หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 2
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาระดับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากทฤษฎี เอกสารตำรา และรวบรวมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องต่อไปนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
    - 1.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
    - 1.2 การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
    - 1.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ
        - 1.3.1 การป้องกันการป่วยซ้ำ
        - 1.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
2. แนวคิดสุขภาวะ
    - 2.1 ความหมายสุขภาวะ
    - 2.2 องค์ประกอบสุขภาวะ
    - 2.3 การประเมินสุขภาวะ
3. การดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
    - 3.1 ลักษณะการดำรงชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
    - 3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
4. การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาวะผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

1.1 ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตอย่างรุนแรง มีความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์ ผู้ป่วยจะแสดงออกอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้แสดงออกโดยการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่เป็นจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยที่ไม่ได้มีเสียงจริง ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่ามีพฤติกรรมแยกตัว ถดถอยและมีพฤติกรรมแปลกๆ ทำให้ขาดการเอาใจใส่ตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสียไปด้วย (สุวัทนา อารีพรรค, 2524: 237)

สาเหตุของโรคจิตเภทมักมีปัจจัยหลายอย่างรวมกันในการทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น และ ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน แต่ปัจจัยที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท คือ ปัจจัยด้านชีวภาพ เกี่ยวกับ พันธุกรรม สารชีวเคมีในสมอง และกายวิภาคของสมอง ที่บางรายพบว่ามีความผิดปกติในระดับเซลล์ในสมอง และปัจจัยทางด้านจิตสังคม ที่เกิดจาก ความขัดแย้งภายในจิตใจ เมื่อบุคคลไม่สามารถจัดการตนเองหรือไม่สามารถสนองความต้องการของตนเองได้ หรือความสัมพันธ์ระหว่างมารดาและทารกที่ผิดปกติ มีการสื่อสารที่ไม่ชัดเจนในครอบครัว หรือครอบครัวที่มีพยาธิสภาพหรือมีปัญหาสุขภาพจิต ทำให้เด็กมีความเสี่ยงสูงที่จะมีปัญหาสุขภาพจิตเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

ลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก (Positive Symptoms) และ กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms) อาการด้านบวกมักพบในระยะที่มีอาการกำเริบ จะแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม อาการที่พบบ่อย คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ส่วนอาการด้านลบมักพบในระยะหลังของโรค เช่น อาการแยกตัว ไม่สนใจตนเอง (มาโนช หล่อตระกูล, 2544)

ผู้ป่วยจิตเภทสามารถวินิจฉัยจำแนกโรคจากโรคจิตอื่นๆ ตามหลักเกณฑ์ ของ Blueler Four A' s คือ มีลักษณะดังนี้

1. การเชื่อมโยงความคิดเสีย (Associative disturbance) คือ มีความคิดไม่ต่อเนื่อง ไม่เชื่อมโยง (association) พูดวกวน เปลี่ยนจากเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่งที่ไม่เกี่ยวข้องกัน (incoherent) อาจมีความคิด หรือคำพูดแปลกๆ

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

3. มีความรู้สึกสองจิตสองใจ (Ambivalence) คือ จะมีอารมณ์ทั้งทางบวกและทางลบในเวลาเดียวกัน ทำให้ลังเล ตัดสินใจไม่ได้

4. มีความคิดหมกมุ่นในเรื่องของตนเอง (Autism) คือ การสร้างเรื่องของตนเองขึ้นมาและอยู่ในโลกของตน ทำให้การติดต่อสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเสียไป

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

1. ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ สัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานแย่ลง เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัยหรือการแต่งกาย ความผิดปกติมักไม่ชัดเจนยากแก่การสังเกต โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงแสดงอาการชัดเจนขึ้น

2. ระยะแสดงอาการชัดเจน (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการของโรคจิต ส่วนใหญ่มีอาการด้านบวก คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร อารมณ์และพฤติกรรมการเคลื่อนไหว

3. ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการหรืออาจเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการไม่รุนแรงเท่าระยะแสดงอาการชัดเจน มักมีการป่วยซ้ำระหว่าง 5 ปีแรกหลังการวินิจฉัยโรคเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงที่พบก่อนการป่วยซ้ำที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล

การรักษาผู้ป่วยจิตเภทมีหลักที่สำคัญคือ การรักษาด้วยยาเพื่อลดอาการรุนแรงของโรคและการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ร่วมด้วย ปัจจุบันการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาสั้น อาจเพียงสองถึงสามสัปดาห์ ประกอบกับแนวโน้มของการรักษาต้องการให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่กับครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย ซึ่งการรักษาในผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ (American Psychiatric Association, 1994)

1. การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (antipsychotic) ที่จะช่วยลดอาการทางจิต เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน ช่วยควบคุมอาการด้านบวก ลดการป่วยซ้ำได้ ซึ่งพบว่าการป่วยซ้ำของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีปัญหามาจากการขาดยา ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการทุเลาลง ก็ยังคงรับการรักษาด้วยยาต่อไปอีกอย่างน้อย 6 เดือน แต่ขนาดลดลง จนกระทั่งอาการคงที่ เพื่อลดอัตราการอยู่โรงพยาบาลลง และป้องกันการป่วยซ้ำ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เริ่มมีอาการครั้งแรกหลังจากอาการของโรคดีขึ้นแล้วจะให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำครั้งที่ 2 จะให้ยาต่อเนื่องในระยะยาว เช่น 5 ปี หากมีการป่วยบ่อยครั้งขึ้นก็จะให้ยาต่อเนื่องไปตลอด ซึ่งยาทุกตัวส่วนมากมีผลข้างเคียงทำให้เกิดอาการอยู่ไม่นิ่ง กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง เดินตัวแข็ง น้ำหนักตัวเพิ่ม เป็นต้น

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำจำนวนหนึ่งผ่านสมองเพื่อกระตุ้นให้เกิดอาการชักแบบทั้งตัว ใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย หรือในรายที่มีอาการตัวแข็ง (catatonic) รุนแรง เช่น ซึมเฉย ไม่รับประทานอาหารหรือยา หรือเอะอะโวยวายมาก

3. การรักษาทางจิตสังคม

3.1 จิตบำบัดแบบประคับประคอง อาจเป็นการรักษาจิตบำบัดแบบรายบุคคล (individual psychotherapy) หรือจิตบำบัดแบบกลุ่ม (group psychotherapy) เพื่อประคับประคองให้กำลังใจ และดำเนินการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3.2 พฤติกรรมบำบัด เพื่อแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมโดยการให้แรงจูงใจเสริมแรงในพฤติกรรมที่เหมาะสม แนะนำแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

3.3 ครอบครัวบำบัด เป็นการให้ความรู้เรื่องโรค รวมทั้งการปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงอารมณ์ เพื่อให้การทำหน้าที่ของครอบครัวดีขึ้น

3.4 กลุ่มบำบัด เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกมีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ปัญหา ให้คำแนะนำแก่กัน เป็นการฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

3.5 นิเวศน์บำบัด เป็นการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อช่วยส่งเสริมการรักษา ประกอบด้วยการทำกิจกรรมต่างๆ การจัดสภาพแวดล้อมให้น่าอยู่ ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อส่งเสริมความเชื่อมั่นในตนเองแก่ผู้ป่วย

ลักษณะผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นผู้ป่วยทางจิตเวชที่อยู่ในระยะบำบัดระยะยาวหรือระยะหลงเหลือ (Residual phase) หรือระยะที่ผู้ป่วยอยู่ในชุมชน ซึ่งอาการประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังหลงเหลืออยู่ แต่มิได้มีผลต่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วย มีการรับรู้วันเวลา สถานที่ บุคคลได้ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว และไกลตัว สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และสิ่งแวดล้อม สามารถดูแลตนเองได้ หรือได้รับการดูแลประคับประคองสนับสนุนจากผู้อื่น สามารถโต้ตอบ แสดงความคิดเห็นหรือความรู้สึกของตนเองได้ ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนอาจมีอาการกำเริบได้เป็นครั้งคราวเมื่อมีความกดดันทางจิตใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับความถี่และระยะเวลาในการป่วย ในการศึกษาที่ผ่านมาผู้ป่วยที่ไม่มีอาการรุนแรงของโรคจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีกครั้งภายหลังจากออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้ายเป็นเวลา 18 เดือนขึ้นไปถือว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการครั้งเดียว หรือหลายครั้ง สามารถกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือเกือบปกติได้ถึงร้อยละ 57 (จารุวรรณ จินดามงคล, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการทางจิต ถึงแม้ผู้ป่วยจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองได้ และสามารถกลับคืนสู่สภาวะปกติได้บางส่วน แต่ก็ต้องได้รับการรักษาหรือรับประทานยาทางจิตอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งได้รับการผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยาและการรักษาด้านจิตสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เหมาะสม และฝึกทักษะในการอยู่ร่วมกับสังคมภายนอก ที่จะส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีการป่วยซ้ำและสามารถอยู่ในสังคมได้เป็นเวลานาน

ดังนั้นการฝึกทักษะให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ในสังคมด้วยดี ลดการป่วยซ้ำจึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช รวมทั้งบุคลากรอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ในการสร้างพฤติกรรมการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมให้กับผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขโดยไม่ป่วยซ้ำ และยังเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาลงด้วย

1.2 การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้มากที่สุด และมีการป่วยซ้ำสูง จากสถิติกรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและสังคมโดยรวมดังได้กล่าวมาแล้ว การป่วยซ้ำนั้นมีความหมาย และปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

การป่วยซ้ำ (Relapse) หมายถึง การกลับมาเจ็บป่วยด้วยโรคที่เคยป่วย (Scott, 1986: 1227)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่บุคคลหายจากโรคที่เป็นอยู่ แต่กลับมีอาการแสดงของโรคอีก จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ซึ่งในเชิงการเจ็บป่วยด้วยโรคจิต หมายถึง การมีอาการแสดงของโรคจิตอีกจนแพทย์ต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล (ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร, 2533)

การป่วยซ้ำ เป็นกระบวนการที่แสดงถึงการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ และพฤติกรรมที่เกิดขึ้น มีลักษณะที่ชัดเจน ไม่เปลี่ยนแปลงในแต่ละบุคคล (O' Connor, W.F, 2000)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษา จนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วมีอาการแย่ลงอีก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้สูญเสียความสามารถในการดูแลตนเองจนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

สรุปได้ว่า การป่วยซ้ำ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ พฤติกรรม ความสามารถของผู้ป่วยจิตเภทที่ทำให้มีอาการทางจิตเกิดขึ้นอีกครั้ง หลังจากอาการนั้นดีขึ้นแล้ว จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก ซึ่งอาการแสดงของแต่ละคนจะแตกต่างกันไป

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยที่มีอาการคงที่ ต้องประสบกับสิ่งที่ทำให้เกิดความเครียดหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิด และตัวผู้ป่วยไม่มีความเข้มแข็ง หรือขาดทักษะในการเผชิญความเครียดที่ดี และขาดการสนับสนุนจากครอบครัว สังคมและการติดตามรักษา จะทำให้ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำขึ้นได้ (Marvin & Stephen, 2002)

ปัจจัยที่มีผลต่อการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย สิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยที่ก่อให้เกิดความเครียด การเปลี่ยนแปลงการรักษา การใช้ยาหรือสารเสพติด และอาการข้างเคียงจากการรักษาด้วยยา (Marvin & Stephen, 2002) นอกจากนี้ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย ปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมและอารมณ์ (Videbeck, 2001) นอกจากนี้ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ เหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด สัมพันธภาพในครอบครัว ก็ส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท (ดวงตา อุทุมพฤกษ์พร, 2533)

อาการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทที่มักมีอาการเตือนให้รู้ ที่พบได้บ่อยคือ อาการนอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางกาย เช่นปวดศีรษะ มีอาการ

