แต่ต้องใช้นขนาดปานกลาง (4-10 มิลลิกรัมต่อวัน) และมีผลข้างเคียงน้อยกว่า haloperidol

กลไกการออกฤทธิ์ของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ คือ การ Block dopamine receptors ในสมอง นอกจากนั้นยังออกฤทธิ์ Block receptors ของ catecholamines ตัวอื่นๆ และรบกวน catecholamine storage ด้วย ทั้งของ serotonin , norepinephrine และ dopamine

ฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตที่สำคัญ (เกษม ต้นติผลาชีวะ , 2537) คือ

1. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทอัตโนมัติ (Autonomic side effect) เป็นฤทธิ์ที่มักพบในตอนต้นของการให้ยามากกว่าเมื่อให้ยาไปนานๆ ซึ่งร่างกายมักปรับตัวได้ ที่พบบ่อยได้แก่ ปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ม่านตาหดหรือขยายตัว ความดันโลหิตต่ำ ในผู้ชายอาจมีการหลังน้ำกามช้าหรือไม่หลังเลย บางรายมีอาการอวัยวะเพศไม่แข็งตัว อาการความดันโลหิตต่ำพบได้มากที่สุดจาก Chlorpromazine จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ยานี้ในผู้ป่วยที่

ร่างกายอ่อนแอและผู้สูงอายุ ส่วน Extra – pyramidal side effect เป็นฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลางโดยตรงแบ่งเป็น 4 แบบ คือ

1.1 Parkinsonian syndrome ผู้ป่วยอาจมีอาการสั่น (tremor) ที่มีมือ แขน ขา ลำตัว มีอาการตัวแข็ง (Rigidity) เดินตัวทื่อ ไม่แกว่งแขน เดินหรือเคลื่อนไหวช้า (bradykinesia) หน้าตาเฉยเมยเหมือนใส่หน้ากาก (mask –like faces)

1.2 Acute dystonia เป็นอาการหดเกร็งของกล้ามเนื้อ เช่น อาการคอแข็ง (torticollis) อาจพบคอบิดไปข้างใดข้างหนึ่งหรือลำตัวบิดไปด้านข้าง ขากรรไกรแข็ง ลิ้นคัมปาก พูดไม่ชัด กลืนลำบาก ปากสั่น บางรายอาจมีนัยน์ตาเหลือบขึ้นข้างบนตลอดเวลา อาการดังกล่าวไม่เป็นอันตรายแต่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกทุกข์ทรมาน

1.3 Akathisia เป็นอาการที่ผู้ป่วยจะรู้สึกกระวนกระวาย อยู่หนึ่งไม่ได้ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มือและแขนขาสั่นมีลักษณะคล้ายกับอาการวุ่นวาย (agitated)

1.4 Tardive dyskinesia เป็นกลุ่มอาการเคลื่อนไหวโดยไม่ได้ตั้งใจ ที่เกิดจากการรักษาด้วยยาเป็นระยะเวลานาน มีลักษณะที่สำคัญคือ การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อสามแห่ง คือ แก้ม หน้า ลิ้น ผู้ป่วยจะมีอาการแก้มพองซึ่งเกิดขึ้นซ้ำแล้วซ้ำอีก เคี้ยวสุดปาก เลียและดูดริมฝีปาก แลบลิ้น ขากรรไกรเคลื่อนไหวด้านข้าง อาจมีอาการกระพริบตา หน้าตาบูดเบี้ยว ขมวดคิ้ว เปลือกตากระตุกมีอาการเคลื่อนไหวแบบกระตุกไม่เป็นจังหวะค่อนข้างเร็วและคาดคะเนไม่ได้ของมือและเท้า

2. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อหัวใจ การเปลี่ยนแปลงของคลื่นหัวใจอาจเกิดขึ้นได้ เช่น มี T-wave กว้างและแบนลง และอาจมี QR interval ยาวขึ้น ยาที่มีรายงานว่ามียผลต่อคลื่นหัวใจได้บ่อย คือ Thioridazine

3. Central Anticholinergic Syndrom เป็นฤทธิ์ข้างเคียงที่พบน้อย อาจเกิดจากยาที่มีฤทธิ์ Anticholinergic สูง และในรายที่ให้อายา antiparkinson ร่วมด้วย ก็อาจเป็นผลมาจากยาทั้ง 2 ตัว หรือจากตัวใดตัวหนึ่งก็ได้ อาการที่สำคัญคือ มีวุ่นวาย สับสน ประสาทหลอน ชัก เป็นไข้ ม่านตาขยาย และสติสัมปชัญญะลดลงถึงโคมาได้

4. Neuroleptic Malignant syndrome (NMS) อาการที่สำคัญคือ มีไข้ กล้ามเนื้อมีความตึงตัวเพิ่มขึ้น หายใจลำบาก หัวใจเต้นผิดปกติ ความดันโลหิตไม่คงที่ ภาวะนี้มีอัตราการตายถึงหนึ่งในห้า ต้องรีบให้การแก้ไข โดยการหยุดยารักษาโรคจิตทั้งหมด ให้การรักษาประคับประคองเพื่อให้ไข้ลด และควบคุมความดันโลหิตให้คงที่

5.อาการชัก อาจเกิดขึ้นได้เมื่อให้ยารักษาโรคจิตในขนาดที่สูง ทั้งนี้เพราะยารักษาโรคจิตส่วนใหญ่มีฤทธิ์ลด Threshold ของการชัก แต่ไม่ได้เป็นข้อห้ามในการใช้ยา ส่วนใหญ่สามารถแก้ไขได้โดยการลดขนาดของยาลง

6. อาการง่วง มักเกิดขึ้นเมื่อให้ยาในระยะแรกแต่มีลดลงเมื่อร่างกายปรับตัวได้ฤทธิ์ของยาที่ทำให้ง่วงมักมีเพียง 2-3 ชั่วโมง ในขณะที่ฤทธิ์รักษาโรคจิตมีอยู่ยาวนานตลอดวัน จึงสามารถให้ยารักษาโรคจิตโดยการกินเพียงวันละครั้งก่อนนอนได้

7. อาการดีซ่าน (Jaundice) อาการดีซ่านที่เกิดจาก Phenothiazines เป็นที่รู้จักกันมาตั้งแต่เริ่มใช้ยา แต่ปัจจุบันลดน้อยลงโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีฐานที่เป็นข้อบ่งชี้ว่าอาการดีซ่านที่เกิดขึ้นเป็นผลของปฏิกิริยาภูมิแพ้มากกว่าสาเหตุอื่น ยาที่ทำให้เกิดดีซ่านมักเป็น Phenothiazines โดยเฉพาะ Chlopromazine พบมากที่สุด

8. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบเลือด อาการที่พบบ่อยคือ Eosinophilia ซึ่งแสดงถึงปฏิกิริยาภูมิแพ้แต่ก็ไม่ร้ายแรง อาการที่พบน้อยแต่เป็นอันตรายมาก คือ Agranulocytosis , Leukopenia , Pancytopenia , Hemolytic anemia และ Thrombocytopenia purpura

9. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง อาจพบผื่น (skin eruptions) ได้หลายแบบ เป็นผลจากปฏิกิริยาภูมิแพ้ อาการคล้ายแพ้แสงแดด (Photosensitivity) มักพบจาก Chlopromazine มากกว่าตัวอื่น บางครั้งพบเป็นรอยไหม้ในบริเวณที่โดนแสงแดด เช่น บริเวณหน้าและแขน ในระยะยาวผิวหนังที่โดนแสงแดดอาจเปลี่ยนเป็นสีเทาฝ้าคล้ายโลหะ

10. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อตา ผู้ป่วยที่ได้รับ Chlopromazine ในขนาดสูงนานๆอาจมีสารสีน้ำตาลเกาะที่เลนส์ไปจับบริเวณ lens และ cornea พบบ่อยในผู้ที่พบการเปลี่ยนแปลงในผิวหนังร่วมด้วย เชื่อว่าเกี่ยวข้องกับการได้รับแสงแดด และการให้ Thioridazine ในขนาดที่สูง อาจทำให้เกิด pigmentary retinopathy ซึ่งอาจทำให้ตาบอดได้ ซึ่งอาจไม่หายแม้จะหยุดยาแล้วก็ตาม จึงควรหลีกเลี่ยงการใช้ Thioridazine เกินวันละ 800 มิลลิกรัม

11. ฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ยามีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกายหลายตัวด้วยกัน ที่พบบ่อย คือ การเพิ่มระดับ prolactin ซึ่งเป็นผลทำให้มีนมคัดและบางรายมีน้ำนมไหล ผู้ป่วยบางรายมีระดูขาดไประยะนาน นอกจากนั้นยารักษาโรคจิตยังมีผลต่อฮอร์โมนอื่นแม้พบได้น้อย เช่น ฮอร์โมนจากต่อมหมวกไต ต่อมไทรอยด์ ต่อมใต้สมอง เป็นต้น

12. น้ำหนักตัวเพิ่ม (Laraia, 1995 อ้างใน ปิยาณี คล้ายนิล, 2547) Risperidone, olanzapine, quetiapine, และ clozapine อาจทำให้ผู้ป่วยมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น มีรายงานว่า Clozapine และ olanzapine อาจทำให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น 15-20 กิโลกรัม ภายในระยะเวลาไม่นาน ซึ่งการที่น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากอย่างรวดเร็ว อาจก่อให้เกิดโรคเบาหวานหรือทำให้อาการของโรคเบาหวานแย่ลง จึงควรต้องระวังการใช้ยาดังกล่าวในผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวาน

การรักษาด้วยยาโรคจิตเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากนี้เพื่อควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมาป่วยซ้ำส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมด้วยการรักษาโดยการให้ยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression

3. การรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียดได้ เช่น การทำจิตบำบัด โดยแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) และจิตบำบัดรายกลุ่ม (group psychotherapy) เป็นกระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างผู้ให้และผู้รับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เช่น กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Group) เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญและเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) คือการจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผนเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุกๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534)

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวชและโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล สาเหตุของโรคเกิดจากด้านร่างกายและจิตสังคม การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือการใช้ยาและการรักษาด้านจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด รวมถึงผู้ป่วยจิตเภทต้องสามารถจัดการกับอาการข้างเคียงจากยารักษาโรคจิตได้ และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการพยากรณ์โรค จึงเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การพยาบาลผู้ป่วย ทำให้ทราบแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

