

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาค้นคว้าจากทฤษฎี และรวบรวมเอกสารจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอในเรื่องต่อไปนี้

แนวคิดและทฤษฎี

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
2. การป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.1 แนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.2 การดูแลตนเองด้านจิตใจของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.3 การดูแลตนเองด้านร่างกายของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ป่วยจิตเภทที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ
 - 3.5 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.6 พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.7 ปัจจัยด้านครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท
4. การวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความสำคัญมากเป็นอันดับหนึ่งของโรคทางจิตเวช เป็นโรคที่พบได้มากที่สุด พบได้ในประชากรทุกกลุ่ม และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ได้มีผู้ทำการศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทไว้มากพอสรุปได้ดังนี้

โรคจิตเภท (Schizophrenia) ตามความหมายของ ICD-10 เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญามักดีอยู่แม้ว่าจะมีการสูญเสียของการรับรู้ (Cognitive) (อ้างใน เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 332)

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการป่วยในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า

ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (Fox & Kane, 1996: 321)

อาการและการแสดง

อาการของโรคจิตเภทเป็นอาการที่เกิดขึ้นแบบเฉียบพลันหรือรุนแรง ซึ่งอาจมีปัจจัยนำมาก่อนหรือไม่ก็ได้ โดยทั่วไปแบ่งอาการออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994: 245 และ Johnson, 1993: 473) คือ อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms / Type I Syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัดคือ มีความผิดปกติของความคิด ทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือ หลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน และอาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms / Type II syndrome) คือการที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ในท่าเดียนานๆ โดยไม่มีปฏิกิริยา ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงอารมณ์ ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยเมย (Blunt or Flattening) ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536: 366 และ Taylor, 1994: 245)

สาเหตุของโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการคิดเป็นหลัก และการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ โรคจิตเภทเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัด ในปัจจุบันได้มีการศึกษาถึงสาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทไว้อย่างหลากหลาย ที่สำคัญได้แก่

1. ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factor) ได้แก่

1.1 พันธุกรรม (Genetic factor) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป (ไพรัตน์ พุกษาศาติคุณากร, 2534: 774) มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษา พบว่าร้อยละ 20 - 50 ของผู้ป่วยจิตเภทมี

ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง และบางรายงานมีความเชื่อว่าอาการบ่งชี้ทางลบ มีความสัมพันธ์กับการขยายตัวของ Ventricles และมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า (Taylor, 1994: 248)

1.2 สารเคมีในสมอง (Biochemical factor) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system)

2. ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคมนับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 335 และ Taylor, 1994: 250)

3. ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socioculture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท มีการศึกษาพบว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม สิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับการป่วยด้วยโรคทางจิตเภท นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536: 335)

การรักษา

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย และที่สำคัญได้แก่ ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factor) ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม (Socioculture factors) จากสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทหลายๆปัจจัยดังกล่าว ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือการรักษาทางด้านร่างกาย (Somatic treatment) เป็นการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) ซึ่งเป็น การรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวช และการรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy) ซึ่งวิธีการรักษาแบบนี้ใช้ต่อเมื่อมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจนเท่านั้น ส่วนการรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการรักษาด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ เช่น ครอบครัวบำบัด สิ่งแวดล้อมบำบัด จิตบำบัดรายบุคคลและกลุ่มให้ความรู้ เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ และลักษณะนา อีร์โมกซ์, 2536: 318 และ Antai-Otong, 1995: 243)

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต เป็นการรักษาที่มีความสำคัญมากและเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคทางจิตเวชโดยเฉพาะโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังและใช้เวลารักษานาน ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษม ตันติผลาชีวะ และลักษณะนา อีร์โมกซ์, 2536: 845) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่ได้แก่ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงทางระบบประสาท (Autonomic side effects) มีอาการปากแห้ง คอแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาท

ส่วนกลาง (Extrapyramidal effects) มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับส่ายไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้าๆ นอกจากนี้อาการที่พบบ่อยอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการวงงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการรักษาด้วยยาในระยะแรก อาการดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบรองลงมาได้แก่ อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อยได้แก่อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนัง เป็นอาการแพ้แสงแดด นอกจากนี้มีการศึกษาในปัจจุบันพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโรคจิตเป็นเวลานานมากกว่า 5 ปี โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการตีมน้ำมากผิดปกติ คือตีมน้ำมากกว่า 3 ลิตรต่อวัน พบร้อยละ 69 - 83 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (ทวิศัลป์ วิษณุโยธิน, 2543) แต่การศึกษาในเรื่องดังกล่าวยังไม่แพร่หลาย ทำให้ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง แต่เป็นอาการแทรกซ้อนทางด้านร่างกายที่รุนแรงที่พบในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาโรคจิตเป็นเวลานาน โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษามากกว่า 5 ปีขึ้นไป

การรักษาโรคจิตเภทมีทั้งการรักษาทางด้านร่างกาย ที่เน้นการดูแลทางด้านร่างกายโดยใช้ยาโรคจิตและการรักษาด้วยไฟฟ้า ร่วมกับการรักษาทางด้านจิตสังคมหรือการบำบัดด้วยกลุ่มบำบัดต่างๆ ซึ่งวิธีการดังกล่าวมีการนำมาใช้อย่างแพร่หลายในปัจจุบัน เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังดังได้กล่าวมาแล้ว ดังนั้นการพยากรณ์โรคเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในการวางแผนการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การพยากรณ์โรค

ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีอาการเรื้อรัง บางรายมีอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และเป็นโรคมีอัตราการป่วยซ้ำสูง เนื่องจากยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่นอนของการเป็นโรค ดังนั้นการพยากรณ์โรคจึงขึ้นอยู่กับความรุนแรงของโรคและการตอบสนองต่อการรักษาของผู้ป่วย โดยทั่วไปโรคจิตเภทมีการพยากรณ์โรคไม่ดี (ไพรัตน์ พุกษาศาติคุณากร, 2534: 780) ในผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงมีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่า และผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้ทางบวกมีความสัมพันธ์กับอาการที่ดีขึ้นเป็นระยะ ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีอาการบ่งชี้ทางลบจะมีอาการตลอดเวลา ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการตั้งแต่อายุน้อยมีการพยากรณ์โรคไม่ดี ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่แต่งงาน และโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่มีลักษณะของโรคที่เด่นชัดแตกต่างจากโรคทางจิตเวชอื่นๆ (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2536 และ Sadock and Sadock, 2000: 1197)

จากแนวคิดของการรักษาโรคและการพยากรณ์โรคดังกล่าว ทำให้ทราบถึงแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก สามารถนำมาวาง

แผนการให้การพยาบาลอย่างเป็นระบบ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ เป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทและการพยาบาล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ร่วมกับมีอัตราการป่วยซ้ำสูงดังที่กล่าวมาแล้ว ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996: 334) การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ประกอบด้วยปัจจัยหลายปัจจัย ที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ความหมายของการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ (Relapse) เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับมาที่มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and Sundel, 1999: 160)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่บุคคลกลับมาป่วยซ้ำ จนถึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในสถานบำบัดโรคอีก ซึ่งถ้าในเชิงการป่วยด้วยโรคจิต หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเลวลงจนถึงขั้นเจ็บป่วยด้วยโรคจิตอีก กระทั่งแพทย์ต้องรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้ง (ดวงตา อุทุมพฤษพร, 2533)

การป่วยซ้ำ เป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้นบ่อยมีลักษณะที่ชัดเจนไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล (Kennedy. G. m, Scheep. G. K. and O'Connor, W. F, 2000)

การป่วยซ้ำ เป็นการกลับคืนของพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ หลังจากทีพฤติกรรมนั้นๆหยุดไประยะเวลาหนึ่ง การป่วยซ้ำไม่ได้เกิดขึ้นทันทีทันใด แต่เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนล่วงหน้า (<http://johnrecaver.faihtweb.com/relapse.html>, 2000)

ดังนั้นการป่วยซ้ำหมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่ลง ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซ้ำอีกในผู้ป่วยแต่ละคนอาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน

อาการของการป่วยซ้ำที่พบในผู้ป่วยจิตเภทคือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่นรู้สึกไม่สบาย

ปวดศีรษะ ท้องผูก และระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย แยกตัวเอง (Johnson, 1993) ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ในผู้ป่วยบางรายการป่วยซ้ำทำให้มีอาการมากขึ้นเรื่อยๆ จนกระทั่งมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ มีพยาธิสภาพที่ถาวร จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น และนอกจากนี้ลักษณะของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการป่วยซ้ำ (Sandock and Sandock, 2000: 1197-1198)

การป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในสิ่งแวดล้อมปกติ หรือเป็นการกลับมามีอาการที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก และในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการที่มีพฤติกรรมผิดปกติ บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ หรือมีความสามารถลดลงจากแบบแผนของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Sundel and Sundel, 1999: 160) และเป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ ร่วมกับพฤติกรรมที่เกิดขึ้นมีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล (Kennedy, Scheep and O'Connor, 2000) นอกจากนี้การป่วยซ้ำยังเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนเสมอ (<http://johnrecovery.faiithweb.com/relapse.html>, 2000)

อาการที่เกิดขึ้นก่อนการป่วยซ้ำ ในระยะแรกเป็นอาการที่ใช้อาการทางจิต แต่เป็นอาการแสดงที่เตือนให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ที่พบบ่อยได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิดกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่พบได้ตามปกติของแต่ละบุคคล มีลักษณะเฉพาะ (Fox and Kane, 1996: 334)

สถิติของการป่วยซ้ำที่พบในผู้ป่วยจิตเภท

มีการศึกษาถึงอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 60 - 80 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 15 - 40 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยา ร่วมกับการให้ความรู้ และการเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัว มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 0 - 20 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำเมื่อหยุดยาร้อยละ 80 และป่วยซ้ำในขณะที่ได้รับการรักษาด้วยยาร้อยละ 30 (Gaultiere , 1999 และ www.chovil.com/relapse.html, 2000) จากสถิติกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภท และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภท

กลับมารักษาในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาที่อยู่บ้านของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่แสดงถึงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการอยู่ในชุมชน กล่าวคือผู้ป่วยที่กลับไปอยู่บ้านหลังจากได้รับการรักษาในโรงพยาบาลแล้วน้อยกว่า 6 เดือนเป็นกลุ่มที่ล้มเหลวในการปรับตัวอยู่ในสังคม ส่วนผู้ป่วยที่อยู่บ้านได้นานกว่า 6 เดือน ถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวอยู่ในสังคม (วรารัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุล, 2525) และร้อยละ 43 ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งก่อนภายในเวลา 1 - 6 เดือน (ดวงดา อุทุมพฤษทรัพย์, 2533) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงถึง การป่วยซ้ำเป็นความล้มเหลวในการปรับตัวอยู่ในสังคมของผู้ป่วยจิตเภท โดยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนมากสามารถอยู่ในครอบครัวได้ไม่เกิน 6 เดือนและมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ผลกระทบของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกลับมามีอาการทางจิตซ้ำอีก หลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งสามารถกลับไปอยู่กับครอบครัวได้แล้ว ซึ่งในการป่วยซ้ำแต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พอสรุปได้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

จากลักษณะของโรคเป็นโรคเรื้อรัง มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี การป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร นอกจากนี้ยังพบอีกว่าภาวะเสี่ยงที่จะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง (Sadock and Sadock, 2000: 1198) ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลง ร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่า มีเพียงร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่รักษาแล้วมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 60-70 (Sadock and Sadock, 2000: 1198)