แยกตัว (Johnson, 1993) การป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การรับรู้ ที่มีลักษณะเฉพาะในแต่ละบุคคล (O' Connor, W.F, 2000)

การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท จนต้องรักษาในโรงพยาบาลทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น ก่อให้เกิดผลกระทบขึ้นมากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว ชุมชน ดังนี้

1 ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ในด้านตัวผู้ป่วยการป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยเกิดปมด้อยในตนเอง และรู้สึกว่าตนเองไม่คุณค่า (ภัทรา ถิรลาภ, 2530) การป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างถาวร ซึ่งการป่วยซ้ำทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และถ้าการป่วยซ้ำบ่อยครั้งขึ้น โอกาสที่จะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพที่ถาวรก็จะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

2. ผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน เนื่องจากครอบครัวนั้นเป็นระบบที่มีความสัมพันธ์กันลึกซึ้ง ถ้ามีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยย่อมมีผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ ในครอบครัวที่มีสมาชิกป่วยด้วยทางจิตเรื้อรัง ต้องรักษาเป็นเวลานาน ย่อมมีผลกระทบต่อบุคคลอื่นในครอบครัว ทำให้สมาชิกรู้สึกเป็นภาระที่จะต้องดูแลผู้ป่วย ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และความอิสระของสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วย จากความวิตกกังวลในอาการของผู้ป่วย ก่อให้เกิดความตึงเครียดในครอบครัวมากขึ้น ส่งผลต่อความสัมพันธ์ภายในครอบครัว (เพชรี คันธสายบัว, 2544) และการป่วยซ้ำยังเป็นภาระที่จะต้องสูญเสียงบประมาณของโรงพยาบาลในการบำบัดรักษา ฟื้นฟูผู้ป่วย

1.3 การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

1.3.1 การป้องกันการป่วยซ้ำ

เนื่องจากการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามากระตุ้น ทำให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเอง และครอบครัว จึงต้องมีแนวทางในการป้องกันเพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทลง ซึ่งสามารถป้องกันได้ใน 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนการมารักษาซ้ำ เป็นระยะของการป้องกันผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

1.1 สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ในขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์

1.2 สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายกลุ่ม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วย

1.3 การให้สุขภาพจิตแบบมวลชน เช่น การใช้เสียงตามสาย

หอสมุดกลาง สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

2. ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการป้องกันโดยการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ภายหลังการประเมินปัญหาและสาเหตุของการป่วยซ้ำอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการมารักษาซ้ำอีก และการให้คำปรึกษากับครอบครัว หรือการทำครอบครัวบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว

3. ระยะกลับสู่ชุมชน เป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม เตรียมความพร้อมด้านการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน และการฝึกงาน มีการติดตามดูแลด้านสุขภาพจิตและการรักษาด้วยยา การหาสิ่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อน และชุมชนของผู้ป่วย (Marvin & Stephen, 2002)

Marlatt & Gordon (1985 cited in Sundel and Sundel, 1999) ได้พัฒนารูปแบบของการป้องกันการป่วยซ้ำไว้ดังนี้

1. การแยกแยะสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการป่วยซ้ำ

2. พัฒนาทักษะในการเผชิญความเครียด หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด

3. ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาทั้งในด้านความคิดและประสบการณ์จริง

4. พัฒนาแบบแผนในการเผชิญกับความล้มเหลว โดยการสนับสนุนทางสังคมด้วยการให้แรงเสริมทางบวก

1.3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

การปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นการกระทำเพื่อรับผิดชอบดูแลผู้รับบริการให้ดำรงรักษา สุขภาวะที่ดี และป้องกันการเจ็บป่วย แนะนำให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาวะ และให้การดูแลให้ได้รับยาตามการรักษาของแพทย์ (Johnson, 1991) เป็นการมุ่งเน้นที่การพิจารณาและจัดการกับสาเหตุของปัญหามากกว่าการควบคุมอาการ เนื่องจากประสิทธิภาพของการพยาบาลมิใช่การที่สามารถลดอาการความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่หมายถึงความสามารถในการดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ซึ่งเป็นการปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้พฤติกรรม อารมณ์ จากประสบการณ์ตรง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเรียนรู้นั้นไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เช่น การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน การเห็นผลการปฏิบัติของตน การเลียนแบบ การได้ยิน การได้รับข้อมูลย้อนกลับ เป็นต้น (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539)

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะต้องใช้กระบวนการพยาบาล โดยการรวบรวมข้อมูลด้านต่างๆ เช่น ข้อมูลด้านสุขภาพทั่วไป ข้อมูลด้านความคิด การรับรู้ ข้อมูลด้านบทบาทและสัมพันธภาพ อันจะเป็นแนวทางในการวินิจฉัยการพยาบาล และกำหนดการพยาบาล

เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541) ซึ่งจะต้องมีการกำหนดเป้าหมายในการปฏิบัติการพยาบาล ให้มีความสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ในการรักษาสุขภาวะไว้ให้ดีที่สุด เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคมและดำรงชีวิตต่อไปอย่างมีความสุข โดยมีการใช้หลักการผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชน ในการพึ่งตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เน้นการพัฒนาและการส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งที่การดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต สนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถปรับตัว และดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดี (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543: 248) สอดคล้องกับหลักนโยบายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพของประชาชน ครอบครัว ชุมชน อย่างยั่งยืน

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เกิดการป่วยซ้ำและอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนได้ เป็นการแสดงถึงการมีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของผู้ป่วย แต่สุขภาวะเป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง มีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ประกอบกับโรคจิตเภทนั้นมีความซับซ้อน เกี่ยวข้องกับหลายปัจจัยที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำได้ การปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจึงต้องทำความเข้าใจในหลักการและปัจจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นสุข มีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพของผู้ป่วยโดยพิจารณาจากสุขภาวะ ข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือการทำหน้าที่ ความเข้มแข็งหรือศักยภาพในการดูแลตนเองที่มีอยู่ ปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยมีอยู่ เพื่อนำไปสู่การวิเคราะห์กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล เป้าหมายการพยาบาล ที่ช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลนั้นเป็นจริงได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2539)

ดังนั้นพยาบาลที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการแบบผสมผสานในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในด้านการรักษา ป้องกัน ส่งเสริม และฟื้นฟูสุขภาพ จึงต้องให้การพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะที่ดี และสามารถปฏิบัติกิจกรรมร่วมกับครอบครัว ให้อยู่ร่วมกันในสังคมได้ยาวนาน และป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนี้

1. ประเมินความเข้มแข็งหรือศักยภาพในการดูแลตนเองที่มีอยู่ ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลสุขภาวะ ข้อจำกัดในการดูแลตนเองหรือการทำหน้าที่ รวมทั้งแหล่งสนับสนุนที่ผู้ป่วยมีอยู่ เพื่อนำไปสู่การพยาบาลในการป้องกันการป่วยซ้ำได้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว

2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการพึ่งตนเอง ด้วยการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การมารับการรักษาอย่างต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

3. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ การสังเกตอาการของผู้ป่วย และสังเกตอาการนำก่อนที่จะมีอาการทางจิตที่รุนแรงเกิดขึ้น เช่น การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ หรือมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น

4. ฝึกทักษะทางสังคม เพื่อพัฒนาทักษะทางความคิดและพฤติกรรมของผู้ป่วยในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม

5. เป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเมื่อเกิดปัญหา และหาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อช่วยให้มีแหล่งช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาอื่นเมื่อเกิดปัญหาขึ้น

การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทให้มีสุขภาวะที่ดี ป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นการปรับเปลี่ยนไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีตามศักยภาพ และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้ และเป็นการสนับสนุนให้การบำบัดด้วยยามีประสิทธิภาพมากขึ้น ประเด็นสำคัญอยู่ที่การยอมรับและความร่วมมือในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวเป็นหลัก ซึ่งจะส่งผลให้การพยาบาลนั้นบรรลุตามเป้าหมายได้มากขึ้น

2. แนวคิดสุขภาวะ

สุขภาวะ มีความสำคัญและเป็นสิ่งที่พึงปรารถนาของทุกคน เนื่องจากมนุษย์ทุกคนย่อมต้องการความสุข ความสำเร็จในชีวิต ซึ่งสุขภาวะนั้นมีความเกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิตที่มีความสุข ดังจะกล่าวถึงรายละเอียด ต่อไปนี้

2.1 ความหมายสุขภาวะ

จากการศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพ ซึ่งเป็นมโนทัศน์ด้านนามธรรมที่มีหลายมิติ การให้ความหมายสุขภาพจึงเป็นสิ่งยาก ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคลเพราะแต่ละบุคคลจะให้ความหมายตามค่านิยมของตน (Potter & Perry, 1987: 30) ความหมายและการอธิบายเกี่ยวกับสุขภาพจึงมีหลายความคิดเห็น ซึ่งอาจแตกต่างกันไป

คำว่า สุขภาพ มาจากภาษาอังกฤษว่า Health ที่มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า hoelth ที่แปลว่า ความปลอดภัย (safe) ไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมด (whole) ในพจนานุกรมออกซ์ฟอร์ด จึงให้ความหมายของ สุขภาพ (health) ว่า หมายถึง ความไม่มีโรคทั้งร่างกายและจิตใจ (วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์, 2541: 2) ซึ่งองค์การอนามัยโลกได้ให้นิยามของสุขภาพว่า เป็นสภาวะสุขสมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคม ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคและความพิการเท่านั้น

(WHO,1947 cited in Edlin & Kelli, 1999: 4) ต่อมาได้ปรับนิยามสุขภาพให้ครอบคลุมในด้านจิตวิญญาณ สะท้อนให้เห็นถึงการให้ความสำคัญของมิติทางจิตวิญญาณมากขึ้น และมองสุขภาพว่ามีลักษณะที่เป็นพลวัตและไม่หยุดนิ่ง (WHO,1998 อ้างใน วิพุธ พูลเจริญ, 2544: 207) แสดงถึงการมองบุคคลในลักษณะองค์รวม เป็นหนึ่งเดียวมากกว่ามองแบบแยกส่วน และมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้มีผู้ให้นิยามสุขภาพที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลกไว้มากมาย และได้มีการปรับปรุงให้มีความชัดเจนครอบคลุมมากขึ้นเรื่อยๆ พอสรุปได้ดังนี้

Treris (1975 cited in Seperstein & Frazier, 1980: 80) ให้ความหมายของสุขภาพว่าเป็นสภาวะของร่างกาย จิตใจ และความผาสุกทางสังคม ตลอดจนความสามารถที่จะกระทำบทบาทหน้าที่ มิใช่หมายถึงการปราศจากความเจ็บป่วยหรือความพิการเท่านั้น

Pender (1987: 27,33) กล่าวว่าสุขภาพ หมายถึง ความพึงพอใจในศักยภาพที่มีตามธรรมชาติ และที่ได้มาจากการมีพฤติกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของบุคคล สามารถดูแลตนเองและมีความสัมพันธ์กับคนอื่นได้ดี ซึ่งประเมินได้จากการคงไว้ซึ่งสภาวะที่สมบูรณ์ของโครงสร้าง และความกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อม และได้สรุปความหมายของสุขภาพ 4 ลักษณะ ดังนี้ 1) เป็นกระบวนการหรือสภาวะทางร่างกาย เช่นการปราศจากโรค 2) เป็นสภาวะด้านจิตใจที่ปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ อารมณ์ 3) เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ การปรับบทบาททางสังคมอย่างเหมาะสม มีประสิทธิภาพ 4) เป็นกระบวนการที่เป็นผลรวมของคนทั้งคน เช่น ความพึงพอใจในศักยภาพของบุคคล

