

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการเยี่ยมบ้าน โดยที่มสุขภาพต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ผู้ศึกษาได้  
ค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในที่ครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. โรคจิตเภทและการรักษา
  - 1.1 ความหมาย
  - 1.2 แนวทางในการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ ICD – 10
  - 1.3 ระบาดวิทยา
  - 1.4 การดำเนินโรค
  - 1.5 การพยากรณ์โรค
  - 1.6 อาการและอาการแสดง
  - 1.7 การรักษา
2. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
  - 2.1 ความหมาย
  - 2.2 ความสำคัญ
  - 2.3 แนวคิดการเยี่ยมบ้าน
  - 2.4 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปสู่ครอบครัว
  - 2.5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
  - 2.6 บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.7 ผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว
3. แนวคิดเรื่องคดีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท
4. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี
  - 4.1 ความหมาย
  - 4.2 แนวคิดการดูแลตนเอง
  - 4.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี
  - 5.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล
  - 5.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี
6. บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
  - 6.1 บทบาทการปฏิบัติการพยาบาล

- 6.2 บทบาทการให้การปรึกษา
- 6.3 บทบาทการบริหารจัดการ
- 6.4 บทบาทการศึกษา / วิจัย
- 7. การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ
  - 7.1 ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ
  - 7.2 บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพในการเยี่ยมบ้าน
- 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1.โรคจิตเภทและการรักษา

1.1 ความหมาย โรคจิตเภท ( Schizophrenia ) หมายถึง กลุ่มอาการของความผิดปกติทางจิตที่มีลักษณะอาการของความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ต่างๆลดลง ประกอบด้วยอาการแสดงทางบวกและอาการแสดงทางลบโดยมีลักษณะอาการอย่างน้อย 6 เดือน ( American Psychiatric Association,1994 )

โรคจิตเภทตั้งชื่อโดย นายแพทย์อาร์รี่ แสงสว่างวัฒนะ ซึ่งมาจากคำว่า จิต แปลว่า จิตใจ และเภท แปลว่า แยกหรือทำลาย จิตเภท จึงแปลว่า จิตใจแตกแยกหรือจิตใจถูกทำลาย ( ประหยัด ประภาพรหม , 2539 ) สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย ( 2526 ) ได้ให้ความหมายโรคจิตเภทว่าเป็นโรคที่ยังไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง ลักษณะเฉพาะโรคของโรคนี้คือ อาการของโรคจิตซึ่งทำหน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจบกพร่องไป และเกิดความลำบากในการดำเนินชีวิต ทั้งในด้านส่วนตัว สังคม และสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ แคพแลนและซาดอค ( Kaplan & Sadock , 1995 ) ได้ให้ความหมายไว้ว่า โรคทางสมองซึ่งมีอาการและการแสดงในลักษณะความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม จำลอง ดิชวณิช (2531) กล่าวถึงจิตเภทว่าเป็นโรคจิตชนิดหนึ่ง ซึ่งมีลักษณะเฉพาะโรค คือ มีความแปรปรวนของการสื่อสาร การรับรู้ อารมณ์ พฤติกรรม และมีความผิดปกติด้านความคิด

การวินิจฉัยโรคจิตเภทตาม ICD – 10 ( International Classification of Disease ) ได้ให้ความหมายของโรคจิตเภทว่า เป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไป คือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะอารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสมหรือที่อึดอัดสัมพัทธ์และความสามารถด้านเซาวิญญูญามากคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้บ้างเมื่อป่วยนานและกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน ( เกษม ดันดิผลาชีวะ , 2536 ) อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไปและดำเนินไปอย่างเรื้อรัง จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคนี้แล้วมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว ( อุมพร ตรังคสมบัติ , 2542 ) และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 40-60 จะมีอาการค่อนข้างมากไปตลอดชีวิต ( ไพรัตน์ พุกยชาติคุณากร , 2534 )

ดังนั้นสรุปได้ว่า โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคเรื้อรังที่ไม่ทราบสาเหตุที่แท้จริง มีความผิดปกติในการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้การทำหน้าที่ต่าง ๆ ของจิตใจบกพร่องไป

1.2 แนวทางในการวินิจฉัยโรคจิตเภทตามระบบ ICD – 10 ลักษณะอาการที่วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิต ต้องมีอาการอย่างชัดเจน 1 ข้อ หรือมากกว่า 2 ข้อ ถ้าไม่ชัดเจน หรืออาการมากกว่า 2 ข้อขึ้นไป ในข้อ 5 – 9 และมีอาการติดต่อกันไม่น้อยกว่า 1 เดือน ลักษณะอาการมี ดังต่อไปนี้ ( ศักดา กาญจนาวีโรจน์กุล, 2537 )

1. ได้ยินเสียงความคิดของตนเอง ความคิดของตนเองดังออกไปจนคนอื่นได้ยิน
  2. หลงผิดคิดว่าตนเองถูกอำนาจภายนอกควบคุม ชักจูง โดยแสดงออกทางร่างกาย การเคลื่อนไหวของแขนขา ความคิด หรือความรู้สึกสัมผัส หลงผิดในการแปลความหมายของสิ่งเร้า เช่น เห็นจรรยาบอกมือให้สัญญาณ เกิดความคิดว่าสัญญาณนั้นบอกว่าตนเองเป็นคนสำคัญของประเทศ
  3. ประสาทหลอนทางหู พหูวิจรรย์พฤติกรรมของผู้ป่วยหรือพูดโต้ตอบกันเองเกี่ยวกับผู้ป่วยหรือประสาทหลอนทางหูอื่น ๆ ที่มาจากบางส่วนของร่างกาย
  4. ความหลงผิดชนิดอื่น ๆ เป็นอยู่นาน ซึ่งไม่สอดคล้องตามความเชื่อของสังคม วัฒนธรรมและศาสนา เช่น หลงผิดคิดว่าควบคุมดินฟ้า อากาศได้ สามารถติดต่อกับพระเจ้า
  5. ประสาทหลอนอื่น ๆ เป็นอยู่นาน เกิดร่วมกับอาการหลงผิดซึ่งเป็นชั่วคราวโดยไม่มีอาการทางอารมณ์อย่างชัดเจน หรือความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าอย่างมาก ประสาทหลอนนี้เกิดขึ้นทุกวัน เป็นเวลานานเป็นสัปดาห์หรือเป็นเดือน
  6. มีการแตกแยกหรือสอดคล้องในกระแสดวงความคิด ทำให้เกิดลักษณะความคิดไม่ปะติดปะต่อ ฟังไม่รู้เรื่อง ตอบไม่ตรงคำถาม หรือพูดภาษาที่สร้างขึ้นใหม่
  7. พฤติกรรมอาจมีลักษณะมีอาการวุ่นวายมาก อยู่ในท่าฝืนธรรมชาติ ผู้ป่วยอยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานานผิดปกติ ไม่เคลื่อนไหวเลย ไม่ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม การกระทำต่อต้าน เช่น ให้นั่ง ผู้ป่วยจะยืน
  8. มีอาการด้านลบ เช่น สีหน้าเฉย พูดน้อย อารมณ์ทื่อ ไม่มีอาการตอบสนอง ซึ่งต้องแยกออกจากอาการซึมเศร้า หรือผลข้างเคียงของยารักษาโรคจิต
  9. มีอาการเปลี่ยนแปลงมากและนานในเรื่องคุณภาพของบุคคล โดยแสดงออกถึงอาการขาดความสนใจ ไม่มีจุดหมาย เกียจคร้าน ปลีกตัวออกจากสังคม หมกมุ่นในตนเอง
- ดังอาการที่กล่าวมาแล้ว อาการแสดงชัดเจน ตั้งแต่ 1 อาการขึ้นไป ก็ช่วยในการวินิจฉัยโรคจิตเภท แต่ปกติแล้ว จะพบว่าผู้ป่วยจะมีอาการหลายอารมณ์ร่วมกัน ซึ่งมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องรับการรักษา เพื่อควบคุมและป้องกันอาการกลับมาเป็นซ้ำของอาการทางจิต

1.3 ระบาดวิทยา หญิงและชายพบได้พอ ๆ กัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15 – 54 ปี ส่วนใหญ่เริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ตอนต้น

1.4 การดำเนินโรคโดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ( มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2544 : 121-122 )

1. ระยะเริ่มมีอาการ ( Prodromal Phase ) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ หรือด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย หันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไป ไม่เหมือนคนเดิม

ระยะในเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติเมื่อใด โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนมีอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลลงเรื่อย ๆ

2. ระยะอาการกำเริบ ( Active phase ) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

3. ระยะอาการหลงเหลือ ( Residual phase ) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนอาการกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิตกกังวล หายใจขัด คิดฟุ้งซ่าน

มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งเป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็น 2 –3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย ( Complete remission ) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ( Incomplete remission ) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยิ่งมีอาการหลงเหลือมากขึ้น หรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ อาการด้านบวกจะค่อย ๆ ลดความรุนแรงลง อาการที่เด่นในระบหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า

1.5 การพยากรณ์โรคในผู้ป่วยแต่ละคนจะไม่เหมือนกันขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มามีผลกระทบต่อตัวโรคและจิตใจของผู้ป่วย นอกจากนี้ความร่วมมือในการรักษาและสภาพแวดล้อมของผู้ป่วย ยังเป็นส่วนสำคัญที่ต้องประเมินร่วมด้วยทุกครั้ง ( มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์ , 2544 , 123 )

1.6 อาการและอาการแสดง แคลแลนและซาดอค (Kaplan & Sadock, 1995) กล่าวว่า ส่วนใหญ่อาการเจ็บป่วยมักจะ เกิดขึ้นแบบค่อยเป็นค่อยไป เริ่มต้นด้วยการแยกตัวเอง หรือบางรายอาจจะมีอาการอย่างเฉียบพลัน โดยมีสาเหตุมาจากการสารหลอนประสาท หรือมีความเครียดอย่างรุนแรง ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย อาจพบว่าแต่งกายสกปรก ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์ มีพฤติกรรมแปลก ๆ

ความคิดผิดปกติทางอารมณ์ มี 2 แบบคือ มักเป็นแบบไม่เหมาะสม ไม่สอดคล้องกับความคิด และขณะนั้น (inappropriate) และแบบเฉยไม่แสดงความรู้สึก (apathy & blunted)

ความคิด ปกติของการเคลื่อนไหว มีความผิดปกติได้หลายแบบ เช่น ะอะโวยวาย ไม่อยู่นิ่ง (hyperactivity) ซึมเฉยไม่พูด (stupor) อยู่ในท่าใดท่าหนึ่งเป็นเวลานาน (Waxy flexibility) ทำอะไรซ้ำ ๆ (stereotypy) และทำตรงกันข้ามกับสิ่งที่สั่ง (negativism)

ความคิดผิดปกติทางการพูด เริ่มจากการไม่ยอมพูด (Mutism) พูดเรื่องราวไม่ปะติดปะต่อ (incoherence) พูดไม่ตรงประเด็น (irrelevance) และใช้ภาษาแปลกประหลาด (neologism)

ความคิดผิดปกติทางความคิดเป็นสิ่งที่พบเสมอในผู้ป่วยโรคจิตเภท จึงถือเป็นข้อสำคัญในการวินิจฉัย แบ่งเป็น

1. รูปแบบความคิดผิดปกติ คือ ขาดการเชื่อมโยงเหตุผลและไม่สามารถลำดับความคิด ตามขั้นตอนของเหตุการณ์ คำพูดไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง (Loosening of association) เนื้อหาความคิดจะออกมาในรูปแบบการหลงผิด แปลกประหลาด ไม่สัมพันธ์กัน ฟังดูเหลือเชื่อและเป็นไปไม่ได้ เช่น คิดว่ามีคนปองร้าย (delusion of persecution) คิดว่ามีคนพูดเรื่องราวเกี่ยวกับตนเอง (delusion of reference)

2. ความคิดผิดปกติทางการรับรู้ ผู้ป่วยจะมีประสาทหลอนชนิดต่าง ๆ ที่พบบ่อยที่สุดคือ หูแว่ว (auditory hallucination) ประมาณร้อยละ 75 รองลงมาคือภาพหลอน (visual hallucination)

3. หายใจโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอเข้าสังคมได้แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและต้องได้รับการช่วยเหลือ

4. เรือรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง

5. มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังเพียงอย่างเดียว ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 จะมีอาการเป็น ๆ หาย (ซาจิ สัทธิมงคล, 2539)

1.7 การรักษา (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544 : 123-126) การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล ในกรณีต่อไปนี้

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น

- มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหานั้นออกไปจากเรื่องยาระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์

1. การรักษาด้วยยา การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้น เป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพิ่มการควบคุมอาการด้านบวกแล้ว ยังสามารถลดอาการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาด้วยยาแบ่งออกเป็น 2 ช่วงคือ

1.1 ระยะเวลาควบคุมอาการ เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ที่ทำให้สงบของยา ( sedating effect ) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ chlorpromazine 300-500 mg. / วัน หรือ Haloperidal 6-10 mg. / วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยอาการรุนแรงมากอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้ว อาการของโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

1.2 ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดี การควบคุมด้วยยาก็เป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อย ๆ ลดขนาดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ย คือ chlorpromazine 100-300 mg. / วัน ในผู้ป่วยที่ไม่ยอมรับประทานยา อาจให้ยาชนิดประเภท long acting