1.4 การพยาบาลโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบมากที่สุดในผู้ป่วยโรคจิตเวชทั้งหมด มีลักษณะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่

สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ส่งผลกระทบต่อทั้งผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจน เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยบทบาทของพยาบาลจิตเวช มีความแตกต่างจากผู้ประกอบวิชาชีพสาขาอื่นในทีมจิตเวช กล่าวคือ การปฏิบัติการพยาบาลจะมุ่งพัฒนาผู้ให้บริการในฐานะบุคคล พยาบาลจิตเวชจึงควรปฏิบัติตามแนวทางการปฏิบัติการพยาบาล ดังต่อไปนี้ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1. การรวบรวมข้อมูล

ในการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วยนั้น พยาบาลมีเป้าหมายให้ข้อมูลเหล่านี้มาเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล และกำหนดการพยาบาล เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ฉะนั้นพยาบาลจำเป็นต้องมีการรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยตลอดเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในการดูแล ส่วนข้อมูลที่ต้องรวบรวมนั้นมีมากมาย เช่น ประวัติการเจ็บป่วย อารมณ์ทางจิต ประวัติส่วนบุคคล และข้อมูลสภาพทั่วไปของผู้ป่วยในปัจจุบัน

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล

การวินิจฉัยทางการพยาบาลขึ้นอยู่กับข้อมูลต่างๆ ที่รวบรวมได้ สำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท ซึ่งกลุ่มอาการผิดปกติในหลายลักษณะและอาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยมีความแปรปรวนในทุกๆ เรื่องตัวอย่างข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่พบ

2.1 มีความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.2 ไม่ร่วมมือในการรักษา เช่น รับประทานยา

2.3 สุขภาพอนามัยโดยรวมบกพร่อง

3. การวางแผนและการปฏิบัติการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาลโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวชเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงถึงความผิดปกติทางจิตหลายประการ นอกจากนี้ผู้ป่วยแต่ละรายมาขอรับการรักษา ในขณะที่มีการดำเนินของโรคและอาการแตกต่างกันดังนั้นการวางแผนการพยาบาล ควรต้องกำหนดเป้าหมายชัดเจน เช่น เป้าหมายระยะสั้นสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการวิกฤติ เป้าหมายระยะกลางสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรงมาก และเป้าหมายในระยะยาว สำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะกลับบ้านได้แล้ว ทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย

2. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสามารถทางด้านร่างกาย หรือความสามารถในการทำงานของร่างกายของผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรังเพื่อประเมินหรือทำนายศักยภาพในการคืนสู่สภาพเดิมของร่างกาย ความก้าวหน้าของผู้ป่วย และช่วยในการวางแผนการให้การดูแลรักษา

ผู้ป่วยจิตเภทเองก็เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมรุนแรง (ประติษฐ์ ตันสุรัตน์ , 2534) มักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532) ซึ่งความบกพร่องนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อย่างแน่นอน ดังนั้นก่อนที่จะมีการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำเป็นต้องมีความรู้เรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท จึงจะสามารถวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือดังกล่าวได้ จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัย และจากประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงนำมาวิเคราะห์กล่าวถึงการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังนี้

2.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

มีผู้ให้ความหมายไว้หลายท่านดังนี้

Nair (1989, อ้างถึงใน ทศนีย์ ระย้า, 2537) กล่าวว่า เป็นความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อดำรงชีวิตประจำวันเช่นการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ

ทศนีย์ ระย้า (2537 : 32) กล่าวว่า เป็นการกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐานเพื่อสามารถดำรงชีวิตในการกระทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเองและมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือเพื่อให้กิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปได้ด้วยดี กิจวัตรประจำวันได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดินและการเดินทาง การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย

มยุรี เพชรอักษร (2532) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน รวมถึงการนั่ง การนอน การยืนและการทำธุระส่วนตัว

นภาพรณี แก้ววรรณ (2533) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวันเริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน

Nakagawa-Kogan, (1996 อ้างใน พรสวรรค์ เชื้อเจ็ดตน , 2544) กล่าวว่า การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นทักษะและความสามารถในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันของบุคคลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งประกอบไปด้วย กิจวัตรประจำวันส่วนบุคคล

กิจกรรมในบ้าน กิจกรรมเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ กิจกรรมความสัมพันธ์กับบุคคลในสังคม และกิจกรรมการพักผ่อนหย่อนใจ ที่ครอบคลุมในทุกๆ ด้านของกิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติในชีวิตประจำวัน ตอบสนองทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำต่อตนเองในชีวิตประจำวันเป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิตและการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานโดยกิจกรรมเหล่านั้นจะกระทำด้วยตนเอง หรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ได้

2.2 ลักษณะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากความหมายข้างต้นในเรื่องของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นทำให้เราเชื่อมโยงได้ว่าการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลทั่วไปเพราะมนุษย์มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกนึกคิดและมีความต้องการ (Hay and Anderson, 1963 : อ้างถึงใน อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536) Rines and Motag (1976, อ้างถึงใน อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536) ความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม การเคลื่อนไหว ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความต้องการทางเพศ ซึ่งไม่ได้มีความแตกต่างกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทซึ่งก็เป็นมนุษย์บุคคลหนึ่ง แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันนั้นมีความเสื่อมถอยลงเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรคที่ผู้ป่วยเป็น และอาการที่ยังหลงเหลืออยู่และมีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น

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 การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย ไม่ค่อยสบตา Avolition ขาดความกระตือรือร้น เชื่อยชาลง ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยๆ ทั้งวันโดยไม่ทำอะไร Asociality เก็บตัว เฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน หรือแม้แต่การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

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

1. การดูแลสุขอนามัย ควรดูแลสุขอนามัยของตนเองในเรื่องการแปรงฟัน อาบน้ำ ดูแลความสะอาดของร่างกาย หวีผม เลือกล้างมือ แต่งตัวเหมาะสมและถูกกาลเทศะ ทำความสะอาดเสื้อผ้าที่ใส่แล้วของตนเองได้ นอกจากนี้ยังสามารถดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยได้

2. การรับประทานอาหาร ควรรับประทานอาหารด้วยตนเอง เลือกอาหารที่ดีมีประโยชน์ ปริมาณอาหารเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ควรมีส่วนร่วมในการจัดหาหรือประกอบอาหารได้ และหลังจากรับประทานอาหารแล้วช่วยเก็บล้างทำความสะอาดได้อย่างเรียบร้อย

3. การพักผ่อนนอนหลับ ควรนอนหลับพักผ่อนอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย อย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ตื่นขึ้นมาสดชื่นไม่ง่วงซึม พยายามหลับได้เอง โดยไม่ต้องกินยานอนหลับ นอนในที่ที่เหมาะสมอากาศถ่ายเทสะดวก อบอุ่นปลอดภัย และต้องคอยดูแลเครื่องนอนให้สะอาดอยู่เสมอ

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวควรมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัว ได้แก่

4.1 การช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร

4.2 ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน เช่น จัดของใช้ส่วนตัว ทำความสะอาดบริเวณสวนต้นไม้ จัดหา บำรุง ซ่อมแซมบ้าน ปลุกต้นไม้ จัดสวน

4.3 ร่วมกิจกรรมต่างๆ ในวันสำคัญของสมาชิกในครอบครัว เช่น งานวันเกิด

4.5 การมีส่วนร่วมในการหารายได้ช่วยเหลือครอบครัว เช่น ช่วยงานของครอบครัวทำนา หรือช่วยค้าขาย ฯลฯ ครอบครัวควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีอาชีพเป็นของตนเอง โดยแนะนำเลือกงานที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ดังนี้

กรณีผู้ป่วยยังไม่มีความมั่นใจในตนเอง ควรคำนึงถึงสิ่งดังต่อไปนี้

1. ความสนใจหรือชอบทำงานอะไร

2. ดูความสามารถหรือความถนัดของผู้ป่วย แต่ละคน จะมีความสามารถหรือความถนัดไม่เหมือนกัน

3. ดูว่าผู้ป่วยชอบทำงานคนเดียว หรือชอบทำงานร่วมกับผู้อื่น

4. ความอดทนในการทำงานเป็นระยะเวลาอย่างน้อยแค่ไหน

5. มีความสามารถที่จะเรียนรู้งานได้แค่ไหน

เมื่อผู้ป่วยเริ่มทำงาน ถ้าประสบปัญหา ครอบครัวควรมีการพูดคุย ให้กำลังใจกับผู้ป่วย หรือสนับสนุน ชมเชยเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติงานได้ดี ช่วยกระตุ้นการทำงานของผู้ป่วย

กรณีที่ผู้ป่วยมีงานทำอยู่แล้ว

ถ้าเดิมผู้ป่วยมีงานทำอยู่แล้ว ควรกลับไปประกอบอาชีพเดิม แต่ปรับงานให้เหมาะสมและผู้ป่วยควรจะได้รับการดูแล ในเรื่องปัญหาที่เกิดจากการทำงาน การปรับเปลี่ยนงานเพื่อความเหมาะสม ควรหลีกเลี่ยงงานที่เกิดความเครียดรุนแรง เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยป่วยซ้ำได้ ควรหลีกเลี่ยงงานที่เสี่ยงอันตราย เช่น งานเครื่องจักร เครื่องยนต์ ขับรถ งานปีนที่สูง เป็นต้น

5. การเดินทางด้วยตนเอง เมื่อจะออกจากบ้าน ผู้ป่วยควรรู้จุดมุ่งหมายในการเดินทาง รู้ว่าจะออกไปทำอะไร ที่ไหน อย่างไร ผู้ป่วยควรจำเส้นทางได้โดยเฉพาะเส้นทางในหมู่บ้าน เดินทางได้เองโดยลำพังและสามารถกลับบ้านได้อย่างถูกต้อง แต่ถ้าไม่สามารถเดินทางไปไหนมาไหนด้วยตนเอง ครอบครัวต้องช่วยเหลือโดยไม่ปล่อยให้ผู้ป่วยเดินทางคนเดียวตามลำพัง เพราะอาจเกิดอันตรายได้

6. การปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ ควรปฏิบัติ ดังนี้

6.1 ผู้ป่วยต้องรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ แม้ว่าจะมีท่าทางหรือการกระทำเป็นปกติแล้วก็ตาม เพื่อป้องกันไม่ให้อาการผิดปกติกลับมาอีก ผู้ป่วยควรที่จะรับประทานยาด้วยตนเอง ญาติคอยสังเกตต่างๆ คอยกระตุ้นและให้กำลังใจ

6.2 ไปรับการตรวจรักษา และพบแพทย์ตามนัด

6.3 งดสิ่งเสพติด มึนเมาทุกชนิด เช่น เหล้า กัญชา ยาบ้า ฯลฯ

6.4 การดูแลเมื่อมีอาการแพ้ยา เช่น ตัวแข็ง ลิ้นคับปาก น้ำลายไหล เดินไม่แกว่งแขน หรือพูดลิ้นแข็ง อาการเหล่านี้ไม่เป็นอันตราย ไม่ต้องตกใจ เกิดจากอาการแพ้ยา หากรับประทานยาแก้แพ้อาการจะดีขึ้น แต่ถ้ายังไม่หาย ควรปรึกษาแพทย์

2.3 การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางจิตตั้งที่กล่าวมาข้างต้น จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยและการปฏิบัติงาน เมื่อนำมาวิเคราะห์โดยเทียบเคียงกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันโดยทั่วไปก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีการปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการดูแลสุขอนามัย

การดูแลความสะอาดของร่างกายเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สนใจความสะอาดของร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้นและสะอาด ทำให้มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน การไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก

กลิ่น หืด อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรก และอาจทำให้เกิดบาดแผลได้

2. การรับประทานอาหารและน้ำ

การดูแลตนเองด้านอาหารและน้ำ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ จากภาวะของพฤติกรรมดกถอย ภาวะซึมเศร้า จะรู้สึกเบื่ออาหาร แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงจะปฏิเสธอาหาร และน้ำที่คนอื่นจัดมาให้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอหรือขาดสารอาหารได้

3. การพักผ่อนนอนหลับ

พบว่าผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับอยู่บ่อยๆ ทำให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ดังเช่นการศึกษาของ ปรีชา ศตวรรษอำรง และประยูศักดิ์ เสรีเสถียร (2543) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยาอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เพียงพอแก่ความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล และผู้ป่วยจิตเภทมักไม่มีกิจกรรมด้านนันทนาการ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความตึงเครียดทางด้านอารมณ์และความรู้สึกได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ทำให้กลับเป็นซ้ำได้ง่าย

4. การปฏิบัติตามแผนการรักษา

ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่นไม่ยอมรับประทานยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้มีอาการกำเริบกลับเป็นซ้ำ รวมทั้งเป็นภาระแก่ญาติได้ สาเหตุอาจมาจาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่สามารถจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษา

2.4 การประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

จากการศึกษาในโครงการศึกษาอิสระครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ของสุวิมล สมัตถะ(2541) ซึ่งเป็นแบบการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เป็นการวัดความสามารถ ซึ่งส่วนมากจะเป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกายหรือความสามารถในการทำงานของร่างกายที่จะวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living – ADL) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Katz (1959, อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) เพื่อใช้วัดผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ข้อมูลจากเครื่องมืออธิบายถึงระดับการพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับการอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การเดินหรือการเคลื่อนไหวไปตามที่ต่างๆในบริเวณและการรับประทานอาหารเช้า ต่อมาได้มีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยขึ้นอีกหลายเครื่องมือโดยมีรายละเอียดคือ

มาตราส่วนประมาณค่าเพื่อวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL Scales)

มีเครื่องมือที่ใช้วัด ADL Scales หลายชนิด ดังนี้

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

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Sidney Kazt (1976, ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรมคือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำห้องส้วม การเคลื่อนย้ายตนเอง การรับประทานอาหารและการควบคุมระบบขับถ่าย การรวบรวมข้อมูลทำได้โดยการสังเกตและการถามจากผู้ป่วย การประเมินความสามารถทำโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 1-3 การสังเกตทำในช่วงระหว่าง 2 สัปดาห์

ตัวอย่างของข้อคำถามในเครื่องมือ

1) การอาบน้ำ : อาจจะเป็นอาบน้ำในอ่างอาบน้ำ ฝักบัว หรือเช็ดตัว

- () ไม่ต้องการความช่วยเหลือ (อาบน้ำเองได้)
- () ต้องการความช่วยเหลือ (หนึ่งส่วนของร่างกาย เช่นส่วนหลังหรือขา)
- () ต้องการความช่วยเหลือมากกว่า 1 ส่วนของร่างกาย

2. The physical maintenance scale (PSMS)

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

ตัวอย่างของข้อคำถามในเครื่องมือได้แก่

1) การใช้ / ห้องส้วมห้องน้ำ

- 1. ใช้ห้องน้ำด้วยตนเองได้เป็นอย่างดีควบคุม / บังคับได้
- 2. ต้องคอยเตือนต้องช่วยในการทำความสะดวก บางครั้งบังคับการถ่ายไม่ได้
- 3. ถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะบนที่นอนขณะหลับมากกว่า 1 ครั้งใน 2 สัปดาห์
- 4. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะไม่ได้ (ขณะตื่น) มากกว่า 1 ครั้งใน

1 สัปดาห์

5. ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ / ปัสสาวะไม่ได้เลย

สุวิมล สมัตถะ (2541) ได้สร้างแบบประเมินโดย ศึกษาค้นคว้า เอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่บ้านได้แก่ การศึกษาของยูพาพิน ประสารอริคม (2535) ที่ศึกษาเกี่ยวกับความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเอง ในเรื่องกิจวัตรประจำวัน และแนวคิดของ Sidney Katz ที่สร้าง

The index of independence in activities of daily living or Index of ADL เพื่อใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมประจำวัน ในเรื่องความสะอาดของร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว และการเคลื่อนย้ายร่างกาย การขับถ่ายและการสื่อสาร ผสมผสานกับ การสังเกตพฤติกรรมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวที่บ้าน 3 รายพร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจัดบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นเวลา 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่จะต้องได้รับการประเมิน ดังต่อไปนี้

1. การรับประทานอาหารและน้ำ ลักษณะพฤติกรรม สามารถรับประทานอาหารและน้ำได้ด้วยตนเอง รับประทานอาหารและน้ำ ได้ปริมาณมากหรือน้อยกว่าปกติ จัดอาหารได้เอง ประกอบอาหารรับประทานด้วยตนเอง หรือบางครั้งไม่ยอมรับประทานอาหาร โดยพบว่าถ้าผู้ป่วยสามารถล้างทำความสะอาดเครื่องใช้ในการรับประทานอาหารได้ผู้ป่วยก็สามารถเก็บเครื่องใช้ต่างๆ นั้นได้

2. การดูแลสภาพร่างกาย ลักษณะพฤติกรรม สามารถปฏิบัติในการแปรงฟัน อาบน้ำ แต่งตัว หวีผม และการดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่าถ้าผู้ป่วยสามารถดูแลความสะอาดของร่างกายได้ ผู้ป่วยก็สามารถแปรงฟันและอาบน้ำได้ และถ้าผู้ป่วยแต่งกายให้สะอาดผู้ป่วยก็สามารถหวีผม และเลือกเสื้อผ้าได้ด้วย

3. การนอนหลับพักผ่อน ลักษณะพฤติกรรม สามารถนอนหลับพักผ่อนได้ตามปกติหรือมีการเปลี่ยนแปลงเวลานอน เช่น ตอนกลางวัน กลางคืนไม่ยอมนอน นอนหลับยาก รู้สึกหลับยากเกินไป นอนไม่ค่อยหลับ หลับๆ ตื่นๆ หลังตื่นนอนยังอ่อนเพลีย ต้องรับประทานยานอนหลับก่อนนอน

4. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว ลักษณะพฤติกรรมมีดังนี้

- ช่วยเหลืองานบ้าน เช่น ซักผ้า รีดผ้า ประกอบอาหาร

- ช่วยจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน จัดหา บำรุง ซ่อมแซม จัดของใช้ให้เป็นระเบียบ

ดูบ้าน ปลูกต้นไม้

- การมีส่วนร่วมในการหารายได้ให้ครอบครัว เช่น การช่วยขายของ ทำงาน

ประดิษฐ์จำหน่าย

5. การเดินทางด้วยตนเอง ลักษณะพฤติกรรมสามารถเดินทางได้อย่างอิสระ มีจุดหมายในการเดินทาง สามารถกลับบ้านได้ถูกต้อง จำสถานที่ต่างๆ ได้อธิบายเส้นทางได้ หรือพบผู้ป่วยเดินเรื่อยเปื่อย ต้องมีผู้ร่วมเดินทางด้วยทุกครั้ง เดินทางได้เฉพาะบริเวณใกล้ๆ บ้าน

3. การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

3.1 ความหมายของการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำต่อครอบครัวหรือสังคมในเรื่อง การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง การเข้าสังคม และความสนใจสิ่งแวดล้อม (สุวิมล สมัตตะ, 2541)

การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการช่วยให้ความเป็นอยู่หรือการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย จิตใจ และสังคมของบุคคลให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขและประสบความสำเร็จในชีวิต ได้แก่ การรู้จักตนเอง การปฏิบัติตนให้มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี การรับบทบาท การติดต่อสื่อสารที่ดีกับผู้อื่น การแสดงออกที่เหมาะสม การสนทนาในสังคม การปฏิบัติที่ดีต่อสังคม เป็นต้น (เทพ สงวนกิตติพันธ์, 2545)

การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การที่คนเรากระทำออกไปโดยมีสาเหตุจากผู้อื่นหรือการกระทำของเราเองที่ส่งผลกระทบต่อผู้อื่น (Morrison & McIntyre, 1975)

การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การกระทำหรือการตอบสนองของบุคคลต่อสิ่งเร้าทางสังคมหรือการตอบสนองของบุคคลต่อคนอื่นๆ เช่น การทักทายกันด้วยการยิ้มของคนที่เป็นเพื่อนกัน ซึ่งต่างก็เป็นสิ่งเร้าให้เกิดพฤติกรรมยิ้มทักทาย (สิทธิโชค วรรณสันติกุล, 2546)

การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม หมายถึง การแสดงปฏิกริยาต่อกันระหว่างสิ่งแวดล้อมทางสังคม ซึ่งประกอบด้วย ความเกี่ยวข้องกับระหว่างบุคคลต่อบุคคลหรือกลุ่มต่อกลุ่มที่มีต่อขนบธรรมเนียมประเพณี อุดมการณ์ สถาบัน ภาษา ศิลปะ วรรณคดี วิทยาการ และเทคโนโลยีต่างๆ แตกต่างกัน เป็นพฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีต่อบุคคลอื่นหรือต่อกลุ่มบุคคลเมื่ออยู่รวมกันในสังคม (สุชา จันทรเอม, 2524)

ดังนั้นจึงสรุปว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม หมายถึง ความสามารถในการกระทำกิจกรรมต่างๆ ในลักษณะการมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม และการปรับตัวอยู่ในสังคมที่เกี่ยวข้องระหว่างบุคคลหรือกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกันในสังคมในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งนี้การกระทำทางสังคมของแต่ละบุคคลจะมีลักษณะการกระทำที่แตกต่างกันไป

นอกเหนือจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังจากการรักษาที่พบในผู้ป่วยแล้วระดับของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วยความเสื่อมของการทำหน้าที่ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูทางสังคมอย่างมากโดยมีการแสดงออกให้เห็นเป็นพฤติกรรมทางสังคม

3.2 ลักษณะการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

บุคคลแต่ละคนมีการกระทำประจำตัวโดยเฉพาะ คือ ลักษณะกิริยาท่าทาง ความประพฤติตลอดจนความรู้สึกนึกคิดเป็นของตนเองแต่ในเวลาเดียวกัน จะต้องปรับตัวกิริยาท่าทางการกระทำ ความรู้สึกนึกคิดให้สอดคล้องกับภาวะแวดล้อมที่อาศัยอยู่ มิฉะนั้นจะกลายเป็นคนนอกสังคม จึงแยกการกระทำของคนออกเป็น 2 อย่าง คือ การกระทำอันเป็นส่วนของตนเอง เป็นการกระทำที่ถูกอิทธิพลคนอื่นที่เขาพบและคบหาอยู่ทุกวันครอบงำเป็นอันมากและในลักษณะเดียวกันเราเองก็มีการกระทำครอบงำการกระทำของผู้อื่นด้วย แล้วแต่ว่าการกระทำของฝ่ายใดจะมีอำนาจมากกว่ากัน และการกระทำอันเกี่ยวกับสังคม เป็นการกระทำที่เกิดขึ้นตามสถานการณ์ของสังคม เมื่อมีบุคคลมาอยู่กันต่างก็เกี่ยวข้องกันและมีปฏิกริยาโต้ตอบทางสังคมแก่กัน

อย่างไรก็ตามกนกรัตน์ สุชะตุงคะ (2540) ได้กล่าวถึงกิจกรรมทางสังคมสามารถแบ่งออกได้เป็น 2 ประเภท คือ ลักษณะการกระทำทางสังคมที่ปกติ และลักษณะกิจกรรมที่ผิดปกติ ซึ่งสามารถสรุปได้ดังนี้

1. ลักษณะการกระทำปกติ (normal behavior) ได้มีผู้กำหนดลักษณะไว้หลายแนวคิด ได้แก่ การมองการกระทำทางสังคมที่เป็นปกติ มี 3 ลักษณะ คือ

1.1 การกระทำปกติ ตามความหมายในเชิงสถิติ หมายถึง พฤติกรรมต่างๆ ออกมาเป็นคะแนนพฤติกรรมที่ส่วนมากทำกันอยู่ จะเป็นพฤติกรรมของคนปกตินั้นๆ ส่วนสิ่งที่เบี่ยงเบนไปจากกลุ่มก็ถือว่าผิดปกติ วิธีการวัดเชิงสถิตินี้อาจไม่เหมาะสมในการนำมาวัดพฤติกรรมของมนุษย์หรือสถานการณ์บางอย่าง เช่น ระดับสติปัญญา (IQ) ซึ่งบุคคลได้คะแนนสูงเนื่องจากคะแนนสูงกว่าค่าเฉลี่ยก็จะเป็นคนผิดปกติไป

1.2 การกระทำปกติ ตามความหมายในเชิงอุดมคติ หมายถึง การที่บุคคลพยายามพัฒนาตนเองให้มีความสมบูรณ์พร้อมในทุกๆ ด้านให้มากที่สุด ซึ่งในความเป็นจริงมีคนจำนวนน้อยที่จะสามารถสมบูรณ์หรือพร้อมในทุกๆ ด้าน

1.3 การกระทำปกติ ตามความหมายในเชิงปรับตัว หมายถึง ความสามารถในการปรับตัวของบุคคลได้อย่างเหมาะสม สามารถควบคุมตนเองได้ ดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างมีความสุขตามสมควร สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นได้ มีความคิดสร้างสรรค์ดูแลรับผิดชอบตนเองและผู้อื่นได้ตามหน้าที่ รับรู้และสามารถยอมรับตัวเองได้ทั้งข้อดีและข้อจำกัด

2. ลักษณะการกระทำผิดปกติ (abnormal behavior) ได้มีผู้กำหนดลักษณะไว้หลายแนวคิด ได้แก่ การมองการกระทำทางสังคมที่ผิดปกติ มี 3 ลักษณะ คือ

2.1 การกระทำที่เบี่ยงเบนไปจากค่านิยม วัฒนธรรมประเพณี โดยปกติสังคมจะเป็นผู้วางรากฐาน ว่าพฤติกรรมอย่างไรเป็นสิ่งที่ยอมรับหรือไม่ได้รับการยอมรับ ในแต่ละสังคมก็จะมี

ค่านิยม ความเชื่อ มาตรฐานแตกต่างกันไป การสรุปว่าเป็นความผิดปกติของพฤติกรรม จึงต้องดูปัจจัยในเรื่องของความแตกต่างทางวัฒนธรรมเข้ามาเกี่ยวข้องด้วย

2.2 ระดับความเสื่อมสมรรถภาพในหน้าที่ของตน การที่บุคคลไม่มีความพิการรุนแรง หรือสาเหตุช่วยตัวเองไม่ได้ แต่มีลักษณะขาดความมั่นใจ สับสน ไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนอื่นได้ ไม่สามารถรับผิดชอบการงานและไม่สามารถช่วยตนเองได้นั้น ถือว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ

2.3 มีอาการทางจิตไม่อยู่ในโลกของความจริง มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่รู้ตัวว่าป่วย และมีการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพไปจากเดิม

จากแนวคิดที่กล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมจะแบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ การกระทำที่ปกติและการกระทำที่ผิดปกติ และการกระทำที่ผิดปกติ เป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานทางสังคมและวัฒนธรรม ไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ มีอาการทางจิต ไม่อยู่ในโลกของความเป็นจริง การแสดงออกทางบุคลิกภาพที่เปลี่ยนไปจากเดิม และมีการกระทำที่สังคมส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ

3.3 การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นการกระทำที่ได้รับอิทธิพลจากอาการของโรคซึ่งล้วนส่งผลให้บุคคลเหล่านี้มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ พฤติกรรม ทำหน้าที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชนแสดงพฤติกรรมทางสังคมที่ไม่เหมาะสมที่ไม่เหมาะสมได้ จากแนวคิดของปาร์กเกอร์และโรเซน (parker&Rosen, 1989) ได้กล่าวถึงพฤติกรรมทางสังคมไว้ 5 ด้านได้แก่ 1)ด้านการดูแลตนเอง 2)ด้านการควบคุมอารมณ์ 3)ด้านการติดต่อทางสังคม 4)ด้านการสื่อสารและ 5)ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเอกสารที่เกี่ยวกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในชุมชนพบพฤติกรรมทั้ง 5 ด้านมีรายละเอียดดังนี้คือ

ด้านการดูแลตนเอง (self care) ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่แสดงออกทางสังคมในเรื่องการการปฏิบัติตัวขั้นพื้นฐานเกี่ยวกับการเอาใจใส่สุขภาพร่างกายตนเองโดยการรับประทานอาหารอย่างเพียงพอ การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และทักษะการดำรงชีวิตด้วยศักยภาพของตนเอง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีพฤติกรรมหลากหลายแตกต่างกันไป บางรายไม่ยอมอาบน้ำ ถ้าหากอาบน้ำจะรดน้ำให้เปียกทั่วร่างกายอย่างเดียว ไม่ใช้สบู่หรือยาสระผม บางครั้งไม่แปรงฟัน ทำให้ญาติต้องสังเกตอย่างใกล้ชิด บางรายต้องกระตุ้นและให้การช่วยเหลือโดยการทำให้ (รัชนี อุปเสน, 2541; Tungpunkom, 2000) ในเรื่องของการแต่งกายส่วนใหญ่จะแต่งกายไม่เหมาะสม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายอาจถือคันเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่เสื้อผ้าเก่าๆ ขาดๆ และบางครั้งเดินออกนอกบ้านโดยไม่ใส่เสื้อผ้าเลย ทำให้ผู้ดูแลต้องจัดเตรียมเสื้อผ้าให้เหมาะสม

(รัชนี้ อุปเสน, 2541) บางรายมีพฤติกรรมเดินเก็บขยะ สะสมอาหาร (เอื้ออารีย์ สาธิตา, 2543) หรืออยู่บ้านโดยไม่สนใจสิ่งแวดล้อม ไม่เปิดประตูหน้าต่าง ห้องนอนเต็มไปด้วยเศษขนม เศษกระดาษกรูกรัง ผู้ดูแลจึงต้องดูแลเรื่องการทำความสะอาดให้ (รัชนี้ อุปเสน, 2541) นอกจากนี้ บางครั้งยังต้องดูแลเรื่องการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยเฉพาะเพศหญิง ผู้ดูแลบางรายต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมและปลอดภัยเพื่อลดความเสี่ยงต่ออันตรายที่จะเกิดการถูกรังทำร้ายร่างกายหรือถูกข่มขืน ซึ่งอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอดส์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ตามมา (Tungpunkom, 2000)