การป่วยซ้ำมีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และถ้าป่วยซ้ำบ่อยมีโอกาสมิจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น

2. ผลกระทบต่อครอบครัว

การป่วยซ้ำมีผลกระทบต่อครอบครัวที่พบได้มากที่สุดคือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว ซึ่งเป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างหนึ่ง ที่เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวและหน้าที่ที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ การตอบสนองด้านความรักความเอาใจใส่ เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี (รุจา ภูโพลย์, 2541: 53) ในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะโรคทางด้านจิตเวช มีผลกระทบต่อครอบครัวอย่างมาก ทำให้สมาชิกในครอบครัวรู้สึกเป็นภาระ มีความวิตกกังวลต่ออาการของผู้ป่วย ทำให้มีการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เกิดความตึงเครียดในครอบครัวได้ มีการศึกษาพบว่าความตึงเครียดในครอบครัวมีความสัมพันธ์แบบค่อยเป็นค่อยไปกับภาระ (Burden) (Lenior et al., 2000) สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการแสดงอารมณ์ภายในครอบครัว ซึ่งการแสดงอารมณ์เป็นการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวอย่างหนึ่ง ที่แสดงถึงการเผชิญกับรูปแบบของการติดต่อสื่อสารที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภท

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

การป้องกันการป่วยซ้ำ

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

1. แยกแยะสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูง
2. พัฒนาทักษะการเผชิญปัญหา ในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยง ได้แก่ การหลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานการณ์ที่เสี่ยง ใช้เทคนิคการผ่อนคลาย หรือใช้วิธีการพูดถึงพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์
3. ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาทั้งที่เป็นความคิด และการปฏิบัติในสถานการณ์จริง
4. พัฒนาแบบแผนสำหรับการเผชิญกับความล้มเหลว โดยให้การสนับสนุนทางสังคมในการให้แรงเสริมทางบวก เพื่อคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่เหมาะสม

การป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา เป็นปัญหาที่ซับซ้อน และมักมีปัจจัยเสี่ยงหรือปัจจัยที่กระตุ้นให้มีอาการป่วยซ้ำเสมอ มีการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อม และพฤติกรรมของผู้ป่วย ดังนี้ (Videbeck, 2001: 317)

1. ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ประกอบด้วย
 - 1.1 มีความบกพร่องในการรับรู้ถึงสาเหตุและผลกระทบ
 - 1.2 มีความบกพร่องในการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร
 - 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 มีเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต
 - 2.4 ไม่มีทักษะในการทำงาน
 - 2.5 ขาดแหล่งสนับสนุน
 - 2.6 ไม่มีทักษะทางสังคม แยกตัวออกจากสังคม โดดเดี่ยว
 - 2.7 ขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
3. ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์
 - 3.1 ควบคุมตนเองไม่ได้ ก้าวร้าวหรือมีพฤติกรรมรุนแรง
 - 3.2 อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย
 - 3.3 ได้รับการรักษาไม่เพียงพอ
 - 3.4 มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองต่ำ
 - 3.5 มีพฤติกรรมเปลี่ยนไป
 - 3.6 มีความรู้สึกสิ้นหวัง
 - 3.7 ขาดแรงจูงใจ

การป้องกันการป่วยซ้ำเป็นสิ่งที่ยาก แต่การให้คำแนะนำเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสามารถลดการป่วยซ้ำลงได้ (Videbeck, 2001: 317) และจากรูปแบบของปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำดังกล่าว ในด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้

การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

เนื่องจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่ซับซ้อน มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำดังที่กล่าวมาแล้ว ดังนั้นการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำควรให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆกัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกัน สามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย และการพยากรณ์การป่วยซ้ำ (Sadock and sadock, 2000: 1197)
2. การวางแผนการสอนก่อนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญและการจัดการกับปัญหา ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้ป่วย
3. ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการสังเกตอาการของตนเอง โดยให้คำแนะนำที่เน้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ
4. จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันการป่วยซ้ำควรทำไปพร้อมๆกับการรักษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ดังนั้นการนำพฤติกรรมการเรียนรู้ (Cognitive behavior) มาอธิบายการเกิดการป่วยซ้ำ โดยเริ่มจากภาวะเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ ถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น สามารถลดการป่วยซ้ำได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองลดลง เริ่มกลับไปมีอาการหรือความประพฤติแบบเดิมอีก มีโอกาสป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น (Marlatt and Gordon, 1985 cited in Taylor, 1995: 112)

การป่วยซ้ำมีความสำคัญมากต่อการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ส่งผลต่อตัวผู้ป่วยและครอบครัว คือตัวผู้ป่วยเองจะมีอาการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ ทำให้มีพยาธิสภาพของโรคค่อนข้างถาวร มีการสูญเสียในทางเศรษฐกิจของครอบครัวอย่างมาก ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้รู้สึกเป็นตราบาป นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภทยังมีความสัมพันธ์กับการแสดงออกทางอารมณ์ ของญาติหรือครอบครัวผู้ป่วยอีกด้วย การป่วยซ้ำเป็นผลกระทบของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา ทั้งผู้ป่วย แพทย์และระบบบริการสุขภาพจิต ซึ่งโดยทั่วไปแล้วการป้องกันโรคมักมีความสำคัญเป็นอันดับสอง รองจากการรักษาในระยะเฉียบพลัน การวางแผนเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการรักษา และจำนวนเตียงที่สามารถรับผู้ป่วยไว้รักษาได้ นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญมาก การรักษาและการป้องกันโรคที่มีประสิทธิภาพ แต่ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างเพียงพอ ก็ไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ดังนั้นทั้งโครงสร้างของระบบบริการสุขภาพจิตและระบบการเงิน ต้องเอื้อประโยชน์สำหรับการป้องกันการเกิดโรคและการป่วยซ้ำ (Kissling, 1994) ในการป้องกันการป่วยซ้ำในสถานบริการระดับตติยภูมิ เป็นการลดการเจ็บป่วยหรือความพิการอย่างเรื้อรัง โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การสร้างพฤติกรรมใหม่นับเป็นการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยให้สามารถดูแลตนเองได้มากที่สุด ซึ่งการดูแลตนเองมีความสำคัญต่อการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีอาการเตือนหรือมีอาการนำมาก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นเสมอ และเป็นลักษณะที่เฉพาะในแต่ละบุคคล

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

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดของ การดูแลตนเองเพื่อค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทของ Baker (1995) พบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ นำไปสู่การพัฒนาการของกระบวนการ ที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกัน

การป่วยซ้ำ 3 ระยะคือ 1) ปฏิกริยายาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมาน เมื่อเริ่มมีเหตุการณ์ผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ต่อมาผู้ป่วยค้นพบว่าการรักษาทางจิตเวชสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยได้ ผลจากปฏิกริยาตอบสนองดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วย การค้นหาสิ่งที่จะช่วยบรรเทาความเดือดร้อน การค้นพบความช่วยเหลือ และการค้นพบความแตกต่างของความรุนแรง 2) การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึง อาการและการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวกับการป่วยซ้ำ กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย มีบางสิ่งบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยตระหนักถึงถึงความรุนแรงของอาการทางจิตที่มากขึ้น สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการได้ และค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และ3) การลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยทางจิต เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความกลัวการป่วยซ้ำ การค้นหาการควบคุม และการเฝ้าระวังอาการเตือนที่จะเกิดขึ้น (Baker, 1995) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่เริ่มกระทำด้วยตนเอง ตั้งแต่การสังเกตถึงสิ่งที่มีมารบกวนการดำเนินชีวิต จนกระทั่งมีการเฝ้าระวังอาการเตือนที่จะเกิดขึ้น เป็นการศึกษาถึงประสบการณ์ของผู้ป่วยจิตเภท ต่อการที่จะประสบความสำเร็จในการยอมรับอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ดังนั้นการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่สำคัญจึงขึ้นอยู่กับ ตัวผู้ป่วยในการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ และสิ่งที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่ออาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทน่าจะมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ดังต่อไปนี้

แนวคิดการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่เป็นสาเหตุของการตาย และมีอัตราการป่วยซ้ำสูง ทำให้มีผลกระทบต่อการใช้ชีวิตของผู้ป่วยโดยตรง ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำจึงมีความสำคัญมาก ซึ่งขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย โดยเฉพาะความสามารถในการดูแลตนเองด้านความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่ประกอบด้วยความสามารถในการคัดเลือก การเรียนรู้และกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติในการปรับตัวที่จำเป็น คุณสมบัติที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมาย ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของร่างกาย

ตามแนวคิดของโอเรม (Orem) เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการ

กระทำที่จริงจัง มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อการกระทำ หน้าที่และกระบวนการพัฒนา หรือสนับสนุนให้บุคคลมีความผาสุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ เป็นการกระทำที่การลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการ รวมตัวกันของโครงสร้างการทำหน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem, 2001: 43) การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นคุณสมบัติและเหตุผลของการดูแลตนเอง ประกอบด้วยองค์ประกอบ 3 องค์ประกอบคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเอง ที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ดังนี้ (Orem, 2001: 43)

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) เป็นการดูแล ตนเองโดยทั่วไปที่เกิดขึ้นในทุกช่วงของชีวิต ปรับให้เหมาะสมตามอายุ ระยะพัฒนาการ สิ่งแวดล้อมและปัจจัยอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการของชีวิต ด้วยการคงไว้ซึ่งบูรณาภาพ ของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลและความผาสุกโดยทั่วไป

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) มีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตและกระบวนการพัฒนาการของมนุษย์ กับเงื่อนไข และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างแต่ละช่วงวัยของชีวิต รวมทั้งเหตุการณ์ที่มีผลต่อพัฒนาการ

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Health-deviation self-care requisites) มีความสัมพันธ์กับพันธุกรรมและข้อบกพร่องที่สำคัญ ร่วมกับมีผลกระทบจากการ เบี่ยงเบนจากโครงสร้างและการทำหน้าที่ของบุคคลจนต้องได้รับการรักษา

ดังนั้นการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites) เป็นการพัฒนาความสามารถ ในการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับชนิดและความสำคัญของการกระทำที่จำเป็น ในการทำหน้าที่ของ บุคคลเกี่ยวกับการพัฒนาการหรือความผาสุกในชีวิตประจำวัน ภายใต้สิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือ เปลี่ยนแปลงไป ในผู้ป่วยจิตเภทการดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำ เพื่อสร้างความ แข็งแรงด้านร่างกาย และการทำหน้าที่ของตนเองในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

จากแนวคิดของ ฮิลล์และสมิต การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เป็นผลของการ กระทำโดยตรงต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำหน้าที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิต การ บูรณาการของการทำหน้าที่และความผาสุก นอกจากนี้การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับ ความรับผิดชอบในตนเอง ความมีอิสระ Interdependent การดูแลจิตใจ ร่างกายและจิตวิญญาณ การรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ รวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ (Hill and Smith, 1990: 2-3)

การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 22) ในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองจะมีประสิทธิภาพหรือไม่ ขึ้นอยู่กับความสามารถในการปฏิบัติของแต่ละบุคคล ซึ่งมักแตกต่างกันเสมอ ความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เรียกว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่มีความซับซ้อน และเป็นการสมัครใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเอง โดยอาศัยความสามารถของตนเอง ในการทำให้การดูแลตนเองบรรลุผลสำเร็จ และการดูแลตนเองมีทั้งการดูแลตนเองด้านร่างกาย และด้านจิตใจ ซึ่งการดูแลตนเองทั้งสองด้านนี้มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน บุคคลไม่สามารถแยกการดูแลตนเองออกเป็นส่วนๆ ได้ต้องดูแลไปพร้อม ๆ กันเสมอ (Hill and Smith, 1990: 133-136) ในผู้ป่วยจิตเภทการดูแลตนเองด้านจิตใจและด้านร่างกาย มีความสำคัญมากต่อการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ เนื่องจากการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา และมีความซับซ้อน ดังนั้นการป้องกันการป่วยซ้ำที่สำคัญจึงขึ้นอยู่กับ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านร่างกายและจิตใจ มีการศึกษาถึงความสามารถในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทไว้มาก และในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาถึงการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยศึกษา ทฤษฎีและทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้องพบว่า แนวคิดการดูแลตนเองที่สำคัญในการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท คือการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นไปตามปกติ มีพื้นฐานมาจากการส่งเสริมสุขภาพจิต และการพัฒนาบุคลิกภาพ ที่มีบูรณาการและความสมดุล (Hill and Smith, 1990: 133)

การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึงกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเอง มีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความสุข มีความพึงพอใจ และกระทำอย่างต่อเนื่องในภาวะปกติเพื่อประคับประคองจิตใจ ส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการในแต่ละระยะของวงจรชีวิต รวมทั้งเมื่อมีปัญหาด้านจิตใจ และเมื่อตนเองเกิดภาวะทุกข์ทรมานทางจิตใจ หรือมีปัญหาด้านจิตใจ ด้านสุขภาพนั้น (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

ดังนั้นการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเภท หมายถึงความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่มีพื้นฐานมาจากการส่งเสริมสุขภาพจิตและมีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง มีเป้าหมายเพื่อการป้องกันการป่วยซ้ำ และคงไว้หรือฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิม

ในผู้ป่วยจิตเภท ความสามารถในการดูแลตนเองด้านจิตใจของตนเอง มีความสำคัญต่อการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น ปัจจุบันแนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยเปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคล ในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตนเอง เป็นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการดูแลตนเองที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ของจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ การที่บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่สำคัญอีกปัจจัยหนึ่งก็คือ การส่งเสริมสุขภาพจิต (Nurturing Psychological health) ซึ่งนับว่าเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลตนเองด้านจิตใจ เทคนิคและการปฏิบัติที่เป็นการแนะนำแนวทางสำหรับการดูแลสุขภาพจิต ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ (Hill and Smith, 1990: 136)

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Developing inner awareness)
2. การทำค่านิยมให้กระจ่างชัด (Value clarification)
3. การแสดงความรู้สึก (Expression of feeling)
4. การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (Communicating effectively)
5. การฝึกการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training)
6. การยืนยัน (Affirmations)
7. การบริหารเวลา (Time management)

สุขภาพจิตประกอบด้วยองค์ประกอบจำนวนมาก และองค์ประกอบเหล่านี้มีความสำคัญต่อสุขภาพจิต ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง การรู้จักและความรู้เกี่ยวกับตนเอง การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่พึงพอใจ การเอาชนะสิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่การจัดการกับความเครียดและการตระหนักในความคิดและแบบแผนของการกระทำ (Hill and Smith, 1990: 133)

การดูแลตนเองด้านร่างกาย

การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแล ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต (Hill and Smith, 1990: 394) และการดูแลตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กันทุกช่วงอายุของบุคคล ที่มีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ

ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและแง่มุมทางสังคม ของภาวะสุขภาพ เป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้บุคคล (Orem, 2001: 182) ดังนั้นการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำจำเป็นต้องดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อม ๆ กัน

ดังนั้นกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วย บรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดีได้นั้น ควรเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจและ จิตวิญญาณควบคู่กันไป จากแนวคิดการดูแลตนเองที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำต่อ ตนเองโดยตรง และไม่สามารถแยกจากการดูแลตนเองออกเป็นส่วนๆได้ เนื่องจากการดูแล ตนเองเป็นการดูแลคนทั้งคนที่รวมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณเข้าด้วยกันอย่างผสมผสาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้าน ร่างกายและด้านจิตใจของฮิลและสมิท (Hill and Smith, 1990) และการดูแลตนเองโดยทั่วไปของ โอเร็ม (Orem, 2001) ตลอดจนการทบทวนทบทวนวรรณคดีที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับนำแนวคิดของ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมาจากรายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) มาใช้วัด พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อ สื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญปัญหา การพัฒนา ระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองด้านร่างกาย เพื่อ ศึกษาถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ว่ามีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำหรือไม่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ตนเอง (Self) ในภาวะโดยทั่วไป ตนมี 2 อย่างคือ "ตนจริง" และ "ตนในอุดมคติ" ตนจริง เป็นสภาพที่เกี่ยวกับตนเอง ข้อดี ข้อเสีย จุดด้อย จุดเด่น ความสามารถ ความถนัด และส่วนอื่น ๆที่เป็นส่วนรวมทั้งหมดของบุคคลทั้งด้าน ร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยมที่บุคคลนั้นเป็นอยู่หรือมีอยู่จริง ส่วนตนในอุดมคติ เป็นสภาพที่ ใฝ่ฝันอยากจะเป็น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534 และ Horney อ้างใน ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2539: 83)

การรู้จักตนเอง (Self-awareness) เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การ พัฒนาและการดำรงไว้ซึ่งการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต เป็นการปฏิบัติที่ ยาก การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่นและซื่อสัตย์ต่อตนเอง รวมทั้งไม่ควรวิพากษ์ วิจารณ์ตนเองมากเกินไป ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากในกระบวนการดังกล่าว (Hill and Smith, 1990: 135) การรู้จักตนเองยังทำให้บุคคลทราบถึงความคิดและพฤติกรรมของตนเอง ที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นและสถานการณ์ต่างๆ และยังทำให้ทราบถึงความต้องการของตนเอง อีกด้วย การรู้จักตนเองเป็นการที่บุคคลรู้ตัวเองในขณะนี้และเดี๋ยวนี้ (here and now) การรู้จักตนเอง เกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) การรู้จักตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลมีมาตั้งแต่ในวัยเด็ก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้น ตลอดเวลา มีผลทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีความคิด ค่านิยม ความเชื่อหรือมี

อุดมการณ์อย่างไรที่เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันของคุณ ทำให้คุณมีการปรับปรุงตนเองตลอดเวลา

การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Developing Inner Awareness) มีหลายวิธีในการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความตระหนักในตนเอง โดยการสร้างจินตนาการ การคิดถึงสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ การผ่อนคลาย การแลกเปลี่ยนความคิดภายใน การวิเคราะห์ความฝันและการใช้ความคิดที่รอบครอบ การพัฒนาการรู้จักตนเอง เป็นความพยายามของคุณที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองในลักษณะของ "ตนจริง" (Real self) คือมีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่เรียกว่า "อัตมโนทัศน์" (Self concepts) ที่ตรงกับความเป็นจริงที่คุณคนนั้นเป็นอยู่ เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต และกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากต่อกระบวนการพัฒนาการรู้จักตนเอง จากแนวคิดของฮิลล์และสมิท กิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาการรู้จักตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ (Hill and Smith, 1990: 136-140)

1. การทำค่านิยมให้กระจ่างชัด (Values clarification) ค่านิยมเป็นอุดมคติและมโนคติที่มีความสำคัญต่อคุณคนมาก คุณสามารถดูแลตนเองตามความเชื่อและค่านิยมที่ตนยึดถือ คุณคนที่กระทำตามค่านิยมจะมีประสบการณ์ของความยินดี และการทำค่านิยมให้กระจ่างชัดยังช่วยให้คุณรู้จักตนเองมากขึ้น นับเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญต่อการพัฒนาการรู้จักตนเองของคุณคน

2. การรับรู้ความรู้สึก (Expression of Feelings) คุณคนมักไม่ตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง และมักจะพบว่า การแสดงความรู้สึกของตนเองนั้นทำได้ยาก และยากที่จะบรรยายประสบการณ์ที่อยู่ภายในออกมา การเรียนรู้เกี่ยวกับการรับรู้และการแสดงออกของความรู้สึกเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต

ดังนั้นการพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการตระหนักถึงความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตที่ตนกำลังเผชิญอยู่ รับรู้อาการทางจิตที่เกิดขึ้นและพยายามค้นหาสิ่งที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานนั้น ค้นหาอาการนำหรืออาการเตือนก่อนมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

2. การติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่เป็นลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร นับเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อมีความบกพร่องเกิดขึ้นมักจะนำไปสู่การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม และเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาภายในครอบครัวได้

การติดต่อสื่อสารเป็นกระบวนการทางสังคม ที่มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันเป็นวิธีการถ่ายทอดหรือส่งข่าวสารไปยังอีกฝ่ายหนึ่ง มีทั้งการสื่อสารทางบวกและการสื่อสารทางลบ ในการดำรงชีวิตอยู่ในสังคม บุคคลจำเป็นต้องมีการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่นเสมอ ซึ่งการติดต่อสื่อสารมีทั้งที่เป็นแบบใช้วาจา (Verbal Communication) และแบบไม่ใช้วาจา (Non-verbal Communication) บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ต่อเมื่อบุคคลนั้นสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึกระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ตรงกับความ เป็นจริง การแสดงความคิดและความรู้สึกที่ถูกต้องเหมาะสม เป็นการสื่อสารทางบวก กระบวนการที่บุคคลให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของผู้อื่น ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ได้แก่การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) และการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness Training) Hill and Smith (1990:140-142) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการติดต่อสื่อสาร ประกอบด้วยลักษณะดังต่อไปนี้

1. การประเมินแบบแผนและรูปแบบการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ
2. การพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการให้ และการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง
3. ยอมรับและจำกัดการแสดงออกของความวิตกกังวล ระหว่างการติดต่อสื่อสาร
4. ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเท่าๆกัน ทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและการแสดงออก
5. ศึกษาตนเองเกี่ยวกับบทบาทของวัฒนธรรม และคุณค่าของกระบวนการติดต่อสื่อสาร
6. ศึกษาตนเองเกี่ยวกับการทำนายทักษะการติดต่อสื่อสาร ในกลุ่มที่มีความแตกต่าง
7. พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม

ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมา ทำให้ต้องเก็บระงับความรู้สึก ความคิดนั้นไว้ด้วยความคับข้องใจ จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

ในผู้ป่วยจิตเภท การติดต่อสื่อสารเป็นการสื่อถึงความรู้สึกนึกคิดของตนเองให้ผู้อื่นทราบ เพื่อให้มีการรับและส่งข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องตรงกับความต้องการ รวมทั้งมีการแสดง

ออกที่เหมาะสม ดังนั้นการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการ และการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะของการป่วยซ้ำของตนเอง นับเป็นการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเพื่อขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น ในการลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ และมีการศึกษาพบว่าการที่ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและการแสดงของตนเองได้อย่างถูกต้องนั้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงอาการเปลี่ยนแปลงที่กำลังจะเกิดขึ้น สามารถคาดเดาถึงความรุนแรงของการป่วยซ้ำได้ และรับรู้ถึงสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการป่วยซ้ำ จนกระทั่งสามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995)