2. การรักษาด้วยไฟฟ้า การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมไปด้วย นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

3. การรักษาจิตสังคม การบำบัดด้านจิตสังคมนี้ เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษามีได้ช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นต้องมีที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วยเพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

ผู้ป่วยเกณฑ์เป็นผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง มีความผิดปกติในการแสดงออกทางอารมณ์ ความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรม ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของจิตบกพร่องไป มีโอกาสถูกกระตุ้นให้อาการกำเริบได้ง่าย จึงเป็นสาเหตุให้ผู้ป่วยจิตเภทก่อคดีได้ มักไม่หายเป็นปกติ นำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ การบำบัดรักษาจึงต้องใช้ระยะเวลายาวนานและต่อเนื่อง ซึ่งผู้ป่วยเกณฑ์เมื่อรักษาไประยะหนึ่ง มักคิดว่าตนหายแล้ว จึงไม่ปฏิบัติตามขั้นตอนการบำบัดรักษา ก่อให้บกพร่องในการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ทำให้อาการกำเริบกลับเป็นซ้ำ หรือก่อคดีซ้ำได้

## 2.การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

2.1 ความหมาย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้านและในสังคมเดิมของเขาได้ โดยมีญาติผู้ดูแล และบุคลากรทางการแพทย์ไปเยี่ยมบ้านเพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาล ฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะช่วยลดช่องว่างในการรักษาพยาบาลระหว่างการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอก แต่อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะต้องดูแลบนพื้นฐานของมาตรฐานทางวิชาชีพของผู้ดูแลรักษาและจะต้องประกันคุณภาพ การประกันคุณภาพจะต้องมีมาตรฐานเป็นเครื่องวัด พยาบาลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจึงต้องรายงานอาการผู้ป่วยและผลการรักษาพยาบาลแก่ทีมการรักษา และทีมจะต้องเฝ้าระวังและทบทวนการให้การรักษาพยาบาล โดยการประชุมปรึกษาหารือ ( Conference ) และมีการนิเทศงานด้วย

2.2 ความสำคัญ ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง กำเริบซ้ำ ๆ บ่อย ๆ เมื่อแนวการรักษาในปัจจุบันเน้นจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต , 2540 ) แต่ยังไม่มียุติวิธีที่ครบถ้วนสมบูรณ์มารองรับ จึงเกิดผลกระทบที่ตามมาต่อครอบครัวเป็นอย่างมาก เช่น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพราะครอบครัวไม่สามารถที่จะคาดหวังได้ว่า จะหายหรือไม่อย่างไร ประกอบกับต้องคอยตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในทุก ๆ ด้าน โดยไม่มีขอบเขตจำกัด เพราะผู้ป่วยจิตเภทจะมีความต้องการที่เพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมจากอาการทางจิตของเขาที่เป็นพฤติกรรม ความคิด การรับรู้ที่ผิดปกติ ทำให้การดูแลที่บ้านของครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหามากมาย เป็นภาระงานที่เพิ่มขึ้นของครอบครัวทุกคน เกิดการเปลี่ยนแปลงบทบาท ทำให้ต้องปรับกิจกรรมบางอย่างเพื่อการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และใช้ระยะเวลาที่นาน จะเห็นว่ามีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ทีมสุขภาพจิตจะต้องเข้าไปช่วยเหลือโดยวิธีการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ อาศัยความร่วมมือจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่เหมาะสมที่บ้านจะช่วยลดความเครียดของทั้งผู้ป่วยและครอบครัวก่อนที่จะเกิดปัญหากระทบไปสู่ระบบอื่น ๆ ทั้งในครอบครัว สังคม และประเทศชาติ

2.3 แนวคิดการเยี่ยมบ้าน นโยบายของกรมสุขภาพจิตในปัจจุบันได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงมีนโยบายผลักดันครอบครัวให้เป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และตระหนักว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพการดูแลตนเองที่บ้านได้ดีขึ้น สามารถลดต้นทุน และเป็นการคุ้มทุนในเชิงเศรษฐกิจ เนื่องจากการลดค่าใช้จ่ายการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล (กรมสุขภาพจิต, 2544)

นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว, 2524 อ้างใน ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541 ได้มีแนวคิดว่าหากญาติได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ได้ฟังความคิดเห็นและได้สังเกต การดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้องแล้วญาตินำเอาวิธีการปฏิบัติไปใช้ที่บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยต่อ ถ้าจำเป็นก็กลับมาปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราวจะได้ผลดี และช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้เป็นอย่างมาก

การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการปฏิบัติการพยาบาลเชิงรุกเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้นต้องอาศัยความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ และศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้อง ลักษณะกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน(อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย, 2542) ดังนี้

1. ประเมินสถานะผู้รับบริการ
2. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับ ความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึที่ดี และไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ
3. พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัวเน้นการสร้างความเข้าใจของแต่ละคนในครอบครัว
4. การสอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้จ่ายและทักษะชีวิต การประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ
5. การให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมใช้หลักการ แนวคิด และทฤษฎี การให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่ม ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว
6. การสนับสนุนให้กำลังใจในโอกาสที่เหมาะสม การประดับประดาเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ
7. การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพเป็นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติ และทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเอง ในสถานการณ์ที่เกิดและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง
8. การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ
9. การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ

สรุปการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ เป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่เน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาหรือปฏิบัติ ทีมสุขภาพคำนึงถึงจริยธรรมในวิชาชีพ สังคม วัฒนธรรมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการวางแผนการดูแลรักษาร่วมกับผู้ป่วย



2.4 การสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปสู่ครอบครัว ด้วยเหตุที่โรงพยาบาลจิตเวชมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นทุกปี ผู้ป่วยที่มีอาการเฉียบพลันที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วนก็เพิ่มมากขึ้น การที่ผู้ป่วยอาการไม่รุนแรงและเป็นเรื้อรังอยู่ในหอผู้ป่วยมาก จึงเป็นอุปสรรคสำหรับผู้ป่วยกรณีแรก และปัญหาต่อมาเมื่อมีผู้ป่วยจำนวนมาก แต่บุคลากรมีจำนวนน้อย โรงพยาบาลจึงให้การดูแลไม่ทั่วถึง อีกทั้งสภาพของโรงพยาบาลจิตเวชโดยทั่วไป มักจะไม่เอื้อให้เกิดสิ่งแวดล้อมบำบัด เนื่องจากมีการควบคุมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดในบริเวณที่จำกัดและอยู่ภายใต้กฎเกณฑ์ที่บางครั้งขัดต่อสิทธิมนุษยชน ลักษณะการจัดการในโรงพยาบาลก็ไม่ยืดหยุ่นและเพื่อที่จะตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน แต่มุ่งที่จะจัดระบบงานแบบควบคุมให้มีวิถีชีวิตเหมือนกันหมด ทำให้ผู้ป่วยเกิดการพึ่งพาตลอดยไม่มีโอกาสได้เลือกหรือตัดสินใจ อันจะนำไปสู่การเป็นผู้ป่วยเรื้อรังได้ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเมื่อเป็นเรื้อรังแล้วมักจะมีโอกาสหายได้ยาก ดังนั้นการกลับสู่ครอบครัวจะมีอิสระในการดำเนินชีวิตและเกิดผลดีต่อผู้ป่วยมาก ( ศิริพร จิรวณิชย์กุล , 2538 )

แต่การกลับไปอยู่บ้านของผู้ป่วยมักจะมีปัญหาหลายอย่างตามมา จึงต้องเตรียมความพร้อมของครอบครัวที่จะนำผู้ป่วยไปอยู่ด้วย โดยจะต้องมีวิธีการหรือกิจกรรมบริการที่ดีมารองรับ เช่น จะต้องมีการวางแผนตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นวันแรกจนกระทั่งกลับบ้าน เป็นต้น ( ศิริสุดา รัศมีพงศ์ , 2537 ) ซึ่งการเตรียมวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเป็นการเตรียมผู้ป่วยและญาติให้พร้อมที่จะสามารถดูแลตนเองได้โดยผู้ป่วยและญาติจะวางแผนการดูแลร่วมกันกับทีมสุขภาพจิต บุคลากรในทีมจะเป็นผู้ให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับโรค การปฏิบัติตัวต่าง ๆ อย่างถูกต้องและสิ่งที่ควรคำนึงถึงในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย คือ การวิเคราะห์ถึงความต้องการทั้งหมดของผู้ป่วยการมีที่อยู่ที่เหมาะสม การปรับสภาพภายในบ้านให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย สภาพเศรษฐกิจ การมีงานทำ ผู้ดูแลผู้ป่วย ข้อมูลที่ผู้ป่วยและครอบครัวควรทราบ ตลอดจนมีหน่วยงานหรือบุคลากรใดบ้างที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยได้เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก ( ศิริสุดา รัศมีพงศ์ , 2537 ) และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้วก็จะต้องมีโครงการสนับสนุนการอยู่ร่วมกับครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นแนวคิดการดูแลทางจิตเวชที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนโรงพยาบาลเป็นสถานที่รองรับผู้ป่วยที่ฉุกเฉินชั่วคราวเท่านั้น ( ศิริพร จิรวณิชย์กุล , 2538 )

จะเห็นว่าเหตุผลที่ต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัวนั้นมีหลายประการ เช่น ปัญหาความเรื้อรังของโรค ความไม่สมดุลระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากร หรือหน่วยงานสุขภาพ เป็นต้น แต่ผู้ป่วยกลับบ้านแล้วก็จะต้องมี การเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก

2.5 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีรายงานการศึกษาและอธิบายถึงความรู้และวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไว้ ดังนี้

ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี และคณะ (2531) อธิบายว่าวิธีปฏิบัติของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้

1. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแพทย์สั่งอย่างสม่ำเสมอ
2. หลีกเลี่ยงการแสดงอารมณ์มาก ๆ ในครอบครัว อารมณ์นี้หมายถึง อารมณ์โกรธเกลียด ก้าวร้าว รวมไปถึงความรู้สึกหวั่นไหวที่มากเกินไป
3. ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และหากผู้ป่วยยังพอฟังเข้าใจได้ ญาติควรพูดคุยและอธิบายถึงความสำคัญของการรับประทานยา
4. ในกรณีที่ผู้ป่วยทำร้ายผู้อื่นทำร้ายตนเองหรือทำลายทรัพย์สินญาติควรพาผู้ป่วยไปพบแพทย์
5. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการซึมเฉย เฉื่อยชาและแยกตัว ไม่เข้าสังคม โดยที่เป็นอาการของการเจ็บป่วย การกระตุ้นให้หายเฉื่อยชานั้นอาจให้ผู้ป่วยทำงาน โดยเริ่มจากงานที่ง่าย ๆ ก่อน เช่น ให้ดูแลที่นอนของตนเอง ช่วยทำงานบ้านง่าย ๆ ญาติ ล้างจาน งานนั้นควรอยู่ในขอบเขตที่ผู้ป่วยจะทำได้โดยไม่เครียดมากเกินไป
6. ในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปลก ๆ เช่น พูดหัวเราะคนเดียว ซึ่งถ้าไม่บ่อยหรือไม่มาก ญาติอาจเพิกเฉยไม่ได้ตอบผู้ป่วย และแจ้งให้ผู้รักษาทราบ ข้อควรระวัง คือ ญาติไม่ควรแสดงความโกรธ ตำหนิ หรือดูว่าผู้ป่วยอย่างรุนแรง
7. กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการหลงผิด ซึ่งถ้าไม่รุนแรงและไม่เป็นอันตรายญาติอาจเพิกเฉยไม่ได้แข็ง ถ้ามเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดเช่นนั้น ญาติอาจลองอธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจให้ถูกต้อง ถ้าผู้ป่วยไม่รับฟังเลย หรือ โกรธ แสดงว่ายังไม่เข้าใจที่จะพูดกับผู้ป่วยในเรื่องนี้ ญาติควรรับฟังเฉย ๆ ก่อน และบอกอาการให้แพทย์ทราบ ถ้ามีลักษณะที่อันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินควรพาผู้ป่วยไปพบในแพทย์โดยด่วน

รจนา กุศลรัตน์ (2532) ได้อธิบายถึงข้อควรปฏิบัติสำหรับญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทไว้ ดังนี้ \* ไม่ควรให้ผู้ป่วยเก็บยาเอง \* ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอ \* พาหรือเตือนให้ผู้ป่วยไปรับยา เมื่อขาด \* พาหรือเตือนผู้ป่วยไปพบแพทย์ตามนัด \* สนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยปฏิบัติตัวดีขึ้น \* ดูแลไม่ให้ผู้ป่วยเสพลสิ่งเสพลิด \* ให้การยอมรับผู้ป่วยเช่นเดียวกับสมาชิกอื่น ๆ ในบ้าน