ด้านการควบคุมอารมณ์ (nonturbulence) พฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการไม่แสดง ความวุ่นวายไม่แสดงความโกรธหรือข่มขู่ผู้อื่นทั้งคำพูดและการกระทำ พฤติกรรมทำลายข้าวของ หรือทำร้ายตนเอง พฤติกรรมที่ผิดต่อกฎหมาย ติดสุรา ติดสารเสพติดเป็นต้น จากการศึกษาของ ทูลภา บุปผาสังข์ (2545) ในเรื่องภาวะและความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลกับการเข้ารักษา ข้ำของผู้เป็นโรคจิตเภทพบว่าหลังการจำหน่ายกลับสู่ครอบครัวได้แล้ว ร้อยละ 30 ของผู้ที่เป็นโรค จิตเภทยังคงมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมบางอย่างหลงเหลืออยู่ แสดงออกมาในลักษณะหงุดหงิดโมโหง่าย มีความคิดแปลกประหลาด หูแว่ว เห็นภาพหลอน เนื่องจากความผิดปกติที่หลงเหลือนี้ เมื่ออยู่กับครอบครัวในชุมชนทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจมี พฤติกรรมก้าวร้าวบางรายแสดงออกโดยเดินเข้าห้องครัวเพื่อหยิบมิดที่จะทำร้ายบิดาเพราะมี อากาศหูแว่วว่า บิดาหัวเราะเยาะว่าตนเกียจคร้าน (Tungpunkom, 2000) บางรายหงุดหงิดเมื่อ ผู้ดูแลกระตุ้นให้ปฏิบัติกิจกรรม เช่น อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า หรือซักช้อนรับประทานอาหาร เป็นต้น จึงทำร้ายร่างกายผู้ดูแล โดยการตีศีรษะจนต้องเข้าโรงพยาบาล (รัชนี้ อุปเสน, 2541) บางราย แสดงพฤติกรรมที่ผิดปกติในที่สาธารณะ เช่น เดินเข้าไปหยิบกระป๋องเครื่องดื่มในร้านค้าออกมา ดื่มเป็นจำนวนมาก (Jones, 1996) การตะโกนขึ้นโดยไม่มีเหตุผล เป็นต้น พฤติกรรมที่ไม่สามารถ คาดเดา หรือพฤติกรรมที่ผิดปกติจากอาการทางจิตรุนแรงเป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สิน นับเป็นพฤติกรรมที่ยุงยากทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขบขันใจเป็นทุกข์ แต่ในขณะเดียวกัน หากผู้ป่วย สามารถอธิบายเกี่ยวกับอาการที่เปลี่ยนแปลงได้ก็สามารถควบคุมอาการได้ (Baker, 1995)

ด้านการติดต่อทางสังคม (Social contact) เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการมี สัมพันธภาพกับผู้อื่น ส่วนใหญ่จะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเฉื่อยชา ซึมลง (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง ไม่ทำงานบ้านหรืองานประจำ (ทูลภา บุปผาสังข์ ,2545) บางครั้งจะใช้เวลา นั่งเฉยๆ การทำกิจกรรมจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ บางครั้งไม่ หลับนอน เปิดวิทยุและพูดเสียงดัง ส่งผลกระทบต่อบุคคลในชุมชน ทำให้เพื่อนบ้านรู้สึกรำคาญ จากการถูกรบกวน และแสดงออกโดยการขว้างก้อนหินใส่หลังคาบ้านของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (รัชนี้ อุปเสน, 2541) ผู้ดูแลจะต้องควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ตั้งแต่การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในชุมชน

เพื่อป้องกันการเกิดผลกระทบเกี่ยวกับภาพลักษณ์เพราะกลัวถูกตีตราจากสังคม นอกจากนี้ผู้ดูแลยังจะต้องสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลในชุมชน เพื่อขอความร่วมมือในการช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ เช่น การใช้ยาเสพติด สุรา บุหรี่ เป็นต้น (รัชณี อุปเสน, 2541; Tungpunkom, 2000)

ด้านการสื่อสาร (communication) จะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนมากนั่งพูดพิมพ์โต้ตอบอยู่คนเดียว (ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) แยกตัวเองอยู่ตามลำพัง (ทุลภา บุปผาสังข์ ,2545) บางครั้งบ่น ด่า และสาปแช่งในสิ่งที่ไม่พึงปรารถนาในสังคมซึ่งเป็นสัญญาณเตือนของการเกิดปัญหาภายในครอบครัว บางรายพูดในสิ่งที่ไม่เป็นความจริงแสดงออกโดยการแจ้งความกับตำรวจว่าตนเองถูกปองร้าย ซึ่งผู้ดูแลต้องใช้ความพยายามในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับความเป็นจริงแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท (Tungpunkom, 2000)

ด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง (responsibility) เป็นพฤติกรรมทางสังคมที่เกี่ยวกับการรับภาระหน้าที่ด้วยตนเอง ไม่ต้องตกเดือน แต่อย่างไรก็ตาม บางครั้งจะพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดความใส่ใจในการรับภาระหน้าที่ เช่นพบว่าผู้เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมทิ้งยา ซ่อนยาหรือลืมรับประทานยา จนส่งผลกระทบให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำ

ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กล่าวมาแล้วนั้น จะแสดงออกและเกิดผลกระทบต่อผู้ที่อยู่ใกล้ชิดและจำเป็นต้องมีการประเมินที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถรับรู้ถึงกิจกรรมทางสังคมที่ปรากฏในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละราย

มีหลายท่านที่ได้ทำการศึกษาเรื่องการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท คือ

Jong และคณะ (1985, อ้างถึงใน ภัทรา ธิรลภา, 2534) ได้ศึกษาความไร้สมรรถภาพทางสังคมและสภาพภายหลังได้รับการรักษาของผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 22 ราย ใน เนเธอร์แลนด์ สรุปผลได้ดังนี้

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

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

Davis, A.E. (1974 อ้างใน ปรีดิหทัย แก้วมณีรัตน์, 2543) ได้ศึกษาถึงการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยมีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคม ต้องพึ่งพาคนอื่น ไม่มีเพื่อน ไม่สามารถพบปะบุคคลอื่นได้ โดยไม่แสดงพฤติกรรมแปลกๆ มีนิสัยการกินที่ไม่เรียบร้อย ปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ใช้เวลาว่างในการนั่งเฉยๆ การทำกิจกรรมเพื่อความเพลิดเพลินจะจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องการพบปะสมาชิกคนอื่น

3.4 การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

เครื่องมือที่ประเมินการปรับตัวทางด้านสังคมของผู้ป่วยโรคจิตของ Katz เป็นแนวคิดหนึ่งในการสร้างแบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมคือ

แบบประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมคือ The Katz Adjustment Scales มาตราส่วนประมาณค่าเพื่อวัดการปรับตัวของ Katz นี้เริ่มแรกของการสร้างเครื่องมือมีเป้าหมายการปรับตัวทางสังคมของผู้ป่วยโรคจิต ภายหลังการได้รับการรักษาข้อมูลที่ได้จากผู้ป่วยและจากญาติผู้ป่วย เครื่องมือนี้ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับอาการทางด้านโรคจิต พฤติกรรมด้านสังคม กิจกรรมที่บ้านและการใช้เวลาว่าง เครื่องมือนี้ยังใช้ได้กับประชาชนทั่วไป

Katz และ Lyster ได้ศึกษาถึงเป้าหมายของการบำบัดคนไข้จิตเวช ว่าเพื่อให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการปรับตัวเพิ่มมากขึ้น และสามารถอาศัยอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข และได้ให้ความหมายของคำว่า "การปรับตัว" ว่าสมดุลระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม การปราศจากซึ่งอาการผิดปกติทางจิต การปราศจากซึ่งความกังวลใจ การมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นได้อย่างเหมาะสม และการปฏิบัติตามหน้าที่บทบาทในสังคมได้อย่างถูกต้อง แนวคิดพื้นฐานของเครื่องมือนี้ทำให้มาตราส่วนประมาณค่าเกี่ยวกับการปรับตัวนี้มีความหมายใกล้เคียงกับการมีสุขภาพจิตที่ดี (positive mental well-being) นอกเหนือจากการวัดความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับสภาวะสุขภาพของตนเองและความพึงพอใจของผู้ป่วยแล้ว ยังวัดความพึงพอใจของผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยที่มีต่อสภาวะสุขภาพและการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยด้วย ซึ่งเป็นการปรับตัวทั้งในแง่ที่บุคคลมองตัวเองและในแง่ความรู้สึกของผู้ใกล้ชิดที่มีต่อบุคคลนั้นด้วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วย และจากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน การประเมินการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมของ ผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้จากการสังเกตและการสัมภาษณ์ ซึ่งในการศึกษาคั้งนี้ได้นำแบบประเมินของสุวิมล สมัตถะ (2541) ซึ่งสร้างมาจาก การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของ

ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่แสดงออกในการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยการสังเกตพฤติกรรมและสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวที่บ้าน พร้อมทั้งให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชบันทึกพฤติกรรมเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม เป็นเวลา 2 สัปดาห์พบว่าผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมที่ใช้ในการประเมินดังต่อไปนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพต่อผู้อื่น

1.1 ความคิดเห็นต่อผู้อื่น ลักษณะพฤติกรรมยอมเป็นเพื่อนกับผู้อื่น เป็นมิตร กลัวผู้อื่นมาทำร้าย หวาดระแวงผู้อื่น ไม่ยอมให้คนอื่นเข้ามาใกล้ ชอบอยู่คนเดียว มีเพื่อนน้อย

1.2 ความสามารถในการติดต่อสื่อสาร ลักษณะพฤติกรรม สามารถพูดคุยกับผู้อื่นได้ การมีเพื่อน พูดคุยกับผู้อื่นรู้เรื่อง ชอบรบกวนผู้อื่น

2. การควบคุมอารมณ์ ลักษณะพฤติกรรมสามารถควบคุมอารมณ์โกรธ กลัว ตื่นตระหนกตกใจ ไม่สบาย หงุดหงิด การยอมรับในสิ่งที่เป็นสัจธรรมของชีวิต เช่น เกิด แก่ เจ็บ ตาย

3. การแสดงออกท่าทาง ลักษณะพฤติกรรม ยิ้มแย้มแจ่มใส สุภาพ อ่อนโยน วุ่นวาย ทำลายข้าวของ ก้าวร้าว ช่มชู้ ส่งเสียงโวยวาย กระตือรือร้น เรียกร้องความสนใจ ด่าคำหยาบคาย ทำลายข้าวของ ชอบทำตามความพอใจของตนเอง

