

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ที่มารับบริการคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี ระหว่างเดือน มกราคม 2549 ถึง เดือน มีนาคม 2549 จำนวน 20 คน ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้า จากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
  - 1.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
  - 1.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตจิตเวช
2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
  - 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Caregivers)
  - 2.2 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
  - 3.1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 3.2 ผลกระทบของครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตกลุ่มเสี่ยง
  - 4.1 ความหมายและความสำคัญ
  - 4.2 ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
  - 4.3 แนวทางการดูแลบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต
5. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต
  - 5.1 ความหมายของคุณภาพชีวิต
  - 5.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต
  - 5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท
  - 5.4 การพยาบาลเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว
6. แนวคิดการพยาบาลองค์รวม
  - 6.1 ปรัชญาของการพยาบาลองค์รวมของสมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย

- 6.2 แนวคิดการพยาบาลองค์รวม
- 6.3 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพแบบองค์รวมหรือสุขภาพะ
- 6.4 เป้าหมายหลักของการพยาบาลองค์รวม
- 6.5 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลองค์รวม
- 6.6 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม
- 6.7 แนวทางการสอนให้บุคคลเข้าใจภาวะสุขภาพองค์รวม
7. โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท
8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลองค์รวม
  - 8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

## 1. แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช และครอบครัวในชุมชน ทั้งการส่งเสริม ป้องกัน ดูแลรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจึงต้องมีความเข้าใจ และมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนเองในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

### 1.1 การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

การปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้มีผู้ให้ความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ที่อ้างถึงใน กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม(2548) ดังนี้

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

Evan (1992) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช( Mental health and psychiatric nursing )เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแล

รักษา ฟันฟูสมรรถภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยโดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทาง การพยาบาลด้านจิตใจ และที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย

Leininger (1994 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2537) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นกระบวนการดูแลช่วยเหลือ สนับสนุนส่งเสริม และการเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม ทั้งในครอบครัวและชุมชนด้วยความเอาใจใส่ โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ ซึ่งต้องมียุทธศาสตร์ที่หลากหลายทั้งทางวิชาการ และความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยม และวิถีชีวิตของแต่ละบุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรม โดยการดูแลจะตอบสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่งสุขภาพ ทั้งในการดำเนินชีวิตและความตายที่พึงพอใจของบุคคล

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

ดังนั้นการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หมายถึง การพยาบาลด้านจิตใจ ของผู้รับบริการทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน ในภาวะสุขภาพดี เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้ง การส่งเสริม ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ

## 1.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวถึง ลักษณะของงานการพยาบาลจิตเวช (Characteristic of Psychiatric Nursing) คือ การสังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ทั้งการพยาบาลและสุขภาพจิตเข้าด้วยกัน เพื่อให้การบริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ใช้กรอบความรู้ทางทฤษฎีที่เน้นจิตสังคม (Psycho – Social) และชีววิทยา (Biophysical Sciences) โดยเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ที่คำนึงถึงจิตสังคมและวัฒนธรรมในแง่ของสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งแนวคิดทางกระบวนการพยาบาล ได้ถูกนำมาบูรณาการเพื่อการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ

1.2.1 การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary Prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

การปฏิบัติพยาบาล คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้และคำแนะนำก่อนสมรส และเกี่ยวกับความรู้กับพัฒนาการของบุคคลทุกวัย การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการรับหน้าที่ตามวงจรชีวิต เป็นต้น

1.2.2 การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต หรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัยอาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวลได้

การปฏิบัติพยาบาลจะต้องทำต่อเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้บุคคลรักษาระดับของสุขภาพจิตให้ได้อยู่เสมอ พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจช่วยเหลือแนะนำในเรื่องการปรับตัว การเผชิญปัญหา การลดความวิตกกังวลและความเครียดรวมทั้งช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติ การปฏิบัติเช่นนี้เปรียบเสมือนเป็นการให้ภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจแก่บุคคล

1.2.3 การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of Mental Health) การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่จัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

การปฏิบัติการพยาบาล คือ เมื่อพบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้เจ็บป่วย ต้องให้คำแนะนำช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาทันที่ เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลาม ซึ่งจะเป็นการยากที่จะแก้ไขหรือรักษาให้หายได้ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 2 (Secondary prevention) พยาบาลจะจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น

การสร้างสัมพันธภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

1.2.4 การฟื้นฟูสมรรถภาพ ( Rehabilitation of Mental Health ) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง

การปฏิบัติพยาบาล คือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 ( Tertiary Prevention ) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การรักษามอบอื่น ๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาทางแพทย์ รวมทั้งการใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อม และการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดดังกล่าวข้างต้น มาผสมผสานให้การฟื้นฟูเพื่อจัดการความไม่สามารถต่าง ๆ และเสริมสร้างความสามารถในการช่วยตัวเองและความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

สรุปได้ว่าการให้บริการทางการพยาบาลของพยาบาลจิตเวชเน้นทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้รับบริการ รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

กัลยา โนอินทร์ (2542) ได้เสนอบทบาทของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ดังนี้ บทบาทสำคัญของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช สิ่งสำคัญคือ การทำงานตามขั้น ตอนของกระบวนการพยาบาลและมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

1) บทบาทผู้ดูแล(Care Provider) โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ใช้บริการทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ใช้บริการเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานงานกับทีมสหวิชาชีพ ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการและกิจกรรมอื่น ๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยและครอบครัว มากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และ บันทึกการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว พัฒนาทักษะทางสังคมที่เหมาะสมให้ โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้ฝึกทดลองพฤติกรรม

ทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับแหล่งช่วยเหลือทางสังคม ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมทั้งในครอบครัว หรือสังคมในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิดปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ที่ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจจะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย และครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6) ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว โดยใช้ความรู้ความสามารถ ประสบการณ์ และทักษะเฉพาะทางในการช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ปรึกษาประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหา อย่างผู้ชำนาญการ

นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาททั้ง 6 บทบาทนี้แล้ว พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความต้องการมนุษย์ด้วย เพื่อนำมาผสมผสานกับการให้กิจกรรมการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการมากที่สุด เมื่อพิจารณาความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไปแล้ว จัดเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เพิ่มความแข็งแรงของอวัยวะของร่างกายในสถานะที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของบุคคล ทั้งด้านร่างกายจิตสังคมหรือจิตวิญญาณ ความต้องการเพื่อการอยู่รอดนี้จะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตลอดเวลา เป้าหมายการตอบสนองความต้องการกลุ่มนี้ คือชีวิตอยู่รอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) บุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลยังมีอายุมากขึ้นเท่าใด บทบาทที่ต้องกระทำยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) คือ บทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิดจะไม่มี การเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) เป็นบทบาทที่บุคคลได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้ และเป็นบทบาทที่ค่อนข้างถาวร และ บทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น

เมื่อบุคคลมีบทบาทหลายบทบาทบุคคลนั้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในบทบาท และยิ่งยากลำบากในการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่นี้ คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ( Psychological and spiritual need ) หมายถึง ความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านการคิด ความเชื่อและศรัทธาอารมณ์และการแสดงออก ( Integrated thought , belief , emotion and action ) มีความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่มี ความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการของบุคคลที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลจะมีความสบายใจ พึงพอใจ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ รู้สึกและรับรู้คุณค่าในตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน กล่าวได้ว่า เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการในกลุ่มนี้ คือ บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงและพอใจ

4) ความต้องการด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ( Interpersonal relationship needs ) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่น ๆ เป็นกลุ่ม ๆ ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมของมนุษย์ ความต้องการทางด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนี้หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายถึงมีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น สู่การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์ และการพึ่งพาสนับสนุน ประคับประคองซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต

ความต้องการของบุคคลทั้ง 4 ประเภทดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน บุคคลจะมีความต้องการทุกด้านพร้อม ๆ กัน การตอบสนองก็เช่นเดียวกันไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าต้องตอบสนองด้านใดก่อนหรือหลัง นอกจากนี้การกระทำที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านหนึ่ง ก็สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่นร่วมไปด้วยเสมอ

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประเภทดังกล่าว เป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกันดังนี้

1) ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือความต้องการเพื่อความอยู่รอด

2) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho- social - psychical needs) คือความต้องการเพื่อการทำหน้าที่

3) ความต้องการด้านจิต - สังคม (Psycho needs) คือความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพ เพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพา การสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4) ความต้องการด้านจิต-สังคม-จิตวิญญาณ (Psycho – social – spiritual needs) คือความต้องการทางด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

สรุปได้ว่า พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจะสามารถปฏิบัติการพยาบาลได้ผลดีตามเป้าหมายจะต้องมีความรู้ ความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของพยาบาลในการปฏิบัติงาน โดยการพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์ ทางการพยาบาลในการดูแลผู้ใช้บริการ ดังนั้นมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัวให้ได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และดูแลผู้ป่วยให้มีสุขภาพที่ดี สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมอย่างปกติสุขและการคงไว้ซึ่งการมีคุณภาพชีวิตที่ดี

## 2. แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

### 2.1 แนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแล (Caregivers )

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเอง ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วย ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายเกี่ยวกับผู้ดูแล ดังนี้

เดวิส (Davis, 1992) ให้ความหมายของผู้ดูแล หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

ฮอโรวิทซ์ (Horowitz, 1985 อ้างในเสาวลักษณ์ ยาสุวรรณ, 2545) ให้ความหมายของผู้ดูแลไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งตามความรับผิดชอบในการทำกิจกรรมในการดูแลคือ

1) ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึง ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการดูแลโดยตรงอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง

2) ผู้ดูแลรอง (Secondary caregiver) หมายถึง บุคคลอื่นที่มีหน้าที่ทำกิจกรรมในการดูแลเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วย

โอเร็ม (Orem, 1991 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) ให้ความหมายผู้ดูแล หมายถึง ผู้ให้การดูแลผู้อื่นที่ต้องพึ่งพา โดยการให้การดูแลช่วยส่งเสริมความอยู่รอด สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลหมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามีน ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน ทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยต้องเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจาก



โรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัลและในสถานการณ์ในการให้ความช่วยเหลือดูแลที่บ้านหรือในชุมชนแหล่งอาศัยที่ไม่ใช่ในโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลต่าง ๆ

ดังนั้นผู้ดูแล คือ บุคคลที่ให้การช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยที่มีความบกพร่องด้านร่างกาย จิตใจ หรืออารมณ์ และมีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องในด้านการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ซึ่งผู้ดูแลอาจมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยในฐานะสมาชิกในครอบครัว เป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น หรือ บุคคลในวิชาชีพ (Formal caregiver) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ เช่น เพื่อน ซึ่งในการเลือกบุคคลให้เป็นผู้ดูแลในครอบครัวต้องพิจารณาหลาย ๆ ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อม ความสามารถ เวลา และความสะดวกในการให้การดูแล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพหรืองานประจำที่ทำอยู่ นอกจากนี้ยังต้องพิจารณาร่วมกับแรงจูงใจในการให้ความช่วยเหลือ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลและผู้ป่วย ตลอดจนภาวะสุขภาพทั้งด้านร่างกายและจิตใจของผู้ดูแล เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยที่ต่อเนื่องมีผลต่อสุขภาพของผู้ดูแลได้

## 2.2 องค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ปรีดีหทัย แก้วมณีรัตน์ (2538) สรุปว่า ผู้ที่ป่วยโรคจิตเภทต้องการได้รับการดูแลทั้ง 6 ด้านดังนี้

2.2.1 ด้านความเป็นอยู่ ส่วนใหญ่จะขึ้นอยู่กับอาการของผู้ที่เป็นโรค หากมีอาการทางจิตมากไม่สามารถดูแลตนเองได้ ผู้ดูแลต้องคอยให้ความช่วยเหลือ กระตุ้นเตือนให้ทำกิจวัตรประจำวัน ต่าง ๆ ดูแลการรับประทานอาหารและการพักผ่อน

2.2.2 ด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสื่อมของบุคลิกภาพ อาจจะไม่สามารถประกอบอาชีพที่มั่นคงได้ ผู้ดูแลจึงเป็นผู้ที่รับภาระเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่าง ๆ รวมทั้งค่ารักษาพยาบาล

2.2.3 ด้านสังคม ผู้ที่มีพฤติกรรมเฉื่อยชา แยกตัวเอง ต้องกระตุ้นให้เข้าร่วมกิจกรรมในสังคมมากขึ้น เช่น การพูดคุยกับผู้อื่น เล่นกีฬา การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