อร่ามศรี เกสจินดา (2537) ได้อธิบายถึงการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของญาติว่า ญาติไม่ควรคาดหวังมากเกินไป ควรเข้าใจถึงธรรมชาติของโรคว่าผู้ป่วยมักจะซึมเฉย ไม่กระตือรือร้นและนอนมากเกินไป ซึ่งดูเหมือนว่าเป็นคนขี้เกียจมาก ญาติไม่ควรคิดว่าผู้ป่วยแล้ว ควรยอมรับสภาพว่าผู้ป่วยเองอาจมีความสุขกับการแยกตัวมากกว่าการเข้าสังคม การช่วยเหลือคือ “การกระตุ้น” ผู้ป่วยและใช้หลัก การ “ผ่อนปรน” คือ อนุญาตบ้างแต่ไม่ใช่ยอมหมด เพราะการกระตุ้นมากเกินไปอาจทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบซ้ำ เช่น มีหูแว่ว หวาดระแวง หรืออะอะวุ่นวายได้ ซึ่งแนวทางการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสรุปได้ ดังนี้

\* ขอมรับผู้ป่วย \* จู้จี้บ่นให้เหนื่อยที่สุด \* อย่างกระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป \* อย่างยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป \* อนุญาตให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวบ้างตามความเหมาะสม

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีภาวะแตกต่างกันมากน้อยไม่เท่ากัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะอาการของโรค ความรุนแรงของพฤติกรรม และความสามารถในการดูแลสุขอนามัยในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย อย่างไรก็ตาม สมาชิกในครอบครัวควรต้องมีการสังเกตที่ดี มีความอดทน รู้จักวิธีที่เข้าหาผู้ป่วย เข้าใจสถานการณ์เจ็บป่วย มีความรู้ ความสามารถในการช่วยเหลือผู้ป่วยและสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสมว่าเมื่อไรจึงจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

**2.6 บทบาทของสมาชิกในครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยจิตเภท** สมาชิกในครอบครัวมีบทบาทที่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่จำเป็นต้องกระทำให้ครบถ้วน เพื่อให้ครอบครัวดำรงอยู่ได้อย่างปกติสุข ได้แก่ การหาปัจจัยสี่ การเลี้ยงดู และให้การประคับประคองสนับสนุนแก่สมาชิก เป็นต้น สำหรับบทบาทที่ต้องรับภาระเพิ่มขึ้นเมื่อต้องดูแลผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องรับภาระอย่างมาก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยผู้ป่วยจะอยู่ในโรงพยาบาลเพียงระยะหนึ่งเท่านั้น เมื่ออาการทุเลาลงก็จะกลับไปอยู่ที่บ้าน ส่งผลให้ครอบครัวกลายเป็นผู้ที่มีหน้าที่และบทบาทสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ( อุมพร ตรีภคสมบัติ , 2542 ) ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านนี้จะต้องรับภาระมากขึ้นแตกต่างกัน ผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้างก็จะไม่เป็นภาระแก่สมาชิกในครอบครัวมากนัก แต่ผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองได้น้อย หรือมีอาการทางจิตรุนแรงเกิดขึ้นเป็นครั้งคราว สมาชิกในครอบครัวจะต้องมีภาระเพิ่มขึ้นอีก อย่างไรก็ตามผู้ป่วยจิตเภทนั้น ส่วนมากมักมีอาการเรื้อรัง และต้องการการดูแลช่วยเหลือไปตลอดชีวิต (ยาใจ สิทธิมงคล , 2539 )

**2.7 ผลกระทบต่อบุคคลและครอบครัว** การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทมักก่อให้เกิดผลกระทบได้ทั้งบุคคลและครอบครัว เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตเป็นประสบการณ์รูปแบบหนึ่งที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อบุคคล จากธรรมชาติของโรคที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานในการรักษา ทั้งผู้ป่วยและญาติต่างต้องเผชิญปัญหาที่มักจะเวียนกลับมาในลักษณะเดิมซ้ำแล้วซ้ำอีก ถ้าครอบครัวสามารถควบคุมหรือจัดการกับปัญหาเหล่านั้นได้ ครอบครัวก็จะสามารถดำเนินหน้าที่ต่อไปได้ แต่บางครั้งครอบครัวไม่สามารถเผชิญกับปัญหาได้อย่างเหมาะสม จึงพบได้ว่าการดำเนินชีวิตต้องหยุดชะงักลง ( Adamec ,1996; Janosik & Green , 1992 ) ประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานนั้นอาจเป็นได้หลายลักษณะ เช่น มีปัญหาทางด้านอัตมโนทัศน์ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำลายตนเองและพฤติกรรมต่อต้านสังคม เป็นต้น นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเพทยังอาจก่อให้เกิดความไม่สมดุลของครอบครัวในวันข้างหน้าได้ ครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความรู้สึกจะมากยิ่งขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อย ๆ การที่ครอบครัวจะสามารถจัดการกับปัญหาได้ดีหรือไม่ ( Adamec , 1996 ) ขึ้นอยู่กับ

1. ปัจจัยส่วนบุคคล หมายถึงถึงความเข้มแข็งหรือความอ่อนแอทางด้านจิตใจของผู้ป่วย

และสมาชิกในครอบครัว ซึ่งจะช่วยให้สมาชิกในครอบครัว ใช้วิธีการจัดการกับปัญหาได้อย่างเหมาะสมที่สุด

2. ธรรมชาติของโรคหรือความเจ็บป่วยทางจิตด้วยโรคจิตเภทที่มีการพยากรณ์โรคไม่ดีจากการไม่สามารถคาดคะเนหรือทำนายอาการได้แน่นอนและมีลักษณะเรื้อรัง เกิดผลตกค้างทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ดังก่อนการเจ็บป่วย

3. บริบททางสังคมที่จะเป็นปัจจัยกระตุ้นหรือปัจจัยเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถปรับตัวได้ ความรู้สึกว่าเป็นตราบาปเมื่อถูกระบุเป็นสาเหตุความเจ็บป่วยจากความเชื่อที่ว่าผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีมารดาที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ภายในครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย หรือครอบครัวมีการทำหน้าที่บกพร่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัวที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างใกล้ชิดอาจกล่าวคำหาคำหาคำที่ตนเองที่เป็นต้นเหตุให้อาการของผู้ป่วยเลวลง

เลฟลีย์ (Lefley , 1987 cited in Janosik & Green , 1992 ) และเทอเคลสัน ( Terkelson , 1987 cited in Janosik & Green , 1992 ) ได้ศึกษาผลกระทบของโรคจิตเภทต่อครอบครัวพบว่าผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทตั้งแต่วัยเด็กแม้ว่าจะทำให้บิดามารดาต้องเผชิญและไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ได้แก่ การถูกดำเนินคดีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคจิต โรคจิตเภทที่พบในสามีหรือผู้ที่เป็นบิดาจะกระทบต่อสภาวะ เศรษฐกิจครอบครัวได้เท่า ๆ กับก่อให้เกิดปฏิกริยาทางอารมณ์ของสมาชิกในครอบครัวกล่าวได้ว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงจากบุคคล ที่เจ็บป่วย ทางจิตไม่ว่าจะอยู่ในวัยใดหรือมีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใด ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตสามารถมองได้ทั้งระยะสั้นและระยะยาว สมาชิกบางคนในครอบครัวอาจรู้สึกว่าตนเองไม่สามารถเชิญเพื่อนเข้ามาที่บ้านได้ เนื่องจากกลัวว่าผู้ป่วยจะทำให้ขายหน้า เพราะถึงแม้ผู้ป่วยจะมีอาการสงบและจากประสบการณ์ในอดีตก็ทำให้สมาชิกในครอบครัวทราบว่าการดีขึ้นนั้นเป็นเพียงชั่วคราว อาการขึ้น ๆ ลง ๆ นี้เองมักเป็นต้นเหตุของความตึงเครียดภายในครอบครัว บางครั้งสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภททำให้สมาชิกบางคนมองว่าผู้ป่วยเป็นภาระ ดังเช่นการศึกษาของ เพชรรา อินอิม (2531) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่น ๆ ลดลง ญาติต้องคอยดูแลผู้ป่วยไว้ไม่ให้ทำในสิ่งที่น่าอับอาย สอดคล้องกับการศึกษาของ วรช นธิกุล ( 2535) เกี่ยวกับความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ญาติมีความเครียดเกี่ยวกับสัมพันธ์ภาพที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น บางคนในครอบครัวแสดงท่าทีรังเกียจผู้ป่วยไม่ยอมรับพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวรู้สึกว่าสิ่งที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ครอบคลุมการใช้ชีวิตในสังคมทั้งในด้านส่วนตัวและรู้สึกอับอายที่มีคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท

จากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่เรื้อรังต้องใช้ระยะเวลาการดูแลรักษานาน บางรายอาจต้องดูแลตลอดชีวิต ซึ่งเป็นไปไม่ได้ที่จะรับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลตลอดเวลา การดูแลรักษาจำเป็นต้องเกิดขึ้นที่บ้าน การที่ผู้ป่วยจะอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุขผู้ป่วยจำเป็นต้องดูแลตนเอง

ได้ การที่ผู้ป่วยจะดูแลตนเองได้ต้องได้รับการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับสู่ครอบครัว คือมีการเตรียมความพร้อมของสมาชิกในครอบครัว มีการติดตามให้มีการเยี่ยมบ้าน เพื่อกระตุ้นให้มีการดูแลต่อเนื่องในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ให้ความรู้กับครอบครัวและชุมชนให้มีความรู้และเจตคติที่ดีในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพจะทำให้ประเมินสภาพปัญหาของผู้ป่วย ครอบครัว ได้อย่างรอบด้าน และวางแผนให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตามความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัวได้เป็นอย่างดี

การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ เป็นรูปแบบบริการที่ถูกออกแบบมาสำหรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาการเจ็บป่วยเรื้อรัง โดยทีมสุขภาพที่มีความชำนาญ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทุกด้าน ทั้งด้านการเจ็บป่วย การดูแลตนเอง ค่าใช้จ่าย การบริหารจัดการอาการเจ็บป่วยการบำบัดรักษาทางยา การขอความช่วยเหลือไปยังแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ด้านที่อยู่ อาหาร การรักษาโรค การฟื้นฟูทางสังคม การช่วยเหลือครอบครัว การให้ความรู้ การประสานและพัฒนาให้มีระบบการเลือกทางช่วยเหลือ การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีได้รับการสอนให้ดูแลตนเอง และได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวและชุมชนให้ดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น

### 3. แนวคิดเรื่องคดีที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภท

คดี ความหมายตามพจนานุกรม ฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2542 ให้ความหมายว่า เรื่องหรือความที่ฟ้องร้องหรือกล่าวหากันในทางกฎหมาย ซึ่งต้องดำเนินการตามกระบวนการวิธีพิจารณาความตามที่กฎหมายกำหนด เช่น คดีแพ่ง คดีอาญา คดีปกครอง

คดีคำ หรือคดีหมายเลขคำ หมายถึง คดีที่ฟ้องร้องต่อศาลและศาลได้ลงทะเบียนคดีในสารบบความของศาล โดยเริ่มตั้งแต่เลข 1 ทับ เลขปีพ.ศ. เรียงเป็นลำดับไปจนถึงสิ้นปี ก่อนศาลมีคำสั่งพิพากษา หรือคำสั่งวินิจฉัยชี้ขาดคดี หรือมีคำสั่งจำหน่ายคดีออกจากสารบบความ หรือมีคำสั่งจำหน่ายคดีชั่วคราว เรียกย่อๆว่า คดีคำ เช่น คดีหมายเลขคำที่ 1/ 2540 หรือคดีคำที่ 1/ 2540

คดีแดง หรือคดีหมายเลขแดง หมายถึง คดีที่ศาลมีคำสั่งพิพากษา หรือคำสั่งวินิจฉัยชี้ขาดคดี หรือมีคำสั่งจำหน่ายคดีออกจากสารบบความ หรือมีคำสั่งจำหน่ายคดีชั่วคราวแล้ว โดยเริ่มตั้งแต่เลข 1 ทับ เลขปีพ.ศ. เรียงเป็นลำดับไปจนถึงสิ้นปี เรียกย่อๆว่า คดีแดง เช่น คดีหมายเลขแดงที่ 1/ 2540 หรือคดีแดงที่ 1/ 2540

คดีแพ่ง หมายถึง คดีที่ฟ้องร้องเกี่ยวกับสิทธิส่วนบุคคล

คดีมโนสารเ่ หมายถึง คดีอันมีทุนทรัพย์หรือค่าเช่าจำนวนเล็กน้อย ซึ่งไม่เกินจำนวนที่กำหนดในกฎหมาย

คดีอนาถา หมายถึง คดีแพ่งที่คู่ความอ้างว่าเป็นคนยากจนไม่สามารถเสียค่าธรรมเนียมศาลในศาลชั้นต้น หรือชั้นอุทธรณ์ หรือชั้นฎีกา เมื่อศาลได้สวนเป็นที่เชื่อถือได้ว่า คู่ความนั้นเป็นคน

หากจน ไม่มีทรัพย์สินพอจะเสียดำธรรมเนียม ศาลจะอนุญาตให้กู้ความนั้นฟ้องหรือต่อสู้คดีอย่างคน  
อนาถาได้ แต่การขอเช่นว่านี้ถ้าผู้ขอเป็นโจทก์ ผู้ขอจะต้องแสดงให้เป็นที่พอใจศาลด้วยว่าคดีของ  
ตนมีมูลที่จะฟ้องร้อง หรือในกรณีอุทธรณ์ หรือฎีกา ศาลเห็นว่ามีเหตุอันสมควรที่จะอุทธรณ์หรือ  
ฎีกาแล้วแต่กรณี

คดีอาญา หมายถึง คดีที่เกี่ยวกับการกระทำที่กฎหมายบัญญัติว่าเป็นความผิดและมีโทษทาง  
อาญา

คดีอุทลุม หมายถึง คดีที่บุคคลฟ้องบุพการีของตนเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญาซึ่งต้องห้ามตาม  
ประมวลกฎหมายแพ่งและพาณิชย์ว่าผู้ใดจะฟ้องบุพการีของตนเป็นคดีแพ่งหรือคดีอาญามีได้

กฎหมายที่มีสภาพบังคับทางอาญา หมายถึง กฎหมายที่มีบทบัญญัติกำหนดโทษในทาง  
อาญาแก่ผู้ฝ่าฝืน ซึ่งโทษในทางอาญานั้นมี 5 ประการ ได้แก่ โทษประหารชีวิต จำคุก กักขัง ปรับ  
และริบทรัพย์สิน ตามที่ปรากฏในมาตรา 18 แห่งประมวลกฎหมายอาญา ( มานิตย์ จุมปา, 2544 )

กฎหมายที่มีสภาพบังคับทางแพ่ง หมายถึง สภาพบังคับทางแพ่งนั้น ไม่มีบทมาตราใดที่  
บัญญัติถึงลักษณะของสภาพบังคับไว้โดยตรง ดังเช่นในประมวลกฎหมายอาญา แต่อาจสังเกตได้  
จากบทบัญญัติที่บัญญัติไว้สำหรับผู้ที่ฝ่าฝืน ไม่ปฏิบัติตามกฎหมายได้ในประมวลกฎหมายแพ่งและ  
พาณิชย์ เช่น การบังคับให้ชำระหนี้ การให้ชดใช้ค่าเสียหาย หรือการกำหนดให้นิติกรรมเป็น  
โมฆกรรมหรือโมฆียกรรม เป็นต้น ( มานิตย์ จุมปา, 2544 )

จากความหมายของคดีต่างๆจะเห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีโอกาสเป็นผู้ป่วยคดีได้  
มาก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทขาดการรับรู้ด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยทำอะไรไป  
โดยไม่ได้ยั้งคิด หรือไม่รู้อะไร ไม่รู้ว่าเป็นความผิด ไม่รู้การปกป้องสิทธิของตน การช่วยสนับสนุนให้  
ผู้ป่วยดูแลตนเองเป็นการลดความเสี่ยงในการก่อคดี หรือลดความรุนแรงของการก่อคดีได้ระดับ  
หนึ่ง

#### 4. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี

4.1 ความหมาย Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่  
บุคคลริเริ่ม และกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง  
เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมี  
ส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

โอเร็ม (Orem, 1991 ) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างมี  
เป้าหมายของบุคคล เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับ  
ตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพหรือ  
ความผาสุกนั้นๆ

สรุปได้ว่า การดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย เพื่อให้ตนเองมีสภาวะสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

4.2 แนวคิดการดูแลตนเอง แนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม การดูแลตนเอง เป็นแนวคิดของการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำ และผลจากการกระทำนั้น ๆ ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวันและบุคคลยังนำความสามารถเหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่ง เสริม หรือเป็นผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติ หรือตามพัฒนาการ เพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไป และคงความผาสุกไว้ นอกจากนี้จะนำความสามารถมาใช้ในการดูแลตนเองแล้ว บุคคลยังนำมาให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว และคนอื่น ๆ ด้วย (Orem,1985;1991 )

ดังนั้นการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เคยก่อคดีเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมในการดำเนินชีวิตประจำวันด้วยตนเอง เพื่อให้ตนเองมีสภาวะสุขภาพที่ดี เนื่องจากสภาพการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ ทำให้พร้อมในการดูแลตนเองในเรื่องการรับการรักษาต่อเนื่อง และการใช้สารเสพติด (ประภาส อุครานันท์.2541 ; ราณี ฉายินทุ และนงลักษณ์ สาตรา.2543) จึงต้องการการกระตุ้น สนับสนุนให้ดูแลตนเองเป็นการฟื้นฟูให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ควบคุมตนเองไม่ให้มีอาการกำเริบจนก่อคดีซ้ำ ซึ่งจากแนวคิดที่กล่าวมาจะเห็นว่าบุคคลจำเป็นต้องมีการดูแลตนเองเพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิตสุขภาพ ให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ประการ (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540 ) คือ

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ( universal self care requisites : USCR ) เป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคน ทุก ๆ ช่วงชีวิต เป็นการปรับตัวตามอายุที่เปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาสิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่น ๆ ซึ่งการปรับตัวเหล่านี้เป็นกระบวนการของชีวิตเพื่อรักษาโครงสร้าง การทำหน้าที่ ตลอดจนความผาสุกของบุคคลซึ่งประกอบไปด้วย

- 1.1 การคงไว้ซึ่งการได้รับอาหาร น้ำ และอากาศอย่างเพียงพอ
- 1.2 คงไว้ซึ่งการขับถ่าย และการระบายให้เป็นไปตามปกติ
- 1.3 การควบคุมอุณหภูมิ และการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว
- 1.4 การรักษาความสมดุล ระหว่างการมีกิจกรรมต่าง ๆ และการพักผ่อน
- 1.5 การรักษาความสมดุล ระหว่างการมีเวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่น
- 1.6 การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่สวัสดิภาพ และความผาสุก
- 1.7 การส่งเสริม การทำหน้าที่ และพัฒนาให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและ

ความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self care requisites : DSCR ) เป็นการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคล สถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการประกอบด้วย

2.1 พัฒนาการ และคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต พัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่าง ๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันผลเสียต่อพัฒนาการ เป็นการจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร การเจ็บ ป่วย การบาดเจ็บ และการพิการ การเปลี่ยนแปลงจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต และการเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และการตาย

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ ( health deviation self care requisites : HDSCR ) เป็นความต้องการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพ หรือทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค และอยู่ระหว่างการรักษาอันเป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลงได้ เช่น การได้รับอุบัติเหตุจนเกิดความพิการ แขนขาหัก การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อากาศเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว การเมื่อยหน้าท้อแท้ต่อการรักษา การดูแลตนเองของผู้ที่มีการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพได้แก่

3.1 แสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น เจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ

3.2 มีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพ การดำเนินของโรค

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟู และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ และสนใจดูแลป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรคที่เป็นอยู่

3.5 ปรับและเปลี่ยนทัศนคติ และภาพลักษณ์ เพื่อให้สามารถยอมรับตนเองในภาวะสุขภาพขณะนั้น และในภาวะที่ต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลทางสุขภาพ

3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ ภาวะสุขภาพผลจากการวินิจฉัยโรค และการรักษา เพื่อส่งเสริมพัฒนาการอย่างต่อเนื่อง

ความต้องการทั้ง 3 ด้านคือ การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพเมื่อรวมกันเรียกว่าความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น ( self care requisites ) ซึ่งเป็นความต้องการที่บุคคลนำไปสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ( therapeutic self care demand ) ปัจจัยที่กำหนดการกระทำหรือพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งหมดนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นฐาน (basic conditioning factors : BCF) 11



ประการคือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ และ ประสพการณ์สำคัญในชีวิต ถ้าความต้องการทั้ง 3 ด้านนี้ ได้รับการตอบสนองอย่างมีประสิทธิภาพจะมีผลดังนี้ คือ การรอดชีวิต การคงไว้ซึ่งความปกติของโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล การสนับสนุนในเรื่องพัฒนาการตามความสามารถของบุคคล การป้องกันการบาดเจ็บและการเกิดพยาธิสภาพ มีการปรับตัวหรือควบคุมผลจากการบาดเจ็บ หรือจากพยาธิสภาพที่เกิดขึ้น การส่งเสริมการรักษา การควบคุมพยาธิสภาพและส่งเสริม สวัสดิภาพของบุคคล (Orem; 1991)

การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการ ตั้งแต่วัยเด็กถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามภาวะสุขภาพ สำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังมีโอกาสป่วยซ้ำได้มาก และระยะเวลาการป่วยทำให้เสื่อมเสียหน้าที่ในหลาย ๆ ด้าน ( มาโนช หล่อตระกูล, 2543 ) เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การทำหน้าที่ทางสังคม ดังนั้นผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจึงจำเป็นต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอในเรื่องที่เป็นความจำเป็นทางร่างกายทั่วไป และความจำเป็นที่มีอาการของโรคจิตเภทที่ยังหลงเหลืออยู่บ้าง โดยสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องเพิ่มการดูแลตนเอง พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัด เช่นเดียวกับผู้ป่วยจิตเภทที่เคยก่อคดี ซึ่งมีเรื่องคดีเข้ามาเกี่ยวข้องทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องปรับบทบาททางสังคมที่อาจเปลี่ยนไป สามารถปฏิบัติตามบทบาทปกติให้ได้มากที่สุด เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน โดยมีการดูแลตนเองทั้งหมด 3 ประการ ดังนี้

### 1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป

1.1 การได้รับอาหาร น้ำ อากาศ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ลดอาหารพวกแป้ง ไขมัน ขนมหวาน และควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อ ตรงตามเวลาในปริมาณที่พอดีกับความต้องการของร่างกาย อาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ อาหารสุก ๆ ดิบ ๆ เครื่องดองของเมา สารเสพติดต่าง ๆ เช่น สุรา บุหรี่ กัญชา สารระเหย ทุกชนิด น้ำชา กาแฟ และเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นต่าง ๆ เพราะเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ ไม่ควรอยู่ในที่แออัดมากเกินไป เพราะจะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

1.2 การจับถ่ายของเสีย อาการท้องผูกเป็นปัญหาที่พบบ่อยในผู้ป่วยโรคจิตเภท โดยเฉพาะในผู้ที่มีอาการทางด้านลบ ซึม เฉย ไม่กระตือรือร้น ขาดออกกำลังกายหรือการเคลื่อนไหว รวมทั้งเกิดจากอาการข้างเคียงของยาทางจิตที่รับประทานอยู่

1.3 การดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำฟอกสบู่ แปรงฟัน อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผม ตัดเล็บ โกนหนวด สัปดาห์ละ 1 – 2 ครั้ง ล้างมือก่อนรับประทานอาหาร และหลังเข้าห้องน้ำ สวมเสื้อผ้าที่สะอาด สวมรองเท้าทุกครั้งก่อนออกนอกบ้าน

1.4 การดูแลตนเองด้านการพักผ่อนและนันทนาการ โดยการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20 – 30 นาที เช่น การเดิน การวิ่ง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรง และผ่อนคลายความเครียด มีการจัดเวลาอนให้เหมาะสม หลีกเลี่ยงการนอนดึก กลางคืน นอนหลับติดต่อกัน 6 – 8 ชั่วโมง กลางวันพักผ่อนไม่เกิน 1 – 2 ชั่วโมง มีการพักผ่อนหย่อนใจ โดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวตามสถานพักผ่อน ทำงานอดิเรกที่ชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ทำสวนครัว เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทรู้สึกผ่อนคลาย และเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง เป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

1.5 การดูแลตนเองด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการพูดคุยกับผู้อื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ของในครอบครัว และในสังคม ชุมชน พยายามให้เวลากับผู้อื่นด้วยการให้ความช่วยเหลือในสิ่งที่ตนทำได้ จะทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมากขึ้น และรู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในเครือข่ายสังคม

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อคงไว้ซึ่งความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุน และส่งเสริมกระบวนการพัฒนาการของชีวิตในระยะต่าง ๆ และเพื่อป้องกันผลเสียที่อาจเกิดขึ้นได้ ผู้ป่วยจิตเภทต้องยอมรับความจริงเกี่ยวกับสภาพความเจ็บป่วยของตน การพึ่งพาผู้อื่น พยายามปรับตัวให้อยู่กับการมีโรคได้อย่างมีศักยภาพ ยอมรับ การรับประทุษร้ายเพื่อควบคุมอาการในระยะที่มีอาการ ส่งเสริมการหายจากอาการทางจิต ประคับประคองให้เกิดผลการรักษาที่ดีในระยะยาว และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ( Kaplan & Sadock, 1995 ) การปรับเปลี่ยนบทบาทหน้าที่ของตน การระงับความวิตกกังวลเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต รวมทั้งการปรับตัวจากเหตุการณ์ที่ต้องสูญเสียคนรัก และญาติมิตร

3. การดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เนื่องจากโรคจิตเภทมักรักษาไม่หายขาด หลังจากอาการสงบแล้วผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่บ้าง อาการที่พบบ่อยได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัวเอง วิตกกังวล หงุดหงิดคิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

( มาโนช หล่อตระกูล , 2543 ) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทรวมทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่เคยก่อคดีจึงจำเป็นต้องดูแลตนเองเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ ได้แก่

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ ก่อนอาการทางจิตจะกำเริบ เช่น นอนไม่หลับ ขาดสมาธิ หงุดหงิด เครียด คิดฟุ้งซ่าน เมื่อมีอาการเหล่านี้ต้องมารับการรักษาโดยเร็ว ต้องเรียนรู้สิทธิต่าง ๆ ในการใช้บริการจากระบบบริการสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลตนเอง และแหล่งบริการที่จะให้ความช่วยเหลือเมื่อมีปัญหาสุขภาพ รวมทั้งการไปรับการตรวจรักษาจากแพทย์ หรือเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอ (Orem; 1991)