4. ความสามารถในการเข้าสังคม ลักษณะพฤติกรรม รู้จักมารยาททางสังคมไทย เช่น การไหว้ การทำความเคารพ ต้อนรับแขกที่มาบ้าน พูดคุยกับผู้อื่นได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้อื่นได้ ร่วมกิจกรรมในสังคมได้ เช่น ไปทำบุญที่วัด

5. ความสนใจสิ่งแวดล้อม ลักษณะพฤติกรรม แยกตัวไม่สนใจสิ่งต่างๆ อยู่แต่เฉพาะในที่จำกัด ให้ความสนใจข้าวต่างๆ

4. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2539) ได้ให้ความหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านว่า การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้าน และในสังคมเดิมของเขาได้ โดยมีญาติดูแล และมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลออกติดตามดูแลให้คำแนะนำและให้การรักษาพยาบาล โดยการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านของตนเอง

4.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการจัดให้บริการพยาบาลถึงที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องพยาบาลจิตเวชจะคอยติดตามผลของการดูแลจนผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมที่บ้าน ซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงแนวคิดในการดูแลไว้ดังนี้

กรมสุขภาพจิตตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านโดยมีแนวคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินนโยบายในเรื่องนี้จึงเน้นการผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการจัดการผู้ป่วยที่บ้านโดยมีบุคลากรทางแพทย์เป็นทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวและมุ่งขยายบริการทางการแพทย์และบริการสนับสนุนอื่นๆไปให้ที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้

ฝน แสงสิงแก้ว (2524) ได้เสนอแนวความคิดว่าหากญาติของผู้ป่วยจิตเวชได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ได้รับฟังความคิดเห็นและได้สังเกตการดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้องแล้วญาตินำเอาวิธีการไปปฏิบัติไปใช้ที่บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยต่อถ้าจำเป็นก็กลับนำมาปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราวจะได้ผลดีและช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมาก

ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2530) กล่าวว่า การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อสู้ชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่ามีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจมีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น

รุจา ภูไพบูลย์ (2538) กล่าวว่าความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปกติที่บ้านได้รับการยอมรับทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพและประหยัดเมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้านยังได้รับความสนใจน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น

แนวคิดในการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีมาช้านานเห็นได้จากแนวคิดของศาสตราจารย์นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว (อ้างถึงใน นันทนา รัตนากร, 2536) บิดาแห่งวิชาจิตเวชศาสตร์ได้เสนอ " โครงการสุขภาพจิต ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในประเทศไทย"แก่รัฐบาลตั้งแต่ปี 2510 โดยมีแนวคิดที่พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. จัดตั้งศูนย์สุขภาพจิต(Mental Health Center) ให้มีทั่วประเทศหากยังจัดไม่ได้ให้ผสมผสานเข้ากับสถานีอนามัยชั้นหนึ่งและชั้นสอง
2. ฝึกอบรมพนักงานสุขภาพจิตและส่งออกไปทำงานในศูนย์/หน่วยสุขภาพจิตนั้น
3. จัดให้มีศูนย์สุขภาพจิตใหญ่ 1 แห่งในแต่ละภาค รับเป็นที่ปรึกษาและศูนย์การศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างๆ
4. จัดให้มีกลุ่มชุมชนประกอบด้วย ชาวบ้าน บิดา มารดา ครูอาจารย์และผู้นำท้องถิ่นช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพจิตเสื่อมของชุมชน
5. ให้ชุมชนช่วยจัดการให้ผู้ป่วยจิตเวชได้อาศัยอยู่กับครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวจัดที่อยู่อาศัยและจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับคือ
6. ลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวช

7. เพิ่มบริการที่ดีในครอบครัวและชุมชน

8. ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจะครองงานและทำงานในชุมชน

งานสุขภาพจิตในประเทศไทยได้มีการดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล โดยยึดแนวทางขององค์การอนามัยโลก นอกจากนี้ยังเน้นปัจจัยทางจิตสังคม(Psychosocial Factor) ประสานงานกับหน่วยงานอื่น ดังนี้

1. ผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของงานสาธารณสุขมูลฐานและได้เริ่มดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน
2. จัดรูปแบบการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่ง โดยจัดตั้งฝ่ายจิตเวชขึ้นในโรงพยาบาลทั่วไปบางแห่งและโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่ง
3. จัดทำโครงการสำรวจความต้องการการบริการสุขภาพจิต(Monitoring of Mental Health Need) ขึ้นที่จังหวัดขอนแก่นพบว่าผู้ป่วยมีความต้องการงานบริการสุขภาพพอสมควร
4. จัดทำโครงการระบบรายงานรูปสามเหลี่ยม(Trivial Record System) เน้นให้แพทย์เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยทุกคนซึ่งประกอบด้วยกาย จิต สังคม
5. ลดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลจิตเวชและขยายเตียงของโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเน้นให้มีการให้คำปรึกษา(Counseling) ในเรื่องของการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต จะเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและจะให้ชุมชนเป็นที่รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแทนการป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ

มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้านที่จะนำมาใช้ได้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

1. เป็นบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วยพิการ หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน หรือให้ตายอย่างสงบภายใต้สิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ของผู้ป่วย
2. เป็นบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
3. เป็นบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชนให้มีศักยภาพในการปฏิบัติตัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้นเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับสภาวะสุขภาพ และการดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นบริการที่มีความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวโดยคำนึงทรัพยากรที่มี

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้าน ของ Danielson, Bissell, and Fry (1993) ที่กล่าวว่า

การจัดการกับความเจ็บป่วยทางจิตได้อย่างไร ขึ้นอยู่กับการสนับสนุนของชุมชนและครอบครัวของผู้ป่วยเอง และครอบครัวเองก็ต้องการสนับสนุนจากชุมชนอีกเช่นกัน สิ่งที่จะสนับสนุนให้เขาสามารถดูแลตนเองได้นั้นเป็นการสนับสนุนทั้งแบบมีรูปแบบและไม่มีรูปแบบ คือ การให้การดูแลในระยะยาวและการให้บริการระยะวิกฤติและการที่จะให้การดูแลผู้ป่วยนั้นพยาบาลควรมีข้อตกลงร่วมกันกับครอบครัว มีทัศนคติที่ดี และการให้ครอบครัวมีส่วนร่วมมากที่สุดและกล่าวถึงพยาบาลว่าเป็นผู้ให้การดูแลที่บ้านพยาบาลควรเป็นผู้เชื่อมโยงในระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพยาบาลควรเป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้สื่อสารผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกสำหรับครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เรียนรู้การยับยั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยและการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการแนะนำการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย บทบาทของพยาบาลที่จะทำให้เกิดประสิทธิภาพในการดูแลคือ

1. การเป็นผู้ให้ความรู้ เป็นสิ่งสำคัญในการให้การดูแลเป็นจุดเริ่มต้นในการที่จะนำความรู้ที่ได้ของคนในครอบครัวในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมพื้นฐานของผู้ป่วย การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ความเข้าใจในเรื่องโรคของผู้ป่วยที่เป็นอยู่ทำให้เขาสามารถที่จะพยากรณ์ของผู้ป่วยได้ แลจัดการกับการคุกคามของผู้ป่วยได้แต่ปัญหาที่ซับซ้อนของการเรียนรู้คือ การที่จะทำอย่างไรให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ให้ความสนใจโดยไม่มีความรู้สึกคุกคามหรือห่างเหิน สุดท้ายความต้องการของครอบครัวในเรื่องของความรู้คือเรื่องที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เป็นข้อบ่งชี้ในการกลับมารักษาซ้ำ ดังนั้นต้องมีการสนับสนุนการให้ความรู้ควรมีตั้งแต่การเริ่มป่วยในระยะแรก การให้ความรู้ที่คุ้มค่าสำหรับครอบครัวคือ การที่ได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

2. การสนับสนุนมีความสำคัญในการใช้กลุ่มและขบวนการกลุ่มช่วยในการสนับสนุน คือในกลุ่มเพื่อนและแหล่งสนับสนุนในชุมชน การแก้ปัญหาต่างๆ นั้นบางครั้งก็เกิดการเรียนรู้จากการพบกันของสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วย

3. การดูแลชั่วคราว เป็นสิ่งที่พยาบาลควรมีให้กับผู้ป่วยในชุมชนและตามความต้องการของครอบครัว เนื่องจากบางครั้งครอบครัวต้องการใช้ระยะเวลาสั้นๆในการที่จะพักผ่อนโดยที่เขาไม่รู้สึกรำคาญ การให้การดูแลชั่วคราวนั้นเป็นบริการพื้นฐานที่ควรมีระหว่างผู้ป่วยองค์กร หรือครอบครัวผู้ดูแลผู้ป่วย

4. การบริการในระยะวิกฤติ เป็นประการสุดท้ายที่มีความสำคัญที่ควรมีอยู่ในการเยี่ยมบ้าน มันเป็นที่ยากสำหรับครอบครัวที่จะจัดการกับปัญหานี้ และเป็นปัญหาสำคัญในการกลับไปรักษาซ้ำของผู้ป่วย ครอบครัวก็ไม่ควรจรรวให้เกิดเหตุการณ์ที่รุนแรงจนต้องให้ตำรวจนำผู้ป่วยไปคุมขัง การดูแลในระยะวิกฤติที่บ้านสามารถป้องกันการเกิดความรู้สึกทุกข์ใจของครอบครัวได้ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านคือบริการที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ซึ่งไม่เต็มใจหรือไม่สามารถมารักษาในแผนกผู้ป่วยนอกได้เป็นอย่างดี

จากแนวคิดที่ได้กล่าวมาพบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านกำลังเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่องโดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและใช้โรงพยาบาลเป็นฐานในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลให้สามารถดูแลสุขภาพต่อที่บ้านได้ รูปแบบการดูแลที่บ้านนี้ให้ผลดีกับผู้ป่วยทั้งทางด้านจิตใจและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

4.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่บ้าน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (จวีรวรรณ สัตยธรรม, 2539)

1. พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาล เป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรม เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience)

2. พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเอง

สามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผลสมผสาน ความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

3. พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

3.1 วินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด ไตร่ตรอง วิเคราะห์ ลังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล อย่างรอบคอบ

3.2 กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้น และระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