Murry & Zentner (1989: 6) ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นภาวะความผาสุกของบุคคลที่สามารถปรับตัวทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม ในการตอบสนองต่อสิ่งเร้าภายในและภายนอกเพื่อคงเสถียรภาพและความสุขสบาย เพื่อบรรลุวัตถุประสงค์ของบุคคลและเป้าหมายทางวัฒนธรรม

Roy & Andrew (1991) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะและกระบวนการของการดำรงชีวิตของบุคคลในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา อย่างเป็นองค์รวม เป็นการตอบสนองด้วยการปรับตัวที่เกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างมนุษย์กับสิ่งแวดล้อม

Orem (2001: 20) กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งทางร่างกาย จิต สังคม และสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง คนที่มีสุขภาพดี หมายถึง คนที่มีร่างกายแข็งแรง มีชีวิตชีวา ปราศจากอาการแสดงของโรค สามารถปฏิบัติหน้าที่ของตนได้เต็มศักยภาพ

ในภาษาไทย คำว่า สุขภาพ มีความหมายว่า สุขภาวะและความสุข (จรัส สุวรรณเวลา, 2543: 33) ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของ สุขภาพ ที่สอดคล้องกับองค์การอนามัยโลก ในลักษณะวิถีชีวิตคนไทย ดังเช่นแนวคิดของ ทัศนา บุญทอง (2542) ที่กล่าวว่าสุขภาพ หรือ สุขภาวะ หมายถึง ภาวะที่เป็นสุขทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม ทางจิตวิญญาณ เช่นเดียวกับ ประเวศ วะสี (2543:

20) ที่กล่าวว่า สุขภาพ หมายถึง ความเป็นหนึ่งเดียวกันและความสมดุลเกิดจากความถูกต้องทั้งหมดของทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

วิพุธ พูลเจริญ (2544: 2) กล่าวว่า สุขภาวะ เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีดุลยภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาวะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

จากแนวคิดดังกล่าวจะเห็นว่า สุขภาพ เป็นทั้งสภาวะ (state) และกระบวนการ (process) ของบุคคล ซึ่งการให้นิยามสุขภาพที่แตกต่างกันนี้จะนำไปสู่เป้าหมายและวิธีการกระทำเพื่อสุขภาวะที่แตกต่างกัน (Smith, 1983: 31) ดังนั้นการนิยามสุขภาพว่า เป็นสภาวะนั้นเป็นการประเมินจากผลการปฏิบัติต่อสุขภาพที่เกิดขึ้น โดยให้ความสำคัญกับการป่วยหรือไม่ป่วย เช่น การวัดความดันเลือด ขนาดของร่างกาย ซึ่งเป็นสิ่งที่คงที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ยาก หรือต้องใช้เวลานานในการเปลี่ยนแปลง ส่วนการนิยามสุขภาพว่า เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรม จะเป็นการกำหนดเป้าหมายที่การประเมินพฤติกรรมหรือการกระทำ เพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมที่ดี หรือปรับปรุงแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่ถูกต้อง หรือ พฤติกรรมเสี่ยงให้ดีขึ้น โดยเฉพาะนักทฤษฎีทางการพยาบาลที่นิยาม สุขภาพ ว่าเป็นกระบวนการของบุคคลที่เป็นองค์รวม และมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากการพยาบาลนั้นเป็นกิจกรรมที่มุ่งการจัดการกับพฤติกรรมของผู้รับบริการให้มีความถูกต้องเหมาะสม เลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อให้ผู้รับบริการมีความผาสุกตามศักยภาพ อันเป็นเป้าหมายสำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล (Yura & Walsh, 1978)

ส่วนใหญ่ให้นิยามสุขภาพว่า เป็นความสมบูรณ์ คือ ไม่มีการเจ็บป่วยหรือความบกพร่องอันจะก่อให้เกิดการมีสุขภาพดี มีความสุข ในลักษณะที่เป็นองค์รวม และมองสุขภาพในเชิงบวก ซึ่งในประเทศไทยใช้คำว่า สุขภาวะ ในความหมายเช่นเดียวกับ สุขภาพ บ่งบอกถึงการให้ความสำคัญของการมีสุขภาพดีและมีความสุข เช่นเดียวกับ พจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ (2530:540) ที่ให้ความหมาย สุขภาพว่า หมายถึง ความสุขปราศจากโรค ความสบาย ความมีอนามัยดี ดังนั้นผู้ที่ไม่มีการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติใดๆ จึงเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี มีความสุข ซึ่งแตกต่างจากแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ ที่ให้ความสำคัญกับทุกคนอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกันในการบรรลุถึงสุขภาวะได้ ไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วย คนพิการ หรือแม้แต่ผู้ที่บกพร่องทางกายหรือทางจิต สอดคล้องกับพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2545 ที่กล่าวว่าคนไทยทุกคนมีสิทธิเท่าเทียมกันในการได้รับการสร้างเสริมและคุ้มครองสุขภาวะ ทั้งนี้ทุกคนมีศักยภาพที่จะบรรลุถึงจุดมุ่งหมายสูงสุดของตนได้ เช่น คนที่เจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการอาจทำหน้าที่ของตนได้เต็ม

ความสามารถที่มีอยู่ นั่นคือเขามีความเป็นอยู่ที่ดี แต่ในทางตรงกันข้ามคนที่ปราศจากความเจ็บป่วยอาจทำหน้าที่ได้ในระดับต่ำกว่าศักยภาพของตน (Hunsberger, 1989: 379)

จากแนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ที่ให้ความสำคัญกับทุกคนในการบรรลุถึงสุขภาวะและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อม วิถีชีวิตของคนไทย รวมทั้งมองสุขภาวะเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งสามารถประเมินพฤติกรรมของบุคคลที่เป็นอยู่ได้ อันจะเป็นข้อมูลที่นำไปสู่การพยาบาลเพื่อส่งเสริมหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้ถูกต้องเหมาะสม ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดดังกล่าวในการวิจัย โดยใช้คำว่า สุขภาวะ (Healthy) เพื่อศึกษาระดับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งจะเป็นแนวทางในการสร้างเสริมสุขภาวะต่อไป นั่นคือ สุขภาวะ หมายถึง ความสามารถของร่างกายผู้ป่วยจิตเภท การทำกิจกรรม รวมทั้งความคิด ความรู้สึก ตามการรับรู้ของ ผู้ป่วยที่เป็นอยู่ และแสดงออกอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน เพื่อตอบสนองความต้องการมีสุขภาพดีใน 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

2.2 องค์ประกอบสุขภาวะ

จากการทบทวนแนวคิดสุขภาวะมีผู้กล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาวะไว้ใกล้เคียงกัน คือ ประกอบด้วยมิติ ด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ดังเช่น Orem (2001: 20) กล่าวว่า สุขภาพหมายถึง ภาวะที่มีความสมบูรณ์ไม่บกพร่องทั้งทางร่างกาย จิต สังคม ส่วน Treris (1975 cited in Seperstein & Frazier, 1980: 80) กล่าวถึงองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม และมีหลายแนวคิดที่กล่าวถึงองค์ประกอบของสุขภาพหรือสุขภาวะในมิติด้านอื่นด้วย ดังเช่นแนวคิดของ Pruitt and Jane (1994:4) กล่าวถึงองค์ประกอบสุขภาวะใน 4 มิติ คือด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม เช่นเดียวกับ Murry & Zentner (1989: 6) ที่กล่าวถึงองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม ซึ่งต่อมาได้มีการให้ความสำคัญกับมิติด้านจิตวิญญาณมากขึ้น ดังที่องค์การอนามัยโลกได้ให้เพิ่มนิยามของสุขภาพด้านจิตวิญญาณขึ้นมา รวมทั้งในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีความครอบคลุมในมิติด้าน ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งสามารถสรุปรายละเอียดแต่ละมิติได้ว่า

ด้านร่างกาย คือ การมีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ไม่พิการ ประเมินได้จากลักษณะและขนาดร่างกาย การรับรู้สัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย เช่น พลังของกล้ามเนื้อ ความจุปอด เป็นต้น สมรรถนะในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย สมรรถนะในการดำเนินกิจการการงาน

ด้านจิตใจ คือ การปราศจากความผิดปกติของการรู้คิด จิตใจ และอารมณ์ มีอารมณ์ที่สมดุล มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับความเครียด และเผชิญกับความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมได้ มีความมั่นใจในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง รู้จักตนเอง

ด้านสังคม คือ สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ และปรับตัวด้านบทบาททางสังคมหรือการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดประโยชน์กับชีวิต มีสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ราบรื่น

ด้านจิตวิญญาณ คือ การบรรลุถึงจุดสูงสุดในชีวิต การพ้นทุกข์ ความสงบ มีความต้องการที่พอเพียง รักในสันติภาพ เคารพต่อชีวิตทุกชีวิต และแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิตได้

จากองค์ประกอบสุขภาวะดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ในการตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในการวิจัยครั้งนี้ จึงใช้แนวคิดของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ในการศึกษาสุขภาวะ ซึ่งมีลักษณะเป็นกระบวนการที่สามารถประเมินได้จาก ความคิด ความรู้สึก การทำกิจกรรมตามการรับรู้ของบุคคล ที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ เพื่อตอบสนองความต้องการมีขภาพดี ดำรงชีวิตอยู่อย่างมีความสุขใน 4 มิติ คือสุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ซึ่งแนวคิดของวิพุธ พูลเจริญ มีแนวคิดพื้นฐานมาจากแนวคิดของ Donatelle & Davis (1998) ที่กล่าวถึงรายละเอียดของมิติด้านสุขภาวะทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ จึงใช้แนวคิดดังกล่าวในการอธิบายมิติดังกล่าว ยกเว้นมิติทางกายที่ไม่ได้กล่าวถึงรายละเอียดไว้ ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเพื่อสรุปใช้ในการวิจัย ดังนี้

1. **สุขภาวะทางกาย**

สภาพทางร่างกายมนุษย์เป็นเครื่องชี้วัดที่เห็นได้ชัดเจนและง่ายกว่าสุขภาวะในมิติอื่นๆ ซึ่ง วิพุธ พูลเจริญกล่าวว่าสุขภาวะทางกายนั้นพิจารณาได้จากลักษณะและขนาดร่างกาย สมรรถนะการรับรู้จากสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินกิจการงาน แต่แนวคิดสุขภาวะของ วิพุธ พูลเจริญ นั้นเน้นศักยภาพของทุกคนในการบรรลุสุขภาวะแม้แต่ผู้ที่มีการเจ็บป่วยไม่ว่าทางกายหรือทางใจ ซึ่งวัดและประเมินสุขภาวะเชิงบวก การวิจัยครั้งนี้จึงไม่ประเมินการเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย และสมรรถนะในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และจากการทบทวนแนวคิดด้านสมรรถนะกำลังกายหรือความสามารถทางกาย และสมรรถนะในการดำเนินภารกิจการงานหรือการทำหน้าที่ของร่างกาย มักจะวัดจากกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวันที่เป็นกระบวนการที่ช่วยฟื้นฟูร่างกายได้อย่างอิสระและง่ายขึ้น รวมทั้งเป็นการประเมินศักยภาพในการฟื้นตัวคืนสู่สภาพเดิมของร่ายกาย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537; Stanly & Beare, 1999) ส่วนลักษณะและขนาดร่างกายนั้นเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายที่ปรากฏให้เห็นชัดเจนที่ประเมินได้จากการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ที่จะช่วยบอกภาวะอ้วนหรือผอม (ดำรง กิจกุศล, 2536) การวิจัยครั้งนี้ประเมินสุขภาวะจากกระบวนการหรือการกระทำที่สามารถแปลี่ยนแปลงให้ดีขึ้นได้ จึงวัด