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการพัฒนา และการดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เวลานั้นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่น ๆ ในชีวิต และช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจเมื่อสามารถทำงานสำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของบุคคล

การกำหนดการใช้เวลาและวางแผนในแต่ละวัน สามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จของการทำงานได้โดยเป็นการวางแผนการทำงานและกำหนดแผนงานล่วงหน้า กิจกรรมประจำวันหลายอย่างสามารถรวมเข้าในการวางแผนการใช้เวลาในระยะยาว และเป็นเป้าหมายการปฏิบัติโดยตรง การวางแผนการใช้เวลา เป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสนใจต่อองค์ประกอบของสุขภาพจิตที่สัมพันธ์หรือละเลยได้ง่ายในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำให้สังคมมีความสำคัญมากขึ้น (Hill and Smith, 1990: 143) การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพทำได้หลายวิธีได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

1. การประเมินและใช้เวลาในแต่ละวัน เพื่อให้บุคคลศึกษาว่าในแต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด นับว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญมากในการดูแลตนเอง

2. การวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน ช่วยให้บุคคลคำนึงถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่นการผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ

3. ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนได้ใช้เวลาในการดูแลตนเอง ที่จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนได้มากน้อยเพียงใด

ในการดำรงชีวิตประจำวัน การบริหารเวลานับว่ามีความสำคัญมาก สามารถส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตใจได้ การบริหารเวลานับเป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่ง

การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ ที่แสดงถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน ได้แก่การพักผ่อน การออกกำลังกายและการมีกิจกรรมทางสังคม ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจถูกละเลยได้ง่าย ถ้าไม่มีการจัดการกับเวลาได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การเผชิญปัญหาเป็นความพยายามของบุคคลในการการกระทำ และคิดที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้นกับตนเอง ซึ่งความพยายามนี้ต้องใช้แหล่งประโยชน์ที่มากกว่าปกติ และแหล่งประโยชน์เหล่านี้ได้แก่ ภาวะสุขภาพและพลังของบุคคล ความเชื่อถือในทางที่ดีและความหวัง ทักษะในการแก้ปัญหา ทักษะด้านสังคมและแรงสนับสนุนทางสังคม (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537: 111)

การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการจัดการกับความเครียดอย่างหนึ่งที่เป็นทักษะทางสังคม และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทขึ้นอยู่กับปัจจัยต่างๆหลายปัจจัย รวมถึงปัจจัยด้านระบบประสาทและปัจจัยด้านจิตสังคม และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการไม่สามารถเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วย และครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Anti-Otong, 1995: 245)

ในผู้ป่วยจิตเภทการเตรียมการเผชิญปัญหา เป็นความสามารถในการแก้ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้น สามารถค้นหาและหลีกเลี่ยงปัจจัยที่ทำให้มีอาการป่วยซ้ำได้ รวมทั้งค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ในการขอความช่วยเหลือ เมื่อมีอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ เพื่อลดภาวะเสี่ยงของการป่วยซ้ำ

5. การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับ สุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอีกด้วย เมื่อบุคคลมีความเจ็บป่วยย่อมต้องการความช่วยเหลือหรือการสนับสนุนจากบุคคล และสังคมรอบข้าง เพื่อให้ตนเองมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัย และมีความมั่นใจในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดขึ้น ในผู้ป่วยจิตเภทแหล่งสนับสนุนที่สำคัญคือ การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัวและบริบทของครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเห็นคุณค่าของตนเอง และมีความมั่นใจในการกระทำเพื่อการดูแลตนเองในการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

ระบบการสนับสนุนทางสังคม คือกลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ทำให้การติดต่อสื่อสารของคนกับสิ่งแวดล้อมภายนอกมี

ประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ระบบนี้จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ การที่เข้าใจระบบการสนับสนุนทางสังคมได้ดีขึ้น ต้องเข้าใจองค์ประกอบของระบบหรือโครงสร้างของกลุ่มที่นอร์เบค (Norbeck) เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม (Social network) (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

โครงสร้างเครือข่ายทางสังคม แสดงถึงลักษณะของการติดต่อทางสังคมของบุคคล โดยมีองค์ประกอบ คือ ขนาดของกลุ่มซึ่งจะมีผลต่อแหล่งการสนับสนุน ชนิดของความสัมพันธ์ของสมาชิกกลุ่มมีผลต่อการได้รับการสนับสนุน ระยะเวลาที่มีการติดต่อดำเนินสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ส่งผลต่อการได้รับการช่วยเหลือทางสังคม ความสม่ำเสมอในการพบปะกัน หรือความถี่ในการติดต่อจะช่วยดำรงไว้ซึ่งสัมพันธ์ภาพ รวมทั้งวิธีการที่ใช้ในการติดต่อ จะมีผลต่อสัมพันธ์ภาพและการสนับสนุนที่บุคคลจะได้รับ สิ่งเหล่านี้บุคคลกระทำเพื่อการดูแลตนเอง มีผลต่อการตอบสนองของภาวะเครียด นับเป็นการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของบุคคล เพื่อนำไปสู่การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้

ระบบสนับสนุนทางสังคม ย่อมมีผลต่อการเตรียมการเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันไม่ให้อาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก และการสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยด้านจิตสังคม ที่มีผลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ที่ต้องมีการพึ่งพาอาศัยกัน ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกต่อกันมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและสุขภาพของมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่ง Pender (1996: 257) กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์โดยตรงกับภาวะสุขภาพและความผาสุก และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อความรู้สึกส่วนตัว เป็นความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ การยอมรับ ความรัก ความพอใจ คุณค่าและความต้องการส่วนตัว

การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีการติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีอาการทางจิตรวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การนับถือศาสนา เป็นความคิด ความเชื่อ เป็นจิตวิญญาณของบุคคลที่จะนับถือสิ่งที่ตนเองและสังคมที่อาศัยอยู่มีความเคารพ ศรัทธา เพื่อให้เป็นที่ยึดมั่นของจิตใจ ศาสนานับเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจของบุคคล

โดยธรรมชาติ จิตใจมีโครงสร้างเช่นเดียวกับร่างกาย และโครงสร้างที่จำเป็นในอันที่จะช่วยให้สุขภาพจิตดีคือ คุณธรรมต่าง ๆ คุณธรรมที่จำเป็นซึ่งจะขาดเสียไม่ได้ ยังมีบทบาทเท่าใด ก็ยังทำให้มีสุขภาพจิตดีขึ้นเท่านั้น ก็คือความเสียสละ หรือการปล่อยวางที่เกิดจากความเมตตากรุณา และเกิดความเข้าใจในเรื่องชีวิตความเป็นจริง และคุณธรรมที่ว่านี้ก็มีรากฐานที่

มันคงช่วยให้คุณธรรมอย่างอื่นเกิดขึ้นและเจริญขึ้นได้ด้วย เช่น ความซื่อสัตย์ ความยุติธรรม ความกล้าหาญ ความอดทน เป็นต้น ในหลักใหญ่ของสุขภาพจิตคือ ความเมตตา กรุณา การเสียสละ การปล่อยวาง คุณธรรมทั้ง 3 นี้ มีมากเท่าไรก็ยิ่งทำให้สุขภาพจิตดีเท่านี้ คุณธรรมต่าง ๆ เหล่านี้เองที่ทำให้คนเรามีความต้านทานต่อความเปลี่ยนแปลง และทำให้คนเรารักษาคุณธรรมไว้ได้เสมอ และถ้าหากจะมีอะไรทำให้เราไม่สบายใจ เราก็ขจัดมันออกไปได้โดยง่าย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นการพัฒนาจิตใจทำให้จิตใจมีความสงบ สามารถคิดแก้ไขปัญหาได้ด้วยคามมีสติ นับเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองด้านจิตใจอย่างหนึ่ง ที่มีความสัมพันธ์กับสังคมวัฒนธรรมที่ดำเนินจากรุ่นสู่รุ่น เป็นการสืบสานวัฒนธรรมประเพณีของท้องถิ่น และเป็นการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของบุคคลในสังคมนั้นๆ ในผู้ป่วยจิตเภทการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาเป็นการพัฒนาการรู้จักตนเอง รู้จักปล่อยวาง ยอมรับและตระหนักถึงสภาพความเป็นจริง พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างมีสติ นำไปสู่การป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก

7. การดูแลตนเองด้านร่างกาย การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็น กิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแลร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต และการดูแลตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กันทุกช่วงอายุของบุคคล ที่มีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการ และเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Hill and Smith, 1990: 394)

การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นการดูแลตนเองเกี่ยวกับความต้องการโดยทั่วไป ครอบคลุมการดูแลตนเองด้านต่างๆดังนี้

1. การดูแลร่างกายด้านความต้องการอาหาร เป็นความต้องการโดยธรรมชาติของร่างกาย และเป็นการดูแลตนเองที่รวมถึงการรับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพในแต่ละช่วงของชีวิต (Hill and Smith, 1990: 301)

2. การดูแลร่างกายด้านการผ่อนคลาย ซึ่งเป็นกลไกตามธรรมชาติในการต่อต้านความเครียดที่มีมากเกินไป เพื่อป้องกันผลกระทบที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย นอกจากนี้กลไกดังกล่าวยังทำให้มีการเปลี่ยนแปลงภายในร่างกายโดยลดอัตราการเต้นของหัวใจ เพื่อให้เกิดความสมดุลของร่างกาย (Hill and Smith, 1990: 161)

การดูแลสุขภาพให้แข็งแรงอยู่เสมอ เป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการดูแลตนเองโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งโอเร็ม (Orem, 2001: 43) กล่าวถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นว่าบุคคลมีความต้องการโดยทั่วไปตามธรรมชาติ ในการนำสารอาหารที่จำเป็น ได้แก่ น้ำ อากาศ อาหาร

ทำให้มีการคงไว้ซึ่งชีวิตและการสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และความต้องการข้อมูลข่าวสาร เป็นการสนับสนุนการเจริญเติบโต และกระบวนการพัฒนาในแต่ละช่วงของชีวิต

ร่างกาย จิตใจ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและแง่มุมทางสังคม ของภาวะสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้บุคคล (Orem, 2001: 182) ดังนั้นการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำจำเป็นต้องดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจไปพร้อมๆกัน การดูแลตนเอง ต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณสมบัติเฉพาะของแต่ละบุคคล ในการส่งเสริมให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ต่อภาวะสุขภาพของตนเองที่ถูกต้อง เมื่อมีปัญหาด้านร่างกายได้รับการรักษาที่ถูกต้องจากบุคลากรทางการแพทย์ และการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ

ปัจจัยส่วนบุคคล

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แสดงถึง คุณสมบัติของแต่ละบุคคล เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำหลังจากที่ได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในชุมชนได้ รวมทั้งเป็นปัจจัยที่บอกลถึงความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันการมีอาการมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก มีการศึกษามากมายเกี่ยวกับปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท และปัจจัยที่ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะเป็นปัจจัยที่สำคัญ ร่วมกับสามารถนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการจัดรูปแบบของการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภท ให้ตรงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด ประกอบด้วยปัจจัยส่วนบุคคลดังต่อไปนี้

1. **สถานภาพสมรส** สถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่แสดงถึงการที่บุคคลได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากคนใกล้ชิด เป็นความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว ความเอาใจใส่ซึ่งกันและกัน โดยทั่วไปแล้วบุคคลจะได้รับปัจจัยเหล่านี้จากคู่สมรส จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายที่แต่งงานแล้ว มีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่ได้แต่งงาน หม้ายหรือหย่าร้าง (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536) แสดงให้เห็นถึงผู้ป่วยจิตเภทที่แต่งงานแล้วมีความเกี่ยวพันทางสังคมจากครอบครัวที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในสังคมได้ จากการศึกษาพยากรณ์โรคพบว่า ผู้ป่วยที่แต่งงานแล้วมีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่ได้แต่งงาน หย่าหรือหม้าย (Sadock and Sadock, 2000: 1197)

ดังนั้นสถานภาพสมรสน่าจะเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบาย ถึงลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

2. **ระดับการศึกษา** การศึกษาเป็นการพัฒนาศักยภาพของมนุษย์ ผู้ที่มีการศึกษาสามารถเผชิญปัญหา และมีความตระหนักถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดปัญหาได้ดีกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อยหรือไม่ได้รับการศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลสามารถประเมินปัญหาได้ดีขึ้นและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง เนื่องจากการศึกษาเป็นการถ่ายทอดความรู้ ทักษะคิดแบบแผนของความประพฤติและมรดกทางสังคม รวมทั้งมีบทบาทในการเตรียมบุคคลให้เข้าใจถึงปรากฏการณ์ธรรมชาติรอบตัว เข้าใจสังคม พัฒนาความคิดและทัศนคติในการดำรงชีวิต และการฝึกฝนแนวปฏิบัติต่างๆ เพื่อการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ทั้งที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิตประจำวัน การทำงาน อาชีพ และการส่งเสริมสุขภาพ รวมทั้งการป้องกันโรค (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2526)

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท

ความคิด ความเชื่อ ความมีคุณค่าและวัฒนธรรม เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นก่อนที่บุคคลจะเข้าใจถึงที่มาและพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดจากการเรียนรู้ในครอบครัว และได้รับอิทธิพลมาจากสิ่งแวดล้อมภายนอกครอบครัว เป็นตัวแปรที่สำคัญในการเผชิญกับภาวะที่คุกคามต่อสุขภาพ แนวคิดเกี่ยวกับการแนะนำด้านพฤติกรรมสุขภาพ มีขอบเขตของความคิดเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยในการอยู่กับความเครียดที่เป็นสิ่งแวดล้อมประจำวัน ที่ตอบสนองต่อการดูแลตนเองของบุคคล แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นการพยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นที่ทัศนคติและความเชื่อของบุคคล ในการอธิบายถึงการปฏิบัติของบุคคลต่อภาวะสุขภาพ โดยเน้นให้ผู้ป่วยมีการรับรู้เกี่ยวกับภาวะคุกคาม และประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นจากการรักษา (Cohen and Welch, 2000: 337) นอกจากนี้ยังเป็นเครื่องมือที่มีประโยชน์มากในการประเมินและทำความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับความคิด ความเชื่อของบุคคล (Kendall, 1993: 64) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเมื่อบุคคลมีการรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ความเข้าใจในประโยชน์ของการกระทำเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ถึงอุปสรรคต่างๆที่ต้องเผชิญซึ่งเป็นรูปแบบที่พัฒนามาจากทฤษฎีทางสังคม (Pender, 1996: 35) และยังหมายความถึง การปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างเฉพาะเจาะจง สามารถทำให้บุคคลรับรู้ถึงภาวะคุกคามต่อสุขภาพ และการรับรู้ถึงการปฏิบัติตนให้มีประสิทธิภาพในการลดภาวะคุกคามดังกล่าว (Taylor, 1995: 87) แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ผู้วิจัยอ้างอิงมาจากแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่สร้างขึ้นโดย เบกเกอร์และคณะ (Becker et. al cited in Pender, 1996: 35-36) ประกอบด้วย การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การ

รับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันโรค มีรายละเอียดดังนี้

1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ (Perceived susceptibility) เป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลในการรับรู้ถึงภาวะที่เสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น และเป็น การรับรู้ของบุคคลต่อโอกาสในการเกิดปัญหาสุขภาพ ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละบุคคล การที่ บุคคลรับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะเกิดปัญหาสุขภาพ บุคคลจะประเมินความเป็นไปได้ที่เกิดปัญหา โดยการรับรู้จากความเปราะบางและประสบการณ์ของตนเอง ทำให้มีการกระทำเพื่อป้องกันการ เกิดโรคซ้ำหรือ ปัญหาสุขภาพ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะเข้าใจถึง พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เคยเป็นมาก่อน และได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้น

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังและมีอัตราการป่วยซ้ำสูง การรับรู้ ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จึงเป็นการรับรู้ถึงโอกาสที่จะมีอาการทางจิตมากขึ้นจน ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก รวมทั้งภาวะเสี่ยงต่างๆที่จะนำไปสู่การมีอาการ ทางจิตมากขึ้น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสามารถลด ความถี่ของการป่วยซ้ำได้ (Videbeck, 2001: 317)

การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาลซ้ำอีก เป็นการคาดการณ์ของบุคคลต่อปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ และเป็น การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำอีก หลังจากได้รับการรักษาจนอาการ ดีขึ้นแล้ว ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ นับเป็นความสามารถของผู้ป่วย จิตเภทที่รับรู้ถึงปัจจัยที่ทำให้ตนเองมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ซ้ำอีก รวมทั้งภาวะต่างๆที่จะนำไปสู่การมีอาการทางจิตมากขึ้น

2. การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ (Perceived severity) เป็นการรับรู้ ถึงความรุนแรงของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ซึ่ง แตกต่างกันในแต่ละบุคคล ความรุนแรงของการมีอาการทางจิตขึ้นอยู่กับความคิด ความเชื่อของ บุคคลต่อภาวะสุขภาพ รวมทั้งเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการประเมินการเกิดโรคต่อตนเอง การที่ บุคคลรู้ว่าความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นมีผลกระทบที่รุนแรงต่อร่างกาย จิตใจ สังคม สัมพันธภาพใน ครอบครัว ความสามารถในการทำงานและบทบาททางสังคม จึงเป็นแรงสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือป้องกันการป่วยซ้ำ

การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นความคิด ความเชื่อ หรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับความทุกข์ทรมานต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น จาก การศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำใน

ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าการรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย การค้นพบว่าสิ่งบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้นกับตนเอง มองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้น สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้มีอาการมากขึ้นได้ และค้นพบอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ (Baker, 1995) แสดงถึงผู้ป่วยจิตเภท ที่มีการรับรู้เกี่ยวกับความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตมากขึ้น มีความสนใจต่อพฤติกรรมของตนเองที่เปลี่ยนแปลงไป และพยายามค้นหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่ นับว่าเป็นการตระหนักถึงการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงอาการป่วยซ้ำ

การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อการป่วยซ้ำ เป็นองค์ประกอบที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ที่ขึ้นอยู่กับความเข้าใจหรือความตระหนักถึงภาวะคุกคาม ที่บุคคลรับรู้จากความคิด ความเชื่อเกี่ยวกับความเปราะบางของตนเองที่พัฒนามาจากการเจ็บป่วย หรือความสามารถในการยอมรับการเจ็บป่วย (Sheehy and McCarthy, 1998: 102) ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการมีอาการทางจิตมากขึ้น ร่วมกับประสบการณ์การกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำ มีผลกระทบอย่างมากต่อร่างกาย จิตใจ ครอบครัวและการประกอบอาชีพของ ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นภาวะคุกคามเหล่านี้ นับเป็นความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3. การรับรู้ประโยชน์ของปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived benefit) ในการกระทำที่เป็นการป้องกันการเกิดโรค หรือการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลจนอาการดีขึ้นแล้ว เป็นการตัดสินใจกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ โดยรับรู้ประโยชน์ของการกระทำนั้นๆ เพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง ลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จากการศึกษาเรื่องการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตนเอง สามารถค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และหาทางควบคุมอาการดังกล่าว เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ (Baker, 1995) และการปฏิบัติตามแผนการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท เน้นที่พฤติกรรมการใช้ยาตามแผนการรักษาและการสังเกตอาการจากอาการข้างเคียงของยา เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและมีการรักษาด้วยยาเป็นหลัก ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาที่ถูกต้อง จึงมีความสำคัญต่อการรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

การป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีกหลังจากได้รับการรักษาจนมีอาการดีขึ้นแล้ว เป็นความสามารถในการปฏิบัติการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในการปรับเปลี่ยนการกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ เมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ของการมีพฤติกรรมที่ถูกต้อง ทำให้สามารถอยู่ในสังคมได้ตามปกติ โดยไม่ทุกข์ทรมานจากอาการทางจิตที่มากขึ้น เป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีจุดหมาย

4. การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันการป่วยซ้ำ (Perceived barrier) เป็นการรับรู้ถึงปัจจัยต่างๆที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ที่ขัดขวางการปฏิบัติ การดูแลตนเองที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสม ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้อุปสรรค เป็นการรับรู้ของผู้ป่วยในการกระทำที่ขัดขวางการดูแลตนเองในการป้องกันการป่วยซ้ำ ทำให้มีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก เป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นตามสภาพความเป็นจริง ได้แก่ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการเดินทาง มาพบแพทย์แต่ละครั้ง อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิต การไม่สามารถรับประทานยาให้ถูกต้องตามแผนการรักษา การดื่มสุรา เสพยาบ้าและใช้สารเสพติดอื่น ๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้การรักษาไม่ประสบผลสำเร็จ ส่งผลต่อการไม่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรค เป็นความคาดหวังจากการกระทำของบุคคล การรับรู้อุปสรรคเป็นการรับรู้ถึงการกระทำที่ขัดขวางการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง มีผลทำให้บุคคลมีการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งทั้งการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคเป็นความคิด ความเชื่อของบุคคลเกี่ยวกับประสิทธิผลของการกระทำ มากกว่าความเป็นจริงที่เกิดขึ้น การกระทำที่มีประสิทธิผลตามความคาดหวัง เกิดจากการที่บุคคลมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่จำเป็น (Walsh and Bernard, 1998: 103) ในผู้ป่วยจิตเภทการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการมีอาการมากขึ้น จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติในการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ในการกำหนดและตัดสินใจในการกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น

ข้อเสนอแนะในการนำไปสู่การกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและพฤติกรรม ของบุคคลตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วยองค์ประกอบดังต่อไปนี้ (Maiman and Baker, 1974: 21-22)

1. ความพร้อมในการกระทำ (Readiness to take action) เป็นความพร้อมทางด้านจิตใจที่มีความสัมพันธ์กับเงื่อนไขทางสุขภาพ ที่กำหนดโดยการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเสี่ยงหรือความเปราะบางต่อการเกิดโรค และการรับรู้ถึงความรุนแรงของการเกิดโรค

2. การประเมินการสนับสนุนพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล (The individual's evaluation of the advocated health action) เป็นการรับรู้ถึงประโยชน์ และอุปสรรคของการกระทำเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ให้มีความเหมาะสมของบุคคล เพื่อป้องกันการเกิดโรค

3. ปัจจัยเชื้อต่อการกระทำ (Cue To action) เป็นปัจจัยที่เป็นสิ่งกระตุ้นทั้งที่เป็นสิ่งกระตุ้นภายใน ได้แก่ การรับรู้เกี่ยวกับอาการป่วยของตนเอง และสิ่งกระตุ้นภายนอก ได้แก่ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อต่างๆ

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ผู้วิจัยยังไม่พบว่ามียุทธศาสตร์การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการนำแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ มาอธิบายในด้านสุขภาพจิต แต่จากแนวคิดของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่แสดงถึงความคิด ความเชื่อของผู้ป่วยต่อการรับรู้ถึงภาวะเสี่ยง ความรุนแรงและประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ผู้วิจัยจึงนำรูปแบบดังกล่าวมาใช้ในการอธิบายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคจิตเภท ทั้งที่มีอาการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ผู้วิจัยคาดว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

พฤติกรรมการใช้ยา

โดยทั่วไปโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง อาการทางจิตของผู้ป่วยมีผลต่อความคิดและการรับรู้ของผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะเด่นของผู้ป่วยจิตเภท แนวคิดในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุที่สำคัญอีกสาเหตุหนึ่งของการป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ ปัจจัยด้านชีวเคมีของสมอง ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติและมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากยาสามารถควบคุมอาการทางจิตได้ แต่การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตมักมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาตามมาด้วยเสมอ เช่น อาการชากรรไกรแข็ง ลำตัวเกร็งเดินตัวแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น ปากแห้ง ตาพร่า กลืนลำบาก น้ำลายไหล ภาวะงอแง เป็นต้น อาการเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่สบาย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันมียารักษาโรคจิตตัวใหม่ที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาลดลงก็ตาม แต่การใช้ยาตัวใหม่ทำให้มีค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง และยาบางตัวมีผลต่อเม็ดเลือดขาว ดังนั้นการรักษาด้วยยาจึงยังคงใช้ยารักษาโรคจิตแบบเดิมอยู่มาก ทำให้มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทมาก

การดูแลตนเองในเรื่องการรักษาหรือการใช้ยาในผู้ป่วยจิตเภท นับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่ต้องใช้เวลารักษานาน และมีการรักษาด้วยยาเป็นหลัก

ยารักษาโรคจิต (Antipsychotic drugs) มีฤทธิ์ข้างเคียง (Side effect) ของยาก่อนข้างมากและรุนแรง ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา และเพื่อการรับประทานยาเป็นเวลานาน ๆ แต่การรักษาด้วยยาเป็นการควบคุมอาการของโรควิธีเดียวที่สามารถทำได้ และทำให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น (Horwathand and Cournos, 1999) การดูแลตนเองในการรับประทานยา และการได้รับยาอย่างต่อเนื่อง นับเป็นปัญหาที่มีความสำคัญมากในผู้ป่วยจิตเภทจำเป็นต้องอาศัยการให้ความร่วมมือในการรักษาจากผู้ป่วย

การให้ความร่วมมือในการรักษา เป็นพฤติกรรมที่แสดงออกของผู้ป่วยที่มีผลต่อภาวะสุขภาพ เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับแผนการรักษา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ในเรื่องการรับประทานยา ร่วมกับการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ (Dracup & Meleis, 1982 และ สารุพร พุฒขาว, 2541)

ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังทุกชนิดมักจะต้องใช้เวลาในการรักษานาน หรือตลอดชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วย นับเป็นความสามารถในปฏิบัติการดูแลตนเองต่อการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่ง โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทไว้หลายความหมาย พอสรุปได้ดังนี้

พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวให้สอดคล้องกับคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพจิตเกี่ยวกับการใช้ยา การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งวิธีการสังเกตอาการจากข้างเคียงของยาที่ได้รับ นอกจากนี้พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทเป็นการดูแลตนเองของผู้ป่วยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ที่มีพื้นฐานความเชื่อว่าการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตนให้สอดคล้องกับแผนการรักษา และการสังเกตอาการตนเองจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

ลักษณะของการไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาในผู้ป่วยจิตเภท สามารถสรุปได้ดังนี้

1. ใช้ยาตามความต้องการของตนเอง ซึ่งอาจใช้มากกว่าหรือน้อยกว่าแผนการรักษาที่กำหนดไว้
2. ใช้ยาในเวลาที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะยาที่ต้องรับประทานในเวลาก่อนนอน ซึ่งมีผลต่อการนอนหลับของผู้ป่วย
3. นำยาผู้อื่นมารับประทาน หรือแบ่งยาของตนเองให้ผู้อื่นรับประทาน

4. ไข้หวัดใหญ่ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับการรักษา หรือไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา ญาติหรือผู้ดูแลอาจนำยาผสมในอาหารหรือเครื่องดื่ม ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่เพียงพอ

5. ไข้หวัดใหญ่หรือเสื่อมคุณภาพ

พฤติกรรมกรรมการไข้หวัดใหญ่ เป็นการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยจิตเภท ให้สอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และคำแนะนำของทีมนุคลากร เป็นการปฏิบัติโดยตั้งใจ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ นับเป็นการดูแลตนเองที่สำคัญ โดยเฉพาะในผู้ป่วยโรคจิตเภทนับว่ามีความสำคัญมาก เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องรับประทานยาเป็นเวลานาน จำเป็นต้องอาศัยการดูแลตนเองเพื่อสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา รวมทั้งมีความรู้เรื่องยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกคลายความกังวล และพฤติกรรมกรรมการไข้หวัดใหญ่เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ประกอบด้วยพฤติกรรม ดังต่อไปนี้ คือ การมารับยาต่อเนื่อง รับประทานยาตามเวลา ไม่ลดหรือเพิ่มยาด้วยตนเองโดยไม่ปรึกษาทีมนุคลากร การสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร่วมกับการสังเกตอาการของตนเองเมื่อเริ่มมีอาการเปลี่ยนแปลง และการคงไว้ซึ่งการรักษาด้วยยาเป็นการป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี (Johnstone and Geddes, 1994: 6)

การมีพฤติกรรมกรรมการไข้หวัดใหญ่ที่ถูกต้องของผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการดูแลตนเองอย่างหนึ่ง เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจของผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น มีรายงานพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 60 สามารถอยู่ในชุมชนได้หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลโดยได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว (Sadock and Sadock, 2000: 1197-1198) ดังนั้นผู้วิจัยคาดว่าพฤติกรรมกรรมการไข้หวัดใหญ่ของผู้ป่วยจิตเภท เป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

ปัจจัยด้านครอบครัว

ครอบครัวเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดของสังคม และเป็นสังคมแรกของบุคคลที่รับรู้ได้ ก่อนที่บุคคลจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลภายนอกครอบครัวหรือสิ่งแวดล้อม มีการสืบทอดวัฒนธรรมประเพณีจากรุ่นสู่รุ่น ครอบครัวเป็นระบบย่อยที่มีความสำคัญมากของสังคม

ครอบครัว หมายถึง กลุ่มคนที่อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน โดยทั่วไปหมายถึงกลุ่มคนที่มีความเกี่ยวพันกันทางสายเลือดและหรือทางกฎหมาย ซึ่งได้แก่ พ่อ(สามี) แม่(ภรรยา) ลูกและญาติพี่น้อง และแต่ละคนจะมีบทบาทหน้าที่ที่พึงปฏิบัติต่อกัน ให้ความรักและความเอาใจใส่ต่อกัน เอื้ออาทร มีความปรารถนาดีต่อกันทั้งในทางเศรษฐกิจและทางสังคม (อมรา พงศาพิชญ์ และสุริยา วีระวงศ์, 2536: 11)

ปัจจัยด้านครอบครัวที่สำคัญประกอบด้วย

1. **ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว** เป็นการทำหน้าที่ของครอบครัวอย่างหนึ่ง ที่เป็นการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัว ประกอบไปด้วยความต้องการการตอบสนองในหลาย ๆ ด้านและหน้าที่ของครอบครัว เป็นกิจกรรมที่สมาชิกในครอบครัวกระทำเพื่อประโยชน์ของการอยู่รอดของครอบครัว หน้าที่ของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับโครงสร้างของครอบครัว (รุจา ภูไพบูลย์, 2541: 53) Friedman (1986 อ้างในรุจา ภูไพบูลย์, 2541: 53) กล่าวถึงการตอบสนองความต้องการของสมาชิกในครอบครัวที่สำคัญประการหนึ่งก็คือ การตอบสนองด้านความรักความเอาใจใส่ ซึ่งเป็นหน้าที่ที่สำคัญของครอบครัวในการตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจของสมาชิก แสดงออกโดยการให้ความรัก ความอบอุ่น ความเอาใจใส่เพื่อให้สมาชิกมีสุขภาพดี บุคลิกภาพมั่นคง เนื่องจากบุคคลที่มี สุขภาพจิตดี มีภาพลักษณ์ที่ดี มีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม รู้สึกว่าได้รับความรัก ความอบอุ่น ไม่ถูกทอดทิ้งตลอดจนรู้สึกว่ามีความช่วยเหลือเมื่อตนเองอยู่ในภาวะลำบาก และครอบครัวเป็นต้นกำเนิดของความรัก การยอมรับ การได้รับรางวัลและการสนับสนุนของบุคคล (Friedman and McCown, 1998: 352) ดังนั้นหน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ของครอบครัว จึงเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ภายในครอบครัว เป็นการดูแลด้านจิตสังคมและการให้การสนับสนุนแก่สมาชิก เป็นการสนับสนุนด้านอารมณ์ในทางสร้างสรรค์ มีผลต่อการเจริญเติบโต พัฒนาการของสมาชิกในครอบครัวตลอดจนความสามารถของบุคคล นอกจากนี้การสนับสนุนของครอบครัวยังมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และผลลัพธ์ต่างๆที่เกิดขึ้นกับภาวะสุขภาพ (Loveand-Chemy, 1996 cited in Friedman and McCown, 1998: 252)

การทำหน้าที่ด้านความรักความเอาใจใส่ของครอบครัว มีส่วนเกี่ยวข้องกับการรับรู้ของครอบครัว ในการให้การยอมรับและดูแลด้านความต้องการด้านจิตสังคมของสมาชิก ประกอบด้วยองค์ประกอบที่สำคัญคือ (Friedman and McCown, 1998: 353-355)

1. การส่งเสริมสนับสนุนซึ่งกันและกัน
2. การพัฒนาความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด
3. การยอมรับซึ่งกันและกัน
4. ความรักใคร่ผูกพันซึ่งกันและกัน
5. ความสัมพันธ์กันและความเป็นอิสระของตนเอง

ความรักใคร่ผูกพันในครอบครัว เป็นการรับรู้ถึงความต้องการของสมาชิกในด้านการได้รับการช่วยเหลือเมื่อมีปัญหา การยอมรับ ความสนใจซึ่งกันและกันของสมาชิกในครอบครัว รวมถึงความรู้สึกถึงความมั่นคง ปลอดภัย ไม่โดดเดี่ยว สิ่งเหล่านี้นับเป็นการสนับสนุนทางสังคม

ที่มีความสำคัญมากต่อบุคคล โดยเฉพาะในภาวะที่มีความเจ็บป่วยบุคคลต้องการความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ โดยเฉพาะภายในครอบครัว เพื่อให้ตนเองมีความมั่นใจในกาเผชิญกับความเจ็บป่วย

ความรักความผูกพันในครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญอย่างมากในการสร้างบุคลิกภาพของเด็กที่กำลังเจริญเติบโต ความมั่นคงของครอบครัว เป็นฐานสำคัญของความมั่นคงของสังคมและประเทศชาติ (วินเพ็ญ บุญประกอบ, 2543) ดังที่บิดาแห่งจิตเวชศาสตร์และสุขภาพจิตของไทย ศาสตราจารย์นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว ได้กล่าวไว้ว่า " ความผูกพันรักใคร่ในครอบครัวเป็นรากฐานความสุขแห่งชีวิต เป็นรากฐานของความเป็นปึกแผ่นแห่งสังคม ของประเทศชาติบ้านเมือง และของโลกในที่สุด ชีวิตสังคมย่อมตั้งต้นมาจากครอบครัว ถ้าครอบครัวแตกแยกหรือครอบครัวขาดความรักใคร่ต่อกัน ชีวิตในสังคมก็จะแตกประดุจเงาตามตัว ผลตามมาของสังคมแตกแยกนั้นเป็นที่ทราบกันดีอยู่แล้ว เช่นเรื่องของโรคจิตโรคประสาท และเรื่องอาชญากรรม เรื่องของเด็กเกเรต่าง ๆ เป็นต้น"

ปัจจัยด้านครอบครัว เป็นปัจจัยด้านสังคมและวัฒนธรรม ที่มีผลต่อความสัมพันธ์หรือบทบาทที่ผิดปกติในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท และความผิดปกติของผู้เลี้ยงดูเด็ก โดยเฉพาะแม่มีการศึกษาพบว่าแม่ที่มีลักษณะปกป้องลูกมากเกินไป มีความต้องการเข้าไปเกี่ยวข้องในทุก ๆ เรื่องของลูก ทำให้เด็กมีความผิดปกติด้านการพัฒนาการของ ego นำไปสู่การป่วยเป็นโรคจิตเภท ดังนั้นปัจจัยด้านครอบครัวนับเป็นอีกสาเหตุหนึ่งที่มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท วิธีการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว มีผลอย่างมากในการกำหนดอัตราการป่วยซ้ำ (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2536: 110)

ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว เป็นการทำหน้าที่ในการตอบสนองของความต้องการของสมาชิก ที่มีผลต่อพัฒนาการของสมาชิก จากแนวคิดดังกล่าวผู้วิจัยคาดว่าความสัมพันธ์ภายในครอบครัว สามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

2. การแสดงอารมณ์ (Expressed Emotion) การแสดงอารมณ์เป็นดัชนีที่แสดงถึงลักษณะของอารมณ์ การแสดงอารมณ์สูงเป็นลักษณะที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง มีการแสดงถึงความไม่เป็นมิตร และมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Baker, 1993: 345) และการวิพากษ์วิจารณ์ หรือการมีอารมณ์ที่ผูกพันมากเกินไปของครอบครัวมีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Vaunhm and Leff, 1976 cited in Rungreangkulkij and Gilliss, 2000: 345) และการที่จะแยกว่าครอบครัวไหนมีการแสดงอารมณ์ที่สูงหรือต่ำ แยกได้โดยสังเกตจากแนวโน้มของครอบครัว คือครอบครัวที่มีความอบอุ่น มีความห่วงใยและความเข้าใจซึ่งกันและกัน ร่วมกับมีความอดทน แสดงว่าครอบครัวนั้นมีการแสดงอารมณ์ต่ำ แต่ในทางตรงข้ามครอบครัวที่มีการ

แสดงอารมณ์สูง มักมีความผูกพันทางอารมณ์สูง หรือมีการวิพากษ์วิจารณ์ภายในครอบครัวสูง หรือมีทั้ง 2 อย่าง (Rungreangkulkij and Gilliss, 2000: 349)

และจากแนวคิดการแสดงอารมณ์ กล่าวว่าการแสดงอารมณ์เป็นการแสดงถึงการเผชิญปัญหา และรูปแบบของการตอบสนองภายในครอบครัวที่มีการพัฒนาตลอดเวลา ร่วมกับการมีปฏิสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ป่วย การแสดงอารมณ์เน้นที่การตอบสนองของสมาชิกใน ครอบครัวที่อยู่กับผู้ป่วยจิตเวช มากกว่าเป็นการมองว่าการแสดงอารมณ์เป็นปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยทางด้านจิตเวช (Rungreangkulkij and Gilliss, 2000: 352)

การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นการแสดงอารมณ์ที่แสดงออกในรูปแบบของ น้ำเสียง สีหน้า ท่าทาง การดำหนิ บางรายมีความห่วงใยผู้ป่วยรวมทั้งการเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยมากเกินไป ประกอบด้วยองค์ประกอบดังนี้ (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2536: 112)

1. การวิพากษ์วิจารณ์ (Critical comment) อาจเป็นน้ำเสียงหรือเนื้อหาคำพูดที่แสดงถึงความไม่ชอบ ไม่ยอมรับ หรือความเกลียดชัง

2. ความไม่เป็นมิตร (Hostility) เป็นความรังเกียจ ดำหนิวิจารณ์ที่ตัวบุคคลมากกว่าดำหนิวิจารณ์ที่การกระทำ เช่นท่าของแตกก็บอกว่าเป็นคนมีปัญหา เป็นโรค หรือดำหนิวิจารณ์ขยายวงจากเรื่องหนึ่งไปยังเรื่องอื่นๆ ซึ่งไม่เกี่ยวข้องกัน

3. ความผูกพันทางอารมณ์ที่มีมากเกินไป (Emotional over-involvement) มีความห่วงใยในตัวผู้ป่วยมากเกินไป แม้กระทั่งเรื่องเล็กน้อย เช่นการกินนอนต้องจัดการให้หรือห่วงมากจนกระทั่งไม่ยอมให้ออกนอกบ้าน ถึงแม้ว่าผู้ป่วยไม่ทุพพลภาพมากขนาดที่ต้องเฝ้าตลอดเวลา

จากองค์ประกอบต่างๆที่มีผลต่อการแสดงอารมณ์ แสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบต่างๆ ดังกล่าว มีผลต่อการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มีความตึงเครียดสูง การสื่อสารที่ไม่เหมาะสมของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลให้มีการแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทสูง สาเหตุของการแสดงอารมณ์สูงมีหลายสาเหตุดังนี้ (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2536: 112)

1. ความบกพร่องของผู้ป่วยจิตเภทเป็นสิ่งที่มองเห็นไม่ชัดเจน ทำให้ญาติมีความคาดหวังต่อผู้ป่วยสูง เมื่อไม่สมหวังญาติจะรู้สึกโกรธและวิพากษ์วิจารณ์

2. ผู้ป่วยที่มีอาการป่วยซ้ำบ่อยๆทำให้เกิดการแสดงอารมณ์สูงในญาติได้

3. ญาติที่รู้สึกผิด อาจอุทิศตนให้ผู้ป่วยอย่างมาก ก่อให้เกิดสภาพของการมีความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไป พบบ่อยในญาติที่เป็นบิดามารดา มากกว่าญาติที่เป็นสามีภรรยา

4. เป็นลักษณะเดิมของญาติหรือเป็นปัญหาครอบครัวที่เป็นอยู่ก่อนแล้ว

การแสดงอารมณ์ เป็นทักษะการติดต่อสื่อสารภายในครอบครัวที่สำคัญและมีผลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากแนวคิดของการแสดงอารมณ์ดังกล่าว ผู้วิจัยคาดว่า การแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท น่าจะสามารถอธิบายลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุธีรา ฮุนตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์ (2532) ศึกษาเรื่องอิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการศึกษาเฉพาะกรณีในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมาได้รับการรักษาเป็นครั้งที่ 2 ที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 200 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ลักษณะทั่วไปของประชากรตัวอย่าง ระยะเวลาที่อยู่บ้านของผู้ป่วยภายหลังออกจากโรงพยาบาลครั้งแรกและกลับเข้ารับการรักษาเป็นครั้งที่ 2 และความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆที่มีผลต่อระยะเวลาที่อยู่บ้านของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า พบผู้ป่วยในอัตราที่ใกล้เคียงกันทั้งเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 60 ผู้ป่วยไม่ได้รับการศึกษาและได้รับการศึกษาค่อนข้างน้อย ร้อยละ 47 ผู้ป่วยไม่มีอาชีพ ร้อยละ 44 ผู้ป่วยรับประทานยาครบถ้วนและต่อเนื่องนอกนั้นรับประทานยาไม่ครบถ้วนในแต่ละวัน ร้อยละ 54 ญาติพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ทุกครั้ง ร้อยละ 48 ญาติมีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วยค่อนข้างน้อย ความรู้สึกของญาติมีอิทธิพลต่อการกลับมารักษาเป็นครั้งที่ 2 ของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญ และพบในผู้ป่วยที่มีอายุ 15 - 34 ปี มากกว่าช่วงอายุอื่นๆ

ดวงตา อุทุมพฤษพร (2533) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างภูมิหลังด้านส่วนตัวและครอบครัวกับการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 90 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบวัดเหตุการณ์ในชีวิต และแบบสัมภาษณ์ความสัมพันธ์ระหว่าง ผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่และผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ผลการศึกษาพบว่า ภูมิหลังด้านส่วนตัวของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ มีความสัมพันธ์กับการกลับมารักษาซ้ำในระดับต่ำ และไม่สามารถทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาได้ การแสดงอารมณ์ของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ ก็ไม่สามารถทำนายการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ได้เช่นกัน และร้อยละ 71.1 มีการแสดงอารมณ์ปานกลางต่อผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ และร้อยละ 10.0 มีการแสดงอารมณ์ต่อผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่บ่อย ในส่วนของความสัมพันธ์ของสมาชิกใน

ครอบครัว พบว่าร้อยละ 48.9 มีความสัมพันธ์กันบ้างเล็กน้อย ค่าเฉลี่ยของการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทผู้ใหญ่ โดยเฉลี่ยจะกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลสมเด็จพระยาในเวลา 18.8 เดือน

เบกเกอร์ (Baker, 1995) ศึกษาเรื่อง การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลและมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนตัน (Moncton) นิวบรันสวิก (New Brunswick) และแคนาดา (Canada) จำนวน 15 คน เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ (Emotion pain) ที่แบ่งตามความรุนแรง โดยเริ่มจาก Subacute level ของระยะเวลาที่มีอาการป่วยทางจิต อารมณ์เศร้าที่ปรากฏ นำไปสู่การพัฒนาการของกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ระยะคือ 1) ปฏิบัติการตอบสนองต่อความทุกข์ทรมาน เมื่อเริ่มมีเหตุการณ์ผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ต่อมาผู้ป่วยค้นพบว่าการรักษาทางจิตเวชสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยได้ ผลจากปฏิบัติการตอบสนองดังกล่าวเป็นกระบวนการที่ประกอบไปด้วย การค้นหาสิ่งที่ยุบบรรเทาความเดือดร้อน การค้นพบความช่วยเหลือ และการค้นพบความแตกต่างของความรุนแรง 2) การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวกับการป่วยซ้ำ นับเป็นการให้ความสนใจต่อพฤติกรรมเฉพาะ และความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงที่เริ่มมีอาการรุนแรงขึ้น กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วยมีบางสิ่งบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้นสามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้นให้เกิดอาการได้ และค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ และ 3) การลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยทางจิต เป็นกระบวนการที่รวบรวมปัจจัยต่างๆในขณะเฉียบพลันและความกลัวการป่วยซ้ำ ซึ่งความกลัวการป่วยซ้ำเป็นแรงกระตุ้น ใ้บุคคลค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงการสูญเสียการควบคุม ที่จะนำไปสู่อาการเตือน เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความกลัวการป่วยซ้ำ การค้นหาการควบคุม และการเฝ้าระวังอาการเตือนที่จะเกิดขึ้น จากการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่า 1) การค้นพบอาการป่วยซ้ำเป็นผลมาจากกระบวนการรับรู้ (Cognitive process) ความทุกข์ทรมานที่เป็นปัจจัยในการพัฒนาการรับรู้ของผู้ป่วย และในที่สุดความกลัวของผู้ป่วยต่อความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำ จะเปลี่ยนเป็นการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันความทุกข์ทรมานจากการป่วยซ้ำที่จะเพิ่มขึ้น 2) การค้นพบในครั้งนี้สามารถอธิบายถึง ความก้าวหน้าของปรากฏการณ์ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และ 3) ปรากฏการณ์ดังกล่าวเป็นปรากฏ