3.3 กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

3.4 ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง และผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

3.5 ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคูณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

3.6 จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

1. บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรม

สันตนาการและกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม ที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้าน และในชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ให้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ จากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับารักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช จะปฏิบัติงานอยู่ใน 3 ลักษณะ คือ การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระ คือต้องให้การบำบัดรักษาตามคำสั่งทางการแพทย์ การปฏิบัติหน้าที่กึ่งอิสระ คือการปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของ

วิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง และครอบคลุมในทุกๆ ด้าน

4.4 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่เรื้อรัง (APA ,1994 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล ,2538) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลรวมทั้งครอบครัวจนตลอดชีวิต และ ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ และจากการนำนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่ง ฮอโรวิทซ์ (Horowitz , 1982 cite in Davis , 1992 อ้างถึงใน ดรุณี ศพพรหม , 2543) ได้กล่าวถึงการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1.1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

1.2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตนเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานจะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

1.3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขาดชิน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

1.4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

1.5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

1.6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

1.7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ชุดดิน ดายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

1.8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

1.9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

1.10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

1.11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสียภาพลักษณ์ของตนเองโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยประกอบอาชีพมีรายได้ค้ำจุนครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

2.1) การป้องกันภาวะซึมเศร้าเนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

2.3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับารดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

4.5 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำแนวคิดของเคลือบานอฟ (Klebaroff, 1997 อ้างใน นวียา ภิรมย์, 2541) ที่ได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน รวมทั้งได้กำหนดแนวทางและกิจกรรม เพื่อให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำไปปฏิบัติได้อย่างชัดเจน มีรายละเอียด ดังนี้ คือ

1. บทบาทผู้ให้การรักษาพยาบาล พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลให้แก่ผู้ป่วย ตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นหลักปฏิบัติ ซึ่งเป็นวิธีปฏิบัติที่นำเอาทฤษฎี หลักการ หรือ มโนทัศน์ต่างๆ ที่เกี่ยวข้องมาประยุกต์ เพื่อให้เกิดแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยใช้ความรู้เกี่ยวกับ

กระบวนการพยาบาลประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ การประเมินทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการประเมินผลการปฏิบัติงาน โดยพยาบาลควรทำหน้าที่ดังต่อไปนี้

- 1.1 การประเมินสภาวะด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมของผู้ป่วย
- 1.2 การตรวจสภาพจิต
- 1.3 การทำจิตบำบัด (รายบุคคล/ครอบครัว/กลุ่ม)
- 1.4 ประสานงานกับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเช่น แห่ส่งฝีกอาชีพฯ
- 1.5 การส่งต่อผู้ป่วยไปยังแหล่งบริการสุขภาพอื่นๆ
- 1.6 จัดการเรื่องการส่งต่อ เพื่อให้ผู้ป่วยพบผู้เชี่ยวชาญ ตามปัญหาของผู้ป่วย
- 1.7 บริหารจัดการให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างต่อเนื่อง
- 1.8 ให้ความร่วมมือทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย
- 1.9 ประสานงานกับผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางการพยาบาลจิตเวช

2. บทบาทที่ปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหาของตนเอง มองปัญหากระจ่างชัดเจน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาแบบใหม่ ปรับวิธีการคิดใหม่ และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ และจะเลือกตัดสินใจในปัญหานั้นๆ ด้วยตนเองในทางที่สร้างสรรค์ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่จะต่อสู้และปรับตัวในสถานการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องให้การปรึกษา ให้คำแนะนำแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนในชุมชนต่างๆ ดังนั้นพยาบาลจึงควรทำหน้าที่ เหล่านี้ คือ

- 2.1 ให้การปรึกษาแก่สมาชิกในทีมสุขภาพ
- 2.2 ให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วย / ครอบครัว / ชุมชน
- 2.3 ให้การปรึกษาด้านการจัดบริการในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 2.4 นิเทศการให้การพยาบาลทางจิตสังคมแก่สมาชิกในทีมพยาบาล
- 2.5 ประเมินผลการให้บริการการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 2.6 ตรวจสอบคุณภาพทางการพยาบาล ในการให้บริการดูแลสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 2.7 เป็นที่ปรึกษาในเรื่องการศึกษาวิจัยทางการพยาบาล
- 2.8 เป็นที่ปรึกษาในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

3. บทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล พยาบาลทำหน้าที่เสมือนครูอยู่ตลอดเวลา เพราะผู้ป่วยโรคจิตนั้นบางครั้งแม้ภารกิจง่าย ๆ ก็ทำไม่ได้ จึงต้องสอน ต้องแนะนำ เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการเรียนรู้ที่จะอยู่อย่างมีความสุข ไม่ต้องเป็นภาระของผู้อื่นมาก พยาบาลอาจต้องสอนผู้ป่วยตั้งแต่การ อาบน้ำ

แปรงฟัน หรือการรักษาความสะอาดส่วนตัว การรับประทานอาหาร ฝึกการควบคุมอารมณ์ ฝึกการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และการแก้ปัญหาในชีวิตประจำวัน นอกจากนี้พยาบาลยังต้องเป็นผู้ใช้ข้อมูลอื่นๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับแหล่งให้บริการต่างๆ ที่ให้การช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวรวมทั้งการให้ข้อมูลแก่ชุมชน ซึ่งจะทำให้เกิดความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วย ดังนั้นในบทบาทผู้ให้ความรู้หรือข้อมูล พยาบาลจึงทำหน้าที่ดังต่อไปนี้ คือ

- 3.1 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในการดูแลตนเองและให้ความรู้แก่ผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
- 3.2 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลในเรื่องยา และผลข้างเคียงของยาทางจิตเวช
- 3.3 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนในชุมชน
- 3.4 ให้ความรู้และคำแนะนำ เรื่องการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งกับพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล
- 3.5 ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล เกี่ยวกับองค์กรเอกชน และองค์กรทางวิชาชีพที่ผู้ป่วยอาจต้องใช้บริการ เช่น ศูนย์ให้การปรึกษาปัญหาชีวิต ศูนย์ฮอตไลน์ เป็นต้น
- 3.6 ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการให้บริการด้านจิตใจ และสังคมในโรงพยาบาล เช่น คลินิกคลายเครียด บริการปรึกษาทางโทรศัพท์
- 3.7 ให้ข้อมูลแก่ทีมสุขภาพ เกี่ยวกับการแปรผลพฤติกรรม / ความคิด / ความรู้สึกของผู้ป่วย
- 3.8 ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ในเรื่องของสัมพันธภาพระหว่างบุคคล
- 3.9 กระทำตัวให้เป็นแบบอย่างที่ดี สำหรับผู้ป่วยและผู้ดูแล เช่น การควบคุมอารมณ์ การเผชิญกับภาวะความเครียด เป็นต้น

จะเห็นได้ว่าบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ตามแนวคิดของเคลือบานอฟ (Klebanoff) ที่ได้เสนอมานั้น ล้วนเป็นบทบาทที่มีความสำคัญ และจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องปฏิบัติ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ที่ถูกต้องและเหมาะสม ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และผลกระทบอื่นๆที่จะตามมา อีกมากมาย ผู้ศึกษาจึงได้นำบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชตามแนวคิดของ เคลือบานอฟ (Klebanoff) มาเป็นแนวปฏิบัติของผู้ศึกษา

5.6 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน อำเภอบางระจัน จำนวน 52 คน (โรงพยาบาลบางระจัน, 2547) มีรูปแบบการดูแลดังนี้

1. ได้รับการส่งต่อผู้ป่วยจิตเภทจากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตจังหวัดสิงห์บุรี หรือโรงพยาบาลจิตเวช แต่บางรายก็ขาดการส่งต่อกลับมายังเขตรับผิดชอบ
2. ดูแลให้ผู้ป่วยรับการรักษาต่อเนื่องที่ โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในเขตจังหวัดสิงห์บุรี หรือโรงพยาบาลจิตเวช
3. ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตตามปกติ คือมีการเยี่ยมบ้านประจำปี และมีการติดตามผู้ป่วยเมื่อมีการรักษาไม่ต่อเนื่องจากหนังสือติดตามการรักษาจากโรงพยาบาลที่ผู้ป่วยไปรับการรักษา

สรุปว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน อำเภอบางระจัน ยังไม่มีรูปแบบในการดูแลและการฟื้นฟูความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับชุมชน กิจกรรมการเยี่ยมบ้านจึงมีเพียงการมีสัมพันธภาพที่ดีและการติดตามเมื่อผู้ป่วยรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

6. โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีการปฏิบัติกิจกรรมอย่างเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่องการศึกษาครั้งนี้ เป็นการปรับใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของ สุวิมล สมัตถะ (2541) จากแนวคิดของ Danielson ,Bissell and Fry (1993:396-397) ได้เสนอแนวคิดว่า พยาบาลควรเป็นผู้เชื่อมโยงในระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพยาบาลควรเป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้สื่อสารผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกสำหรับครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เรียนรู้การยับยั้งพฤติกรรมของผู้ป่วยและการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการแนะนำการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและครอบครัวโดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (basic principles of psychosocial home care) ซึ่งกิจกรรมประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมาก พยาบาลต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา ซึ่งเครื่องมือในตัวยพยาบาลคือ ความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น ความเห็นใจและการยอมรับผู้อื่นโดยไม่มีอคติ โดยหลักการนี้จะก่อให้เกิดผลตามมาคือ พยาบาลสามารถแยกแยะความต้องการของผู้ป่วย ได้อย่างถูกต้องตลอดจนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วย ให้พบกับสิ่งที่เขาต้องการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจในและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะผสมผสานกระบวนการให้คำปรึกษา ไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยประสบอยู่ การให้คำปรึกษาผู้ป่วย จะเริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สัมพันธภาพที่สร้าง เป็นการเปิดโอกาสให้มีการสนับสนุน ประคับประคองท่ามกลางความไว้วางใจ และการเปิดเผยข้อมูลหรือความรู้สึกทั้งในด้านการทำความเข้าใจ ความคิด และความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน เป็นการปฏิบัติการแก้ปัญหามีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กัน โดยการปฏิบัติขั้นแรก จะส่งผลไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไปในทางกลับกันหากปฏิบัติในขั้นตอนแรกล้มเหลว ก็สามารถทำนายได้ว่าการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไปก็จะไม่ประสบความสำเร็จ เป็นการปฏิบัติที่เป็นกระบวนการ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีการเปลี่ยนแปลงจากการเน้นการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ มาสู่การดูแลในชุมชน และให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้าน เป็นอย่างมากโดยมีเหตุผลว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลได้ตลอดไป ผู้ป่วยต้องกลับบ้านและดำเนินชีวิตที่บ้าน พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องเตรียมความรู้สำหรับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีแนวทางในการดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยสามารถใช้คู่มือการดูแลตนเองที่บ้าน และให้ความรู้เป็นแนวทางให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้งทางวัตถุ และทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย อย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้

สะดวก สะอาด ช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่าจิตใจที่พัฒนาดีแล้วของบุคคลจะทำให้การติดต่อกับผู้อื่นดีขึ้น และเช่นเดียวกันถ้าสังคมดี ก็จะช่วยทำให้จิตใจของบุคคลมีพัฒนาการดีทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่ดีกว่าเดิมได้ มีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยน พฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์ หรือความคิด ผู้ป่วยต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วนเป็นช่วงเวลาวิกฤติในชีวิต ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกแย่ไปหมดทุกเรื่อง ไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตินั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม คือภาวะจิตใจของผู้ป่วยให้รับรู้เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ในทางที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจไม่ทางตรงก็ทางอ้อม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา หรือได้เรียนรู้แบบแผนการแก้ไขใหม่ ทั้งนี้เพราะแบบแผนที่มีอยู่เดิม ไม่สามารถช่วยให้เผชิญปัญหาได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและการช่วยเหลือ ในภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤติที่จำเป็นได้

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

สุวิมล สมัตถะ (2541) ที่ ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชภายหลังที่ได้รับการดูแลโดยใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอไทรโย จังหวัดอ่างทอง พบว่าหลังการได้รับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองสูงขึ้น

พันธ์ศักดิ์ วราห์ศวปติ (2540) ได้ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชในการช่วยเหลือตนเอง ภายหลังจากได้รับการดูแลจากญาติและชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 11 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ถึงร้อยละ 100 มีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของครอบครัวด้วยตนเองร้อยละ 90.9 มีความสามารถในการประกอบอาชีพด้วยตนเองร้อยละ 81.8 และมีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 63.3 ซึ่งงานวิจัยนี้จะทำควบคู่ไปกลับโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ. อุบลราชธานี

6.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ยุพาพิน ประสาทธิดคม (2535) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม ซึ่งเป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวและความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน โดยทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านพบว่า ภายหลังจากการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้หน่วยงาน หรือพยาบาลที่รับผิดชอบในการเตรียมผู้ป่วยเรื้อรังก่อนกลับบ้าน ให้เวลาญาติในการเรียนรู้และฝึกหัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจนมีความมั่นใจก่อนกลับบ้านและเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็น เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีประสิทธิภาพ

นันทนา รัตนากร (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับลักษณะโครงสร้างและเศรษฐกิจของครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านผลการศึกษาพบว่าครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1 ในความคิดของญาติคิดว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้ร้อยละ 49.9 พร้อมที่จะรับภาระทางด้านเศรษฐกิจร้อยละ 85.4 คิดว่าคนในครอบครัวมีเวลาพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ร้อยละ 63.1 เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 95.4 คิดว่าผู้ป่วยมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อครอบครัวร้อยละ 89.1 เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้วไม่ทำให้เกิดสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดหรือเดือดร้อนมากกว่าเดิมร้อยละ 72.9 และจากการศึกษานี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่บ้านนั้นครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้และขาดการให้คำแนะนำของญาติเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงพบว่าผู้ป่วยเคยขาดยาและมารับยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 54.3 และคิดว่าผู้ป่วยหายแล้วร้อยละ 40.0 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้

กระจำจ แก่นใหญ่ (2538) ศึกษาเรื่องการติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านศึกษาเฉพาะกรณีอำเภอ อาจสามารถ จังหวัด ร้อยเอ็ด พบว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ร้อยละ 82.1 ในระหว่างทำการศึกษาผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติทุกคนและผู้ป่วยทุกคนไม่ได้กลับไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคจิตเวช ในด้านญาติพบว่าญาติให้ความเคารพนับถือรักใคร่ต่อผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 69.55 พอใจที่บอกเพื่อนบ้านว่ามีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 65.20 มีความเห็นใจในความเจ็บป่วยร้อยละ 78.25 พอใจที่ได้อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ป่วยร้อยละ 65.22 ส่วนด้านชุมชนชุมชนมีความเห็นใจในความเจ็บป่วยและพร้อมที่จะช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะอยู่ในชุมชนและยังถือว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่น่าสนใจ ส่วนสถานบริการสาธารณสุขได้จัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำโดยใช้แนวทางตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและพบว่า ญาติชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติถ้าได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ได้ศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชพบว่าการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมีผลทำให้ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้นและลดภาระของครอบครัวที่เป็นผลกระทบในด้านผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิตผลที่เกิดขึ้นทางกายและผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด

จันทรา ธีระสมบุญ (2543) ได้วิจัยประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการใช้รูปแบบการประเมินชีพ (CIPP MODEL) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ในปี พ.ศ. 2541 จำนวน 52 คน ญาติผู้ป่วยจำนวน 52 คน และผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจำนวน 26 คน ผลการวิจัยพบว่า ด้านบริบท วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ วิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตและ นโยบายพัฒนางานสุขภาพจิตแห่งชาติ ส่วนในด้านการปฏิบัติงานจริงสอดคล้องกับแผนงานของโครงการในระดับสูง ด้านปัจจัยเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 96.1 มีความเห็นว่าการพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นที่ใช้ในการดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะสื่อประเภทต่างๆ งบประมาณและบุคลากรมีความเพียงพอและเหมาะสม ในการดำเนินโครงการ ด้านกระบวนการพบว่ามีการวางแผนการดำเนินงานการประชุมปรึกษาก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องตามแผนการดำเนินงาน ด้านผลผลิตพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80.8 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผู้ป่วยร้อยละ 73.1 ญาติร้อยละ 76.9 มี

ความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง และผู้ปฏิบัติงานทุกคน ได้ปฏิบัติงานตามแผนการดำเนินงานครบถ้วน

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อนนั้นทนการ และการออกกำลังกาย และด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยโดยศึกษาระหว่างกลุ่มที่ญาติและผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา กับ กลุ่มที่เฉพาะผู้ป่วยได้รับสุขภาพจิตศึกษา พบว่าค่าคะแนนความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติ หลังได้รับการให้สุขภาพจิตศึกษา สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับความรู้ ส่วนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับความรู้ทั้งญาติและผู้ป่วย สูงกว่ากลุ่มที่ญาติไม่ได้รับความรู้ เรื่องสุขภาพจิตศึกษา และยังพบว่า การให้สุขภาพจิตศึกษาทั้ง 2 แบบ เป็นประโยชน์แก่ญาติและผู้ป่วย ทั้งความรู้ของญาติและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้ง 2 ด้าน อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบ 2 โปรแกรมแล้วแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติและผู้ป่วย มีผลดีกว่าการให้สุขภาพจิตศึกษาเฉพาะผู้ป่วย ทั้งในแง่เพิ่มความรู้แก่ญาติและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

สมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงพิจารณา รายด้านพบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทุกด้านคือการดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่าย ร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนั้นทนการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

ผลงานวิจัยในต่างประเทศ มีดังนี้ คือ

John และคณะ (1984) ได้ทำการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบผลการให้การรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล กับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในชุมชน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 120 คน ที่ได้รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ และสุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองจะไม่ถูก Admit ถ้าสามารถเลี้ยงได้ผู้ป่วยและญาติจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการรักษาในชุมชน และมีบริการ Crisis service ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรค Psychotic disorder มากกว่าครึ่ง จะป่วยด้วยโรคจิตเภทในช่วง 12 เดือน ของการรักษานี้ ร้อยละ 969 ของกลุ่มยังคง Admit และร้อยละ 51 Admit มากกว่า 1 ครั้ง และในกลุ่มทดลองพบว่า ร้อยละ 60 ไม่ถูก Admit และร้อยละ 8 Admit มากกว่า 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 58.5 วัน ในโรงพยาบาลจิตเวช ในขณะที่กลุ่มทดลองใช้เวลา 8.4 วัน การรักษาในชุมชน ไม่ได้เพิ่มภาระให้แก่ชุมชน สิ่งสำคัญที่ได้จากการศึกษา คือ ความพึงพอใจของญาติที่ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้เหนือความคาดหมาย ใช้ค่าใช้จ่ายในชุมชนน้อยกว่า และญาติมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในชุมชนอีกด้วย

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

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

Loukissa (1995) ได้ศึกษาผลการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคจิตเภท การเรียนรู้ทักษะในการดูแลผู้ป่วยและการได้รับการสอนวิธีการเผชิญปัญหาจะทำให้ผู้ดูแลมีความทุกข์ใจ กังวล ซึมเศร้า การรับรู้ภาระและความขัดแย้งในครอบครัวลดน้อยลง

จากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องที่ได้นำเสนอมาตามลำดับจะเห็นได้ว่าในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการให้บริการพยาบาลที่มีความสำคัญและมีการพัฒนารูปแบบ

การให้บริการการพยาบาลขึ้นตามลำดับโดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน จากการศึกษาพบว่ายังไม่มีรูปแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของพยาบาลอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผลของการศึกษาจะเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและในชุมชนและยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้สูงขึ้นด้วย

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

1. การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
2. การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
3. การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท
4. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว
5. การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

1.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

- 1.1 การดูแลสุขภาพอนามัย
- 1.2 การรับประทานอาหาร
- 1.3 การพักผ่อนนอนหลับ
- 1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว
- 1.5 การเดินทางด้วยตนเอง
- 1.6 การปฏิบัติตามแผนการรักษา

2. กิจกรรมทางสังคม

- 2.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- 2.2 การควบคุมอารมณ์
- 2.3 พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง
- 2.4 การเข้าสังคม
- 2.5 ความสนใจในสิ่งแวดล้อม