ลักษณะและขนาดร่างกายซึ่งเป็นผลลัพธ์จากการดูแลสุขภาวะ จากการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลต่อลักษณะและขนาดร่างกาย ได้จากการรับประทานอาหาร หรือการออกกำลังกาย

ดังนั้นสุขภาวะทางกายในการวิจัยครั้งนี้จึงประเมินได้จาก ความคิด ความรู้สึกเกี่ยวกับลักษณะและขนาดร่างกายตามการรับรู้ของบุคคล ความสามารถในการรับรู้จากสัมผัสทางกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน เนื่องจากไม่มีรายละเอียดที่กล่าวไว้ จึงรวบรวมแนวความคิดที่เกี่ยวข้องมาใช้อธิบาย ดังนี้

1.1 การรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย การรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย หรือการรับความรู้สึกของร่างกาย ต้องอาศัยองค์ประกอบสำคัญ คือต้องมีสิ่งเร้า และมีหน่วยรับความรู้สึกที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกจากการกระตุ้นเข้าสู่ศูนย์กลางรับความรู้สึกในสมอง ซึ่งอาจจะเป็นเซลล์หรืออวัยวะก็ได้ ทำหน้าที่โดยเฉพาะ เช่น ตารับรู้การกระตุ้นจากแสง หูรับความรู้สึกที่เป็นคลื่นเสียง ลิ้นรับรส จมูกรับสัมผัสกลิ่น รวมทั้งอวัยวะรับความรู้สึกบนผิวหนัง ซึ่งเป็นส่วนรับความรู้สึกที่สำคัญ โดยที่อวัยวะภายในผิวหนังจะมีอวัยวะรับความรู้สึกที่ไวต่อความกดดัน หรือความรู้สึกสัมผัส ได้แก่ ความรู้สึกเจ็บปวด ความรู้สึกร้อน เย็น (ราตรี สุดทรวง, 2545)

ประสาทสัมผัสทางกายมีผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และส่งผลต่อการดำเนินชีวิตของบุคคล ผู้ที่มีการรับรู้ประสาทสัมผัสได้ดี ทำให้สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีความสุข ช่วยให้เกิดความปลอดภัย และส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของบุคคล (Stanly & Beare, 1999)

สรุปว่า การรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย คือ ความคิด ความรู้สึก ตามการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับการทำงานของอวัยวะรับสัมผัสทางตา หู จมูก ลิ้น กาย ต่อสิ่งแวดล้อมหรือสิ่งเร้าที่มากระตุ้นได้ถูกต้อง ชัดเจนตามความเป็นจริง ประเมินได้จากความสามารถในการมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รับรส และสัมผัสทางกาย ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อการมีสุขภาวะได้ดีขึ้น

1.2 การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย Donatelle & Davis (1998) กล่าวว่า การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกายเป็นความไวต่อการป่วยเป็นโรคและความผิดปกติที่ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่สุขสบาย ซึ่งการเจ็บป่วยทางกายนั้นทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรม ทำให้ความสามารถในการทำกิจกรรมลดน้อยลง (Pender, 1996) ผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเจ็บป่วยหรือมีความผิดปกติทางร่างกายย่อมส่งผลกระทบต่อความสามารถในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ และส่งผลต่อสภาพจิตใจและสุขภาวะของผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบายจากอาการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ที่ส่งผลทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

1.3**ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต** ความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต แสดงถึงความสามารถทางร่างกายในการปฏิบัติหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลในกิจกรรมประจำวันเพื่อการมีสุขภาวะทางกาย ซึ่งประกอบด้วย การอาบน้ำ การเดินหรือการเคลื่อนไหว การรับประทานอาหาร การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537: 21)

สรุปว่า ความสามารถในการดำเนินกิจกรรมประจำวัน คือ ความคิด ความรู้สึก การรับรู้สถานะหรือความสามารถของร่างกายในการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกายของบุคคลในชีวิตประจำวันได้ด้วยดีและมีประสิทธิภาพตามความสามารถที่มี ส่งผลให้มีสุขภาวะทางกายที่ดี มีความแข็งแรงของร่างกาย ได้แก่ การทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับ การทำงานบ้าน

2. สุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิตเป็นการอธิบายถึงความคิดที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ในการให้เหตุผล แปลความ และจดจำเหตุการณ์ต่างๆ ที่มีลักษณะเฉพาะ ด้วยความรู้สึก การรับรู้ และการประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น รวมทั้งมีการแก้ปัญหา จากแนวคิดของวิพุธ พูลเจริญ กล่าวว่าการมีสุขภาวะทางจิตนั้นประเมินได้จากเชาว์ปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อ ความมั่นใจในตนเอง และการมองเห็นคุณค่าของตนเอง ซึ่งค่านิยม ทัศนคติ และความเชื่อของบุคคล ครอบครัว และสัมพันธภาพ รวมทั้งชีวิตโดยปกติ เป็นส่วนหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงสุขภาวะทางทางจิต และมีความสำคัญในการเชื่อมต่อระหว่างสุขภาวะทางกายและจิตวิญญาณ จากค่านิยม ทัศนคติ ความเชื่อของบุคคล ซึ่ง Donatelle & Davis (1998) ได้กล่าวถึงรายละเอียดของสุขภาวะทางจิตไว้ดังนี้

2.1 **การเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง** การแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์หรือเชาว์ปัญญานั้น Donatelle & Davis (1998) กล่าวว่า เป็นความสามารถของบุคคลในการเรียนรู้ การแสวงหาความรู้ และการพัฒนาจากประสบการณ์และการเจริญเติบโตเพื่อการตัดสินใจใช้ประโยชน์ทางสติปัญญา ความรู้ ความคิดในการแก้ปัญหาและดูแลสุขภาวะตนเอง

สรุปว่า การเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลในการแสวงหาความรู้จากประสบการณ์ และแหล่งความรู้ต่างๆและนำความรู้ที่ได้รับไปใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาวะของตนเอง

2.2 **การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ** Donatelle & Davis (1998) กล่าวว่า การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ หมายถึง ความคิดในปัจจุบัน ที่สามารถให้เหตุผล แปลความ และจดจำจากสิ่งที่ได้รับรู้ รู้สึก และประเมินสิ่งที่เกิดขึ้น เพื่อ

แก้ปัญหาหรือเหตุการณ์ที่สับสน ไม่แน่นอน ผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตจะสามารถตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดได้อย่างมั่นคงและเหมาะสม ตอบสนองต่อเหตุการณ์ที่ไม่คาดหวังได้ในทางบวก คือไม่รู้สึกกลัว รัก โกรธ หรือวิตกกังวลมากเกินไป รู้และเข้าใจสาเหตุ อาการของความเครียด และวิตกกังวลในชีวิต และต่อสู้ฟันฝ่าเพื่อหลีกเลี่ยงความคิดที่ไม่สมเหตุสมผลโดยไม่จำเป็น ได้แก่ ความก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร หรือการกล่าวโทษผู้อื่น ยอมรับในการเปลี่ยนแปลงที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีผลต่อสุขภาวะทางสังคมตามมา

สรุปได้ว่า การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การทำกิจกรรมตามการรับรู้ของบุคคล ในการแสดงความรู้สึกหรือแก้ปัญหา ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น หลีกเลี่ยงความคิดหรือพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2.3 **ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง** Donatelle & Davis (1998) กล่าวว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) อาจใช้ คำว่า ความมั่นใจในตนเอง (self-confidence) แทนกันได้ ซึ่งมีความหมายว่า ความรู้สึกยอมรับนับถือตน มีความเชื่อมั่นในตน การมองตนเองหรือให้คุณค่ากับตนเองมากเพียงใด ผู้ที่เห็นคุณค่าของตนเองสูงจะมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง และมีการมองชีวิตในเชิงบวก สามารถประมาณความสามารถตนได้ มีการคงไว้ซึ่งการนับถือตนเอง และยอมรับข้อบกพร่องของตน

การมีคุณค่าของบุคคล เป็นผลมาจากสัมพันธภาพที่มีต่อบุคคลในครอบครัว พ่อแม่ เพื่อน หรือบุคคลใกล้ชิด หรือแม้แต่ผู้ที่ผ่านเข้ามาในชีวิต ที่เกิดขึ้นจากการได้รับความรักและการสนับสนุนจากครอบครัวที่ได้รับตั้งแต่กำเนิดและติดตามมาจนถึงเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ เป็นแหล่งที่จะช่วยให้สามารถแก้ปัญหาได้สำเร็จ การสร้างและรักษาความมีคุณค่าของตนเองจึงทำได้โดย 1) การหาแหล่งสนับสนุนทางสังคม ที่จะช่วยรักษาความมีคุณค่าของบุคคลไว้ได้ ทำให้มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เป็นแรงผลักดันให้เลือกทำในสิ่งที่ดี และพยายามสนับสนุนผู้อื่นซึ่งจะช่วยสร้างความมีคุณค่าทั้งต่อตนเองและผู้อื่นด้วย 2) การสร้างความหวังที่เป็นจริงได้ เพื่อให้เกิดความพยายามในการกระทำให้สำเร็จตามที่ตั้งความหวังไว้ก็สามารถสร้างความมีคุณค่าในตนได้ 3) ใช้เวลาในการดำเนินชีวิตอย่างสนุกสนาน เช่น การเข้าร่วมกิจกรรม การแสดงออกอย่างเหมาะสม ซึ่งช่วยพัฒนาทักษะทางสังคมทำให้เกิดความมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น 4) การรักษาสุขภาวะร่างกายให้แข็งแรงจากการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีคุณค่า การมีร่างกายที่แข็งแรงจึงสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ทำให้เกิดความมีคุณค่าในตนเอง 5) การมองโลกในแง่ดี โดยการคิดเชิงบวก ได้แก่ ไม่เก็บความคิดความรู้สึกที่ไม่ดีไว้คนเดียว ไม่เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น ให้เวลาในการคิดทำสิ่งที่ดีแก่ตัวเองก่อนเริ่มทำสิ่งใหม่ ให้เวลากับเพื่อนที่รู้ใจและคิดในแง่ดีกับตนเอง

สรุปได้ว่า ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด ความรู้สึก ตามการรับรู้ของบุคคลในการประเมินว่าตนเองเป็นคนมีความสามารถ มีความนับถือตนและยอมรับข้อบกพร่อง

ของตน สามารถประมาณความสามารถของตนเองได้ ผู้ที่มีความรู้สึกมีคุณค่าในตนสูงจะเกิดแรงจูงใจในการป้องกันความเจ็บป่วย จากการเห็นคุณค่าของการมีสุขภาวะดี เชื่อมั่นในอำนาจและการกระทำของตนว่าจะเกิดผลตามที่ต้องการในการดำรงรักษาสุขภาวะของตนไว้ ซึ่งสามารถสร้างและรักษาไว้ได้ด้วยตนเองจากการคิดในแง่ดีกับตนเอง ไม่เปรียบเทียบกับผู้อื่น ให้เวลาในการคิดทำสิ่งที่ดีกับตนเอง การสร้างความหวัง และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ซึ่งจะทำให้มีสุขภาวะทางจิตมากขึ้น

3. **สุขภาวะทางสังคม**

ผู้มีสุขภาวะทางสังคมที่ดีมีความครอบคลุมถึงความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น และการปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคมและพฤติกรรมประจำวันได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ซึ่ง Donatelle and Davis (1998) ให้รายละเอียดไว้ดังนี้

ความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น สะท้อนให้เห็นถึงการตอบสนองต่อบุคคลอื่นรอบๆ ตัวที่เกี่ยวข้องกับการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นและความสามารถในการปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม ในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสนิท หรือคนที่เกี่ยวข้องได้ สามารถรับฟังหรือแสดงออกในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อแสดงถึงการยอมรับและตอบสนอง หรือค้นหาสิ่งที่ดีและเหมาะสมสำหรับตนเองในสังคม ในการบรรลุและคงไว้ซึ่งสุขภาวะทางสังคมประกอบด้วย