3.2 มีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพการดำเนินของโรค เช่น มีความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ และปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรค เพื่อหลีกเลี่ยงการถูกระตุ้นให้เกิดอาการจากสาเหตุ

เหล่านั้น การทราบระยะเวลาในการเจ็บป่วยจะทำให้ผู้ป่วยจิตเภททราบระยะเวลาของการรักษา และช่วยให้ทราบเหตุผลของการต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องในระยะยาว และการได้ทราบอาการ อาการแสดงของโรค การเข้าใจถึงความเชื่อมโยงของความเจ็บป่วยกับการก่อคดีจะทำให้ทราบถึงความผิดปกติของตนเองที่อาจแตกต่างจากบุคคลอื่น ช่วยให้เข้าใจผลการรักษาของยาในการจัดการกับอาการเหล่านั้น

3.3 การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ เนื่องจากความเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นความเจ็บป่วยที่ส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด หลังจากอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่บ้าง มีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ผู้ป่วยจึงควรมีการดูแลในเรื่องการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่าง ๆ ดังนี้

3.3.1 การปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากการรักษาโรคจิตเภท เป็นการรักษาที่ใช้เวลาอย่างน้อย 6 เดือน ถึง 1 ปี ( Haber et al., 1992 ) ผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยาโรคจิตต้องรับประทานสม่ำเสมอเป็นเวลานาน เช่นในผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทครั้งแรก หลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว ควรรับประทานยาต่อไปอีก 1 ปี ถ้าเป็นผู้ป่วยที่มีอาการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองขึ้นไป ควรรับประทานยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี ถ้าเป็นนานกว่านี้ควรรับประทานอย่างต่อเนื่องตลอดไป ( มาโนช หล่อตระกูล, 2543 ) หากหยุดยากะทันหันจะทำให้มีอาการของผู้ป่วยโรคจิตเภทกำเริบขึ้น ( มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชยวณิช ,2542 )

3.3.2 การสังเกตอาการข้างเคียงของยา ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทควรรับรู้ถึงแม้จะอยู่ในระยะที่มีอาการดีแล้ว แต่ยังคงจำเป็นต้องรับประทานอย่างต่อเนื่องไปอีกระยะหนึ่ง และรับรู้ว่ายาประเภทยาของการรับประทานยา คือ เพื่อควบคุมอาการของโรคเช่นอาการหูแว่ว ประสาทหลอน กระสับกระส่าย คิดฟุ้งซ่าน นอกจากนี้ยังช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และช่วยให้การพยากรณ์โรคในระยะยาวของผู้ป่วยดีขึ้นด้วย นอกจากข้อดีของยา ผู้ป่วยต้องรับรู้ข้อเสียของยาเช่น ผลข้างเคียงของยา คอแห้ง หิวน้ำบ่อย การเคลื่อนไหวช้าลงกล้ามเนื้อเกร็งจนทำให้ผู้ป่วยรู้สึกตึงเครียด

3.3.3 การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เช่น สุรา ยาเสพติด และบุหรี่ จากการศึกษาของ มาแลท ( Mallakh, 1998 ) เกี่ยวกับรูปแบบของการรักษาผู้ป่วยติดสารเสพติดที่มีอาการทางจิตพบว่า การติดสุรา ยา หรือสารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตและก่อให้เกิดอาการกำเริบ และรุนแรงทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล และต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิม ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรมีการดูแลตนเองโดยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด เพื่อป้องกันอาการกำเริบทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำ และที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่เคยก่อคดี การดื่มสุรา หรือใช้สารเสพติดเป็นตัวกระตุ้นให้ขาดสติและก่อคดีได้ง่าย

3.3.4 การสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเบื้องต้น เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีโอกาสกำเริบสูง ดังนั้นผู้ป่วยโรคจิตเภทควรมีการดูแลตนเองในเรื่องการสังเกตอาการเตือนล่วงหน้า รวมทั้งการจัดการกับอาการเบื้องต้นด้วยตนเอง นั่นคือ ก่อนอาการทางจิตจะกำเริบผู้ป่วยจะมีอาการนอนไม่หลับ แยกตัว ขาดสมาธิ คิดฟุ้งซ่าน เครียด หงุดหงิด ซึมเศร้า มีอาการบางอย่างที่ผู้ป่วยสามารถบรรเทาอาการหรือจัดการกับอาการเหล่านั้นได้ด้วยตนเอง เช่น การหากิจกรรมทำเพื่อไม่ให้มีอาการฟุ้งซ่าน หรือการรับประทานยานอนหลับเมื่อมีอาการนอนไม่หลับ และการจัดการกับความเครียดเป็นต้น ความเครียดที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทอาจเกิดจากความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง และอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิตเป็นเวลานาน เมื่อมีความเครียดผู้ป่วยควรทบทวนหาสาเหตุ รู้วิธีการฝึกผ่อนคลายความเครียด เช่น การฝึกสมาธิ การฝึกผ่อนคลายลมหายใจ การออกกำลังกาย เป็นต้น แต่เมื่อมีอาการมากขึ้น ได้แก่ มีหูแว่ว หวาดระแวง นอนไม่หลับ หรือนอนมากเกินไป ซึมลง แยกตัว ต้องรีบปรึกษาญาติ คนใกล้ชิด หรือรีบมาพบแพทย์โดยเร็ว

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน สรุปได้ดังนี้

1. ความรู้ โอเร็ม เชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการเรียนรู้ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเองและส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Clochesy, Breu, Cardin, & Rudy, 1993; Joseph 1980; Orem, 2001) ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ช่วยควบคุมอาการของโรค (Sexton, 1990 อ้างถึงใน นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย

2. ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา และส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; เพชรี คันธสาขบัว, 2544; ) ซึ่งเน้นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ (Pender, 1996: 35) Becker et al. (1974, อ้างถึงใน พิสมร เดชดวง, 2545) ได้กล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ต่อลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อชีวิตจากการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงหรือลดการเจ็บป่วยและความรุนแรงของการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการป้องกันการเจ็บป่วยลดลง

ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ความเสี่ยงอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็จะเกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรค การป้องกันการมีอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เหมาะสม

3. แหล่งสนับสนุนทางสังคม Tholis (1986) กล่าวว่า เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญแลมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจ และช่วยเหลือกันในด้าน อารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และต้องการการยกย่อง สอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม (1985) ซึ่งเชื่อว่าแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง

การรับรู้แหล่งสนับสนุนและบริการสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; จุฑารัตน์ กมลศรีจักร, 2540) จากการศึกษาของ สร้างไทรก และคณะ (2546) พบว่า การมีครอบครัวที่อบอุ่น เมื่อมีปัญหาที่ช่วยกันแก้ปัญหาอยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน มีเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ประกอบกับการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน (หงส์ บรรเทิงสุข, 2545) และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนั้นจากการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับที่ Chien et al.(2003:228) กล่าวว่า การฝึกทักษะสังคมเข้าไปในระยะต่างๆของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนั้นการสนับสนุนของครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเองได้ การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลเอง (Jopp & Carroll, 1993)

จะเห็นได้ว่าความรู้ ความเข้าใจในเรื่องความเจ็บป่วย ความเชื่อด้านสุขภาพ และแหล่งสนับสนุนทางสังคมล้วนมีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทได้ทั้งสิ้น การจัดกิจกรรมเพิ่มการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคติจึงต้องคำนึงถึงสิ่งเหล่านี้ด้วย

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมักเสื่อมไปตามระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีคติก็ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ แลมีความเสื่อมไปตามระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรคเช่นเดียวกัน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคอยกระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยคงการดูแลตนเองไว้ให้มากที่สุด ซึ่งสรุปได้ว่าการดูแลตนเองที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคติประกอบด้วยดูแล

ตนเอง 4 ด้าน คือ ด้านการรับประทายา และการใช้สารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป้าหมายของการดูแลตนเอง คือ การมีสุขภาพดี มีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพ ดังนั้นการทำงานร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่สุขภาพและประชาชน เพื่อให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองให้มากที่สุด นับเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ที่ยั่งยืนอย่างหนึ่ง และเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายในการบำบัดรักษาของประชาชนเอง และของประเทศชาติ

## 5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการผสมผสานองค์ความรู้และศาสตร์หลายแขนงเพื่อประโยชน์ต่อรับบริการ/ผู้ป่วย ไม่ว่าจะผู้ป่วยที่มารับบริการในโรงพยาบาลหรืออยู่ในชุมชน โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่เคยก่อคดีในชุมชนที่จํานวนมากขึ้นทั้งจากสถิติของกรมสุขภาพจิต และจากนโยบายเน้นการรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อเองที่บ้าน ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งแบบการบริการในโรงพยาบาลและการบริการในชุมชน ซึ่งได้มีการพัฒนารูปแบบให้เหมาะสมในการดูแลผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทั้งตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน สังคม และวัฒนธรรม ในลักษณะการดูแลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข

### 5.1 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่เรื้อรัง ต้องได้รับการดูแลต่อเนื่อง ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และยังส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ส่งผลให้ครอบครัว สังคมต้องให้การดูแลจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) กล่าวว่า พยาบาลจิตเวชเป็นบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย ปฏิบัติการเพื่อบำบัดอาการของโรคพร้อมกับให้การดูแลบุคคล แนวการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีมีสาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึงคือ

5.1.1 เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลให้แก่ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและจิตวิญญาณ

5.1.2 คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมาย นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้ว ยังต้องคำนึงถึงการช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

5.1.3 การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพ การพยาบาลต้องครอบคลุมการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเจ็บป่วยคือ ช่วยเหลือสภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแล บำบัด รักษา/บรรเทาอาการของโรค

การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นหาย (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

## 5.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี

แนวทางการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีต้องอาศัยความร่วมมือประสานงานของทีมสุขภาพ เพื่อให้การรักษามีความต่อเนื่องสู่สถานบริการที่ใกล้บ้านที่สุด ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทาง มีการส่งต่ออย่างเป็นระบบกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และมีผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาคูแลในกรณีที่มีปัญหาซับซ้อน พยาบาลเป็นวิชาชีพหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีให้ดูแลตนเอง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง ให้สามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้อย่างมีความสุข โดยมีรูปแบบการพยาบาลดังนี้

5.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและดำเนินชีวิตอย่างมีความสุข ลักษณะของการส่งเสริมสุขภาพสามารถปฏิบัติได้แก่ การสอน การให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจิตแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

5.2.2 การเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและครอบครัว การดูแลผู้ป่วยที่มีคดีที่บ้านเป็นการปฏิบัติ การพยาบาลเชิงรุกเน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านนั้นต้องอาศัยความรู้เชิงวิทยาศาสตร์ และศาสตร์อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ลักษณะกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน(อรพรรณ ลีอนุชวิษชัย, 2542) ดังนี้

1. ประเมินสภาวะผู้รับบริการ
2. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้รับบริการและชุมชน โดยเน้นการยอมรับความเข้าใจและความเห็นอกเห็นใจ การสร้างความรู้สึที่ดี และไว้วางใจของผู้ป่วยและญาติ
3. พัฒนาความเข้าใจภายในครอบครัวเน้นการสร้างความเข้าใจของแต่ละคนในครอบครัว
4. การสอนและให้ความรู้ทางสุขภาพจิต การปรับตัว การดำเนินชีวิตประจำวัน การใช้เวลาและทักษะชีวิต การประกอบอาชีพที่เหมาะสมทั้งในผู้ป่วยและญาติ
5. การให้คำปรึกษาตามความเหมาะสมใช้หลักการ แนวคิด และทฤษฎีการให้คำปรึกษารายบุคคล กลุ่ม ทั้งการให้คำปรึกษารายบุคคลและการให้คำปรึกษาครอบครัว

6. การสนับสนุนให้กำลังใจในโอกาสที่เหมาะสม การประคับประคองเมื่อผู้ป่วยและครอบครัวต้องการ

7. การเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการเพิ่มศักยภาพของผู้ป่วย ญาติ และทุกคนในครอบครัวให้เข้าใจ มั่นใจในบทบาท ความสามารถและความรับผิดชอบของตนเอง ในสถานการณ์ที่เกิดและความสามารถในการแก้ปัญหาด้วยตนเอง

8. การประสานการดูแลครอบครัวกับชุมชนและองค์กรอื่นๆ

9. การประเมินผล ปรับแผนการดูแลเป็นระยะๆ

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีที่บ้านเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางครอบคลุมทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงความเป็นบุคคลของผู้ป่วย สิทธิในการตัดสินใจเลือกแนวทางในการรักษาหรือปฏิบัติ พยายามควรคำนึงถึงจริยธรรมในวิชาชีพ สังคมวัฒนธรรมของผู้ป่วยและครอบครัว ในการวางแผนการรักษาร่วมกับผู้ป่วยด้วย การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนเข้าใจถึงความเจ็บป่วยและยอมรับผู้ป่วยจิตเภทที่เคยก่อคดี มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและตัดสินใจในการแก้ไขปัญหาตลอดจนติดตามประเมินผลการดูแลผู้ป่วย

5.2.3 การให้การบำบัดทางจิตเป็นสิ่งสำคัญสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีเนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีมักเป็นผู้ป่วยที่มีอาการเรื้อรัง อาการรุนแรงทำให้ก่อคดีขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องที่ไม่ต้องการพูดถึง การให้การบำบัดทางจิตจึงมีประโยชน์มาก เป็นเครื่องมือช่วยให้ผู้ป่วยระบายสิ่งที่ไม่สบายใจ การบำบัดทางจิตมีดังนี้

\* จิตบำบัด ( psychotherapy ) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดประคับประคอง ผู้รักษาพึงตั้งเป้าหมายตามที่จริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในรูปแบบอื่น ๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการ ในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขาทนไม่ได้ เป็นต้น

\* การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counselling or psychoeducation ) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเลี้ยงดูไม่ดี จึงทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วยทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรครวมทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

\* กลุ่มบำบัด ( group therapy ) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วย โดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เป็นการสนับสนุนให้กำลังใจ

\* นิเวศน์บำบัด ( milieu therapy ) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วย ส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ



เป็นบาง ส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้ เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีนั้นต้องอาศัย องค์ความรู้ทั้งทางด้านการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช และศาสตร์สาขาอื่นๆ การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วยมากที่สุด ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ ไม่เป็นภาระของครอบครัว และชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ จะช่วยให้การประเมินปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัวได้ครอบคลุม

## 6. บทบาทของพยาบาลจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวชชุมชนมี 4 บทบาท คือ ( จารุวรรณ ต.สกุล, 2544 )

1. บทบาทการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมและครบวงจร
2. บทบาทการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน รวมถึงบุคลากรระดับต่างๆ
3. บทบาทการบริหารจัดการเพื่อให้งานดำเนินไปตามทิศทางสู่เป้าหมายเดียวกัน
4. บทบาทการศึกษา วิจัย เพื่อรวบรวมแสวงหาข้อมูลที่ต้องการอันจะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการพยาบาลจิตเวชชุมชน

6.1 บทบาทการปฏิบัติการพยาบาล (Clinical role) เป็นบทบาทของผู้ให้การดูแลช่วยเหลือโดยตรงแก่ผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และชุมชนของผู้ป่วย โดยเปลี่ยนแนวคิดจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลเป็นการดูแลในชุมชน คือ มุ่งการฟื้นฟูและกลับคืนสู่ปกติ ผู้รับบริการและสมาชิกในครอบครัวช่วยกันหาแนวทางแก้ไขแทนการรอคำแนะนำจากบุคลากรทางวิชาชีพและสามารถมองปัญหาและแนวทางแก้ไขอย่างรอบด้านแทนการมั่งใจยาเพียงอย่างเดียว

พยาบาลจิตเวช ปฏิบัติบทบาทเชิงวิชาชีพโดยยึดหลักการดูแลต่อเนื่อง เพื่อการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตทั้ง 3 ระยะ ตามแนวคิดแบบองค์รวม ( Holistic Thinking) ใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือปฏิบัติการพยาบาล ร่วมกับสมาชิกในทีมเพื่อการประเมิน วางแผน ดำเนินงานและประเมินผลการบริการจิตเวชชุมชน ดังนี้

- 1.1 การจัดการกับภาวะสุขภาพและความเจ็บป่วย มีแนวทางดังนี้
  - 1.1.1 ศึกษาทำความเข้าใจผู้ป่วยโดยคำนึงถึงครอบครัว ชุมชนและวัฒนธรรมท้องถิ่น
  - 1.1.2 ทำงานร่วมกับครอบครัวของผู้ป่วย
  - 1.1.3 ให้การบำบัดรักษาที่บ้านของผู้ป่วย
  - 1.1.4 สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อกันอย่างสม่ำเสมอ
  - 1.1.5 ให้ความรู้เรื่องยากแก่ผู้ป่วยและญาติ

1.1.6 ประเมินสภาพแวดล้อมเพื่อให้เกิดความปลอดภัย มีสุขอนามัย และมีสภาพของการเกื้อหนุนแก่ผู้ป่วย ซึ่งหมายถึง สภาพการณ์แวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช โดยเฉพาะตัวบุคคลที่เกี่ยวข้อง ใกล้ชิด มีเจตคติที่ดี มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง มีการตอบสนองที่เหมาะสม สามารถประคับประคองให้ผู้ป่วยปรับตัวอยู่ในสังคมได้

1.2 การช่วยเหลือดูแลและฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อการพึ่งตนเอง มีหลักการและรายละเอียดดังที่กล่าวไว้ข้างต้น แต่ในที่นี้จะขอสรุปไว้เป็น 3 ลักษณะเพื่อนำมาประยุกต์ในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลจิตเวชชุมชนได้อย่างเหมาะสมกับสภาพการณ์ ดังนี้

1.2.1 กิจกรรมเพื่อการเรียนรู้ใหม่ (Re-education) เป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ ความเป็นจริงเกี่ยวกับตนเองและสังคม

1.2.2 กิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม(Re-socialization) เป็นกิจกรรมเพื่อฝึกหัดการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมโดยร่วมรับผิดชอบต่อตนเอง ต่อครอบครัว หมู่คณะ และต่อชุมชน

1.2.3 กิจกรรมสร้างสรรค์คุณค่าให้กับตนเองใหม่ (Re-establishment) เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นในรูปแบบต่าง ๆ แต่ส่วนใหญ่มักเน้นการฝึกอาชีพใหม่ซึ่งอาจไม่ใช่บทบาทโดยตรง แต่พยาบาลมีบทบาทสนับสนุน ส่งต่อ หรือแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้เชี่ยวชาญด้านอาชีพเฉพาะเพื่อประโยชน์แก่ผู้ป่วย

1.3 การส่งต่อเพื่อการบำบัดรักษา ในกรณีที่ต้องการตัดสินใจบางประการ เกี่ยวกับการคัดกรองการส่งต่อ การรับหรือจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องอย่างถูกต้องเหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน พยาบาลจิตเวชชุมชนอาจมีบทบาทในขั้นตอนใด ขั้นตอนหนึ่ง ตามภาพ

6.2 บทบาทการให้คำปรึกษา พยาบาลจิตเวชชุมชน คือผู้มีความรู้เรื่องสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชเป็นอย่างดี จึงต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ประชาชนทั่วไป รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาและ/หรือถ่ายทอดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องดังกล่าวแก่นักศึกษา เจ้าหน้าที่ พยาบาลระดับต่าง ๆ บุคลากรในสายงานและอาสาสมัครสาธารณสุข รวมทั้งเป็นที่ปรึกษา แนะนำแนวทางแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชที่มีความยุ่งยากซับซ้อน เพื่อสามารถขยายงานได้ทั้งในแง่ปริมาณและคุณภาพ

บทบาทการให้คำปรึกษา เป็นบทบาทของการสื่อสารแบบสองทาง ที่ใส่ใจความคิด ความรู้สึกและความคาดหวังของผู้อื่น ให้ความสำคัญกับการถ่ายทอดความรู้สึกแก่ผู้อื่น และเรียนรู้จากผู้อื่น เพื่อรับข้อมูลจริงที่เกิดขึ้นในบริบทนั้น ๆ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำข้อมูลที่ได้รับกลับมาเป็น “ทุน” ใช้สนับสนุน ช่วยเหลือ หรือหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงพัฒนาผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนให้สามารถพึ่งตนเองได้ต่อไป

**6.3 บทบาทการบริหารจัดการ** พยาบาลจิตเวชชุมชน เป็นผู้ใกล้ชิด เข้าถึงผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ทำให้มีข้อมูลด้านความต้องการและความเป็นไปได้ของแผนงานต่าง ๆ จึงจำเป็นต้องมีบทบาทในระดับผู้วางแผนและกำหนดนโยบายการดำเนินงาน รวมถึงประเมินผลงานในเขตที่รับผิดชอบด้วย นอกจากนี้ยังต้องช่วยสนับสนุน ส่งเสริม ปรึกษา ประคับประคอง ประสานชี้แนะให้บุคลากรในหน่วยงานได้เข้าใจการปฏิบัติงานเพื่อสามารถดำเนินไปตามทิศทางที่มุ่งสู่เป้าหมายเดียวกัน อย่างไรก็ตาม สิ่งที่ควรคำนึงถึงสำหรับนักบริหารจัดการคือ การประสานงานและการทำงานเป็นทีมที่ต้องร่วมกันคิดร่วมกันทำ เพื่อให้จิตเวชชุมชนในประเทศไทยมีความยั่งยืนสืบไป

**6.4 บทบาทการศึกษา / วิจัย** งานจิตเวชชุมชนยังขาดข้อมูลรองรับการปฏิบัติที่ถูกต้องเหมาะสมอีกมาก พยาบาลจิตเวชชุมชน คือผู้ได้สัมผัสใกล้ชิดกับข้อมูลเหล่านี้ โดยเฉพาะข้อมูลเกี่ยวกับงานสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวชในชุมชน ความพึงพอใจของผู้รับบริการในชุมชน ปัญหา / ความต้องการ อุปสรรคและวิธีการแก้ไขตามแนวคิดหรือภูมิปัญญาของผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัว และประชากรในท้องถิ่น พยาบาลจิตเวชชุมชนจึงมีบทบาททั้งด้านเป็นผู้ศึกษาวิจัย เป็นผู้ช่วยวิจัย ให้ความร่วมมือในงานวิจัยเพื่อให้เกิดองค์ความรู้ในการพัฒนาการพยาบาลจิตเวชชุมชน ให้สมบูรณ์และมีคุณภาพยิ่งขึ้น

บทบาทของพยาบาลจิตเวชในชุมชนในฐานะสมาชิกทีมจิตเวชชุมชนมีหน้าที่ให้บริการ ตามรูปแบบที่สอดคล้องกันสภาพการณ์ และความจำเป็นของสังคมไทยในปัจจุบัน ให้การสนับสนุนและฟื้นฟูผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีต้องการดูแล ทั้งตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว รวมถึงการประเมินด้านการบำบัดรักษาทางยา โดยสรุปได้ดังนี้

1. Medication การบำบัดรักษาทางยา มีการประเมินผลการบำบัดรักษาทางยา มีแผนการดูแลให้ได้รับยาอย่างปลอดภัย การได้รับการยาในขนาดที่สามารถควบคุมอาการผู้ป่วยได้จะช่วยลดความเสี่ยงในการเป็นอันตรายต่อผู้อื่นและตัวผู้ป่วยเอง

2. Individual and family therapy การบำบัดผู้ป่วยและครอบครัวบำบัด เน้นการเปลี่ยนแปลงสภาพอารมณ์ในครอบครัว และลดความเครียด ซึ่งต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานความรู้ของครอบครัวด้านการเจ็บป่วยของผู้ป่วย รวมถึงยอมรับการก่อคดีของผู้ป่วย และสอนทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพและทักษะการแก้ปัญหา

3. Crisis intervention การดูแลในภาวะวิกฤตฉุกเฉิน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมักเครียดง่าย และขาดทักษะการดูแลตนเองในการเผชิญกับความเครียดที่ไม่คาดคิด ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีโอกาสอาการกำเริบได้ตลอดเวลา การเตรียมพร้อมในการรับสถานการณ์ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยควรเตรียมพร้อมตลอด 24 ชั่วโมง โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี เนื่องจากผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์ในการแก้ปัญหาด้วยวิธีรุนแรง หรือผิดพลาดจึงมีแนวโน้มที่ผู้ป่วยจะก่อคดีซ้ำได้ง่าย

4. Social skills training การฝึกทักษะทางสังคม ฝึกให้ปรับปรุงทักษะการสร้างสัมพันธภาพ โดยการให้แสดงบทบาทสมมติ อาจทำเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีส่วน

ใหญ่จะมีปัญหาด้านสัมพันธภาพ ชุมชน ครอบครัวรังเกียจและหวาดกลัวผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงต้อง การ  
การเชื่อมโยง ฟันฟูทักษะการสร้างสัมพันธภาพทางสังคม

5. Medical care การดูแลเรื่องการดูแลให้รับยาต่อเนื่องหลังจำหน่าย รวมทั้งบริการให้  
ได้รับยาตามระบบติดต่อกัน หรือส่งต่อ ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีเมื่ออาการดีขึ้นแล้วก็เหมือนผู้ป่วยจิตเภท  
ทั่วไปที่คิดว่าคนหายดีแล้วจึงไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีจึงต้องการการชี้แนะให้  
เห็นความจำเป็นที่ต้องรับประทานยาต่อเนื่อง

6. Vocational training การฝึกอาชีพให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี การทำงานนอกจากจะช่วยให้  
ผู้ป่วยมีรายได้แล้วยังช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และแสดงถึงความมีความรับผิดชอบของ  
สังคมที่พึงมีต่อผู้เจ็บป่วย ซึ่งการประเมินการกำหนดขอบเขตการทำงานของผู้เจ็บป่วยเป็นไปตาม  
สุขภาพความเจ็บป่วย และความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีต้องการความ  
ช่วยเหลือให้สามารถมีงานทำและมีรายได้สำหรับเลี้ยงดูตนเอง

จากบทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชนจะเห็นว่า การให้ความช่วยเหลือเป็นการทำให้ทั้ง  
ผู้ป่วย ญาติ คนในครอบครัว ผู้คนในชุมชนทั้งชาวบ้านและเจ้าหน้าที่ เป็นการให้บริการที่สามารถ  
ช่วยให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่เป็นสุขในชุมชน ไม่สร้างความเดือดร้อนให้คนในชุมชน การเยี่ยมบ้านโดยทีม  
สุขภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ที่ทำให้พยาบาลได้ใช้บทบาทของตนได้ชัดเจน ทำให้เกิด  
การทำงานโดยทีมสุขภาพ ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง  
ที่ต่อเนื่องหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

7. การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ จากการศึกษาแนวคิดและวิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจาก  
เอกสาร ตำรา งานวิจัยต่าง ๆ จึงสรุปเป็น โปรแกรมการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ ได้ดังนี้

7.1 ขั้นตอนการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ 3 ขั้นตอนคือ

1. ระยะก่อนดำเนินการ โดยพยาบาลผู้ศึกษาเป็นผู้ดำเนินการทุกขั้นตอน 1.1 – 1.6

1.1 นำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เสนอผู้อำนวยการสถาบัน  
กัลยาณิราชนครินทร์ พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานและในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

1.2 ชี้แจงวัตถุประสงค์โครงการและรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลต่อผู้เกี่ยวข้อง

1.3 เลือกกลุ่มเป้าหมายจากประชากรที่มีลักษณะตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ให้เขียนใบ

ยินยอม เข้าร่วมโครงการราย โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามคุณสมบัติดังนี้

1.3.1 ผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดย  
ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นผู้ป่วยคดีโรคจิตเภท ยึดหลักการจำแนกความผิดปกติทางจิต  
ตาม ICD 10 (International Classification of Disease) ที่เคยรับไว้รักษาในสถาบันกัลยาณิราช  
นครินทร์ ไม่จำกัดเพศหญิง/ชาย

1.3.2 เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี (มีเลขคดีนำส่งรักษาจากตำรวจ หรือศาล มีภูมิตำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร ปริมณฑล และจังหวัดใกล้เคียง

1.3.3 มีอายุระหว่าง 20-59 ปี

1.3.4 ผู้ป่วยยินดีเข้าร่วมโครงการศึกษาครั้งนี้

1.4 อธิบายวิธีการตอบแบบสัมภาษณ์จนเข้าใจ โดยเน้นให้ตอบแบบสัมภาษณ์ ให้ตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด และ ให้ตอบแบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองก่อนดำเนินการ

1.5 นัดวันและเวลาในการติดตามแก่กลุ่มเป้าหมายในวันที่ผู้ป่วยจำหน่าย หรือ วันที่ผู้ป่วยมาตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกและพบว่ามีปัญหาในการดูแลที่ยังยากซับซ้อน พร้อมทั้งอธิบายรายละเอียดการติดตามดูแลแก่ผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน

1.6 ประสานพื้นที่ในการนัดพบทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน ตามวัน เวลาที่นัดพบผู้ป่วยที่บ้าน

2. ระยะดำเนินการ ดำเนินการติดตาม โดยการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพในการติดตามประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ ระยะเริ่มต้น ระยะดำเนินการ 1 เดือน และระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ

2.1 ระยะเริ่มต้น ทีมสุขภาพติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มเป้าหมายครั้งแรกหลังตกลงเข้าร่วมโครงการภายใน 1 สัปดาห์ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดระบายความไม่สบายใจที่เกิดขึ้นในช่วงสัปดาห์แรกและร่วมกันแก้ไขปัญหาที่วิกฤต แนะนำผู้ป่วยและญาติให้รู้จักกับทีมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ ให้ความรู้แก่ญาติและเจ้าหน้าที่เรื่องความเจ็บป่วยและการดูแลรักษา

2.2 ระยะดำเนินการ ดำเนินการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ กระตุ้น และแนะนำการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี ตลอดระยะเวลา 1 เดือน โดยทีมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ มีทีมของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ร่วมเป็นครั้งคราวตามสภาพปัญหาของผู้ป่วย ซึ่งทีมสุขภาพมีบทบาทระหว่กว่าดำเนิน โครงการดังนี้

2.2.1 แพทย์/พยาบาลผู้ศึกษาให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเรื่องต่อไปนี ด้านการใช้ยาและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิตได้แก่ วิธีการจัดการกับความเครียด การแสดงออกทางอารมณ์ที่เหมาะสม ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้แก่ การทำงาน การศึกษา การพักผ่อน ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ ได้แก่ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเอง การตรวจตามนัด ให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน แกนนำชุมชน ญาติ ผู้นำชุมชนในเรื่องการระมัดระวังผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องในชุมชน สภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน การป้องกันการใช้สารเสพติด การถูกกระตุ้นทางอารมณ์ (ตามเอกสารในภาคผนวก “แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”)

2.2.2 นักสังคมสงเคราะห์/พยาบาลผู้ศึกษาประสานการช่วยเหลือผู้ป่วยกับแหล่งสนับสนุนต่าง ๆ ด้านการทำงาน การหาที่อยู่ ฯลฯ ประสานการดูแลต่อเนื่องให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

2.2.3 เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด/นักสังคมสงเคราะห์/พยาบาลผู้ศึกษาให้การฟื้นฟูทางสังคมกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ ในชุมชน

2.2.4 นักจิตวิทยา/แพทย์/พยาบาลผู้ศึกษาให้บริการปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยด้านการบำบัดรักษา และค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วยและญาติ มีเครือข่ายการให้บริการปรึกษาเมื่อบุคลากรในทีมมีปัญหาในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ปรับสัมพันธภาพในครอบครัว

2.2.5 ทีมเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ติดตามตรวจเยี่ยมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยในการติดตามซึ่งให้ผู้ป่วยเห็นผลการปฏิบัติทั้งทางบวกและทางลบที่จะเกิดขึ้น เมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ซึ่งให้เห็นผลทางลบ และให้กำลังใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ และเมื่อผู้ป่วยมีการดูแลตนเองถูกต้องให้แรงเสริมทันที โดยการให้คำชมเชย ให้กำลังใจ และซึ่งให้เห็นผลทางบวก (ตามเอกสารในภาคผนวก “แนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน”) เมื่อสิ้นสุดการเยี่ยมทุกครั้ง สรุปผลการดูแล บันทึก และนัดหมายการติดตามครั้งต่อไป (ตามเอกสารในภาคผนวก “แผนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสำหรับทีมสุขภาพ”) และไปพบผู้ป่วยทุกครั้งที่มีผู้ป่วยหรือญาติร้องขอ

2.3 ระยะสิ้นสุดสัมพันธภาพ ทีมสุขภาพทบทวน สรุปผลการติดตามและยุติสัมพันธภาพ กับผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

3. ระยะติดตามผล ภายหลังจากดำเนินการติดตามครบ 1 เดือน ให้ผู้ป่วยตอบแบบสัมภาษณ์ การดูแลตนเองหลังได้รับกิจกรรมเพื่อดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี

ในระยะดำเนินการและระยะติดตามผล ติดตามตามกรอบเนื้อหาที่ได้ตั้งไว้เหมือนกันทุกคน ปรับปรุงรูปแบบการดูแลผู้ป่วยให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ท้องถิ่น และวัฒนธรรมประเพณี

## 7.2 บทบาทหน้าที่ของทีมสุขภาพในการเยี่ยมบ้าน ดังนี้

### 1. แพทย์ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

1.1 ตรวจสอบและประเมินอาการ วินิจฉัยตามระบบการจำแนกโรคแบบสากล (ICD- 10) และพิจารณาให้การรักษาด้วยยา ให้ข้อมูลการเจ็บป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุการเกิดโรค และการดูแลรักษาแก่ทีมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว

1.2 ตรวจสอบเยี่ยมผู้ป่วย ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย และให้คำปรึกษาแก่ทีมสุขภาพในเรื่องการรักษา การเปลี่ยนแปลงของอาการ ผลข้างเคียงจากยา และผลตอบสนองต่อการรักษา เพื่อปรับการรักษาให้เหมาะสม

1.3 อภิปรายปัญหาและวางแผนร่วมกับทีมสุขภาพ เจ้าหน้าที่ในชุมชน ผู้ป่วย และครอบครัว

1.4 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาลงให้สอดคล้องเหมาะสมกับผู้ป่วย

1.5 พิจารณาส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตรวจสอบทางจิตวิทยา ตามความเหมาะสม สม เพื่อติดตามผลการรักษา

2. พยาบาลผู้ศึกษา / พยาบาล / เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

2.1 ประเมินภาวะสุขภาพ และให้การวินิจฉัยการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

2.2 ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษา สังเกตการณ์ตอบสนองต่อยาและฤทธิ์ข้างเคียงของยา ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาต่อเนื่อง

2.3 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนการพยาบาลและแผนการรักษา และให้ข้อมูลการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษา

2.4 ประเมินความต้องการความปลอดภัย และดูแลในเรื่องการป้องกันความเสี่ยง

2.5 สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด เพื่อให้ทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย

2.6 เสริมแรงทางบวกเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจในการรักษา

2.7 จัดประชุมสุขภาพ เพื่อวางแผนการช่วยเหลือ

2.8 ให้การปรึกษาผู้ป่วยและญาติในเรื่องการดูแลตนเอง แผนการดำเนินชีวิต การใช้ชีวิตร่วมกับครอบครัว และชุมชน

2.9 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อช่วยแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยและครอบครัว

3. นักจิตวิทยา มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

3.1 ศึกษาข้อมูลเบื้องต้นของผู้ป่วย ตรวจวินิจฉัยทางจิตวิทยา พร้อมทั้งวางแผนการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ

3.2 วิเคราะห์ผลการทดสอบทางจิตวิทยา และดำเนินการบำบัดรักษาทางจิตวิทยาทั้งรายบุคคล และรายกลุ่มตามแผนที่วางไว้

3.3 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ

4. นักสังคมสงเคราะห์ มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

4.1 ให้การวินิจฉัยทางสังคมเพื่อค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทั้งผู้ป่วยและญาติ

4.2 วิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวางแผนการช่วยเหลือที่ตรงกับปัญหาของผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ

4.3 ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการจัดสรรทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

5. บทบาททีมสุขภาพจิต ระดับ สสจ. สสอ. มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

5.1 ประสานทีมการดูแลในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

5.2 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ

5.3 ติดตามประเมินผลการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่

## 6. บทบาททีมสุขภาพจิตระดับผู้นำชุมชน อสม.มีหน้าที่ดังต่อไปนี้

6.1 ประสานการดูแลระหว่างทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

6.2 ร่วมประชุมปรึกษากับทีมสุขภาพ

6.3 ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยในพื้นที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยแก้ไขปัญหของผู้ป่วยและครอบครัว

บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการทำหน้าที่ผู้ประสานงาน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดี โดยการเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ มีดังนี้

1. ด้านการประสานงานกับแหล่งสุขภาพในชุมชน เช่น สถานีอนามัย ศูนย์สาธารณสุข อสม. ผู้นำชุมชน และแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว เป็นการให้แหล่งบริการสุขภาพให้คุ้มทุน ได้ประสิทธิผล และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง พยาบาลต้องประสานแผนการดูแลและทำให้เกิดการทำงานร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยแบบทีมสุขภาพ สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้รวดเร็ว ทันกาล โดยต้องสามารถ คัดกรอง ประเมินความต้องการ วางแผนการประสานงาน ประสานการบริการเข้าสู่แหล่งบริการที่ต้องการ ให้เกิดบริการต่อเนื่อง ติดตามประเมินผลการรับบริการของผู้ป่วย

2. ด้านการเป็นผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการพยาบาล ในการคัดกรอง ประเมินผู้ป่วย โดยองค์รวมทั้งทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ ระบุปัญหา วางแผนให้การดูแล การดำเนินงานติดตามผล ร่วมทั้งเป็นผู้เชี่ยวชาญในการคัดกรองผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์ของการเยี่ยมบ้าน โดยทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับผลประโยชน์สูงสุด

3. ด้านเป็นที่ปรึกษาทางวิชาการจิตเวชให้กับบุคลากรในระดับ อสม. สอ. สสอ. สสจ. ตลอดจนผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องการดูแลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน รวมทั้งปัญหาทางจิตเวชของผู้ป่วย และปัญหาการดูแลด้านต่างๆ ช่วยเหลือบุคลากรระดับต่าง ๆ ญาติ และผู้ป่วยให้ได้รับข้อมูลต่าง ๆ อย่างถูกต้องและตรงตามความต้องการ เป็นที่ปรึกษาทั้งระหว่างการประชุมปรึกษา ก่อนการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและวางแผนให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเฉพาะราย แก่เจ้าหน้าที่และอสม. เป็นที่ปรึกษาระหว่างการเยี่ยมบ้าน เป็นแบบอย่างในการให้ความดูแลช่วยเหลือ การให้บริการปรึกษา การปรึกษาครอบครัว และการสนับสนุนครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

4. ด้านเป็นผู้สอน สอนผู้ป่วยให้มีความรู้ ความเข้าใจในความเจ็บป่วยของตนเพื่อให้สามารถดูแลตนเองได้ สามารถมีชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างมีความสุข สอนให้ความรู้และสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านแก่ครอบครัวและทีมงาน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.ให้สามารถดูแล ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ตามวิถีชีวิต และวัฒนธรรมท้องถิ่น