การณ์ที่มีหลายมิติมารวมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ในการที่สามารถระบุสิ่งที่มากระตุ้น อธิบายและควบคุมอาการป่วยซ้ำได้

ฮูกิวเลท และคณะ (Huguelet et al., 1995) ศึกษาเรื่อง การนำดัชนีชี้วัดการแสดงผลมาทำนายผลของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครั้งแรกในเจนีวา จำนวน 44 คน เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าเป็นเวลา 5 ปี เพื่อทำนายผลลัพธ์ 3 ประการคือ การป่วยซ้ำ การปรับตัวทางจิตสังคม และการรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ดัชนีชี้วัดการแสดงผล ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติที่มีการแสดงผลสูง มีความสัมพันธ์กับการมีบุคลิกภาพผิดปกติก่อนป่วยอย่างมีนัยสำคัญ โดยอาการเกิดขึ้นอย่างช้าๆ และผู้ป่วยมีแนวโน้มที่จะใช้สารเสพติด ร่วมกับการปรับตัวไม่ได้ มากกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับญาติที่มีการแสดงผลต่ำ และนอกจากนี้ยังแสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของผลลัพธ์ทั้ง 3 ประการของผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงผลต่างกัน กล่าวคือการแสดงผลของครอบครัวมีแนวโน้มที่จะมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทั้ง 3 ประการนั้น และจากการวิจัยครั้งนี้ยังพบว่าในปีที่ 3 ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงผลสูง มีการปรับตัวไม่ได้และมีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงผลต่ำ อย่างมีนัยสำคัญ

ลินเซน และคณะ (Linszen, et al., 1997) ศึกษาเรื่อง ลักษณะของผู้ป่วยและการแสดงผลเป็นปัจจัยเสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 15-26 ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือญาติมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมารับการรักษาที่แผนกจิตเวช มหาวิทยาลัยอัมสเตอร์ดัม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 164 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่าการป่วยซ้ำในผู้ป่วยกลุ่มที่มีการแสดงผลสูง มีความเสี่ยงเป็น 5 เท่าของผู้ป่วยกลุ่มที่มีการแสดงผลต่ำ ลักษณะการแสดงผลของญาติ เป็นตัวทำนายที่สำคัญในการวัดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการครั้งแรก การแสดงผลสูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ป่วยโรคจิตที่มีอาการครั้งแรก เหมือนกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และนอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่า การแสดงผลเป็นปัจจัยเสี่ยง ที่มีความสำคัญมากสำหรับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิต ที่มีอาการครั้งแรก

จIRON และเอ็ม โกเมซ-เบเนยโต (Giron and M.Gomez ~ Beneyto 1998) ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงผลในครอบครัวกับการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล Psychiatric Hospital of Alienate ระหว่างเดือน ธันวาคม 2528 ถึงธันวาคม 2529 มีอายุระหว่าง 15-30 ปี อาศัยอยู่กับญาติ

อย่างน้อย 15 วันภายในเวลา 3 เดือนก่อนมารับการรักษา และรับไว้รักษาในโรงพยาบาลไม่ต่ำกว่า 1 สัปดาห์ จำนวน 80 คน เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนามาจาก Questionnaire of Empathy (QUEM) เป็นการศึกษาเพื่อวัดความรู้สึกของญาติผู้ป่วยจิตเภท และความสัมพันธ์ระหว่างการขาดการมีอารมณ์ร่วมกับการป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างการมีทัศนคติที่ไม่ดีของญาติกับการป่วยซ้ำ การขาดความร่วมมือในการรักษา อาการบ่งชี้ทางลบ การว่างงานและการปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย มีความสัมพันธ์กับการป่วยซ้ำ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีทัศนคติที่ไม่ดี มีอัตราการป่วยซ้ำสูงกว่าผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีทัศนคติดีถึง 2.6 เท่า คือมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 67 ในขณะที่ผู้ป่วยที่อยู่ในครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์อย่างเหมาะสม มีอัตราการป่วยซ้ำเพียงร้อยละ 26.3 และการป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการเผชิญหน้า (face to face contact status) ระหว่างผู้ป่วยและญาติ และนอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่นๆที่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ และยังพบว่าผู้ป่วยที่ป่วยซ้ำร้อยละ 79.1 ว่างงาน ร้อยละ 76.7 มารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 34.9 มีการปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย ร้อยละ 12.5 มีอาการบ่งชี้ทางลบ และร้อยละ 76.7 ญาติมีการวิพากษ์วิจารณ์สูง และจากการศึกษาครั้งนี้ยังอธิบายได้ว่า ระยะเวลาของการป่วย ระดับการศึกษา การปรับตัวไม่ดีก่อนป่วย การรับการรักษาไม่สม่ำเสมอ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ทัศนคติที่ไม่ดีของญาติและการวิพากษ์วิจารณ์ที่มากเกินไป สามารถทำนายการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทได้ดี

คิง และดิคซอน (King.S. and Dixon.J.M.1999) ศึกษาเรื่องการแสดงอารมณ์และการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อยที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 17 - 36 ปี จำหน่ายจากโรงพยาบาลอย่างน้อย 6 เดือนและยังคงมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาศัยอยู่กับญาติใกล้ชิด จำนวน 69 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสัมภาษณ์มี 2 แบบคือ Conservative criteria และ Standard relapse criteria เป็นการศึกษาถึงการทำนายการป่วยซ้ำด้วยการแสดงอารมณ์ของครอบครัว โดยใช้เกณฑ์การทำนายที่ประกอบด้วย Conservative criteria คือผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำภายในเวลา 1 และ 6 เดือน และ Standard relapse criteria คือผู้ป่วยที่มีอัตราการป่วยซ้ำภายในเวลา 9 และ 18 เดือนรวมทั้งผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือผู้ป่วยที่ได้รับยาเพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 50 ผลการศึกษาพบว่าในเวลา 6 และ 12 เดือนการแสดงผลอารมณ์ไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ ในเวลา 9 เดือนไม่มีความแตกต่างระหว่างจำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล อายุของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาครั้งแรก อายุปัจจุบัน ระดับการศึกษาหรือเพศ ส่วนในเวลา 18 เดือนพบว่าผู้ป่วยชายมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 49

ป่วยหญิงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 59 และผู้ป่วยที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง ร่วมกับมีความผูกพันทางอารมณ์สูงมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 75 สำหรับจำนวนชั่วโมงที่ผู้ป่วยอยู่กับญาติและการให้ความร่วมมือในการรักษา พบว่ามีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 10 ในผู้ป่วยที่ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์ต่ำ และร้อยละ 67 ในผู้ป่วยที่ให้ความร่วมมือในการรักษาที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์สูง นอกจากนี้การวิพากษ์วิจารณ์ และการมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปของบิดามารดา พบว่าบิดาที่มีการวิพากษ์วิจารณ์สูง และมารดาที่มีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไปสามารถทำนายการป่วยซ้ำได้ แต่ความอบอุ่นในครอบครัวและการพูดในทางบวกไม่สามารถทำนายการป่วยซ้ำได้

ภัทรา ธิรลภ (2530) ศึกษาเรื่อง การศึกษาสภาพผู้ป่วยจิตเภทภายหลังการรักษา ศึกษาเฉพาะกรณี : โรงพยาบาลศรีธัญญา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 212 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 160 รายและผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ จำนวน 52 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ข้อมูลเกี่ยวกับการป่วยและการรักษา ข้อมูลวัดระดับอาการทางจิตของผู้ป่วย ข้อมูลวัดระดับการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วย และข้อมูลวัดระดับบุคลิกภาพก่อนป่วยแบบ Schizoid ผลการศึกษาพบว่า เป็นเพศชายร้อยละ 68 มีอายุระหว่าง 15 - 50 ปี และในจำนวนนี้ร้อยละ 95 มีอายุต่ำกว่า 35 ปี มีสถานภาพสมรสโสดมากที่สุดร้อยละ 74.4 ร้อยละ 50 ไม่ได้เรียนหนังสือและเรียนชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 64.4 ไม่มีอาชีพ และผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 0.82 ครั้ง มากกว่าผู้ป่วยโรคจิตอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญ และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 75 รับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

สาธุพร พุดขาว (2541) ศึกษาเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภทที่มารับยาที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 118 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสัมภาษณ์ 5 ส่วน ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีความร่วมมือในการรักษาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 72 ของผู้ป่วยเคยมีประวัติมารับการรักษาไม่สม่ำเสมอ ร้อยละ 51.7 มารับการรักษาแบบเป็นครั้งคราว ในผู้ป่วยกลุ่มนี้เคยมีอาการของโรคกำเริบจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ร้อยละ 84.7 ความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยา ทักษะคิดต่อการใช้ยา และความพึงพอใจต่อบริการของพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ยา ไม่สามารถทำนายความร่วมมือในการรักษาด้วยยาของผู้ป่วยจิตเภทได้

ลีเนีย และคณะ (Lenior et al., 2000) ศึกษาเรื่องการแสดงอารมณ์ของ บิดามารดาและภาวะในครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทเด็ก กลุ่มตัวอย่าง คือบิดามารดาจาก 63 ครอบครัว จำนวน 102 คน เป็นบิดา 61 คนและมารดา 41 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลคือ แบบประเมิน Five Minutes Speech Samples (FMSS) ประกอบด้วยสเกลวัดการ วิพากษ์วิจารณ์ / ความไม่พอใจ และการมีความผูกพันทางอารมณ์มากเกินไป ผลการศึกษาพบว่า การวิพากษ์วิจารณ์ / ความไม่พอใจ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการของความตึงเครียดและความ วิตกกังวล (Tension and worrying) แต่ไม่มีผลกระทบต่อพฤติกรรมของบุตรที่ป่วยด้วยโรค จิตเภท มีเพียงความผูกพันทางอารมณ์ที่มากเกินไปเท่านั้น ที่มีความสัมพันธ์อย่างค่อยเป็นค่อย ไปกับภาวะ (Burden) และความตึงเครียดของบิดามารดา นำไปสู่การมีทัศนคติแบบวิพากษ์วิจารณ์

จากการทบทวนวรรณกรรม และศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อน ประกอบด้วย หลายสาเหตุ ควรมีแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อป้องกันการ ป่วยซ้ำที่ชัดเจน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ตามปกติ ดังนั้นผู้วิจัยในฐานะ พยาบาลจิตเวชจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงตัวแปรต่างๆที่คาดว่าจะมีผลต่อการป่วยซ้ำ หรือ ไม่ป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ตัวแปรต่างๆที่นำมาศึกษาคือ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (ประกอบด้วยตัวแปรย่อย 7 ตัวคือ การพัฒนาการรู้จัก ตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญ ปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองด้าน ร่างกาย) การรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ การรับรู้ประโยชน์ ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ การรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติในการป้องกันการป่วยซ้ำ พฤติกรรมการใช้ยา ความสัมพันธ์ในครอบครัว และการแสดงอารมณ์ของครอบครัว สามารถ แสดงเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้

กรอบแนวคิดในการวิจัย