3.1 **การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม** ซึ่งเป็นความผูกพันกันทางสังคม หรือการเชื่อมโยงทางสังคม ซึ่งการติดต่อกับผู้อื่นจะช่วยควบคุมความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพและกลับสู่สภาพเดิมได้เมื่อพบกับภาวะวิกฤติในชีวิต สามารถให้และรับการสนับสนุนได้ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น และไม่ยอมให้ผู้อื่นเอาเปรียบ รวมทั้งมีการเข้าร่วมหรือมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ผู้ที่มีความผูกพันธ์ทางสังคมโดยทั่วไปจะมีหน้าที่ 6 ประการ คือ 1) มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน 2) มีความรู้สึกเป็นเจ้าของหรือเป็นหนึ่งเดียวกับสังคม 3) มีการให้และรับความช่วยเหลือ 4) การยอมรับคุณค่าของบุคคล 5) มีการช่วยเหลือหรือแนะนำ 6) การให้คำชี้แนะ

สรุปได้ว่า การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การทำกิจกรรมตามการรับรู้ของบุคคลในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม จากการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นในครอบครัว เพื่อนบ้าน ชุมชน ได้แก่ ความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนมกันในชุมชนมีความเสมอภาคกันในชุมชน รู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน มีการให้และการรับการช่วยเหลือกันในชุมชน มีการเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชน

3.2 **การสนับสนุนทางสังคม** Donatelle & Davis (1998: 37) กล่าวว่าการสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพที่นำไปสู่ผลประโยชน์ของแต่ละบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการ

สนับสนุนทางอารมณ์ การให้กำลังใจ หรือการสนับสนุนด้านที่พัก ด้านการเงิน เพื่อให้สามารถให้และได้รับการสนับสนุนทางสังคม

สรุปได้ว่า การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิด ความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลต่อการได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว และชุมชน จากการได้รับกำลังใจ คำแนะนำ และการสนับสนุนทางการเงิน

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ

ผู้มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ จะเป็นผู้ที่สามารถแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายในชีวิตของตนได้ มีความรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง และเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ซึ่ง Donatelle & Davis (1998: 37) กล่าวว่าสุขภาวะทางจิตวิญญาณเกี่ยวข้องกับความเชื่อในสิ่งหนึ่งซึ่งอาจจะเป็นพระเจ้า หรือสัญลักษณ์ทางจิตวิญญาณ ความเชื่อในศาสนา มีความสำคัญในการดำรงชีวิต ที่ส่งผลให้เกิดเป้าหมายหรือความหมายในชีวิต หรือความคิดในการวางแผนเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ และให้ความหมายสุขภาวะทางจิตวิญญาณว่าหมายถึงคุณภาพการดำเนินชีวิตอย่างสงบด้วยตนเอง และอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี ตระหนักในพลังอำนาจ รวมถึงความรู้สึกมีคุณค่าและการควบคุมสิ่งที่อยู่นอกเหนือจากการตอบสนองของบุคคล มีความรู้สึกสัมพันธ์กับส่วนลึกของตัวตนกับผู้อื่นและการเคารพทุกสิ่งที่ดี รู้สึกถึงความหมายและเป้าหมาย และมีวิสัยทัศน์ที่เป็นจริงได้ รวมทั้งมีความคาดหวังในเชิงบวก มีความเคารพในชีวิตของบุคคลอื่น จากแนวคิดดังกล่าวและการทบทวนอกสารที่เกี่ยวข้อง อธิบายรายละเอียดได้ดังนี้

4.1 **มีเป้าหมายในชีวิต** คือ ความเข้าใจถึงพลังและจุดอ่อน จุดหมายของตนในโลก สามารถแสดงจุดหมายในชีวิตของตนได้ด้วยการยอมรับในภาระหน้าที่ มองอนาคตอย่างกระตือรือร้น มีการวางแผนในอนาคต มีเป้าหมายในชีวิตที่เป็นจริงได้ และมีการตัดสินใจได้อย่างอิสระ เช่นเดียวกับ McClymont et al. (1986 cited in Ross, 1995: 459) ที่กล่าวถึงการมีเป้าหมายในชีวิต คือการที่บุคคลมีจุดมุ่งหมายในชีวิตว่าจะทำสิ่งใด เพื่ออะไรที่เหมาะสมกับตนเองในปัจจุบัน การมีเป้าหมายในชีวิตทำให้สามารถทำใจยอมรับเหตุการณ์ต่างๆ ได้อย่างเข้มแข็ง ทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตเป็นสิ่งที่มีความหมาย ไม่รู้สึกเคว้งคว้างเลื่อนลอย มีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ มองเห็นความหมายของชีวิตตนเองว่าเป็นสิ่งที่ช่วยให้เกิดความสงบสุขในชีวิต

สรุปได้ว่า การมีเป้าหมายในชีวิต หมายถึง ความคิด ความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลในการยอมรับต่อภาระหน้าที่ มีการวางแผนหรือกำหนดเป้าหมายของชีวิตในอนาคต และมีกำลังใจในการดำเนินชีวิต

4.2 **มีความพึงพอใจในชีวิต** (Life satisfaction) หรือความต้องการที่พอเพียง จากการทบทวนแนวคิดที่เกี่ยวข้องพบว่า การมีความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง การที่บุคคลมีความรู้สึกเป็นสุขกับสิ่งที่ตนเองมีอยู่ พอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตน ซึ่งช่วยให้บุคคลมีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ขณะนี้ เห็นวันเวลาเป็นสิ่งมีคุณค่าและมีความหมาย นอกจากนี้ความพึงพอใจในชีวิตยังเป็นมิติหนึ่งของการวัดคุณภาพชีวิต นั่นคือเมื่อบุคคลรู้สึกพึงพอใจในชีวิตจะเป็นสิ่งที่บ่งบอกว่า บุคคลมีคุณภาพชีวิตที่ดี (Ellision, 1983)

สรุปว่า การมีความพึงพอใจในชีวิต หรือความต้องการที่พอเพียงของบุคคล หมายถึง ความคิด ความรู้สึกตามการรับรู้ของบุคคลในการยอมรับและพอใจในตนเอง พอใจในชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน

4.3 **การเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต** จากการทบทวนแนวคิด มีผู้กล่าวไว้ว่า การเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์เป็นการคำนึงถึงสิทธิของบุคคลในการบรรลุถึงสุขภาวะ การคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าความเป็นมนุษย์ ช่วยสร้างจิตสำนึกที่ดีทำให้เกิดความสุข ความภูมิใจและความสำเร็จ (ประเวศ วะสี, 2541:8) และผู้ที่มีสุขภาวะทางจิตวิญญาณสูงจะมีความเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต คือการเข้าใจและยอมรับในความคิดและการกระทำของผู้อื่น เห็นคุณค่าของผู้อื่น รับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น และมีการช่วยเหลือผู้อื่น (Donatelle & Davis, 1998)

สรุปว่า การเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การทำกิจกรรมตามการรับรู้ของบุคคลในการแสดงถึงความเข้าใจความคิด และการกระทำของผู้อื่น ยอมรับและเห็นคุณค่าของผู้อื่น และรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น การได้รับเกียรติและเคารพในศักดิ์ศรีซึ่งกันและกัน

2.3 การประเมินสุขภาวะ

จากการทบทวนแนวคิดด้านสุขภาวะ ได้มีการศึกษาวิจัย และสร้างเครื่องมือในการศึกษาสุขภาวะไว้ พอสรุปได้ดังนี้

Laffrey (1986) ได้สร้างเครื่องมือในการประเมินสุขภาพชื่อ The Laffrey Health Conception Scale (LHCS) โดยพัฒนามาจากการศึกษาหาความหมายของสุขภาพในประชากรวัยผู้ใหญ่ 78 คน เกี่ยวกับการมีสุขภาพดี โดยใช้แนวคิดด้านสุขภาพของ Smith (1980; 1981) ซึ่งมีความหมายใน 4 แนวคิด คือ 1) แนวคิดด้านคลินิก (Clinic model) สุขภาพ คือ การไม่มีโรค 2) แนวคิดการปฏิบัติตามบทบาท (Role performance model) 3) แนวคิดด้านการปรับตัว (Adaptation model) ให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม 4) แนวคิดด้านยูไดโมนิสติค (Eudaemonistic model หรือ Spiritual well being หรือ Happiness) คือ การบรรลุถึงเป้าหมายสูงสุดในชีวิต (self-

actualization) ซึ่งความหมายที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดด้านสุขภาวะของสมิธ และได้มีการพัฒนาเครื่องมือเป็นระยะโดยนำมาใช้ประเมินในนักศึกษาปริญญาโทชั้นปีที่ 1 และ 2 ที่มีอายุระหว่าง 24-61 ปี จากโรงเรียนพยาบาลทางตะวันตกของอเมริกา จำนวน 141 คน แบบสอบถามมี 28 ข้อ ซึ่งผ่านการหาความตรงจากผู้ทรงคุณวุฒิ 8 คน ซึ่งเห็นด้วยกับข้อคำถาม 100%=25 ข้อ, 75%=2 ข้อ, 63%=1 ข้อ และการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ได้เท่ากับ .78

Gwen et al. (1997) ได้นำเครื่องมือ The Laffrey Health Conception Scale (LHCS) ไปใช้ในการประเมินสุขภาพของหญิงผิวขาวและผิวดำ และทดสอบค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยสูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาธมีค่าเท่ากับ .83-.89

ประนอม รอดคำดี (2538) ได้นำเครื่องมือวัดความสุขสมบูรณ์ (Test Well) ซึ่งดัดแปลงมาจาก Test Well ของ National Wellness Institute มาใช้ศึกษาระดับความสุขสมบูรณ์ในกลุ่มนักศึกษา ตามแนวคิดความสุขสมบูรณ์ของ Dunn (1961) และ Hettler (1961) ที่ประกอบด้วยมิติด้านร่างกาย สังคม อารมณ์ สติปัญญา อาชีพ และจิตวิญญาณ ต่อมา ชุติมา บูรณธนิต (2539) และ รัชชนก กลิ่นชาติ (2542) ได้นำมาใช้ศึกษาในกลุ่มนักศึกษา

จากงานวิจัยที่ผ่านมามีการใช้เครื่องมือที่วัดสถานะสุขภาพจากแนวคิดที่ต่างกัน และเป็นการศึกษาในกลุ่มบุคคลทั่วไป ซึ่งไม่สามารถใช้วัดสุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภทในประเทศไทยได้ ผู้วิจัยจึงสร้างเครื่องมือขึ้นจากแนวคิด สุขภาวะ ของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) เพื่อใช้ประเมินสุขภาวะใน 4 มิติ ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย ประเมินจาก การรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วย และความผิดปกติของร่างกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน

2. สุขภาวะทางจิต ประเมินจากการแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

3. สุขภาวะทางสังคม ประเมินจากการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ประเมินจากการมีเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และการเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต

3. การดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

การดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขย่อมแสดงถึงการมีสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดของลักษณะการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและปัจจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

3.1 **ลักษณะการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ** ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดของผู้ป่วยในโรคจิตเวชทั้งหมด และผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชมากกว่าครึ่งหนึ่งก็เป็นผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำส่วนหนึ่งเกิดจากการถูกรังเกียจจากสังคมทำให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ไม่มั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพรู้สึกตนเองไร้คุณค่า และไม่สามารถหางานทำได้ จากการไม่ยอมรับของคนในสังคมถูกมองว่าเป็นคนบ้า และเกิดจากภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (Videbeck, 2001) ซึ่งการป่วยซ้ำนี้ส่งผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวเป็นอย่างมาก ดังนั้นการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยได้อย่างมีความสุขและเป็นเวลานานย่อมแสดงถึงการมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ซึ่งจะกล่าวถึงรายละเอียดต่อไป

จากการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลไปสู่ชุมชน พบว่าผู้ป่วยมีการปรับตัวด้านร่างกายได้ สามารถทำกิจวัตรประจำวัน ทำงานได้ตามปกติหรือใกล้เคียงปกติ และมีอาชีพมีงานทำ สามารถรับประทานอาหารได้ ขับถ่ายได้ตามปกติ พักผ่อนและออกกำลังกายได้พอควร สามารถจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง เช่น อาการนอนไม่หลับ (ภุมมา ภิชาติ แสงเขียว, 2542: 49 - 51) มีการปรับตัวด้านอัตมโนทัศน์ได้ และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ไม่รู้สึกว่าเพื่อนบ้านรังเกียจ สามารถปรับตัวด้านบทบาทหน้าที่ได้ทั้งบทบาทปฐมภูมิ บทบาททุติยภูมิ และบทบาทตติยภูมิ รวมทั้งสามารถปรับตัวด้านการพึ่งพาอาศัยระหว่างกัน และเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ และสามารถให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นได้ (อรนันท์ หาญยุทธ, 2532)

จากข้อมูลดังกล่าวแสดงถึงศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาพบว่าระยะเวลาที่ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนได้นานกว่า 6 เดือน ภายหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลแล้ว ถือว่าเป็นผู้ที่ประสบความสำเร็จในการปรับตัวอยู่ในสังคม (วรารัตน์ ว่องอภิวัฒน์กุล, 2525) และผลการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) ในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครั้งสุดท้าย เป็นเวลาตั้งแต่ 18 เดือนเป็นต้นไป ที่มารับบริการในโรงพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกอย่างสม่ำเสมอ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม ซึ่ง Baker (1995) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีการเตรียมการเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีโอกาสป่วยซ้ำน้อยกว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีการเตรียมการเผชิญปัญหา ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี คือ มารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา ตลอดจนสามารถสังเกตอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้ ซึ่งการรักษาด้วยยา เป็นการรักษาหลักของโรคจิตเภทที่สามารถป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทได้เป็นอย่างดี รวมทั้งมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับ

การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งสามารถป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้นจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาลอีก

การมีความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีก่อให้เกิดความหวังในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้น จากการตระหนักในประโยชน์ของการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และมีการตัดสินใจกระทำกิจกรรมในการป้องกันการมีอาการทางจิตมากขึ้น เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเภทที่มีต่อแบบแผนการรักษา และการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ ตลอดจนการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา เนื่องจากการรักษาโรคจิตเภทที่เรื้อรังจะใช้การรักษาด้วยยาเป็นหลัก ดังนั้นการใช้ยาที่ถูกต้องจึงช่วยป้องกันการซ้ำในผู้ป่วย นอกจากนี้ปัจจัยด้านครอบครัวก็มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยเช่นกัน ครอบครัวที่มีการแสดงอารมณ์น้อยก็จะทำให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวได้นานขึ้น

สรุปได้ว่า ลักษณะการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำนั้น คือ การที่ผู้ป่วยที่สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสม มีพฤติกรรมการใช้ยาที่ดี สามารถสังเกตอาการข้างเคียงของยาได้ มีการมารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง และมีความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดี ซึ่งการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่มีการป่วยซ้ำนอกเหนือจากความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยแล้ว ครอบครัวก็มีส่วนสำคัญในการดูแลเช่นกัน

3.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับลักษณะส่วนบุคคลในด้านต่างๆ รวมทั้งสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาวะ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีระดับสุขภาวะที่ต่างกัน ดังนี้

เพศ เพศเป็นตัวกำหนดบทบาทของบุคคลในสังคมโดยเฉพาะสังคมไทย เช่น การแสดงออกทางอารมณ์ การทำกิจกรรมทางสังคม หรือรูปแบบการพักผ่อนหย่อนใจ เพศชายจะมีพฤติกรรมในการใช้กำลัง การแข่งขัน เช่น การเล่นกีฬา และมีพฤติกรรมทำลายสุขภาพ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า (Sarafino, 1990: 220) ส่วนเพศหญิงจะมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น การดูแลตนเอง การรักษาเมื่อมีการเจ็บป่วยมากกว่า มีแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีพฤติกรรมทางบวกมากกว่า (Muhlenkamp & Broeman, 1988) ส่งผลให้มีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมสุขภาวะต่างกัน จากการศึกษาพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Johnson, 1991; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; นุชระพี สุทธิกุล, 2540; สุกัญญา ไผทโสภณ, 2540) การกำหนดบทบาททางสังคมที่ต่างกันทำให้ผู้ที่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมหรือปรับตัวได้มีความภูมิใจ และมีสุขภาวะทางจิตมากขึ้น และจากการศึกษาของ Fernsler & Klemm (1999) พบว่า

ผู้ป่วยเพศหญิงที่เป็นมะเร็งมีความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีการปรับตัวยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเองได้มากกว่า ดังนั้นเพศของผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาวะ

อายุ อายุมีความสัมพันธ์กับประสบการณ์ในอดีต เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้นย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี ยอมรับและรับผิดชอบในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาวะได้ดี เช่น ผู้สูงอายุจะมีความสนใจต่อสุขภาวะตนเองมากขึ้นเนื่องจากต้องการมีชีวิตที่ยืนยาว ต่างจากวัยหนุ่มสาวที่ยังมีสุขภาวะที่แข็งแรงจึงไม่สนใจดูแลสุขภาวะเท่าที่ควร (ศิริมา วงศ์แหลมทอง, 2542) จากการศึกษาของสุธีรา ฮุ่นตระกูลและมาลี แจ่มพงษ์ (2533) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปี ประสบความสำเร็จในการอยู่บ้านมากกว่าอายุ 15-34 ปี เช่นเดียวกับการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่พบว่าผู้ที่มีอายุ 51-60 ปีมีความเชื่อด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากผู้ที่มีวุฒิภาวะมากจะมีการรับรู้ หรือมีการสั่งสมประสบการณ์ชีวิตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะมากกว่า ให้ความร่วมมือในการรักษาสูง จึงทำให้มีพฤติกรรมสุขภาวะดีกว่า และธนิญญา น้อยเปียง (2545) ศึกษาพบว่าผู้ป่วยมะเร็ง ที่มีอายุ 40-49 ปี มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่าวัยหนุ่มสาว เนื่องจากประสบการณ์ชีวิตทำให้ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นกับชีวิตได้ ประกอบกับผู้ที่มีอายุมากจะมีการนับถือศาสนาหรือปฏิบัติพิธีกรรม จึงช่วยกระตุ้นให้มีจุดมุ่งหมายในชีวิตมากกว่า (Carpenito, 1997) แต่ผลการศึกษาของ ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) เกี่ยวกับวิถีชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ พบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่าจะปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าผู้มีอายุน้อย ซึ่งแสดงให้เห็นว่าอายุของผู้ป่วยจิตเภทมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาวะ

สถานภาพสมรส เป็นการบ่งบอกลักษณะความสัมพันธ์กับคู่สมรส ผู้มีสถานภาพสมรสคู่ คู่สมรสจะคอยช่วยเหลือ สนับสนุนการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลสุขภาวะ คอยให้กำลังใจ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกได้รับความรัก ความเอาใจใส่ ให้ได้รับการตอบสนองขั้นพื้นฐานอย่างเพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยมีความมั่นคงทางอารมณ์ และมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาวะตนเองมากขึ้น และมีระดับสุขภาวะทางกาย และจิตใจมากขึ้น ดังการศึกษา พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะมีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะได้ดี ทำให้มีสุขภาวะที่ดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสด หม้าย หย่า แยก (ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) และผู้ป่วยจิตเภทชายที่แต่งงานแล้วมีการพยากรณ์โรคได้ดีกว่าผู้ป่วยที่ยังไม่แต่งงาน หม้าย หรือหย่าร้าง (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) การช่วยเหลือของคู่สมรสทำให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหา และปรับตัวต่อภาวะเครียดได้ดีกว่า (ชุติมา บูรณธนิต, 2539: 5) ซึ่งการที่บุคคลสามารถปรับตัวเมื่อเผชิญกับวิกฤตการณ์ชีวิตได้ แสดงว่าได้รับการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ (Peri, 1995: 72) ซึ่งคู่สมรสจะเป็นผู้ที่ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณได้ดี เพราะมีพื้นฐานของความรัก ความเข้าใจเช่นเดียวกับการศึกษาของ บุบผา ชอบใช้ (2536) พบว่า

คู่สมรสจะคอยให้ความช่วยเหลือในการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ให้เกิดความหวัง กำลังใจ และชีวิตมีความหมายมากขึ้น แต่การศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีการเตรียมการเผชิญปัญหา และการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีกว่า เช่นเดียวกับ เพชรี คันธสายบัว (2544) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำไม่มีหรือไม่อยู่กับคู่สมรสมากกว่า อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่แต่งงานมีหน้าที่ความรับผิดชอบชีวิตและภาระครอบครัวมากขึ้น ทำให้มีความเครียดส่งผลต่อสุขภาวะได้ ดังนั้นสถานภาพสมรสของผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาวะ

การศึกษา การศึกษาทำให้บุคคลมีโอกาสเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์หรือเอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อสุขภาวะมากกว่า (Pender, 1987) เนื่องจากการศึกษาช่วยพัฒนาความสามารถในการประมวลความคิดและทัศนคติในการดำรงชีวิต ส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง จากการศึกษาในประเทศไทย พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพและอัตราการมารับการรักษา คือผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีอัตราการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำ (เยาวดี สุวรรณนะคะ, 2532) และมีการปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาวะมากกว่าผู้ที่การศึกษาต่ำ (Walker et al., 1988) คล้ายคลึงกับการศึกษาในผู้สูงอายุ ที่พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับการศึกษาหรือมีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าผู้สูงอายุที่ไม่มีการศึกษาหรือการศึกษาต่ำ (Johnson, 1991; ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2534; ดวงพร รัตนอมรชัย, 2535; วันดี แย้มจันฉาย, 2538; ศุภวรินทร์ หันกิตติกุล, 2539: 93) และการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พบว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาต่ำกว่า รวมทั้งการศึกษายังช่วยให้มีโอกาสเลือกทำงานหรือเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมได้มากขึ้น และช่วยพัฒนาคุณธรรม จริยธรรม ด้วยการเพิ่มมุมมองชีวิตทั้งในทางโลกและทางธรรมให้ไปด้วยกัน ส่งผลให้บุคคลใช้กระบวนการคิดและทักษะในการแก้ปัญหา ซึ่งมีผลโดยตรงที่จะนำไปสู่พัฒนาการด้านจิตวิญญาณ (ธนิญา น้อยเปียง, 2545) แสดงให้เห็นว่าการศึกษาของผู้ป่วยนั้นมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาวะ

ความเพียงพอของรายได้ รายได้มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาวะ เนื่องจากผู้มีรายได้สูงจะมีโอกาสที่ดีในการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาวะตนเอง เช่น การเลือกซื้ออาหาร การใช้แหล่งบริการสุขภาพได้มากกว่า (Pender, 1987) และเป็นแหล่งประโยชน์ที่ใช้ตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต เกี่ยวกับความปลอดภัย นันทนาการ และฐานะทางสังคม (นัยนา พิพัฒน์วณิชชา, 2535: 65) ทำให้มีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ และประสบการณ์ของตนเอง (ชุติมา บูรณธนิต, 2539) และสามารถใช้ประโยชน์จากบริการด้านสุขภาพเพื่อการดูแลตนเองได้มากกว่า รายได้จึงเป็นองค์ประกอบที่ส่งผล