2.2.4 ด้านอารมณ์และจิตใจ ผู้ดูแลควรชมเชยให้กำลังใจเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม ช่วยแก้ไขพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ช่วยแก้ปัญหา ให้คำปรึกษาแนะนำ ไม่ดูค้ำหรือแสดงอารมณ์ที่รุนแรง เพื่อลดความวิตกกังวล และสร้างความเชื่อมั่นในการปรับตัวให้กับผู้ป่วย

2.2.5 ด้านการรักษา ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นเตือน หรือดูแลให้ผู้ป่วย รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และมารับการรักษาตามนัด พร้อมทั้งเป็นผู้ช่วยสนับสนุนการ รักษาพยาบาลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.2.6 ด้านการปรับตัวและช่วยเหลือตนเอง ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและฝึก ทักษะการปรับตัวให้ผู้ที่เป็็นโรค ให้สามารถรับมือและช่วยเหลือตนเองได้

### 3. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของครอบครัวบำบัด มีองค์ประกอบ ของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัว โดย Friedman (1992 อ้างถึงใน ภูมิมาภิชาติ แสงเขียว, 2542 ) กล่าวถึงองค์ประกอบในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้านดังนี้ 1) ด้านอารมณ์ ให้สมาชิก ทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของสมาชิก 2) ด้าน การอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม 3) ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของ ครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม 4) ด้านการดูแลสุขภาพ 5) ด้านเศรษฐกิจ การ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแล เมื่อเจ็บป่วย ดังนั้น ความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่เมื่อมีสมาชิกใน ครอบครัวป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นตัวประสานในการบำบัดรักษา มี บทบาทในการหารายได้มาค้ำจุนครอบครัว ให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ และ สังคมแก่ สมาชิกในครอบครัว ( อัมรา พงศาพิชญ์, 2538 อ้างถึงใน สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542 )

ครอบครัวซึ่งเป็นองค์กรทางสังคมขนาดเล็ก ซึ่งมีลักษณะเป็นองค์กรรวม สมาชิกใน ครอบครัวจะทำหน้าที่ประสานคล้อยตามกัน เพื่อผลประโยชน์ของครอบครัว มีการแลกเปลี่ยน ฟังฟังซึ่งกันและกัน (ชาติชาย ไบทัมทิม, 2547) กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขได้ผลิต เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเขียนบทบาทของญาติในการดูแลพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของ ผู้ป่วยจิตเภท และได้กล่าวว่า ครอบครัวมีส่วนสำคัญมากที่จะช่วยเหลือบุคลากรทางการแพทย์ ในการดูแลผู้ป่วยทางจิต สิ่งสำคัญที่สุดคือความเข้าใจในเรื่องโรคจิตเภท โดยเฉพาะข้อความที่ว่า “ไม่มีคนใดคนหนึ่งหรือครอบครัวใดครอบครัวหนึ่งเป็นสาเหตุให้เกิดโรคจิตเภท แต่ทุกคนใน ครอบครัวมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยเหลือผู้ป่วย” ดังนั้นบทบาทที่สำคัญของญาติซึ่งเป็นผู้ดูแล ผู้ป่วย คือ (สคส คุ้มทรัพย์อนันต์ และ สุรีย์ บุญเฉย, 2546)

- 1) ช่วยส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเอง
- 2) คอยสังเกตอาการกำเริบ

- 3) ช่วยลดความเครียดแก่ผู้ป่วยโดยการหลีกเลี่ยงการทะเลาะหรือขัดแย้งกับผู้ป่วย
- 4) ลดความตึงเครียดของผู้ดูแลเอง โดยการหาเวลาส่วนตัว หรือพักผ่อนบ้างด้วย ผลักดันให้ญาติคนอื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วยแทนเพราะถ้าผู้ดูแลมีความตึงเครียดน้อย ส่งผลต่อความเครียดของผู้ป่วยให้ลดลงได้
- 5) ค้นหาและสนับสนุนจุดดีของผู้ป่วยแม้จะเป็นจุดเล็ก ๆ และสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย
- 6) ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาและมารับการตรวจตามนัด

ดังนั้นการมีผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในครอบครัวย่อมส่งผลต่อสมาชิกในครอบครัว และผู้ดูแลหลักซึ่งจะต้องมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องและเป็นเวลานาน การที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดีนั้นต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของครอบครัว ในความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

### 3.1 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยเป็นจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ต้องดูแลเป็นเวลาระยะนาน การที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดี ก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของครอบครัว ในความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท เป็นโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง กำเริบซ้ำบ่อย ๆ เมื่อแนวการรักษาในปัจจุบันเน้นจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด ( กรมสุขภาพจิต, 2541 ) จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามมาอย่างมาก ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ ( Horowitz, 1982 cite in Davis, 1992 )

3.1.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วย มีดังนี้

- 1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย
- 2) การให้ผู้ป่วยมีส่วนช่วยทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ภายในบ้าน
- 3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา อย่างสม่ำเสมอ
- 4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร
- 5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ให้ปฏิบัติคนให้เหมาะสมถูก

กาลเทศะ

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย

กำลังกายสม่ำเสมอ

7) การออกกำลังกายผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออก

8) การฝึกทักษะทางสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย

3.1.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ( Emotional and psychological support ) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นในชีวิต การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย การป้องกันภาวะซึมเศร้า การป้องกันความเครียด

3.1.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแปลงประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

3.1.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในคำรักษาพยาบาล ตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง กำเริบซ้ำบ่อย ๆ แนวทางกรดำเนินงานสุขภาพจิตในปัจจุบันการรักษาผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลจิตเวชได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาโดยมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาลระยะสั้นที่สุด และส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ ทั้งนี้เมื่อผู้ป่วยถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชแล้วจะกลับไปอยู่บ้าน ร่วมกับบุคคลในครอบครัว การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องรับผู้ป่วยกลับดูแลต่อที่บ้าน โดยที่ผู้ดูแลและครอบครัวจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจและกำลังทรัพย์ ดังนั้นผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ให้สามารถอยู่ที่บ้านและชุมชนนานที่สุด รวมทั้งการดูแลตนเองและครอบครัวให้มีสุขภาพกาย สุขภาพจิตดีนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

### 3.2 ผลกระทบของครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม สุขอนามัยส่วนบุคคลแย่ง มีการเปลี่ยนแปลงด้านบุคลิกภาพและขาดความเข้าใจต่อสภาพความเป็นจริง (มาโนช หล่อตระกูล, 2539 ; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ความผิดปกติที่เกิดขึ้นแก่ผู้ป่วยทั้งหมดนี้ ร่วมกับการดำเนินโรคและการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้ผู้ป่วยเกิดปัญหาทั้งด้านร่างกาย การรับรู้ อารมณ์ สังคม กระบวนการคิด พฤติกรรม และจิตวิญญาณ จากความผิดปกติของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นนี้จะทำให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ความบกพร่องทางสติปัญญา ความบกพร่องทางสภาพอารมณ์ และความรู้สึก ความบกพร่องเหล่านี้ย่อมทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการดำเนินชีวิตประจำวันส่งผลให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาผู้อื่น คือผู้ดูแลนั่นเอง ซึ่งผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยและอาศัยอยู่ในครอบครัวเดียวกัน โดยมีบุคคลใดบุคคลหนึ่งในครอบครัวที่ต้องหน้าที่เป็นผู้ดูแลหลัก ซึ่งต้องดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยไปเรื่อย ๆ ซึ่งหน้าที่และภาระ ต่าง ๆ ที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยนั้นทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

3.2.1 ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical impact) จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ผู้ดูแลไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจวัตรส่วนตัวตามที่ต้องการ ไม่มีเวลาพักผ่อน เพราะเป็นงานที่ไม่รู้จักจบสิ้น (วรกช นิตกุล, 2535 Gopinath & Chaturvedel, 1992) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ดูแลจะรู้สึกอ่อนเพลีย อ่อนล้า ปวดศีรษะ รับประทานอาหารได้น้อยลง ส่งผลให้เกิดปัญหาระบบทางเดินอาหาร น้ำหนักลดลง (รัชนิกร อุปเสน, 2541; เพ็ญพัทธ์ อุทิศ, 2544 ; ชฎาภา ประเสริฐทรง, 2543 ; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543 ; นพรัตน์ ไชยธานี, 2544)

3.2.2 ผลกระทบด้านจิตใจ (Psychological impact) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องเผชิญกับปัญหา หลาย ๆ ด้านจากการที่ต้องอดทนกับอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยย่อมส่งผลกระทบต่อบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแล ทำให้เกิดความสับสนใจในการดูแล วิตกกังวล เครียด ความรู้สึกเศร้า รู้สึกอับอายจากพฤติกรรมแปลก ๆ ของผู้ป่วย และรู้สึกกลัวว่าผู้ป่วยจะทำร้าย (ชนิตา มณีวรรณ, 2537 ; สติติ วงศ์สุรประภิต, 2542 ; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543 ; ทิปประทิน สุขเขียว, 2543 ; ยอดสร้อย วิเวกวรรณ, 2543) บางครั้งผู้ดูแลบางรายจะมีอาการเจ็บป่วยและมีปัญหาสุขภาพจิต จนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลได้ จากการที่ผู้ดูแลไม่ได้รับการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม (ยาใจ สิทธิมงคล, 2538 ; ยุกาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2542 ; สติติกลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลพระพุทธบาท สระบุรี)

3.2.3 ผลกระทบด้านสัมพันธภาพทางสังคม (Social relationship impact) โรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ผู้ดูแลต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเป็นเวลานาน ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกขาดความเป็นอิสระ ไม่มีเวลาทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ ทำให้ขาดการเข้าร่วม

กิจกรรมทางสังคมหรือเข้าร่วมกิจกรรมกิจกรรมทางสังคมลดลง มีเวลาพบปะสังสรรค์กับเพื่อนลดลง (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536 ; ยาใจ สิทธิมงคล, 2538 ; ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 ; ชญาพร ประเสริฐทรง, 2543 ; เอื้ออารีย์ สาลิกา, 2543) นอกจากนี้ผู้ป่วยมักจะมีพฤติกรรมเป็นที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม ถึงแม้ว่าอาการจะทุเลาลงแล้วและบุคคลรอบข้างและเพื่อนบ้านก็ยังไม่ไว้วางใจ (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2535) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหมือนผูกคอกับผู้ป่วย ถูกแยกจากสังคม เหงาขาดเพื่อนฝูงในสังคม และยังพบว่าผู้ดูแลในครอบครัวรู้สึกว่ามีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมเช่นที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปทำบุญ การสังสรรค์กับเพื่อน เป็นต้น (ยูพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539 ; วรช นิธิกุล, 2535)

3.2.4 ผลกระทบด้านสิ่งแวดล้อม (Environment impact) การที่มีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวจะส่งผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อมต่อผู้ดูแลและบุคคลอื่น ๆ ในชุมชนทั้งด้านความปลอดภัยและความมั่นคงในชีวิตภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายจะมีพฤติกรรมที่ก้าวร้าว ไม่เป็นมิตร ผู้ดูแลต้องคอยระมัดระวังพฤติกรรมที่ก้าวร้าวรุนแรงที่อาจจะเกิดขึ้น(ไกรวรรณ เจริญกุล, 2539 ; ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540 ; เอื้ออารี สาลิกา, 2543) นอกจากนี้ยังพบว่า การเจ็บป่วยทางจิตทำให้รายได้ของครอบครัวลดลง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของครอบครัว (เพชร อินอิม, 2531)

จะเห็นได้ว่า ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น มีความแตกต่างกันมากน้อยไม่เท่ากัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลาย ๆ อย่าง อาทิเช่น ความสามารถในการดูแลสุขอนามัยในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ความรุนแรงของพฤติกรรม และอาการของโรคซึ่งอาจเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา (พัศตราภรณ์ พงษ์สิทธิศักดิ์, 2546) ผลกระทบจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้นย่อมมีผลกระทบต่อภาวะสุขภาพของผู้ดูแลซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต และเมื่อผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับผลกระทบด้านจิตใจจนก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตแล้วย่อมส่งผลกระทบต่อร่างกาย สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่แยกจากกัน ดังนั้นควรมีการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิตแก่ผู้ดูแลเพื่อการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะและคุณภาพชีวิตที่ดี

#### 4. แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตบุคคลกลุ่มเสี่ยง

ปัญหาทางสุขภาพจิตและการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากหลายสาเหตุและมีปัจจัยหลายประการที่นำไปสู่การเจ็บป่วยทางจิต มนุษย์ไม่สามารถเลือกชาติกำเนิดเผ่าพันธุ์และสภาพแวดล้อมเกี่ยวกับพื้นฐานกำเนิดของตนได้ มีบุคคลในสังคมต้องตกอยู่ในสภาวะเสี่ยงต่อปัญหาทางสุขภาพจิตที่ต้องการการสนับสนุนดูแลหลายกลุ่ม เช่น เด็ก วัยรุ่น สตรี ผู้ป่วยทางด้านร่างกายและผู้สูงอายุ เป็นต้น การดูแลช่วยเหลือบุคคลเหล่านี้ให้สามารถเผชิญสภาพปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น การพัฒนาความเข้มแข็งของจิตใจและการปรับตัว ตลอดจนการให้คำแนะนำการสอนวิธีการปรับตัว

การดูแลตนเองด้านสุขภาพกาย สุขภาพจิต จะช่วยให้ผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสามารถพัฒนาความเข้มแข็งและสามารถปรับตัวในครอบครัวในสังคม ตลอดจนการทำงานและการดำเนินชีวิตที่มีคุณค่าและเป็นประโยชน์แก่สังคม ถือเป็นสิ่งที่มีความสำคัญในทางการพยาบาลจิตเวช (อรพรรณ คือ บุญธวัชชัย, 2545)

#### 4.1 ความหมายและความสำคัญ

บุคคลกลุ่มเสี่ยง หมายถึง บุคคลที่ตกอยู่ในภาวะที่ด้อยโอกาสด้านใดด้านหนึ่งซึ่งจะมีผลต่อภัยอันตรายต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นต่อตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ทางสุขภาพจิต หมายถึง บุคคลที่มีแนวโน้มหรือมีโอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาทางจิตได้ง่าย หรือบุคคลที่อยู่ในภาวะที่ได้รับผลกระทบจากปัจจัยที่ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิต ทั้งหลักพัฒนาการตามวัย การอบรมเลี้ยงดู สภาพแวดล้อมทางกายภาพ และปัจจัยทางชีวภาพซึ่งอาจก่อให้เกิดปัญหาทางสุขภาพจิตได้ง่ายกว่าบุคคลอื่น ๆ บุคคลกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ได้แก่

4.1.1 เด็ก เด็กเป็นบุคคลที่ช่วยตัวเองไม่ได้หรือช่วยตัวเองได้น้อย จำเป็นต้องอาศัยบุคคลอื่น ๆ เป็นผู้ดูแลช่วยเหลือ จัดการเกี่ยวกับการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน โดยเฉพาะเด็กบางประเภทที่ขาดบิดามารดา ในการเอาใจใส่ดูแล เด็กที่บิดามารดาสูญเสียบทบาทหน้าที่ เด็กที่บิดามารดาขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเด็กและพัฒนาการและความต้องการของเด็ก เด็กที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย เด็กพิการ

4.1.2 วัยรุ่น วัยรุ่นถือว่าเป็นวัยวิกฤติของชีวิต เพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กสู่วัยผู้ใหญ่ที่สมบูรณ์

#### 4.1.3 ผู้ใหญ่ สตรี

วัยผู้ใหญ่ วัยผู้ใหญ่เป็นวัยแห่งการทำงาน สร้างครอบครัว เลี้ยงดูบุตร บุคคลที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่มักประสบกับสภาพที่ยุงยาก ต้องคิด ต้องตัดสินใจ มีภาระรับผิดชอบต่อครอบครัว และสังคม ต้องเผชิญกับปัญหาหลายประการ ผู้ใหญ่ที่มีปัญหาในการปรับตัวและเผชิญกับความล้มเหลวในชีวิต ควรได้รับการสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเหมาะสม เพื่อให้เขาเหล่านั้นได้ปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาทได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สตรี ในวัยผู้ใหญ่เป็นบุคคลที่สังคมกำหนดภารกิจที่สำคัญให้ นั่นก็คือ บทบาทในการทำหน้าที่ภรรยา มารดา ปัจจุบันบทบาทของสตรีในสังคมได้รับความคาดหวังว่าจะต้องรับภาระด้านการงานไม่แพ้บุรุษ แต่ในขณะเดียวกันก็ยังต้องรับบทบาทเดิมสตรีที่ขาดโอกาส หรือต้องเผชิญกับความยุ่งยาก สมควรได้รับการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม

4.1.4 ผู้สูงอายุ วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงมาก และการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อม ทั้งสภาพทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การสูญเสียบทบาทหน้าที่หรือบุคคลใกล้ชิด มีผลต่อจิตใจผู้สูงอายุอย่างมาก จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือ

4.1.5 ผู้ป่วยทางกาย สภาวะการเจ็บป่วยทางกาย ทุกเพศทุกวัย ทั้งในภาวะ วิกฤติ ผู้ป่วยเฉียบพลัน และผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องเป็นภาระของครอบครัวระยะยาว ย่อมมีผลต่อสุขภาพจิตทั้งตัวผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล บทบาทของพยาบาลจำเป็นต้องให้การสนใจช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยและครอบครัว

## 4.2 ปัจจัยที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

นริสา วงศ์พนารักษ์ และคณะ (2546) ได้เสนอปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต ดังนี้

### 4.2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล

- 1) สุขภาพกาย บุคคลที่มีความเจ็บป่วยบ่อย ๆ เจ็บป่วยเรื้อรัง มีความพิการก็เป็นสาเหตุของ ความเครียดและความขัดแย้งในใจ รวมถึงปัญหาทางบุคลิกภาพ การตัดสินใจ การเผชิญปัญหา และกลไกการปรับตัวทางสังคมที่ไม่เหมาะสม
- 2) ความสามารถในการจัดการปัญหาและระดับสติปัญญา เป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม ซึ่งหมายถึงความสามารถในการคิด และการจัดการปัญหาที่มากกระทบตัวบุคคลอีกด้วย
- 3) ลักษณะบุคลิกภาพส่วนบุคคล บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิต และเรื้อรังจนกระทั่งแสดงการเจ็บป่วยทางจิตนั้น มักเป็นบุคคลที่มีบุคลิกภาพแยกตัว เก็บตัว มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมทักษะทางสังคมบกพร่องและมีพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดปัญหาต่อตนเองและรวมถึงต่อการอยู่ร่วมกับคนอื่น

### 4.2.2 สิ่งแวดล้อม

- 1) ภาวะทางครอบครัว บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้นมักจะมาจากครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ พ่อแม่หย่าร้างกัน และครอบครัวที่มีบรรยากาศที่ไม่มีความสุข มีความขัดแย้งกันทางสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกในครอบครัว มีบุคคลในครอบครัวเสียชีวิต ผู้นำครอบครัวไม่มี หรือถ้ามีผู้นำครอบครัวก็อาจจะจะเป็นผู้นำครอบครัวที่มีลักษณะของความไม่ชัดเจน มีความประพฤติไม่เหมาะสม ไม่สามารถเป็นแบบอย่างให้สมาชิกได้
- 2) ฐานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว ส่งผลให้บุคคลมีการแสดงออกต่าง ๆ กัน เช่น ตัวบุคคลอยู่ในครอบครัวที่มีฐานะไม่ดี บุคคลอาจเกิดความขัดแย้งในใจลักษณะของการมีความต้องการสิ่งสนับสนุน เช่น มีความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และอาจได้รับการเหยียดหยามจากคนในสังคม แต่ถ้าหากบุคคลอยู่ในครอบครัวที่ฐานะดี เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงในครอบครัว เช่น ฐานะเปลี่ยนไป ล้มละลาย ก็อาจเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้



3) การเลี้ยงดู บุคคลที่มีปัญหาสุขภาพจิตนั้น อาจกล่าวได้ว่าการเลี้ยงดูมีส่วนทำให้เกิดปัญหา เช่น บุคคลที่ได้รับการเลี้ยงดูแบบปกป้องมากเกินไป การเลี้ยงดูที่ไม่ชัดเจน มีความแปรปรวนตลอดเวลา การเลี้ยงดูแบบอิสระและปล่อยปละละเลย การเลี้ยงดูแบบปฏิเสธไม่รับเป็นลูก พ่อแม่หรือผู้นำครอบครัวเป็นแบบอย่างที่ไม่เหมาะสม พ่อแม่ตั้งความหวังไว้มากเกินไป ในครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ขัดแย้งกัน มีการสื่อสารที่คลุมเครือไม่เหมาะสม ซึ่งการเลี้ยงดูแบบนี้ส่งผลต่อการเติบโตมาเป็นในแบบที่มีปัญหาสุขภาพจิต และส่งผลโดยรวมต่อบุคลิกภาพ

4) สิ่งแวดล้อมอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตในปัจจุบัน ได้แก่ ภาวะที่มีการแข่งขันสูงในสังคม ภาวะความกดดันจากการเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน สิ่งแวดล้อมในชุมชนเมือง ชุมชนแออัด อิทธิพลจากสื่อต่าง ๆ หรือแหล่งอบายมุขที่มีมากมายในปัจจุบัน

ปัญหาสุขภาพจิต อาจเกิดขึ้นได้กับบุคคลและส่งผลกระทบต่อสุขภาพกาย สังคม สิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวกับบุคคล ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ที่แยกจากกันได้ยาก ดังนั้น การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหากสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องในแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับบุคคล จนถึงปัจจัยแวดล้อมอื่น ๆ ก็จะสามารถวางแผนเพื่อการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตได้

ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทถือได้ว่าเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังยอมส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้ป่วยและผู้ดูแล ทางด้านสุขภาพจิตถือว่าการส่งเสริมป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วยการจัดการดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่ความสำเร็จอย่างสูง การปล่อยให้บุคคลเกิดการเจ็บป่วยทางจิตจะก่อให้เกิดการสูญเสียเรื้อรังทั้งการดำเนินชีวิตส่วนตัวผู้ป่วยเอง ของครอบครัวและสังคม แต่ถ้าหากบุคคลกลุ่มเสี่ยงได้รับการดูแลที่เหมาะสมจะช่วยให้บุคคลเหล่านั้นสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณค่า มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถกระทำการใด ๆ ที่เป็นประโยชน์ทั้งต่อตนเอง ครอบครัวและสังคมต่อไป

#### 4.3 แนวทางการดูแลบุคคลที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิต

สุจริต สุวรรณชีพ (2527) ได้เสนอกลวิธีของการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต มีหลายวิธี แล้วแต่ความเหมาะสมในแต่ละสถานการณ์ ซึ่งประกอบด้วยวิธีต่าง ๆ ดังนี้

1) การให้ความรู้ เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพจิต โดยอาจให้เป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มผ่านทางสื่อมวลชน ซึ่งวิธีนี้จะก่อให้เกิดประโยชน์เป็นอย่างมากถ้าให้ความรู้อย่างถูกคน ถูกเวลาและถูกวิธีสิ่งสำคัญผู้ให้ความรู้ต้องมีความกระตือรือร้น เต็มใจ สนใจผู้ฟัง เพื่อสร้างความศรัทธา ความเชื่อถือ ไว้วางใจและความร่วมมือจากผู้ฟัง

2) การให้คำปรึกษาแนะแนวทาง ในช่วงต่าง ๆ ของชีวิตย่อมมีเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดมากมาย ทำให้บุคคลเกิดความคิด สับสน วิดกกังวล ตัดสินใจไม่ได้ บางครั้งก่อให้เกิดภาวะวิกฤตต่าง ๆ ดังนั้นจึงควรมีช่วยเหลือให้คำปรึกษา แนะนำเพื่อการตัดสินใจที่ถูกต้อง โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่อยู่ในช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต

3) ช่วยแก้ปัญหาหรือลดความตึงเครียด มีบุคคลเป็นจำนวนมากที่มีปัญหาทางจิตไม่รุนแรงถึงกับเป็นโรค หากได้รับการช่วยเหลือในการปรับแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมก็สามารถผ่านพ้นภาวะวิกฤตได้ และดำรงชีวิตได้ตามปกติ