5. ด้านเป็นนักวิจัย ศึกษาค้นหาวิธีการ รูปแบบใหม่ ๆ มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

ดังนั้นการเชื่อมบ้านโดยทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีที่บ้าน เป็นแนวทางที่ให้ความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ ญาติ ผู้นำชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง ใกล้ชิดผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรู้สึกร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ต่อไป และเป็นการได้ข้อมูลที่ เป็นจริงครบถ้วนและเชื่อถือได้ นอกจากนี้ยังสามารถปรับความช่วยเหลือให้ตรงตามสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี สามารถลดอัตราการกลับเป็นซ้ำ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีมีการดูแลตนเองสูงขึ้น สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ครอบครัว และสังคมได้อย่างมีความสุข

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวิมล สมัตถะ (2542) ศึกษาผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านตามความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยมีกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สนาม บินชัย (2543) ศึกษาความเครียดของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในเขต 8 กลุ่มตัวอย่างคือญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน 298 ราย พบว่า เพศ อายุ รายได้ครอบครัว การศึกษา สภาพบุคคล ลักษณะครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติกรของญาติผู้ป่วยจิตเวช สาเหตุของความเครียดคือการเผชิญปัญหา ความยุ่งยากใจมากกว่าเรื่องผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ไม่พูด ซึมเฉย แยกตัว หวาดกลัว คุร้าย วุ่นวาย

จันทร์หา ธีระสมบุรณ์ (2543) วิจัยการประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจำนวน 52 คน และญาติผู้ป่วยจำนวน 52 คน ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก แบบทดสอบ และแบบสอบถาม พบว่า ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ทัศนคติและความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง ผู้ป่วยและญาติให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการให้ความรู้แก่ประชาชนในรูปแบบการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้สังคมเกิดการยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

วัชนี หัตถพนม และคณะ (2529) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ความสัมพันธ์ในครอบครัวและการเอาใจใส่ดูแลของญาติ ภายหลังออกจากโรงพยาบาล พบว่า ญาติยังคงยกย่องนับถือรักใคร่เหมือนเดิม ความรู้ ความเข้าใจ เรื่องโรคและการรักษาทั้งผู้ป่วยและญาติ ส่วนใหญ่มีความเข้าใจว่า โรคจิตเป็นโรคที่รักษาให้หายขาดได้ ฉะนั้น ขณะอยู่ที่บ้านผู้ป่วยส่วนใหญ่จะขาดยา เพราะคิดว่าหายดีแล้ว ความเชื่อเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วยเชื่อว่า โรคจิตทำให้สังคมเดือดร้อน วุ่นวาย ร้อยละ 50.67 และร้อยละ 36

ญาติเชื่อว่าอาการที่ผู้ป่วยเป็นอยู่เกิดจากผีเข้า ผีทำ ส่วนสังคม สิ่งแวดล้อม ของผู้ป่วย พบว่าร้อยละ 68 เพื่อนบ้านเคยล้อเลียนผู้ป่วยว่าเป็นบ้า และร้อยละ 61.34 เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ชวนผู้ป่วย เสพสิ่งเสพติด ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน พบว่า มีข้อขัดแย้งกับสมาชิกในครอบครัวและมีปัญหาเกี่ยวกับฐานะทางเศรษฐกิจมาก ความรู้สึกและการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วย พบว่า ญาติให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและเกี่ยวกับฐานะเศรษฐกิจมาก นอกจากนี้ ความรู้สึกและการปฏิบัติของญาติต่อผู้ป่วยพบว่าญาติให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองและอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล

บุญวดี เพชรรัตน์ และคณะ (2532) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาปัญหาความวิตกกังวลของ ญาติต่อผู้ป่วยโรคจิต พบว่า ญาติมีความวิตกกังวลในเรื่องการดูแลและอาการของผู้ป่วยสูงกว่า ปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเวชยังมีความต้องการทางด้านจิตใจ ซึ่งเป็นเรื่องที่ ชับซ้อนเข้าใจยากและละเอียดอ่อน ฉะนั้น ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยจำเป็นต้องเข้าใจอาการและมีความรู้เกี่ยวกับโรค

สุรรัตน์ โปจรัส ( 2535 ) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการบริการ บำบัดรักษาของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ โดยมุ่งศึกษาทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทและ การบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วย โดยศึกษา 3 ด้าน คือ ตัวผู้ป่วยเอง ทัศนคติของ ญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติของญาติต่อการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล สัมภาษณ์ญาติ ของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาล ครั้งที่สองขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ทัศนคติของญาติ ต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่ออาการทางจิต ญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารักษาใน 1-2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแล ญาติส่วนมากมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง การรับประทาน ยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วน สาเหตุการกินยาไม่ครบถ้วน คือ ไม่ยอมกินยา ญาติควบคุมไม่ได้ หยุคกินยาเอง คิดว่าตนหายขาด ขาดคนดูแลเอาใจใส่ เรียงตามลำดับจากมาก ไปน้อย การมารับการรักษาตามนัดผู้ป่วยมารับการรักษาตามทัศนคติต่อการเจ็บป่วย ญาติส่วนใหญ่ คิดว่าไม่หายขาด ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีจาก ญาติ ญาติมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย แต่มีทัศนคติด้านลบค่อนข้างมาก คือ ญาติจะคิดตามผู้ป่วย เสมอเพราะเกรงว่าจะทำอะไรผิดพลาด

รุจิรา จงสกุล (2540) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย จิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นญาติผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เคยและเคยรับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่า การ สนับสนุนทางสังคม เจตคติต่อผู้ป่วย การรับรู้ และการเผชิญกับปัญหาครอบครัว ลักษณะ ครอบครัว และความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วยเป็นปัจจัยที่ผลต่อความพร้อมของ ครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ศักดิ์ กาญจนาวโรจน์กุล สุพิน พิมพ์เสน ; คมชาย สุขยิ่ง ; วรารัตน์ ทะมั่งกลาง ; บังอร ศรีเนตรพัฒน์ ( 2541) ศึกษาเรื่อง การดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยญาติเพื่อป้องกันการเกิดซ้ำ วัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการสอนญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผลที่ได้จากการศึกษาปรากฏ

ว่าปัญหาที่ทำให้กลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทมีสาเหตุมาจากขาดการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว คือ การใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในกลุ่มญาติผู้ป่วย ( Participatory learning group )

พันธ์ศักดิ์ วราธิ์สวัสดิ ( 2540 ) ศึกษาการพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ใน 4 อำเภอของจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างปี 2537 – 2539 โดยมีแนวทางดำเนินงาน สนับสนุนให้หน่วยบริการสาธารณสุขและองค์กรในชุมชนดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นที่ปรึกษาทางวิชาการสุขภาพจิตในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรวมทั้งให้การสนับสนุนให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน และญาติดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างถูกต้องเหมาะสม อบรมให้ความรู้ อสม. ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยทีมสุขภาพจิตประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ ทำให้ทราบว่า ผู้ป่วยจิตเวชหลังได้รับการดูแลจากญาติและชุมชน มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับที่ค่อนข้างสูง และจากการใช้แบบประเมินความคิดเห็นของญาติและชุมชนที่มีต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจำนวน 20 ข้อ กับญาติผู้ป่วยจำนวน 12 ราย ญาติเห็นด้วยที่ญาติเป็นผู้มีความสำคัญที่สุดในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยถึง 91.7 % ของญาติ ญาติไม่เห็นด้วยว่าผู้ป่วยโรคจิตสามารถหายเองได้โดยไม่ต้องรักษามี 91.7 % ญาติไม่เห็นด้วยว่าผู้ป่วยโรคจิตควรอยู่ในโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น มี 58.3 %

สุภาภรณ์ ทองดารา ( 2545 ) ศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการกลุ่ม 5 สัปดาห์ในการให้สุขภาพจิตศึกษา พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทของผู้ป่วยและญาติ และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยเพิ่มสูงขึ้น

ทานตะวัน แยมบุญเรือง ( 2540 ) ศึกษาผลการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อความรู้เกี่ยวกับการดูแลของครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการใช้กระบวนการกลุ่มเป็นเวลา 2 สัปดาห์ในการเตรียมจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทให้กับผู้ป่วยและญาติตั้งแต่แรกรับ ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มสูงขึ้น

ประภาส อุครานันท์ และคณะ (2541) ศึกษาผู้ป่วยโรคจิตกับอาชญากรรมรุนแรงที่รับไว้ในโรงพยาบาลนิติจิตเวช พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งเป็นโรคที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการกระทำผิด และไม่ได้รับการรักษาต่อเนื่องถึงร้อยละ 66.8 ขณะกระทำผิดใช้สารเสพติดประเภทเหล้ามากที่สุด

จินดา โสมนัส และคณะ (2534) ศึกษาการติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวชคดีเพื่อป้องกันการกระทำผิดซ้ำโรงพยาบาลนิติจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชก่อคดีส่วนใหญ่เนื่องจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

นงลักษณ์ สาตรา และคณะ (2539) รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาเชิงป้องกันในผู้ป่วยคดีประทุษร้ายบุคคลในครอบครัว โรงพยาบาลนิติจิตเวช พบว่าผู้ป่วยจิตเวชก่อคดีส่วนใหญ่เนื่องจากการขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง

ราณี ฉายินทุ และนงลักษณ์ สาตรา (2543) พบว่า ผู้ป่วยที่กระทำผิดในคดีความผิดต่อชีวิตและร่างกายมีจำนวนครึ่งหนึ่งของผู้ที่กระทำผิดครั้งแรก ผู้ป่วยเกือบร้อยละ 100 ขาดการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยร้อยละ 50 ใช้จ่ายและสุราก่อนกระทำผิด

ภัทรา ธีรลาภ และวรรณวิไล กมลกิจวัฒนา ในปีพ.ศ. 2546 ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขในเขตสาธารณสุขที่ 4 โดยวิธีการสำรวจเชิงวิเคราะห์ พบว่าร้อยละ 50 ของ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับสถานีอนามัย ไม่ได้ทำการบำบัดรักษาทางจิตเวช สาเหตุอาจมาจากการขาดความรู้ ความมั่นใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช และผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 80 ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต และความรู้สุขภาพจิตที่ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตต้องการรับการอบรมมากที่สุดคือ โรคทางจิตเวชและการรักษา

รัชณี ศรีหิรัญ ( 2544 ) ศึกษาผลการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย พบว่า คะแนนการดูแลตนเองหลังได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ตามแผนทุกสัปดาห์ ๆ ละ 2 ครั้งเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ โดยการติดตาม กระตุ้น แนะนำอย่างต่อเนื่องด้านการรับประทานยาและการใช้สารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันกำเริบการกลับเป็นซ้ำ ทำให้คะแนนการดูแลตนเองสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

Phillips et al (2001) ศึกษา Moving assertive community treatment into standard practice พบว่า assertive community treatment (ACT) ได้ผลดีมากในการลดวันนอนในโรงพยาบาล เพิ่มระดับความมั่นคงในการอยู่บ้านเพิ่มมากขึ้น ผู้ป่วยและครอบครัวมีความพึงพอใจ และค่าใช้จ่ายไม่สิ้นเปลืองกว่าการดูแลผู้ป่วยในชุมชนรูปแบบอื่น

จากงานวิจัยข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัญหาในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท คือการไม่ได้รับการสนับสนุนให้ดูแลตนเองจากญาติและชุมชน เนื่องจากไม่พร้อมในการดูแล ไม่มีความรู้เพียงพอทำให้ผู้ป่วยไม่ดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาและการใช้สารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การให้กิจกรรมในรูปแบบที่ทำให้ผู้ป่วย ญาติ และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพเป็นรูปแบบหนึ่งที่ได้ประโยชน์มากในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จึงคาดได้ว่าน่าจะมีผลดีต่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีคดีเช่นกัน

## กรอบแนวคิดโครงการ

### การเยี่ยมบ้านโดยทีมสุขภาพ

#### \*จัดกลุ่มกิจกรรมให้ควมรู้ดังนี้

- สอนผู้ป่วยเรื่องการดูแลตนเอง การรับประทานยา การดูแลสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การป้องกันการกลับซ้ำ
- สอนเจ้าหน้าที่ ญาติ ผู้นำชุมชน การรับผิดชอบผู้ป่วย การดูแลต่อเนื่องในชุมชน การถูกระตุ้นทางอารมณ์ สภาพความเป็นอยู่ที่บ้าน การป้องกันการใส่สารเสพติด

\*ประสานการช่วยเหลือผู้ป่วยกับแหล่งสนับสนุนต่างๆ  
ประสานการดูแลต่อเนื่องให้ชุมชนมีส่วนร่วม และ  
การฟื้นฟูทางสังคมกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน

\*ให้บริการปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยด้านการบำบัด  
รักษา และค่าใช้จ่ายแก่ผู้ป่วย ญาติ และเจ้าหน้าที่

\*ติดตามตรวจเยี่ยมการดูแลตนเองของผู้ป่วย

### การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

- การใช้ยาทางจิตและสารเสพติด
- การดูแลสุขภาพจิต
- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