ต่อพฤติกรรมสุขภาวะ โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง ที่ต้องรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง การมีรายได้เพียงพอจึงช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับภาระในการรักษาได้ ส่งผลต่อสุขภาวะทางกายและการควบคุมอาการจิต ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้มีรายได้สูงจะมีพฤติกรรมสุขภาพดีกว่าผู้มีรายได้ต่ำ (เยาวดี สุวรรณนะคะ, 2532: 70) สอดคล้องกับการศึกษาของ บุษบา ตันติศักดิ์ (2535) พบว่ารายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือนมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิต ดังนั้นผู้มีรายได้ดีจึงสามารถหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการตอบสนองความต้องการได้เข้าถึงระบบบริการทางสังคมได้มากกว่า ทำให้มีระบบสังคมที่ดี นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และความหวัง ก่อให้เกิดความพึงพอใจในชีวิต และมีสุขภาวะมากขึ้น ความเพียงพอของรายได้ของผู้ป่วยจึงมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาวะ

ความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา (Phipps, Long & Wood, 1983: 127) และส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อเปลี่ยนสภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ซึ่ง Becker et al. (1974) ได้กล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ต่อลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อชีวิตจากการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงหรือลดการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการป้องกันการเจ็บป่วยลดลง เช่น ความเจ็บปวด ค่าใช้จ่าย ดังนั้นเมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นบุคคลจึงมีการปฏิบัติตัวหรือมีพฤติกรรมทางสุขภาพที่แตกต่างกันไป ซึ่ง Rosenstock (1974 อ้างใน จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534: 8) กล่าวว่า การที่บุคคลมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงโรคภัยไข้เจ็บ หรือการป้องกันโรคนั้นบุคคลต้องมีความเชื่อว่าตนเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค รับรู้ว่าโรคนั้นมีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อชีวิตประจำวัน และตระหนักว่าการปฏิบัติกิจกรรมตามคำแนะนำของทีมสุขภาพจะเป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความรุนแรงของโรคได้ เนื่องจากบุคคลที่มีการรับรู้ภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยจะมีการประเมินหรือคาดการณ์ต่อปัจจัยที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วย หรือปัญหาสุขภาวะทำให้มีการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยหรือการเกิดโรคซ้ำ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ของบุคคลต่อการประเมินความรุนแรงจากการเจ็บป่วยหรือการป่วยซ้ำ ซึ่งจะเป็นแรงสนับสนุนให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อป้องกันและส่งเสริมสุขภาวะไม่ให้เกิดการเจ็บป่วยหรือป่วยซ้ำขึ้นได้ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันและส่งเสริมสุขภาวะตนเอง เป็นการตัดสินใจปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองที่เชื่อว่าสามารถป้องการการเจ็บป่วย และการป่วยซ้ำได้ โดยรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ถูกต้อง และการรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการป้องกันและส่งเสริมสุขภาวะ เป็นการรับรู้ปัจจัยที่ขัดขวางการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อ

การป้องกันและส่งเสริมสุขภาวะ ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ระยะเวลาในการเดินทาง อาการจากฤทธิ์ข้างเคียงจากยา เป็นต้น ทำให้บุคคลมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาวะที่เหมาะสมขึ้น

การมีความเชื่อต่อสิ่งเหล่านี้ทำให้บุคคลมีการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยทางร่างกายและจิตใจ มีการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย อันจะก่อให้เกิดสุขภาวะที่ดี ไม่มีการเจ็บป่วยหรือป่วยซ้ำขึ้น ซึ่งการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พบว่า ประชาชนที่มีการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำมากกว่า เกิดจากการมีความมั่นใจในความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งกล่าวได้ว่าความเชื่อด้านสุขภาพของ ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาวะ ประเมินได้จากแบบสอบถามความเชื่อด้านสุขภาพที่ผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ที่ใช้วัดความเชื่อด้านสุขภาพจิตของประชาชนคนไทยในเขตภาคกลาง ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ประเมินความเชื่อของผู้ป่วยจิตเภทต่อการเจ็บป่วยและการส่งเสริมสุขภาพทั้งทางกายและทางจิต จึงสามารถนำแบบประเมินดังกล่าวมาดัดแปลงใช้ในการวิจัยนี้ได้

เขตที่อยู่อาศัย สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยส่งผลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาวะที่ต่างกันและมีภาวะสุขภาพที่ต่างกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; สุชาติ โสมประยูร, 2542; สมจิต หนุเจริญกุล, 2543) และสุขภาวะของแต่ละบุคคลมีความเชื่อมโยงเกี่ยวข้องกับการพัฒนาทางเศรษฐกิจและสังคมของชุมชน (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541: 11) เช่นเดียวกับชุมชนเมืองและชุมชนชนบทที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง การปกครอง วัฒนธรรม วิถีการดำเนินชีวิตและลักษณะเฉพาะของชุมชนนั้น ซึ่งลักษณะชุมชนเมืองนั้นมีความหนาแน่นของประชากรมาก มีความสัมพันธ์กันตามหน้าที่การงาน มีวิถีการดำเนินชีวิตที่สลับซับซ้อน รีบเร่งแข่งขันกันเพื่อความอยู่รอดประกอบกับความเสื่อมของสภาพแวดล้อมทำให้เกิดความเครียดและการเจ็บป่วยได้ง่าย ต่างจากชุมชนชนบทที่มีความหนาแน่นของประชากรต่ำ มีความสัมพันธ์กันแบบปฐมภูมิ คือ มีความใกล้ชิดสนิทสนมกัน มีลักษณะครอบครัวขยายที่ทำให้มีการสนับสนุนให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) มีสัมพันธภาพในครอบครัว และสังคมที่ดีทำให้เกิดความไว้วางใจ และมีสภาพจิตใจและสังคมที่ดี ภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นธรรมชาติปราศจากมลพิษและไม่มีการแข่งขันกัน ก่อให้เกิดความปลอดภัยทางร่างกาย และมีความสุขทางใจ สร้างความพึงพอใจในชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี รวมทั้งสังคมชนบทยังมีระบบความเชื่อ ความศรัทธาในศาสนาเป็นหลักดำเนินชีวิตที่น่าจะนำไปสู่การปฏิบัติ อันจะส่งผลให้ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนชนบทมีสุขภาวะที่ดี แต่การศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534: 128) พบว่าประชาชนคนไทยภาคกลางที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองมีสุขภาพจิตดีกว่าในเขตชนบท เนื่องจากมีโอกาสในการรับรู้ข้อมูล

ข่าวสารได้ดีกว่า มีระดับการศึกษาสูงทำให้มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่า แสดงว่าเขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับระดับสุขภาวะ

4. การพยาบาลกับการส่งเสริมสุขภาวะผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่สำคัญคือ การให้การพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาวะที่ดี ไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ คือ การส่งเสริมสุขภาวะ และฟื้นฟูสุขภาวะให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดีที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่ง ประเวศ วะสี (2541) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาวะเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญในการปฏิรูประบบสุขภาพ การส่งเสริมสุขภาวะประกอบด้วย การที่สังคมมีจิตสำนึกหรือมีจินตนาการใหม่ในเรื่องสุขภาพดี และเกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาวะทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน ส่วนอนุวัฒน์ ศุภชุติกุล (2541) กล่าวว่า การส่งเสริมสุขภาวะนั้น เป็นกระบวนการที่เน้นให้ทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาวะและปรับปรุงสุขภาวะตนเอง รวมทั้งการปรับเปลี่ยนเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมเพื่อให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดี เงื่อนไขที่สำคัญต่อการมีสุขภาวะ คือ ทักษะที่จำเป็นของ ประชาชน ชุมชนที่เข้มแข็งและพึ่งตนเองได้ สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย และการมีผู้ทำหน้าที่เป็นตัวกลางประสานเชื่อมโยง ตลอดจนให้การชี้แนะ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือ และการระดมพลังจากทุกฝ่าย ทั้งภาคประชาชน องค์กรชุมชนในท้องถิ่น ประชาชนผู้สนใจ และองค์กรเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับมนุษย์และสิ่งแวดล้อมทั้งมวล

Pender (1996) กล่าวถึงแบบแผนการส่งเสริมสุขภาวะของบุคคลว่า เป็นพฤติกรรมที่ได้รับอิทธิพลมาจากปัจจัยส่วนบุคคลและประสบการณ์ของแต่ละบุคคล ได้แก่ พฤติกรรมที่มีมาก่อน และปัจจัยส่วนบุคคลด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมวัฒนธรรม รวมทั้งปัจจัยด้านความคิดและความรู้สึกที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์จากการกระทำ การรับรู้อุปสรรคของการกระทำ การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ความรู้สึกเกี่ยวข้องกับการกระทำ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล และอิทธิพลจากสถานการณ์

จากการประชุมนานาชาติ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพระดับนานาชาติครั้งที่ 1 ปี พ.ศ. 2529 ณ กรุงออตตาวา ประเทศแคนนาดา และได้มีประกาศ "กฎบัตรออตาวา" ที่กำหนดยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาวะแนวใหม่ ดังนี้ (สุรเกียรติ อาชานานุภาพ, 2541: 3-14)

1. การสร้างนโยบายสาธารณะเพื่อการดูแลทางสุขภาวะด้วยวิธีที่หลากหลาย แต่สอดคล้องสนับสนุนกัน โดยผู้กำหนดนโยบายทั้งในและนอกภาคสาธารณสุขจะต้องคำนึงถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาพเป็นสำคัญและแสดงความรับผิดชอบต่อผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อสุขภาวะ

2. การสร้างสรรค์สิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อสุขภาวะ ส่งเสริมให้คนและสิ่งแวดล้อมอยู่ร่วมกันอย่างเกื้อกูลและสมดุล เปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต ให้มีสุขภาวะที่ดี และปลอดภัย

3. การสร้างเสริมกิจกรรมชุมชนให้เข้มแข็ง เป็นการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งตนเองได้โดยชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและจัดการ รวมทั้งระดมทรัพยากรต่างๆ ภายในชุมชนให้ชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องสุขภาวะและงบประมาณสนับสนุน

4. การปรับเปลี่ยนระบบบริการสุขภาพ ผู้ให้บริการสุขภาพต้องปฏิบัติงานด้วยการส่งเสริมสุขภาวะให้มากขึ้น ต้องให้ความสำคัญในงานด้านอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น การวิจัยบริการ การฝึกอบรมเพื่อปรับเปลี่ยนเจตคติ รวมถึงการจัดระบบบริการสาธารณสุขเชิงรุก จากการมองปัญหาบุคคลไปสู่ปัญหาองค์รวม ภาคสาธารณสุขจะต้องเปิดกว้างและร่วมมือกับหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง

5. การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล เพื่อให้ประชาชนสามารถควบคุมสุขภาวะและสิ่งแวดล้อมได้ด้วยตนเองมากขึ้น มีทางเลือกมากขึ้นด้วยการให้ข้อมูลข่าวสาร ส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อสุขภาวะและฝึกฝนทักษะในการจัดการที่ดีเพื่อปกป้อง และควบคุมสุขภาวะของตน

นอกจากนี้ยังกำหนดบทบาทของบุคลากรสาธารณสุขในทิศทางใหม่ไว้ 3 บทบาท คือ

1. การส่งเสริมให้ประชาชนมีความสามารถ (Enable) ในการควบคุมปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะ สามารถดูแลสุขภาวะตนเองได้อย่างเต็มศักยภาพ

2. เป็นตัวกลางประสานงานไกล่เกลี่ย (Mediator) ระหว่างกลุ่มผลประโยชน์เพื่อเป้าหมายด้านสุขภาวะ