4) การส่งเสริมสุขภาพกาย นับเป็นวิธีหนึ่งที่จะช่วยส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะสุขภาพกายและสุขภาพจิตเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินไปควบคู่กัน ไม่สามารถแยกจากกันได้ การส่งเสริมสุขภาพกาย เช่น การปรับสภาพแวดล้อมที่อาจเป็นพาต่อร่างกายและจิตใจจัดกิจกรรมที่เอื้ออำนวยต่อการเสริมสร้างประโยชน์ให้ส่วนร่วม จัดสถานที่พักผ่อนใจให้กระฉ่อนในการดูแลสุขภาพกายที่ถูกต้อง การออกกำลังกาย เพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้เข้มแข็งซึ่งช่วยป้องกันโรคภัยไข้เจ็บได้

ทัศนา บุญทอง (2544) ได้เสนอแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต ดังนี้

1) เน้นระบบบริการสุขภาพแบบองค์รวม ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540 - 2544) ได้กำหนดความหมายของสุขภาพในลักษณะองค์รวมว่า “เป็นภาวะแห่งความสุขซึ่งครอบคลุมมิติกาย จิตและสังคม การสุขภาพดี หมายถึง การมีร่างกายแข็งแรง ไม่ป่วยง่าย หากป่วยก็ได้รับการดูแลอย่างดี ไม่เสียชีวิตก่อนเวลาอันควร มีจิตใจที่สบาย สะอาด สงบ ไม่ทรมานทรมาน วุ่นวาย มีความเป็นอยู่ในสังคมที่ดีพอ ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง การมีสุขภาพดีเป็นสิทธิของทุกคน ทุกคนต้องนับถือว่าการมีสุขภาพดีเป็นเรื่องปกติที่ต้องการร่วมกันทำให้เกิดขึ้น การเจ็บป่วยเป็นเรื่องปกติที่ทุกคนต้องร่วมป้องกัน” จากคำจำกัดความของภาวะสุขภาพแบบองค์รวมจะเกิดขึ้นเป็นรูปธรรมได้ การให้บริการต้องผสมผสานร่วมกันระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณและสังคม ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยองค์ประกอบร่วมกันระหว่างพฤติกรรมของบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่มุ่งเน้นในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยสำคัญ

2) จัดระบบบริการให้ชุมชนมีส่วนร่วม โดยครอบคลุมตั้งแต่การให้มีส่วนรับรู้ข้อมูลข่าวสารร่วมตัดสินใจในขั้นตอนต่าง ๆ จะทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของชุมชน และยังเป็นการสร้างกระบวนการเรียนรู้ของประชาชนและชุมชน ในการจัดการกับปัญหาด้านสุขภาพ รวมทั้งสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรชุมชนและการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ

3) จัดระบบบริการที่มีค่าใช้จ่ายเหมาะสมและคุ้มค่ากับการลงทุนคือการบริการที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และการบำบัดรักษาความเจ็บป่วยในระยะเริ่มต้น

4) สถานบริการสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญต่อการให้บริการด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันความเจ็บป่วยที่สำคัญ คือ สถานีอนามัย ศูนย์บริการสาธารณสุข

กรุงเทพมหานคร และโรงพยาบาลชุมชนซึ่งในความเป็นจริงแล้ว สถานบริการดังกล่าวขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างเพียงพอ เช่น การพัฒนาศักยภาพของบุคคลในการบริการด้านสุขภาพจิต การจัดสรรบุคลากรที่มีคุณสมบัติที่เหมาะสม โดยเฉพาะผู้ป่วยทางจิตเวชจะใช้เวลาการบำบัดรักษานาน (Long term care) ปัจจุบันได้มีการดูแลอยู่ภายใต้ระบบการจัดการ (Managed care) ซึ่งเป็นรูปแบบการจัดบริการสุขภาพจิตโดยเน้นการติดต่อสื่อสาร การประสานความร่วมมือระหว่างบุคลากรผู้ให้บริการสุขภาพสาขาวิชาชีพต่าง ๆ โดยมุ่งให้บริการสุขภาพตามการปฏิรูประบบสุขภาพ จึงเปลี่ยนจากการดูแลเฉพาะทาง (Specialty care) ไปสู่การดูแลในระดับสาธารณสุขมูลฐาน (Primary health care) และเปลี่ยนจากการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาลไปสู่การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากขึ้น

5) บุคลากรที่มีบทบาทสำคัญและประชาชนต้องการให้เป็นผู้ให้บริการมากที่สุดคือพยาบาล โดยต้องการให้พยาบาลเยี่ยมบ้าน ติดตามการรักษา ให้การดูแลเบื้องต้น และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการส่งเสริมป้องกันการเจ็บป่วย

## 5. แนวคิดเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต

### 5.1 ความหมาย ของคุณภาพชีวิต (Quality of life)

คุณภาพชีวิต (Quality of life) คุณภาพชีวิตเป็นคำที่มีความหมายซับซ้อน ประกอบด้วยคำสองคำ คือ คุณภาพ หมายถึง ลักษณะความดีประจำบุคคลหรือสิ่งของ ชีวิต หมายถึง ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต หมายถึง ลักษณะความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิต, 2525)

Ferrans and Powers (1992) ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นความรู้สึก ผาสุกของบุคคล ซึ่งเป็นผลมาจากความพึงพอใจหรือไม่พอใจแต่ละด้านของชีวิตและการให้ความสำคัญต่อองค์ประกอบต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบคือ ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and function) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) และด้านครอบครัว (Family)

องค์การอนามัยโลก (WHOQOL Group, 1996) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตว่า เป็นการรับรู้ของแต่ละบุคคลในชีวิตภายใต้องค์ประกอบทางวัฒนธรรม ค่านิยมที่เขาอาศัยอยู่มีความสัมพันธ์กับจุดมุ่งหมาย ความคาดหวัง มาตรฐานและความสนใจซึ่งเป็นแนวคิดที่กว้างและ ซับซ้อน

Spiker (1990 cited in oliver et al.1999) ได้ศึกษาความหมายของคุณภาพชีวิต ได้แก่ 1) สภาวะสุขภาพทางกาย (Physical health status) 2) ความสามารถในการทำหน้าที่ (Functional ability) 3) สภาวะทางจิตใจและความเป็นอยู่ (Psychological status and well - being) 4) การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (Social interaction) 5) สถานภาพทางเศรษฐกิจ (Economic status)

Padilla & Grant (1985) ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้กว้าง ๆ ว่าเป็นการรับรู้ของบุคคลเกี่ยวกับความเป็นอยู่ที่ดีหรือความผาสุก (well-being) ความสุข (happiness) และความพึงพอใจ (satisfaction) ในชีวิตตนเอง

Ware (1984) ได้กำหนดความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่าเป็นศูนย์กลางที่มีลำดับขั้นตอนที่แสดงให้เห็นผลกระทบที่เกิดจากความเจ็บป่วยและการทำหน้าที่ของบุคคลความรู้สึกเป็นอยู่ที่ดี ความทุกข์ทรมานจิตใจ รวมถึงการเข้าใจและรับรู้เกี่ยวกับสุขภาพและท้ายสุดคือบทบาทและการทำหน้าที่ทางสังคม

ดังนั้นสรุปได้ว่าคุณภาพชีวิต หมายถึง การรับรู้ถึงความผาสุก ความสุข ตลอดจนมีความพึงพอใจในการดำรงชีวิตของบุคคล ภายใต้องค์ประกอบของวัฒนธรรม ความเชื่อ ค่านิยมของบุคคลนั้น

## 5.2 องค์ประกอบของคุณภาพชีวิต

Ferran & Power (1985, 1992) ได้วิเคราะห์ปัจจัย (Factors analysis) องค์ประกอบคุณภาพชีวิตของ Geofge & Bearon แล้วสรุปองค์ประกอบคุณภาพชีวิตเป็น 4 องค์ประกอบคือ

1) ด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ (Health and function) เกี่ยวกับสุขภาพความสามารถในการดำรงชีวิต การทำหน้าที่ในกิจกรรมต่าง ๆ บทบาทในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสุขภาพประกอบด้วย การบำเพ็ญประโยชน์ การพึ่งพาตนเองด้านร่างกาย ความสามารถในการรับผิดชอบต่อครอบครัว ความสามารถในการเดินทาง สุขภาพต่อตนเอง ความเครียด หรือความวิตกกังวล กิจกรรมในยามว่าง การสร้างความสุขในวัยสูงอายุ การมีอายุยืน การดูแลสุขภาพ

2) ด้านสังคมและเศรษฐกิจ (Socioeconomic) เป็นสถานทางสังคมและเศรษฐกิจของบุคคลประกอบด้วย มาตรฐานการดำรงชีวิต การพึ่งพาตนเองด้านการเงิน มีที่พักอาศัย มีงานทำ เพื่อนบ้านสภาพทั่วไปของบ้านเมือง เพื่อน การได้รับการสนับสนุนทางจิตใจและการศึกษา

3) ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological/Spiritual) เป็นสภาพการรับรู้การตอบสนองทางอารมณ์หรือจิตวิญญาณต่อสิ่งต่าง ๆ ในชีวิต ประกอบด้วยความพึงพอใจในตนเองความสุขทั่วไป การประสบความสำเร็จตามจุดมุ่งหมาย ความสงบใจ รูปร่างหน้าตาของตนเองความศรัทธาในศาสนา

4) ด้านครอบครัว (Family) เป็นสภาพของสัมพันธภาพในครอบครัวของบุคคลประกอบด้วยความสุขในครอบครัวบุตร ความสัมพันธ์ของครอบครัวคู่สมรส ภาวะสุขภาพของสมาชิกในครอบครัว

Zhan (1992) ได้แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ

1) ความพึงพอใจในชีวิตโดยทั่วไปเป็นความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตทุกด้านของชีวิต บุคคลจะรับรู้โดยองค์รวม ถึงความแตกต่างโดยเปรียบเทียบระหว่างสิ่งที่เป็นอยู่กับสิ่งที่คาดหวังในโลกแห่งความเป็นจริง อาจกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่บุคคลตั้งไว้ ซึ่งเป็นกระบวนการตอบสนองของบุคคลต่อการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขภายนอก โดยขึ้นอยู่กับภูมิหลัง ลักษณะนิสัย สิ่งแวดล้อม ภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ของบุคคล

2) ด้านอัตมโนทัศน์ เป็นความรู้สึกหรือความเชื่อเกี่ยวกับตัวเองโดยรวมหรือรายด้านในช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยเกิดจากการรับรู้ปฏิกิริยาของบุคคลอื่น ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถกำหนดพฤติกรรมของบุคคลนั้นเป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างคงที่และเปลี่ยนแปลงได้ค่อนข้างยาก

3) ด้านภาวะสุขภาพและการทำหน้าที่ หมายถึง สุขภาพที่ปราศจากโรค และสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายอาทิ ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการเคลื่อนไหว

4) ปัจจัยด้านเศรษฐกิจและสังคมคือสภาพทางสังคม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตใจ ทำให้ความรู้สึกคุณค่าในตนเอง และความรู้สึกมั่นคงในชีวิตซึ่งเป็นแหล่งประโยชน์ (Resource) ที่บุคคลสามารถหาได้จากองค์ประกอบสามประการคือ การศึกษา อาชีพ รายได้

องค์การอนามัยโลก (The WHOQOL group, 1994 ) ที่ได้ให้ความหมายของคุณภาพชีวิตไว้ว่า คุณภาพชีวิตเป็นมโนทัศน์หลายมิติที่ประสานการรับรู้ของบุคคลในด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับความเป็นอิสระ ไม่ต้องพึ่งพา ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม ด้านความเชื่อส่วนบุคคล ภายใต้วัฒนธรรม ค่านิยม และเป้าหมายในชีวิตของแต่ละบุคคล (The WHOQOL group, 1994 ) ซึ่งประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ คือ ด้านร่างกาย (Physical domain) ด้านจิตใจ (Psychological domain) ด้านระดับความเป็นอิสระของบุคคล (Level of independence) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationships) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) และ ด้านความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/religion/personal believe)ต่อมาได้พัฒนาประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน คือด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม และด้านสิ่งแวดล้อม (The WHOQOL group, 1996 ) มีรายละเอียดดังนี้

1) ด้านร่างกาย (Physical domain) คือ การรับรู้สภาพทางด้านร่างกายของบุคคล ซึ่งมีผลต่อชีวิตประจำวัน เช่น การรับรู้สภาพความสมบูรณ์ แข็งแรงของร่างกาย การรับรู้ถึงความรู้สึกสุขสบาย ไม่มีความเจ็บปวด การรับรู้ถึงความสามารถที่จะจัดการกับความเจ็บปวดทางร่างกายได้ การรับรู้ถึงพลังกำลังในการดำเนินชีวิตประจำวัน การรับรู้ถึงความเป็นอิสระที่ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น การรับรู้ถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวของตน การรับรู้ถึงความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของคุณ การรับรู้ถึงความสามารถในการทำงาน การรับรู้ว่าคุณไม่ต้องพึ่งพา  
ยาต่าง ๆ หรือการรักษาทางการแพทย์อื่น ๆ เป็นต้น

2) ด้านจิตใจ (Psychological domain) คือ การรับรู้สภาพทางจิตใจของ  
ตนเอง เช่น การรับรู้ความรู้สึกทางบวกที่บุคคลมีต่อตนเอง การรับรู้ภาพลักษณ์ของตนเอง การรับรู้  
ถึงความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ถึงความมั่นใจในตนเอง การรับรู้ถึงความคิด ความจำ  
สมาธิ การตัดสินใจ และความสามารถในการเรียนรู้เรื่องราวต่าง ๆ ของตนเอง ที่มีผลต่อการดำเนิน  
ชีวิต เช่น การรับรู้ถึงความเชื่อด้านวิญญาณ ศาสนา การให้ความหมายของชีวิต และความเชื่ออื่น ๆ  
ที่มีผลในทางที่คิดต่อการดำเนินชีวิต มีผลต่อการเอาชนะอุปสรรค เป็นต้น

3) ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship) คือ การรับรู้เรื่อง  
ความสัมพันธ์ของตนเองกับบุคคลอื่น การรับรู้ถึงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นในสังคม  
การรับรู้ว่าคุณได้เป็นผู้ให้ความช่วยเหลือบุคคลอื่นในสังคมด้วย รวมทั้งการรับรู้ในเรื่องอารมณ์ทาง  
เพศ หรือการมีเพศสัมพันธ์

4) ด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) คือ การรับรู้เกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมที่มี  
ผลต่อการดำเนินชีวิต เช่น การรับรู้ว่าคุณมีชีวิตอยู่อย่างอิสระ ไม่ถูกกักขัง มีความปลอดภัยและ  
มั่นคงในชีวิต การรับรู้ว่าคุณได้อยู่ในสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่ดี ปราศจากมลพิษต่าง ๆ การคมนาคม  
สะดวก มีแหล่งประโยชน์ด้านการเงิน สถานบริการทางสุขภาพและสังคมสงเคราะห์ การรับรู้ว่าคุณ  
มีโอกาสที่จะได้รับข่าวสารหรือฝึกฝนทักษะต่าง ๆ การรับรู้ว่าคุณได้มีกิจกรรมสันทนาการ และมี  
กิจกรรมในเวลาว่าง เป็นต้น

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกใช้อำนาจประกอบของคุณภาพชีวิตขององค์การ  
อนามัยโลกซึ่งมีองค์ประกอบ 4 ด้าน คือด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธ์ทางสังคม และ  
ด้านสิ่งแวดล้อม และมีความสอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาลองค์รวมซึ่งเป็นการพยาบาล  
ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ

### 5.3 ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เซอร์แมน และคณะ กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล มีหลายปัจจัยที่  
เกี่ยวข้องได้แก่

1) ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ดูแล (Caregiver characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ  
อาชีพ การศึกษา รายได้ และลักษณะพื้นเพของชนชาติ

2) ลักษณะเฉพาะบุคคลของผู้ป่วยหรือผู้พิการที่ต้องการดูแล (Care recipient  
characteristics) ได้แก่ เพศ อายุ ลักษณะของความสัมพันธ์กับผู้ดูแล รายได้ ลักษณะของสิ่งที่  
ต้องการความช่วยเหลือจากผู้ดูแล และสภาพของการเจ็บป่วย

3) สถานการณ์การดูแล (Care giving situation) ได้แก่ ลักษณะของกิจกรรมที่ทำ ระยะเวลาของการดูแล ค่าใช้จ่ายในการดูแล ความถี่ของปัญหาในการดูแล ลักษณะของพฤติกรรมที่เกิดขึ้นและสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ

4) การรับรู้ที่มีต่อบทบาทการเป็นผู้ดูแล (Cognitive / affective response to care giving role) ได้แก่ ทศนคติ หรือความรู้เกี่ยวกับโรคนั้น การรับรู้ภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ของผู้ป่วยหรือผู้พิการ ลักษณะของพฤติกรรมควบคุมตนเอง การให้คุณค่าของบทบาทที่เป็นผู้ดูแลและประสบการณ์การเป็นผู้ดูแล

5) สุขภาพจิตและสุขภาพกายของผู้ดูแล (Mental and physical health) ได้แก่ สภาวะที่ส่งเสริมหรือบั่นทอนสุขภาพกายและจิต พฤติกรรมสุขภาพ และความพึงพอใจในชีวิต

6) ตัวแปรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง (Possible mediating variables) ได้แก่ ความสัมพันธ์กับผู้ดูแลเมื่อก่อนการเจ็บป่วย แรงสนับสนุนทางสังคม ความรู้และการใช้บริการสุขภาพ การได้รับความช่วยเหลือจากแหล่งอื่น ๆ แหล่งประโยชน์และกลยุทธ์การจัดการกับปัญหา

นรวีย์ พุ่มจันทร์ (2548) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติคือ สัมพันธภาพในครอบครัว อาการทางจิตของผู้ป่วย การศึกษา อาชีพ และความเพียงพอของรายได้ของครอบครัว

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ซึ่งให้เห็นถึงคุณลักษณะที่สำคัญของคุณภาพชีวิตหลายประการดังนี้

1) คุณภาพชีวิต เป็นประสบการณ์ส่วนบุคคล เป็นการรับรู้เป็นความรู้สึกของบุคคลซึ่งเกิดจากความรู้และประสบการณ์เดิม โดยเปรียบกับผู้อื่น ผู้ที่ตัดสินได้ดีที่สุดว่ามีคุณภาพชีวิตที่ดีหรือไม่เพียงใด ก็ควรเป็นบุคคลผู้เป็นเจ้าของชีวิตนั้น

2) คุณภาพชีวิตเกี่ยวข้องกับกระบวนการปฏิสัมพันธ์ของบุคคลกับสิ่งแวดล้อม แสดงถึงการมีอิทธิพลซึ่งกันและกัน ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมของคุณภาพชีวิตได้แก่ สถานการณ์ปัญหาครอบครัวและสังคม แหล่งประโยชน์และทรัพยากรทางสังคม ตลอดจนวัตถุดิบของต่าง ๆ สำหรับปัจจัยด้านบุคคลของคุณภาพชีวิตประกอบด้วยภาวะสุขภาพ ความเจ็บป่วยหรือสภาพร่างกาย สภาพจิตใจ การรับรู้ความรู้สึนึกคิด (cognitive ability) และศักยภาพของบุคคล รวมถึงความสามารถของตนเองในการควบคุมและจัดการกับชีวิตและสถานการณ์

3) คุณภาพชีวิตเป็นแนวคิดที่มีหลายมิติ (Multidimension construct) และมีความซับซ้อน (complex) จึงต้องมีการพิจารณาแบบองค์รวม (Holistic) ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม

4) คุณภาพชีวิตเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา เป็นพลวัต (Dynamic) ขึ้นอยู่กับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและความเป็นไปในกระบวนการของชีวิต ซึ่งความไม่คงที่นี้เป็นลักษณะของ

กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อม ดังนั้นการศึกษาคุณภาพชีวิตในช่วงชีวิตต่าง ๆ อาจมีผลแตกต่างกัน

5) คุณภาพชีวิตมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพ (Health) โดยภาวะสุขภาพเป็นปัจจัยที่สำคัญที่ทำให้บุคคลรู้สึกถึงความผาสุกและความพึงพอใจในชีวิต นั่นคือภาวะสุขภาพถือเป็นองค์ประกอบหรือมิติของคุณภาพชีวิต

จะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัย ดังนั้นในการพยายามเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยายามต้องมีความเข้าใจปัจจัยต่าง ๆ และองค์ประกอบ ที่มีผลต่อคุณภาพชีวิต โดยพยายามต้องตระหนักถึงปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตและความสอดคล้องกับองค์ประกอบของคุณภาพชีวิตในแต่ละด้านและการให้การพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์และจิตวิญญาณ ซึ่งเป็นบทบาทของพยาบาลต้องสนับสนุนให้ผู้ดูแลในครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้แม้ในยามปกติและในยามเจ็บป่วย ตลอดจนสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้ป่วยได้อย่างมีความสุข

#### 5.4 การพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลในครอบครัว เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังและเป็นโรคที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้าน

การแพทย์ การพยาบาล เศรษฐกิจ และสังคม เพราะเป็นโรคที่ทำให้เกิดความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เต็มที่ อาจต้องพึ่งพาญาติหรือครอบครัวหลายด้าน เช่น ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ รวมทั้งสังคม การพัฒนาคุณภาพชีวิตเป็นเป้าหมาย สำคัญของการบริการสุขภาพ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและการคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อภาวะเรื้อรังและมีความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ดังนั้นจึงควรมีการจัดกิจกรรมการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวดังต่อไปนี้ (จริยาวัชร คมพยัคฆ์, 2535; สุจิตรา เหลืองอมรเลิศ, 2537)

1) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติได้ร่วมมือกันในการวางแผนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติเลือกวิธีการดูแลที่เหมาะสม กระตุ้นผู้ป่วยและญาติลงมือกระทำตามวิธีการด้วยตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยได้ตระหนักถึงความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการได้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกิดความรู้สึกมีพลังอำนาจและสามารถควบคุมเหตุการณ์ในชีวิตตนเองเพิ่มมากขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตของตนเองได้



2) สอนและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยเกี่ยวกับ ลักษณะอาการที่จะมีทำ ให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลงและนำความรู้เกี่ยวกับลักษณะอาการ วิธีสังเกตอาการให้การดูแล ช่วยเหลือเพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจและการป้องกันการเกิดอาการและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยได้ เพราะครอบครัวถือว่าเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญของผู้ป่วย

3) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสพบปะญาติพี่น้องและบุคคลอื่น เพื่อให้ผู้ป่วย สามารถปรับตัวและให้คำแนะนำแก่ครอบครัวผู้ป่วยให้เห็นถึงความสำคัญของการเอาใจใส่ การ สนับสนุนให้กำลังใจ การรับฟังปัญหาและให้คำปรึกษาปัญหาแก่ผู้ป่วยเป็นบางครั้ง จะทำให้ทำเกิด สัมพันธภาพที่ดีในครอบครัวและทำให้เกิดความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตได้

4) จัดกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยแลกเปลี่ยนความ คิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับอาการที่เกิดขึ้นแล้วมีผลกระทบต่อ การดำเนินชีวิตได้อย่าง เหมาะสม

5) การวางแผนการสอนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาใน โรงพยาบาล เป็นการฝึกทักษะทางสังคมเช่น การสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ฝึกการทำงาน ฝึก ทักษะการเผชิญปัญหา การจัดการกับปัญหา ร่วมกับให้คำแนะนำให้ผู้ป่วย เข้าใจในปัจจัยที่ทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และปัจจัยที่ทำให้คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความสำคัญ และนำมาใช้ประโยชน์ในการดำเนินชีวิตได้

ให้การสนับสนุนและกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมการดูแล ตนเองที่จำเป็น ให้ข้อเสนอแนะการปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม ซึ่งสามารถ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและดูแลตนเองที่บ้านได้เป็นเวลานาน ( Lubkin อ้างใน สัมพันธ์ มณีรัตน์, 2546)

พวงรัตน์ บุญญานุกรณ์ (2537) ได้เสนอแนวทางในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยและครอบครัวไว้ดังนี้

1) ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย คือ การสอน ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง โดยมุ่งให้ผู้ป่วยปฏิบัติเองได้ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนให้ การช่วยเหลือ หาแนวทางในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพ

2) การพยาบาลยึดแนวทางป้องกัน พื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อมิให้ผู้ผู้ป่วยเกิดความ พิกการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเองแม้ว่าจะมีความพิการเกิดขึ้นแล้วก็ตาม

3) พยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยอาศัยผลงานวิจัย เพื่อสร้างมาตรฐานการ พยาบาลทั้งในสถานบริการและในชุมชนวิธีการต่าง ๆ จะต้องเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพได้ผล คู่คุณค่าและมุ่งให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมมากที่สุด

4) การให้การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งต้องสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ

Lubkin (1986) ให้ข้อเสนอแนะกว้าง ๆ เกี่ยวกับการพยาบาลที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเรื้อรังไว้ดังนี้

1) พยาบาลต้องให้การสนับสนุน โดยกระตุ้นให้ผู้ป่วยที่ต้องดูแลต่อที่บ้านและครอบครัว สามารถทำกิจกรรมดูแลตนเองที่จำเป็น ต้องมีความสามารถประเมินสภาพแวดล้อมภายในบ้านได้อย่างเหมาะสม สามารถปรับเปลี่ยนสภาพแวดล้อมในบ้าน และสรรหาแนวทางที่ผู้ป่วยควรได้รับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคมในชุมชน ความสามารถและการกระทำของพยาบาลในสิ่งเหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อโรคเรื้อรังได้และดูแลตนเองที่บ้านเป็นเวลานาน

2) พยาบาลต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะวางแผนการพยาบาล การที่พยาบาลต้องรู้เกี่ยวกับแบบแผนในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบ ความไม่ชอบ ซึ่งอาจได้รับอิทธิพลจากภาวะเรื้อรังของโรค จะช่วยให้พยาบาลสามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับ ให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

3) พยาบาลต้องยึดถือปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวม เน้นการให้การพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการไม่เฉพาะทางด้านร่างกายเท่านั้น ควรให้ความสำคัญต่ออาการตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณและด้านวัฒนธรรม ให้ครอบคลุมสำหรับผู้ป่วยเรื้อรังที่มีระยะการเจ็บป่วยนาน มีการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพก้าวหน้าไปเรื่อย ๆ ผู้ป่วยจึงต้องมีช่วงเวลาเข้าและออกเพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ต้องได้รับโอกาสและการกระตุ้นให้มีส่วนร่วมในการวางแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพราะผู้ป่วยเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญสำหรับการประเมิน การวางแผนการพยาบาลและที่สำคัญที่สุดคือการทำผู้ป่วยมีโอกาสเข้าร่วมในการวางแผนการพยาบาล ผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกรพยาบาล ตามแผนการพยาบาลนั้นดีกว่าทำให้บรรลุเป้าหมายตามแผนที่ได้กำหนด

4) พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้พิทักษ์สิทธิประโยชน์ของผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งบทบาท ดังกล่าวจะมีผลทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลครอบคลุมและได้รับประโยชน์สูงสุดในการรักษาพยาบาลพยาบาลต้องตระหนักถึงความจำเป็นในการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรด้านสาธารณสุขอื่น ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแล ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการทำงานเป็นทีมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพชีวิต

สรุปการพยาบาลเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตนั้นต้องเป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นความเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณการพยาบาลและยึดแนวทางการ

ส่งเสริมป้องกัน ฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความพิการหรือช่วยให้การดำเนินชีวิตได้ด้วยตนเอง และใช้กระบวนการพยาบาลในการให้การพยาบาล กระตุ้นให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมมากที่สุดในการวางแผนการพยาบาล และพยาบาลต้องให้การพยาบาลโดยอาศัยผลงานวิจัย เพื่อสร้างมาตรฐานการพยาบาลทั้งในสถานบริการและในชุมชน

## 6. แนวคิดการพยาบาลองค์รวม

### 6.1 ปรัชญาของการพยาบาลองค์รวมของสมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย

#### สหรัฐอเมริกา

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA, 1933 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) มีความเชื่อว่าการพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ วัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อช่วยให้คนมีสุขภาพดีทั้งร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ สมาคม ฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงสนับสนุนให้ใช้ศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการดูแลแบบองค์รวม มีความเชื่อว่าการพยาบาลมีความสามารถอย่างโดดเด่น และเป็นเอกลักษณ์ในการให้บริการซึ่งทำให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวของบุคคลอย่างสมบูรณ์

มโนทัศน์ของการพยาบาลองค์รวมอยู่บนพื้นฐานของวิชาการที่กว้างและครอบคลุมความสมดุลระหว่างศิลปะและวิทยาศาสตร์ ทักษะในการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล และมีโอกาสในการเลือกวิธีปฏิบัติหลายรูปแบบ ในการผสมผสานให้เกิดความสมดุลของระบบพลังงานของมนุษย์กระบวนการเรียนการสอนจะช่วยให้พยาบาลช่วยเหลือบุคคลให้มีความรับผิดชอบต่อความผาสุกของตนเอง มีความเชื่อว่าโรคและความเครียด สามารถมองในรูปของโอกาสที่จะเพิ่มความตระหนักของการเชื่อมโยงภายในระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เชื่อว่าการพยาบาลต้องการระบบสนับสนุนเครือข่าย การติดต่อสื่อสาร เห็นความสำคัญของโอกาสในการศึกษา เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มพยาบาลบรรลุความสมบูรณ์ในการให้บริการแก่มนุษยชาติ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎี ความชำนาญและความคิด ในการดูแลผู้ป่วยแบบหุ้นส่วน (Partnership) เสริมสร้างให้ผู้ป่วยตอบสนองกระบวนการรักษา เพื่อบรรลุความสุขสบายอย่างองค์รวม โดยผสมผสานการดูแลตนเอง (Self Care) ในการดำรงชีวิตตนเอง การรับผิดชอบตนเอง ให้ความสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมมีความสามารถในการเลือกวิธีปฏิบัติ นอกเหนือจากการแพทย์แผนตะวันตก ช่วยเสริมสนับสนุนการรักษาเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย

## 6.2 แนวคิดการพยาบาลองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล (2531: อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) กล่าวว่า นักทฤษฎีทางการพยาบาลต่างเห็นพ้องต้องกันว่า พยาบาลจะต้องดูแลบุคคลทั้งหมดหรือ Holism และถ้าพิจารณารายละเอียดของทฤษฎี อาจแบ่งแนวคิดของการพยาบาลองค์รวม ไว้ดังนี้

1) แนวคิดของการพยาบาลองค์รวม ที่มุ่งสนองความต้องการมนุษย์ Nightingale (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531 : 14 ) เป็นพยาบาลคนแรกที่ทำให้แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเขียนว่า “สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำก็คือ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด หรือ ให้ธรรมชาติมาเยียวยา” การที่เขียนเช่นนี้ แสดงว่า ไนติงเกิล ได้เห็นถึงพลังอำนาจและธรรมชาติของบุคคลที่จะหายจากโรคได้เอง ถ้าบุคคลนั้นได้รับอาหาร อากาศ และน้ำที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพได้รับแสงแดดและอบอุ่นพอเหมาะสม อยู่ในที่เงียบสงบเพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และได้รับการดูแลความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม

2) นอกจากนี้ Henderson (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) ได้กล่าวถึงหน้าที่ที่เป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาลว่า “พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยหรือประชากรที่มารับบริการแบบองค์รวม โดยการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยหรือคนปกติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งบุคคลเหล่านี้ จะกระทำได้ด้วยตนเองถ้าเขามีกำลัง ความตั้งใจและความรู้ และตลอดเวลาในสัมพันธภาพ การช่วยเหลือนี้ พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับมาพึ่งตนเองได้เร็วที่สุด สามารถเผชิญกับความพิการหรือโรคที่ไม่สามารถหายขาดได้ ให้ตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีเมื่อถึงเวลา ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ พยาบาลต้องเข้าถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พึ่งตนเองได้ใช้พฤติกรรมเผชิญกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพหรือตายอย่างสงบ

3) Iveson (1981 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ใช้แนวคิดความต้องการของมนุษย์มาเป็นตัวกำหนดการพยาบาลองค์รวม โดยเชื่อว่า การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาที่พยาบาลต้องตระหนัก เพื่อมองบุคคลให้ครอบคลุมทุกด้านในชีวิต ซึ่งเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเคมี ฟิสิกส์ จิต และสังคม การให้การพยาบาลองค์รวมจะต้องสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านความรัก ความเอาใจใส่ การสัมผัส อาหาร ความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนหลับนอน การพักผ่อนหย่อนใจ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคลได้พัฒนาให้ถึงขีดสูงสุดของชีวิต แม้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วย

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวมว่า หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาล ซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง กาย-จิต และจิตวิญญาณของบุคคล มองส่วนรวมมากกว่าการรวมส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ประเด็นที่ 2 มอง

ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอก การพยาบาลแบบองค์รวมต้องใช้แนวคิดทั้ง 2 ประเด็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปว่า “การพยาบาลองค์รวมหมายถึง การให้การพยาบาลบุคคลเป็นองค์รวม ผสมผสาน กาย- จิต-จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่”

Rubin (อ้างในพรรัตน์ ไชยธานี, 2544) กล่าวว่าองค์รวมเป็นปัจเจกบุคคลที่มีมุมมองในแง่การผสมผสานทั้งการกระทำ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งมีชีวิตที่เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งเน้นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลลัพธ์จากการผสมผสานจะเป็นหน่วยเดียวตามธรรมชาติ

Dossey (2001) และ Frish (2000) ให้มุมมองของการพยาบาลองค์รวม 2 ลักษณะ คือ 1) ต้องแยกแยะตัวบุคคลในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (Bio psycho social spiritual) 2) ต้องทำความเข้าใจว่าปัจเจกบุคคล (Individual) เป็นหน่วยรวมที่มีเพียงหน่วยเดียวซึ่งมีความเป็นเฉพาะของแต่ละบุคคล และต้องอยู่ในกระบวนการที่กระทำร่วมกันกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตระหนักอยู่เสมอว่าหน่วยรวมมีความยิ่งใหญ่กว่าการเอาแต่ละส่วนมารวมกัน

### 6.3 แนวคิดเกี่ยวกับสุขภาพองค์รวมหรือสุขภาพะ

วิพุธ พูลเจริญ (2544) กล่าวว่า เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งไปสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมถึงการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยพิจารณาจากปัจจัยทางร่างกาย ทางจิตใจ ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ซึ่งสุขภาพะมิได้จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการเท่านั้น

Pruitt & Jane (1994 อ้างใน พิสมร เดชดวง, 2545) กล่าวถึงองค์ประกอบสุขภาพะใน 4 มิติ คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ เช่นเดียวกับ Murry & Zentner (1989) กล่าวถึงองค์ประกอบด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และจิตวิญญาณ รวมทั้งในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดให้มีความครอบคลุมในมิติด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งสรุปรายละเอียดแต่ละมิติได้ว่า

ด้านร่างกาย คือการมีร่างกายที่แข็งแรง ปราศจากโรค ไม่พิการ ประเมินได้จากสมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะในการฟื้นตัวจากความเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินกิจกรรม

ด้านจิตใจ คือปราศจากความผิดปกติของความรู้คิด จิตใจ และอารมณ์ มีอารมณ์ที่สมดุล มีความพึงพอใจในตนเอง สามารถปรับตัวเข้ากับความคิด และเผชิญความเครียดหรือการเปลี่ยนแปลงในสิ่งแวดล้อมได้ มีความมั่นใจในตนเอง ภาคภูมิใจในตนเอง รู้จักตนเอง

ด้านสังคม คือ สามารถกระทำตามบทบาทหน้าที่ และปรับตัวตามบทบาททางสังคม หรือการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและเหมาะสมกับระดับพัฒนาการ มีสัมพันธภาพ และรักษาสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้

ด้านจิตวิญญาณ คือ การบรรลุถึงจุดสูงสุดในชีวิต การพ้นทุกข์ ความสงบ มีความต้องการที่พอเพียง รักในสัมพันธภาพ เคารพต่อชีวิตทุกชีวิต และแสดงจุดมุ่งหมายของชีวิตได้

จากองค์ประกอบของสุขภาวะดังกล่าว สอดคล้องกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ในการตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

ดังนั้นแนวคิดการพยาบาลองค์รวม จึงเป็นการให้การพยาบาลที่ผสมผสานกันของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และการกระทำกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคลของบุคคล โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ร่วมในการบำบัดกับผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน พยาบาลจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการหาย ในขณะที่ผู้รับบริการต้องกระทำกระบวนการฟื้นฟู และพยาบาลพึงปฏิบัติอย่างเอื้ออาทร ให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ และวิถีชีวิตของผู้รับบริการ และ จากแนวคิดสุขภาวะดังกล่าวจะเห็นได้ว่าผลลัพธ์ของพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว คือการที่ผู้ป่วยและครอบครัวซึ่งถือได้ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง มีสุขภาพที่ดีตามศักยภาพ มีการเปลี่ยนแปลงของภาวะสุขภาพในเนวองค์รวม และได้รับการตอบสนองความต้องการทั้ง 4 มิติ คือ ความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข

#### 6.4 เป้าหมายหลักของการพยาบาลองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (ANNA,1933 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์,2541) ได้กำหนดเป้าหมายหลักของการพยาบาลองค์รวมดังนี้

เป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเอง และต่อการ รักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสม และดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวเท่านั้นที่จะรู้ว่า

สถานการณ์ของตนเองเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไรสิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจน และเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหา (ผู้รับบริการ) โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสม และผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

กิจกรรมการพยาบาลองค์กรรวม จินตนา ยูนิพันธ์ และนพรัตน์ ไชยธานี (2547) ได้เสนอแนวปฏิบัติการพยาบาลองค์กรรวมดังนี้

1) ผสมผสานเพื่อให้บุคคลเป็นหน่วยรวม ไม่ใช่ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน  
 2) เน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์ ไม่ใช่เน้นที่ประสิทธิผล ประสิทธิภาพ  
 3) มองร่างกายเป็นพลวัต เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา มีความซับซ้อนและเป็นระบบ พลังงานที่มีปฏิริยาต่อกันและกัน ไม่ใช่เครื่องจักรที่ต้องการซ่อมแซม

4) มุมมองของการเจ็บป่วยและการเป็นโรค เป็นกระบวนการในส่วนของกรพื้นที่หายใจเป็นสภาวะทางลบ

5) ค้นหารูปแบบและสาเหตุของการเจ็บป่วย ไม่ใช่ค้นหาอาการของโรค  
 6) มองผู้รับบริการเป็นเอกสิทธิ์ ไม่ใช่ผู้ที่ต้องพึ่งพาผู้ให้บริการด้านสุขภาพ  
 7) ในการบำบัดผู้ให้บริการกระทำเสมือนเป็นส่วนหนึ่งกับผู้รับบริการ ไม่ใช่กระทำเป็นผู้มีอำนาจและตัดสินใจแทนผู้รับบริการ

8) ใช้การดูแลอย่างเอื้ออาทรเป็นส่วนประกอบของการพื้นที่หายใจ ไม่ใช่ปัจจัยภายนอก

9) ใช้การไม่สอดใส่สิ่งของเข้าไปในร่างกาย ไม่ใช่ยา และการผ่าตัด  
 10) ดูแลจิตใจเป็นปัจจัยแรก หรือเป็นปัจจัยในการเจ็บป่วย ไม่ใช่การดูแลเป็นปัจจัยที่สอง

11) สรุปรวมการเจ็บป่วยเป็นด้านร่างกายและจิตใจ และเป็นบริการของวิชาชีพด้านสุขภาพทั้งหมด ไม่ใช่เฉพาะของบุคลากรด้านจิตใจเท่านั้น

12) ใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ สรุปรวมรายงานทั้งผู้รับบริการและความรู้สึกที่เกิดในใจของผู้ให้บริการ จัดเป็นข้อมูลพื้นฐาน ไม่ใช่ข้อมูลที่ไม่มีสาระหรือไม่น่าเชื่อถือ

13) ป้องกันโรคควรทำเป็นหน่วยรวมโดยให้ความเท่าเทียมกันทุกองค์ ประกอบ ไม่ใช่ให้ความสำคัญเฉพาะปัจจัยเสี่ยงเท่านั้น

14) เน้นการบรรลุผลสำเร็จคือสุขภาพดีระดับสูงและสุขภาพดี ไม่ใช่การเป็นโรค หรือไม่มีความสามารถ

#### 6.5 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (ANNA, 1933 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่สนใจและให้การบริการพยาบาลแบบองค์รวม ได้คำนึงถึงข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาล องค์รวม 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 พยาบาลต้องมีความสามารถในการผสมผสานการดูแลตนเอง (Self care) ในการปฏิบัติพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องรับผิดชอบดูแลตนเองให้ดี การพัฒนาตนเอง จะทำให้การปฏิบัติพยาบาลพัฒนาขึ้น พยาบาลองค์รวมต้องคำนึงถึงประสบการณ์มนุษย์ การผสมผสานร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณในการปฏิบัติพยาบาลในสิ่งแวดล้อมต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาล บ้าน ชุมชน หรือ สถานพยาบาลอื่น ๆ พยาบาลจะต้องเป็นผู้นำในการผสมผสานวิธีการรักษาทางเลือก และการรักษาเสริม เช่นการคลายเครียด การรักษาโดยการสัมผัส ฯลฯ เข้ากับกลวิธีการพยาบาลตามปัจจุบัน (Allopathy Nursing)

ประการที่ 2 การพยาบาลแบบองค์รวม จะต้องกำหนดทิศทางการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้ปฏิบัติร่วมกันจัดตั้งองค์การ เพื่อศึกษาคิดตาม ตรวจสอบ มโนทัศน์ วิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตลอดจนสืบค้นบทบาทของพยาบาลในการศึกษาวิธีการปฏิบัติวิธีการปฏิบัติทางเลือก และการผสมผสานการรักษาในระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ประการที่ 3 การปฏิบัติพยาบาลจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติจากแนวคิดและข้อกำหนดดังกล่าว (AHNA) ได้ใช้แนวทางกำหนดมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวม

#### 6.6 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลองค์รวม

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมแห่งประเทศไทย (ANNA, 1933 อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 มาตรฐานเกี่ยวกับวินัยในการปฏิบัติ

มโนทัศน์ที่ 1 ปรัชญาขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล มโนทัศน์ขององค์รวม ประวัติและทฤษฎีขององค์รวม



### มโนทัศน์ที่ 2 รากฐานขององค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติและให้บริการพยาบาลแบบองค์กรร่วม

### มโนทัศน์ที่ 3 จริยธรรมขององค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องยึดมั่นในการผสมผสานการดูแลและการหายจากการเจ็บป่วย โดยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นองค์กรร่วมของผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้องในทุกสิ่งแวดล้อมที่ให้บริการพยาบาล

### มโนทัศน์ที่ 4 ทฤษฎีการพยาบาลองค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องระบุทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติพยาบาลแบบองค์กรร่วม

### มโนทัศน์ที่ 5 พยาบาลองค์กรร่วมและการวิจัย

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การสืบค้นความจริงเกี่ยวกับปัญหาทางคลินิก โดยทำวิจัยทางการพยาบาลหรือสนับสนุนและใช้ผลการวิจัยที่ผู้อื่นได้ศึกษาไว้

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องใช้ความรู้สึกร่วมคิด วิเคราะห์ในการเก็บ รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ควรให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความตรงของข้อมูล

มาตรฐานการปฏิบัติ : ในการวางแผนการพยาบาลองค์กรร่วม ต้องร่วมมือกับผู้ป่วย บุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพในทีมสุขภาพ

### ส่วนที่ 2 การดูแลและการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด

### มโนทัศน์ที่ 7 ความหมายและความเป็นองค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องเป็นการดูแลผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด ทั้งบุคคลไม่ใช่รักษาเฉพาะอาการแสดงที่พบหรือปฏิบัติบริการเพื่อแก้ปัญหาที่พบเท่านั้น

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วม จะต้องประเมินความหมายสุขภาพ การเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง และการบริหารจัดการ การดูแลสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน ตลอดจนผู้มีความสำคัญกับผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมนำทางเป็นสื่อให้เกิดการสวดมนต์ และการเจริญทางจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

### มโนทัศน์ที่ 8 การดูแลตนเองของผู้รับบริการ

**มาตรฐานการปฏิบัติ :** พยาบาลองค์กรจะต้องร่วมวางแผนกับผู้รับบริการและบุคคลสำคัญของผู้รับบริการ ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้เหมาะสมกับระดับความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

**มาตรฐานการปฏิบัติ :** พยาบาลองค์กรจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัว ความลับ และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นสื่อให้เกิดความสามัคคีและความเป็นองค์กรร่วม

#### มโนทัศน์ที่ 9 การส่งเสริมสุขภาพ

**มาตรฐานการปฏิบัติ :** พยาบาลองค์กรต้องมีความยืดหยุ่น พยายามและสามารถยกเลิกการควบคุมการปฏิบัติแบบอย่างที่เคย โดยรู้จักว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อร่วมมือให้เกิดการดูแลลักษณะที่ทำให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

**มาตรฐานการปฏิบัติ :** พยาบาลองค์กรช่วยเหลือและสนับสนุนผู้รับบริการและผู้ที่มีความสำคัญกับผู้รับบริการ โดยการระบุแนวทางปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในการปฏิบัติที่เป็นวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

### 6.7 แนวทางการสอนให้บุคคลเข้าใจภาวะสุขภาพองค์กรร่วม

การสอนให้บุคคลเข้าใจการปฏิบัติสุขภาพแบบองค์กรร่วม และสามารถปฏิบัติตามได้ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจะต้องทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ และจัดประเด็นที่จะสอนให้เป็นหมวดหมู่เป็นสำคัญ ดังที่ Greg Anderson (อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้พัฒนารูปแบบการสอนผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ให้สามารถดูแลตนเองแบบองค์กรร่วม โดยใช้ง่ายต่อการเข้าใจและง่ายต่อการปฏิบัติ ซึ่งรูปแบบดังกล่าวทำให้ผู้ที่มีการรับรู้ทางลบต่อสุขภาพแบบองค์กรร่วม สามารถเข้าใจและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบองค์กรร่วมได้ รูปแบบดังกล่าว Greg เรียกว่า “เปิดประเด็นในการวางแผนสู่ความผาสุก” ซึ่งประกอบด้วย

**หลักข้อที่ 1** ต้องสอนให้เข้าใจหลักพื้นฐานของการมีสุขภาพดีหรือความผาสุก การมีสุขภาพดีไม่ใช่หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย แต่หมายถึงการมีความพึงพอใจที่ระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และเน้นให้ผู้รับบริการทราบว่า การเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณนั้นบุคคลสามารถควบคุมได้ จิตวิญญาณ จะป่วยได้เมื่อบุคคลยอมให้ป่วยเท่านั้น ถ้าจิตวิญญาณป่วยจะส่งผลต่อร่างกายให้เจ็บป่วยได้ ดังคำกล่าวที่ว่า “จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว” ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยจะต้องควบคุม หรือต่อต้านจิตและวิญญาณของตนเองไม่ให้ป่วยตามไปด้วย เพราะจะทำให้ร่างกายที่ป่วยอยู่แล้วมีอาการหนักมากยิ่งขึ้น หลักข้อที่ 1 นี้จะต้องยึดปฏิบัติตลอดโครงการการมุ่งสู่การมีสุขภาพดีหรือความผาสุก

**หลักข้อที่ 2** การรักษา ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นเวลานาน หรือตลอดชีวิตส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีความท้อแท้ หมดหวัง ผู้สอนพยายามให้ข้อมูลผู้ดูแลเกี่ยวกับ

โรคจิตเภท อาการและอาการแสดง สาเหตุ การรักษา การดูแล และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยควรมีปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติต่อโรค พยายามเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส ใช้เวลาที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วย โดยพยายามเชื่อว่ามีหลายสิ่งหลายอย่างที่ผู้ดูแลผู้ป่วยสามารถต่อสู้เผชิญกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้จะไม่หายแต่ก็จะช่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและตนเองดีขึ้น

**หลักข้อที่ 3 การออกกำลังกาย** สอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย การทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวหรือยืดตัว เลือกวิธีการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย

**หลักข้อที่ 4 การทำงาน/ การเล่น** ต้องพยายามให้มีความสมดุลระหว่างการทำงานกับการพักผ่อนหย่อนใจ หรือการเล่น ถ้าเป็นบุคคลที่ว่างงานก็ควรจะกระตุ้นให้เขามองชีวิตอย่างมีเป้าหมาย อาจหางานหรือกิจกรรมที่ทำแล้วทำให้เกิดความเพลิดเพลิน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

**หลักข้อที่ 6 การสนับสนุนทางสังคม** ผู้สอนต้องพยายามถ้าผู้ดูแลผู้ป่วยให้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตเขากับบุคคลอื่น และกับงาน กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ใช้เวลาเพียงเล็กน้อยกับปัญหาด้านอารมณ์ หรือความสัมพันธ์ที่ไม่ดี และพยายามสร้างความสัมพันธ์และหาแรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะเข้าร่วมกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยกันสัปดาห์ละครั้ง ซึ่งบุคคลใกล้ชิดและญาติมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังต่อสู้กับความเจ็บป่วย

**หลักข้อที่ 6 อาหารและโภชนาการ** ต้องสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า เน้นที่ผักสดและผลไม้ รับประทานปลา ลดปริมาณอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ ไขมันให้มีปริมาณน้อยลง ถ้ามีโรคประจำตัวจะต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับชนิดอาหารที่ผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ควรรับประทาน

**หลักข้อที่ 7 ความคิดสร้างสรรค์/การคลายเครียด** การทำให้ร่างกายผ่อนคลาย เพื่อให้จิตใจสงบ เกิดความคิดสร้างสรรค์เป็นสิ่งที่ต้องสอนให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลปฏิบัติ วิธีคลายเครียดมีหลายวิธี เช่น การนั่งสมาธิ การสร้างจินตนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจะเลือกวิธีใดนั้นขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ป่วยและผู้ดูแล

**หลักข้อที่ 8 จิตวิญญาณ** จิตวิญญาณ ไม่ใช่ศาสนา เช่น การรักษาโดยไม่มีเจตนาใจ การยอมรับโดยไม่มีพิธีการ พิสูจน์ การให้อภัย การนับถือพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหล่านี้หมายถึงจิตวิญญาณ

Bolander (1994) ได้ให้แนวคิด กิจกรรมการพยาบาลจิตสังคมและการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1) การส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศของความอบอุ่นเป็นกันเองและไว้วางใจพยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย

เกิดความมั่นคงปลอดภัย ยอมรับพฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วยและยอมรับให้ผู้ป่วยระบายความไม่สบายใจออกมา โดยเฉพาะความคิดหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับวิญญาณที่บางครั้งอาจขัดกับความรูสึกนึกคิดหรือความเชื่อของพยาบาล คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ เอื้ออาทรและร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย ทำให้ เกิดความรูสึกถึงความ เป็นบุคคล คุณค่า สักดิ์ศรีของตนเอง พุดความจริง เป็นการสื่อสารสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และพึงพอใจต่อสัมพันธภาพ

2) การส่งเสริมความรูสึกมีอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วยให้ข้อมูลและความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานตัดสินใจในการรักษา ทำให้เกิดความรูสึกมีอำนาจควบคุมตนเองได้ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมรับรู้และร่วมตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นจริง มีเหตุผล ถูกต้อง เหมาะสม ประการสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยยอมรับได้

3) การพยาบาลแบบร่วมในความรูสึกของผู้ป่วยเป็นการนำความรูสึกของผู้อื่นมาใส่ใจเพื่อเข้าใจให้ถ่องแท้โดยไม่สูญเสียความเป็นส่วนตัว

4) การรับฟังและเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องฟังอย่างตั้งใจ ติดตาม ฟังโดยตัดสินใจได้แย่ง หรือวิพากษ์วิจารณ์ มีความไว สัมผัสถึงความรูสึกนึกคิดของผู้ป่วยที่อาจแสดงออกทางท่าทาง คำพูดหรือน้ำเสียง รู้จักเก็บความคิดวิเคราะห์ความหมายได้ครบถ้วน นอกจากนี้พยาบาลอาจเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยการเลือกการใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์

5) การสร้างความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วย จุดประกายความหวังให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกิดกำลังใจมีเป้าหมาย โดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รู้จักใช้คำพูด หรือการแสดงออกต่าง ๆ ที่เป็นการให้กำลังใจแก่ตนเอง และพยายามที่จะสู้ กำหนดเป้าหมายในชีวิต ความเชื่อที่ว่า เป้าหมายในชีวิตที่ตั้งใจไว้จะต้องบรรลุผลจะทำให้ ผู้ป่วยเกิดความหวังในชีวิต พยาบาลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีเป้าหมายที่เป็นจริงและมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

6) การจัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รูสึกว่าตนมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้ การสวดมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรูสึกว่าทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รูสึกโดดเดี่ยว อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไป เป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง การปฏิบัติพิธีกรรม การเอื้ออำนาจความสะดวกให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยได้ร่วมกิจกรรมทางศาสนาในบางโอกาส

7) การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย (Spiritual well-being) เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับ

กิจกรรมบำบัดทางจิตวิญญาณต่าง ๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการทางบวก

8) การเรียนรู้โดยศึกษาพร้อมกับผู้ป่วย การเรียนรู้และการศึกษาพร้อมกับจิตวิญญาณของผู้ป่วยเมื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยนับถือศรัทธา

ดังนั้นสรุปได้ว่าหลักการสอนให้บุคคลเข้าใจภาวะสุขภาพแบบองค์รวมนั้นมุ่งเน้นการสอนให้ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงจิตวิญญาณ คำนึงถึงศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ สร้างความหวัง และกำลังใจแก่บุคคล เกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดีก่อให้เกิดความผาสุกในการดำเนินชีวิต

จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ได้ให้แนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตเพื่อการส่งเสริมและการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองและบุคคลผู้พึ่งพา และได้กำหนดองค์ประกอบทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เมื่อพิจารณาแล้วองค์ประกอบดังกล่าว ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และ จิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วน ๆ ได้

ดังนั้น การพัฒนาพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน ดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล ด้านพลังความสามารถ 10 ประการ และจะเป็นปัจจัยพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent operation) โดยประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้ การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Self awareness) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการผ่อนคลายความเครียด การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพยาบาลองค์รวมซึ่งเป็นการให้การพยาบาลที่ผสมผสานกันของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และการกระทำกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอกบุคคลของบุคคล โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ร่วมในการบำบัดกับผู้รับบริการทั้งบุคคล ครอบครัว ชุมชน มุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ และวิถีชีวิตของผู้รับบริการ และแนวคิดแนวคิดการพยาบาลองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) พัฒนาโดย นพรัตน์ ไชยธานี (2544)

## 7. โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิดการพยาบาลองค์รวมซึ่งเป็นการพยาบาลทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยพัฒนาจากโปรแกรมการดูแลแบบองค์ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลจิตสังคมและการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทนั้นมุ่งเน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ร่วมกันเป็นกลุ่มย่อย อย่างเป็นขั้นตอน โดยมุ่งให้ผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเอง การดูแลผู้ป่วย การอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือและประคับประคองผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 6 กิจกรรมคือ

1) การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลใน โดยสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ดูแลในครอบครัว และให้ผู้ดูแลในครอบครัวครอบครัว ร่วมกันบอกความรู้สึกและความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย ร่วมกันหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี

2) การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัว โดยให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและบอกข้อดีข้อบกพร่องของตนเองและยอมรับในข้อบกพร่องของตนเองและเรียนรู้วิธีการพัฒนาตนเองร่วมกัน และสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ดูแลสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองได้

3) การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลใน โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือศรัทธา รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รู้ว่าตนเองมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ โดยใช้การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ตามที่ผู้ดูแลนับถือ หรือศรัทธาตามความเหมาะสม

4) การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัว โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลในครอบครัว ให้รับรู้ถึงโรคการรักษาการดูแลในส่วนที่ผู้ป่วยยังไม่ทราบ/ไม่เข้าใจ/เข้าใจไม่ถูกต้องรวมทั้งเรียนรู้วิธีการกับอาการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยเพื่อเป็นเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในครอบครัว

5) การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัว พยาบาลเป็นผู้สอนให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อให้ผู้ดูแลได้ดูแลตนเอง การได้รับอาหาร อากาศ น้ำอย่างเหมาะสม ความสมดุลของการออกกำลังกาย การพักผ่อน ครอบคลุมความต้องการของบุคคล เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ดูแลตนเอง

6) การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม เป็นกิจกรรมที่พยาบาลพบผู้ดูแลในครอบครัว โดยการฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะในการสื่อสารตามสถานการณ์ การขอความช่วยเหลือจากครอบครัว และชุมชน พัฒนาให้ผู้ดูแลสามารถขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม สามารถบอกถึงการติดต่อสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

## 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### 8.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลองค์รวม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบผลงานวิจัยเกี่ยวกับการพยาบาลองค์รวม ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

สมจิต ปทุมานนท์ และคณะ (2541) ศึกษาประสิทธิผล รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า กลุ่มทดลอง มีความรู้ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพ คุณภาพชีวิตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และ ร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาระ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม พบว่าภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่ำกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

วารภรณ์ บุญเชียง (2547) ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า แกนนำมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์การดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่อการเป็นผู้เผยแพร่แนวคิดการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวม และมีการดูแลสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมสูงขึ้น

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเวชพบว่าความสามารถในการดูแล

ตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .05

อนุชิต พิมสิม (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อ พฤติกรรมรุนแรง และจำนวนวันนอนของผู้ป่วยจิตเภทในระยะแรกรับ โรงพยาบาลศรีธัญญา ผล การศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทพฤติกรรมรุนแรง หลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มี พฤติกรรมรุนแรง และมีจำนวนวันนอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .05

เพลิน เสียงโซคอยู่ (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับ ผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอก สถาบันจิตเวช ศาสตร์สมเด็จพระยา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิต เภทหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมเหมาะสมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพยาบาล องค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

กัญญาพิชญ์ จันทน์นิม (2548) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบ องค์รวมต่อภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ก่อนและหลัง ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม และเปรียบเทียบภาวะซึมเศร้าและพฤติกรรมดูแล ตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย ระหว่างกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมกับกลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยภาวะซึมเศร้า ของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย หลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยภาวะ ซึมเศร้าของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายหลัง ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมฯ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตายกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสูงกว่ากลุ่มที่ ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .05$ )

## 8.2 งานวิจัยที่เกี่ยวกับคุณภาพชีวิตผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

พรชัย พงศ์สงวน และคณะ (2541) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา จำนวน 570 คน พบว่า ระดับคุณภาพ ชีวิตของญาติผู้ดูแล อยู่ในระดับปานกลางและพบว่าการเจ็บป่วยด้วย โรคทางจิตของครอบครัวทำให้ ครอบครัวต้องสูญเสียรายได้และเงินออมที่ลดลงทั้งจากค่าใช้จ่ายส่วนตัวของผู้ป่วยค่ารักษาพยาบาล ที่จำเป็นในระยะยาวและต่อเนื่อง โดยเฉพาะครอบครัวที่มีความยากลำบากทางด้านการเงินอยู่เดิม



การที่มีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวจึงทำให้เกิดความยากลำบากเป็นทวีคูณเป็นผลให้  
กระทบกระเทือนต่อระดับคุณภาพชีวิตของญาติ

เยาวลักษณ์ กลิ่นหอม (2540) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและความ  
เข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสวนปรุง  
จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า คุณภาพชีวิตและความเข้มแข็งในการมองโลกของสมาชิกในครอบครัวของ  
ผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระดับปานกลางแสดงให้เห็นว่าการที่ต้องดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวมี  
ผลกระทบต่อสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัวระดับปานกลางทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านระดับ  
ความอิสระของบุคคล ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและด้านความเชื่อส่วนบุคคล

เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ (2545) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่นำผู้ป่วย  
มาตรวจรักษาหรือรับยาแทนที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลฝาง และโรงพยาบาลสันทราย จังหวัด  
เชียงใหม่ พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับปานกลาง (ร้อยละ80) และร้อยละ 2.50มี  
คุณภาพชีวิตระดับต่ำ

นรวิร์ พุ่มจันทร์ (2547) ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ กรณีศึกษา  
ในผู้ป่วยที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวันสถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอฯ โดยทำการศึกษากลุ่ม  
ตัวอย่าง 72 ราย เป็นผู้ป่วย 36 ราย ญาติ 36 ราย โดยการสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณภาพชีวิต  
ของผู้ป่วยและญาติ ประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ  
ญาติอยู่ในระดับกลาง

## กรอบแนวคิดในการศึกษา

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 พัฒนาความมีคุณค่าในตน

- การเปิดเผยตนเอง
- การพัฒนาศักยภาพในตนเอง
- ความเครียด การเผชิญความเครียด ทักษะการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

- การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้ป่วย
- การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ
- กิจกรรมทางจิตวิญญาณตามสิ่งที่ยึดเหนี่ยวทางจิตใจศรัทธา

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

- การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา
- การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการนำและปัจจัยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค

กิจกรรมที่ 5 การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย

- การบริหารเวลาที่ประสิทธิภาพ
- การได้รับอาหาร น้ำ อากาศอย่างเพียงพอ
- ความสมดุลของการพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำงาน

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม

- การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

### คุณภาพชีวิต

1. ด้านร่างกาย  
(Physical domain)
2. ด้านจิตใจ  
(Psychological domain)
3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)
4. ด้านสิ่งแวดล้อม  
(Environment)