3. การให้คำชี้แนะ (Advocate) เรื่องสุขภาวะและสิทธิเรื่องสุขภาวะ

สรุปได้ว่า การส่งเสริมสุขภาวะ คือ กระบวนการที่สนับสนุนให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาวะตนเอง มีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม หรืออยู่ในชุมชนที่เข้มแข็ง มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวย เพื่อการมีสุขภาวะที่ดี มองปัญหาอย่างองค์รวม โดยมีพยาบาลเป็นผู้ที่คอยประสานเชื่องโยงและให้คำแนะนำ มองประชาชนเป็นผู้มีศักยภาพพร้อมที่จะได้รับการพัฒนา การส่งเสริมสุขภาวะนี้เป็นกลยุทธ์ที่สำคัญในการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของบุคคลที่มีประสิทธิภาพ มีมุมมองที่กว้างขึ้นและครอบคลุมทั้งระบบ มากกว่าการมองเป็นส่วนๆ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือของประชาชน และเอกชน ร่วมกับภาครัฐ ในการดำเนินงาน เพื่อตอบสนองนโยบายการส่งเสริมสุขภาวะแนวใหม่ สู่การมีสุขภาวะที่ดีของประชาชน จากแนวคิดการส่งเสริมสุขภาวะของเพนเดอร์นั้นสามารถนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาวะได้ในทุกช่วงวัย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง ลดการพึ่งพาผู้อื่น และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

ดังนั้นการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาวะ จึงต้องอาศัยความร่วมมือระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว บุคลากรวิชาชีพพยาบาลและวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมโดยใช้กลวิธีที่หลากหลาย ด้วยการให้คำแนะนำ การชี้แนะ การสอน การสนับสนุน และวางแผนการพยาบาลในการส่งเสริมสุขภาวะแก่ผู้ป่วยและญาติ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่

ป่วยซ้ำมีแบบแผนการดำรงชีวิตและความต้องการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่แตกต่างจากผู้ป่วยอื่น ดังนั้นการให้การพยาบาลจึงต้องดูแลให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยดูแลแบบองค์รวม และคำนึงถึงความสามารถ หรือศักยภาพของผู้ป่วยในการดูแลตนเองที่มีอยู่ เพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม ดังนี้

1. ประเมินศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาวะของตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้การสนับสนุนในส่วนที่ดีให้คงอยู่ต่อไปและส่งเสริมส่วนบกพร่องให้พัฒนาขึ้น

2. ร่วมกันประเมินอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง ต่อการเจ็บป่วย เพื่อเพิ่มการตระหนักรู้ในตนเองและค้นหาแนวทางที่จะขจัดความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม ให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนขึ้นมา

3. ปรับพฤติกรรมและแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อไม่ให้เกิดการป่วยซ้ำ และสร้างพฤติกรรมใหม่เพื่อสร้างเสริมสุขภาวะทั้งในภาวะที่เจ็บป่วยและภาวะปกติ สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในการดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม

4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองอย่างเหมาะสม เพื่อพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาวะตนเอง และตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลตนเองที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต ในด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น และให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้ตามเป้าหมาย อันจะเป็นการเพิ่มความมีคุณค่าในตนเอง ตลอดจนสร้างความเข้าใจและเรียนรู้ในการเผชิญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมและสิ่งแวดล้อมของตนเอง

5. แนะนำการสังเกตอาการของตนเอง และสังเกตอาการนำก่อนที่จะมีอาการรุนแรงเกิดขึ้น เช่น การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับปัจจัยที่ทำให้เกิดอาการ หรือมารับการรักษาได้ทันก่อนที่จะมีอาการรุนแรงมากขึ้น

6. ฝึกทักษะทางสังคม ทักษะการเผชิญความเครียด การควบคุมตนเอง การจัดการกับปัญหา โดยการฝึกทักษะทางความคิดและการปฏิบัติในสถานการณ์จริง เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ซึ่งเป็นการรวมตัวของผู้ป่วยที่มีความสนใจร่วมกัน หรือมีปัญหาร่วมกัน ทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความคิดเห็น ความรู้ เกิดการเพิ่มพูนความหวังมากขึ้น เป็นการตอบสนองความต้องการของกลุ่ม ทำให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว มีความรู้สึกเข้าใจกันและมองโลกในแง่บวก

7. แนะนำให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจถึงปัจจัยต่างๆ ที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำ เช่น สิ่งแวดล้อม พฤติกรรมของผู้ป่วย

8. ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วย เกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการป่วยซ้ำ เพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อเกิดปัญหา และเป็นตัวแทนของทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการป่วยซ้ำ

9. ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อการปรับตัวในภาวะที่มีการเจ็บป่วย หรือมีอาการแทรกซ้อนจากโรคหรือการรับประทานยา

10. หาแหล่งสนับสนุนทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีแหล่งช่วยเหลือ หรือให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาขึ้น

ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำให้มีสุขภาวะที่ดี ด้วยการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนตามศักยภาพ ให้คงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะในระดับสูงสุดจึงเป็นสิ่งสำคัญ ในการป้องกันการป่วยซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ยาวนานขึ้น

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะ พบว่ายังไม่มีการศึกษาสุขภาวะ ในการวิจัยครั้งนี้จึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับสุขภาพ ทั้งใน และต่างประเทศ ดังนี้

Shi (1998) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลในด้าน อายุ เพศ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส และสถานะทางสังคม ด้านการศึกษา รายได้ อาชีพ กับพฤติกรรมสุขภาพหรือสถานะสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ประชาชนในรัฐโคโลไรน่า จำนวน 2,000 คน ทางโทรศัพท์ พบว่า เพศ อายุ ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรรมสุขภาพ โดยผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีคือเพศหญิง กลุ่มบุคคลที่มีอายุ 18-24 ปี และ 65 ปีขึ้นไป และผู้ที่จบการศึกษาระดับอุดมศึกษา

Mookherjee (1997) ได้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส เชื้อชาติ สถานะทางเศรษฐกิจ ต่อการรับรู้ความผาสุกทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม จากการสำรวจในประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 168 ราย ที่มีอายุระหว่าง 18-89 ปี ในสหรัฐอเมริกา เป็นเวลา 10 ปี (1982-1991) พบว่า เพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ ชาวผิวขาว และผู้ที่มีสถานะทางเศรษฐกิจดีจะมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่า

Marks (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ และสถานภาพสมรส กับความผาสุกทางจิตใจ ในด้าน การมีอารมณ์ทางบวก ความสุข ความพึงพอใจในชีวิต และการเห็นคุณค่าในตนเองในวัยผู้ใหญ่จากWisconsin Longitudinal Study พบว่า เพศหญิง และผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดมีความผาสุกทางใจมากกว่าเพศชาย และผู้มีสถานภาพสมรสอื่นๆ

Azita et al. (2000) ศึกษาความหมายของสุขภาพ การเจ็บป่วย และการเป็นโรคจากประสบการณ์ของผู้สูงอายุชาวอิหร่านที่อพยพไปอยู่สวีเดน ซึ่งจากผลการวิจัยนี้สรุปได้ว่าผู้สูงอายุได้ให้ความหมายสุขภาพว่าเป็นเป้าหมายทั้งหมดของชีวิตที่มีลักษณะต่างกันไปไม่ได้จำกัดอยู่ที่การไม่มีโรคและกล่าวถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดสุขภาพดีและไม่ดีเกี่ยวข้องกับภาวะทางสังคม จิตใจ ครอบครัว วัฒนธรรม ร่างกาย เศรษฐกิจ และสติปัญญา ซึ่งการมีจิตใจที่มั่นคงแข็งแรงก็จะทำให้

บทบาทหน้าที่ในครอบครัวและการปฏิสัมพันธ์ในสังคมดีขึ้น ดังนั้นการรักษาระดับสุขภาพมีความเกี่ยวข้องกับความสุขทางสังคม ซึ่งชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของความหมายของสุขภาพจากแนวคิดของ WHO ที่ใช้ในการวิจัย รวมทั้งแนวคิดของนักทฤษฎีบางท่านที่มองสุขภาพเป็นการปราศจากโรคหรือความพิการ และผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าสุขภาพของผู้สูงอายุชาวอิหร่านที่อพยพไปอยู่สวีเดนมีความเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อม จากการให้ความหมายของสุขภาพในผู้สูงอายุนี้จะเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการรับรู้ภาวะสุขภาพที่ส่งผลให้มีการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการมีสุขภาพดี

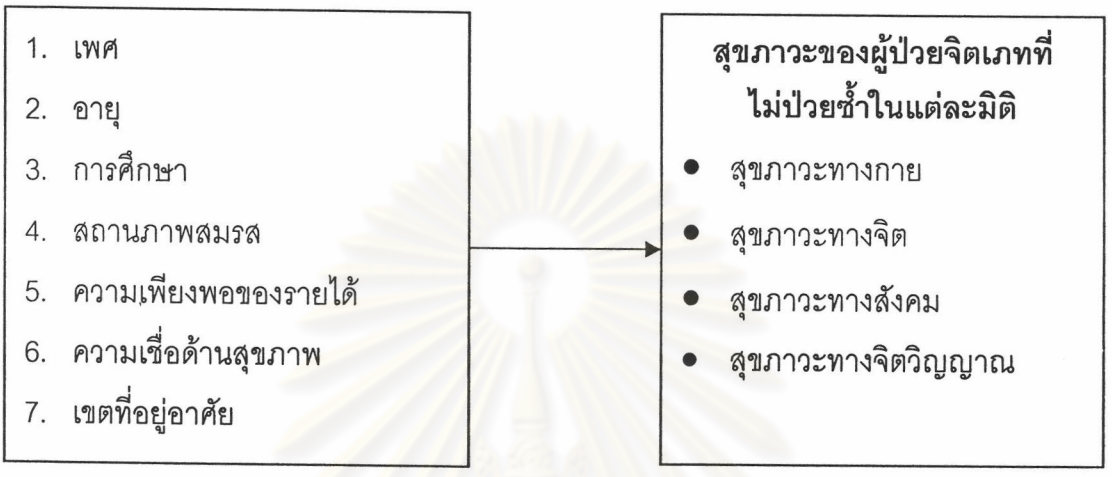
ดวงพร รัตนอมรชัย (2535) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ภาวะสุขภาพและการรับรู้การควบคุมสุขภาพกับวิถีชีวิตที่เกี่ยวกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จังหวัดอ่างทอง จำนวน 400 คน พบว่า ร้อยละ 79.1 มีวิถีชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.2 อยู่ในระดับดี และปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพความเชื่ออำนาจภายในตนด้านสุขภาพ และความเชื่ออำนาจผู้อื่นด้านสุขภาพ เขตที่อยู่อาศัย รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส และเพศมีความสัมพันธ์ทางบวกกับวิถีชีวิตของผู้สูงอายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุกัญญา ผไทโสภณ (2540) ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดอุทัยธานี จำนวน 390 คนผลการวิจัย พบว่าความสำคัญของสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตนเอง การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การมีนโยบาย กฎระเบียบในการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดกิจกรรมตามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ส่วนปัจจัยด้านเพศ สถานภาพสมรส การรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ และดัชนีมวลกายมีความสัมพันธ์ทางบวกบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จันทร์ฉาย เนตรสุวรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 375 คน พบว่า ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 โดยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนพฤติกรรมด้านการพักผ่อนนันทนาการและการออกกำลังกาย และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

จากการศึกษาที่ผ่านมาเป็นการศึกษาปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ความผาสุกทางกาย ทางจิตใจ และทางสังคม รวมทั้งความหมายของสุขภาพ ซึ่งพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวส่งผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทได้ทางหนึ่ง โดยผู้ที่มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้นด้วย ดังนั้นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพ จึงน่าจะมีผลต่อสุขภาวะร่วมด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย