

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้ทำการศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องตามหัวข้อต่อไปนี้

1. โรคจิตเภท
 - 1.1 ลักษณะอาการของโรคจิตเภท
 - 1.2 ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท
 - 1.3 การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 1.4 การรักษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท
 - 1.5 ผลกระทบการดำเนินชีวิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ
2. พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.3 พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
 - 2.5 การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ
3. การจัดการบริการผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวช โรงพยาบาลสุโขทัย

โรคจิตเภท

ลักษณะอาการของโรคจิตเภท

โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง โรคที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม ซึ่งมีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคล มีระยะเวลา อย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่มีโรคทางกาย โรคทางสมองหรือพิษจากยาที่จะเป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว (Kaplan & Sadock, 2000)

แคปแลน และ ซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ได้แบ่งลักษณะอาการของโรคจิตเภท เป็น 2 กลุ่ม คือ อาการด้านบวก และอาการด้านลบ

อาการด้านบวก (positive symptoms) แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และการแสดงพฤติกรรม อาการด้านบวกที่พบบ่อย คือ ความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) พูดสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (disorganized speech) และมีพฤติกรรมที่แสดงออกผิดไปจากเดิม (inappropriate or bizarre behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

อาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นอาการที่แสดงออกทางสีหน้าและอารมณ์ ซึ่งเป็นภาวะขาดในสิ่งที่บุคคลทั่วๆ ไปควรจะมี ได้แก่ สีหน้าเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ใด ไม่พูด แยกตนเอง ขาดความสนใจและความกระตือรือร้น ในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งแวดล้อมรอบตัว มีความยากลำบากในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นความคิดเชิงคุณธรรมเสียไป

ปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภท

ในปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่ามีปัจจัยหลายด้านที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท พอสรุปได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านชีวภาพ (biological factor) ได้แก่

1.1 ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetic factors) จากการศึกษาพบว่า อัตราการเกิดโรคจิตเภทในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันที่มีผู้หนึ่งผู้ใดเป็นโรคจิตเภทสูงถึงร้อยละ 50 ในขณะที่อัตราการเกิดโรคของประชาชนทั่วไปมีเพียง ร้อยละ 0.1-1 และในบุตรที่บิดามารดาป่วยเป็นโรคจิตเภท โอกาสที่บุตรจะป่วยมีโอกาสร้อยละ 10 (National Institute of Mental Health, 1999) และ จากการศึกษาพบว่า คู่แฝดชนิดไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทร้อยละ 33-77 หากคนใดคนหนึ่งเป็นอยู่ก่อนแล้วและคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ มีโอกาสเป็นโรคจิตเภทด้วยกัน ร้อยละ 2-8 ในขณะที่บุคคลที่สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคจิตเภท มีแนวโน้มที่จะป่วยมากกว่าประชาชนทั่วไป 10 เท่า (Kaplan & Sadock, 2000)

1.2 ปัจจัยทางด้านชีวเคมี (biochemical factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับการสื่อประสาทในสมอง สมมุติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานที่มากหรือน้อยเกินไป โดยพบว่าอาการด้านบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไปของโดปามีนและอาการด้านลบสัมพันธ์กับการทำงานที่น้อยเกินไปของโดปามีน (Kaplan & Sadock, 2000) นอกจากนี้สมมุติฐานซีโรโทนิน (serotonin hypothesis) พบว่า Lysergic Acid Diethylamide (LSD) ทำให้เกิดอาการ

ประสาทหลอน ซีโรโดนิน มีบทบาทในการยับยั้งให้การหลั่งของ โดปามีนลดน้อยลง (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.3 ความผิดปกติทางกายภาคของสมอง จากการศึกษพบว่า ร้อยละ 20-50 ของ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติของสมอง มีเวนตริเคิลโตกว่าปกติ บางรายมีความเชื่อว่าอาการ ค้านลบ มีความสัมพันธ์กับการ โตของเวนตริเคิล และ ความบกพร่องของสมองส่วนหน้ามีผลต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีกระบวนการคิด และการรับรู้ที่ผิดปกติ (Kaplan & Sadock, 2000) การศึกษาอธิบายถึงการเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1.4 ประสาทสรีรวิทยา พบว่าการไหลเวียนของโลหิต และกลูโคสเมตาบอลิซึม น้อยลงในสมองส่วนหน้า ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการเคลื่อนไหวและอารมณ์ที่ผิดปกติ (Kaplan & Sadock, 2000)

2. ปัจจัยทางจิตใจ (psychological factors) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อว่าอาการของโรคจิตเภท เป็นผลมาจากความผิดปกติของอีโก้ (ego) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการปรับตัว การมีสัมพันธภาพ กับคนอื่นและการควบคุมพฤติกรรม (Kaplan & Sadock, 2000)

3. ปัจจัยทางด้านสังคม และวัฒนธรรม (sociocultural factors) สังคมและวัฒนธรรมมีความสัมพันธ์กับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มักพบว่า อยู่ในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำในกลุ่มผู้อพยพ มีสภาพยากจน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ความผิดปกติของระบบครอบครัว พบว่า การสื่อสารในครอบครัวที่มีลักษณะแปรปรวน เป็นการสื่อสารที่ปิดกั้นปัญหา การสื่อสารที่ไม่ต่อเนื่อง และการสื่อสารที่ไม่เป็นเหตุผล ส่งผลให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด (Nugter et al., อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่แสดงอาการทางอารมณ์ต่ำ จะมีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำน้อยกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีลักษณะการแสดงอารมณ์ที่รุนแรงสูง (Bebbington & Kuipers อ้างใน ปรีวัตร ไชยน้อย, 2546)

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยการเกิดโรคจิตเภทยังไม่ทราบแน่ชัด การเจ็บป่วยมักมีองค์ประกอบหลายอย่างมารวมกัน มีเหตุส่งเสริมหลายปัจจัย ที่ทำให้เกิดอาการของโรคขึ้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาจได้รับอิทธิพลจากปัจจัยแต่ละอย่างไม่เท่ากัน และบางรายบอกสาเหตุได้ยากมาก ปัจจัยบางอย่างเป็นตัวกระตุ้นหรือส่งเสริม ปัจจัยบางอย่างเป็นตัวโน้มนำให้เกิดอาการของโรคขึ้น ดังนั้นการดำเนินโรคและรักษาพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จึงต้องตระหนักถึงปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค เพื่อช่วยในการรักษาและดูแลช่วยเหลือให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การดำเนินโรคจิตเภท โดยทั่วไป ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสที่จะเปลี่ยนแปลงผลของการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท แบ่งได้เป็น 5 ระดับ ดังนี้ 1) รักษาหายโดยไม่กลับเป็นอีก พบได้เพียงร้อยละ 2-4 เท่านั้น 2) มีอาการดีขึ้นสามารถอยู่ในสังคมได้แต่มีอาการป่วยซ้ำเป็นบางครั้ง 3) มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ แต่สามารถดูแลตนเองร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม 4) มีอาการของโรคตลอดเวลา และ 5) มีพยาธิสภาพของการเสื่อมของบุคลิกภาพอย่างถาวร ซึ่งการเสื่อมของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นเมื่อมีอาการป่วยซ้ำ (Sadock & Sadock, 2000)

แคปแลน และ ซาดอค (Kaplan & Sadock, 2000) ได้แบ่งการดำเนินของโรคจิตเภทเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1. ระยะเริ่มมีอาการ หรืออาการนำ (prodromal phase) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ การเรียน หรือการทำงาน แย่ลง ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัย และการแต่งกาย บางครั้งมีพฤติกรรมแปลกๆ แต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน คนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเปลี่ยนไปจากเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอนโดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปี จึงแสดงอาการชัดเจนขึ้น

2. ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตส่วนใหญ่เป็นอาการด้านบวก หรืออาการแสดงที่เกินสภาพทางจิตปกติ ระยะนี้ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล อันเนื่องมาจากพฤติกรรมรุนแรงของผู้ป่วย มีความเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ทั้งตัว ผู้ป่วย ผู้ใกล้ชิด ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนาน มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมา ร่วมกับการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัวรอดูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารักษา หรือมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุ ส่งเสริมมาจากการช็อกยาเกินเองหรือ มีการใช้แอลกอฮอล์ (Baker, 1995)

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ แต่อาการไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ อาจพบการแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลงหรือเสื่อมลงมากกว่าปกติ ในระยะนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว อาการส่วนใหญ่จะกำเริบเมื่อมีความกดดันด้านจิตใจ ระยะอาการหลงเหลือ ส่วนใหญ่เป็นอาการด้านลบ เช่น เก็บตัว เฉื่อยชา ไม่สนใจตนเอง เป็นต้น ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ได้ การดูแลระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพ และป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรกแล้วอาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาว อย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

ในระยะนี้ กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมีความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่าย และความเครียดนี้เองจะกระตุ้นให้อาการกำเริบเจ็บป่วยหนักขึ้น นอกจากนี้ แบร์รี่ (Barry, 2002) กล่าวว่า ระยะเวลาการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท 5-10 ปีแรกของการเจ็บป่วย สามารถรักษาฟื้นฟูสภาพให้ดีขึ้นอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 10-20

สรุปลักษณะการดำเนินของโรคจิตเภทนั้น มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ การสื่อสาร พฤติกรรม อารมณ์แสดงออก ความคิด ซึ่งจะแสดงออกในลักษณะที่มากหรือน้อยเกินไป ซึ่งเป็นกลุ่มอาการทางด้านอาการทางบวกและอาการทางลบ เป็นไปตามระยะการดำเนินของโรคที่มีเป้าหมายการดูแลรักษาที่แตกต่างกัน

การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะได้รับการรักษาแบบการรักษาในระยะอาการกำเริบ ส่วนในระยะที่หลงเหลืออาจเป็นกลุ่มอาการที่คล้ายก่อนมีอาการกำเริบหรือระยะอาการหลงเหลือ จะได้รับการรักษาแบบระยะอาการทุเลาและการรักษาแบบอาการคงที่ ซึ่งการรักษาแต่ละแบบตามระยะอาการดังกล่าว มีเป้าหมายแตกต่างกัน

มาโนช หล่อตระกูล (2543) และ ทาวน์เซนด์ (Townsend, 2000) ได้แบ่งการรักษาพยาบาลตามระยะอาการของโรค ดังรายละเอียดดังนี้

1. การรักษาพยาบาลในระยะอาการกำเริบเป็นระยะที่ผู้ป่วยแสดงอาการชัดเจน ส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านบวก หรืออาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ เช่นหลงผิด ประสาทหลอน ซึ่งมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร และด้านพฤติกรรม การรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทอยู่รักษาในโรงพยาบาล โดยมีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการที่กำเริบให้ได้เร็วที่สุด การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

- 1.1 การรักษาพยาบาลด้วยยารักษาโรคจิต เพื่อการควบคุมอาการด้านบวกและสามารถลดอาการกลับซ้ำของโรคได้ พบว่า ผู้ป่วยที่กลับมามีอาการซ้ำบ่อยๆ นั้นส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา การรักษาแบ่งเป็น 2 ช่วง คือระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของรักษาระยะนี้ คือการควบคุมอาการ ให้สงบลงโดยเร็ว และระยะให้ยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันการกลับมามีอาการซ้ำขนาดของยาที่ต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปค่อยๆลดขนาดลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ ขึ้นอยู่กับผู้ป่วย แต่ละราย ระหว่างการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ โดยการปรับเปลี่ยนยา หรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมด้วย ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการทางจิตดีขึ้นแล้ว ให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี

หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ครั้งที่สอง จะให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากบ่อยกว่านี้ ควรให้ยาต่อเนื่องตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; Townsend, 2000)

1.2 การรักษาพยาบาลด้วยไฟฟ้า ในผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทนั้น ได้ผลไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยาโดยทั่วไป จะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อยา หรือในรายที่มีอาการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสารสื่อประสาท เช่นเดียวกับการรักษาด้วยยา การรักษาจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน หลังจากการรักษาด้วยไฟฟ้า มักพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน บางรายปวดกล้ามเนื้อ เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; Townsend, 2000)

1.3 การรักษาพยาบาลด้วยสิ่งแวดล้ อม มุ่งเน้นการลดความกดดันของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทโดยจัดสิ่งแวดล้ อมให้สงบผ่อนคลาย และส่งเสริมให้ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทได้ทำกิจกรรมเพื่อคงสภาพการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; Townsend, 2000)

2. การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะนี้ จะเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง มีการสื่อสารดีขึ้นแม้จะมีอาการทางจิตแต่ความรุนแรงจะน้อยลง การรักษาในโรงพยาบาล เพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ เพื่อให้ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทพร้อมที่จะกลับสู่สังคม การรักษาพยาบาลโดยทั่วไป มีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบแต่จะเน้นการบำบัดทางจิตใจ ซึ่งมีวิธีการดังต่อไปนี้

2.1 การบำบัดความคิด มีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทเกิดการตระหนักรู้ในตนเอง คิดแก้ปัญหาและตัดสินใจอย่างเหมาะสม สามารถปรับตัวเข้าสู่สังคมได้

2.2 การบำบัดพฤติกรรมผู้ที่เป็ นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มั กมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่นก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมให้เหมาะสม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับการบำบัดพฤติกรรม เช่น การเสริมแรง การฝึกความกล้าแสดงออก การเรียนรู้จากตัวแบบทางบวก เป็นต้น

2.3 การบำบัดครอบครัว เป็นการรวมเอาบุคคลที่มีความผูกพันกันในฐานะครอบครัว เข้ามาร่วมในการบำบัด เพื่อให้ครอบครัวมีทัศนคติแห่งการช่วยเหลือ ไม่ใช้การดำเนินิตินหรือไม่ยอมรับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (มาโนช หล่อตระกูล, 2543; Townsend, 2000)

3. การรักษาพยาบาลในระยะอาการคงที่หรืออาการหลงเหลือ เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการสงบและถูกจำหน่ายกลับสู่ครอบครัว ระยะนี้อาการทางบวกลดน้อยลง แต่

อาการด้านลบเด่นชัดขึ้น อาการจะคล้ายกับระยะเริ่มมีอาการ อาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ทำให้สภาพจิตใจของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความทนทานต่อความเครียดทางจิตใจลดลง จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราวเมื่อมีภาวะกดดันทางจิตใจ ซึ่งขึ้นอยู่กับความถี่และระยะเวลาการเจ็บป่วย ซึ่งต้องคอยสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะนี้ สามารถควบคุมตนเองได้ มีการรับรู้วันเวลา สถานที่บุคคล ได้ถูกต้อง ไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง ครอบครัวและชุมชน สามารถพึ่งตนเองได้ ฉะนั้นการรักษาในระยะนี้มุ่งเน้นการส่งเสริมในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้พัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมที่ต่อเนื่องในการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดยไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย สามารถคงสภาพการเจ็บป่วยไม่ให้อาการทางจิตเพิ่มขึ้น

เป้าหมายของการรักษาในระยะอาการหลงเหลือ คือการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีอาการกำเริบทางจิต โดยการรักษาในระยะนี้ ประกอบด้วยการรักษาด้วยยาทางจิตที่มีขนาดต่ำ สามารถควบคุมอาการให้คงสภาพอาการทางจิต และการรักษาทางจิตสังคม (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุกนิษฐ์, 2542) นอกจากนี้ การฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งเป็นวิธีมุ่งหวังให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการปรับสภาพทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และเศรษฐกิจ ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมเท่าที่จะทำได้ เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ ประกอบด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังนี้ (Clinton & Nelson อ้างใน เมตตาม โนศรี, 2547)

3.1 การฟื้นฟูสภาพทางด้านร่างกาย (physiological rehabilitation) เป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีกิจกรรมที่เอื้อต่อการเคลื่อนไหวอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย เช่น การเดิน การวิ่ง การออกกำลังกาย กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

3.2 การฟื้นฟูสภาพทางด้านจิตใจ (psychological or mental rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้เรียนรู้ในการควบคุมอารมณ์ และจิตใจโดยการสื่อสาร ใช้คำพูด และมีการรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด การตัดสินใจ การสั่งการ การแสดงออกทางอารมณ์ที่สอดคล้องกับความรู้สึก

3.3 การฟื้นฟูสภาพด้านสังคม (social rehabilitation) เป็นการฟื้นฟูสภาพของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ให้ใช้ประสบการณ์ชีวิต เพื่อให้สามารถปรับตัวอย่างเหมาะสมในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นอย่างมีความสุข

3.4 การฟื้นฟูสภาพทางอาชีพ (vocational or occupational rehabilitation) เป็นการฝึกอาชีพให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ให้สามารถประกอบอาชีพ ได้มีความรู้สึกภาคภูมิใจ พึ่งตนเองได้ ไม่เป็นภาระผู้อื่น

โดยสรุป โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต เมื่อนุคคลป่วยเป็นโรคนี้อาจทำให้เกิดอาการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด อารมณ์ และบุคลิกภาพ พฤติกรรม อัตราการเกิดโรค พบว่า

เพศหญิงและเพศชาย มีจำนวน เท่าๆ กัน ส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 15-35 ปี โดยมีอาการนำก่อนเกิดอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ มีความเครียด ความวิตกกังวล แยกตัวเองออกจากสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ถ้าไม่ได้รับการ ป่วยให้มีอาการนานมากกว่า 1 เดือน จะทำให้มีอาการกำเริบเป็นอาการทางจิต ถ้าไม่ได้รับการรักษา หรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้น มีอาการป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมา และมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำสูง

จะเห็นได้ว่า การรักษาผู้ที่เป็น โรคจิตเภท มีเป้าหมายการรักษาที่ต่างกัน ขึ้นอยู่กับระยะการดำเนินของโรค ซึ่งระยะอาการกำเริบ เป้าหมายการรักษาเพื่อควบคุมอาการด้านบวกและสามารถลดอาการกลับเป็นซ้ำ ระยะอาการทุเลาลง เป้าหมายเพื่อควบคุมอาการทางจิต บำบัดทางจิต และระยะอาการคงที่หรืออาการหลงเหลือ มีเป้าหมายให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภท ได้พัฒนาศักยภาพในการดำเนินชีวิตที่ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ช่วยป้องกันการกลับเป็นซ้ำ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติ

ผลกระทบการดำเนินชีวิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ

ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทเมื่อได้รับการรักษาอาการทางจิตสงบอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ ถึงแม้ว่าผู้ที่เป็น โรคจิตเภทจะประสบปัญหาความเรื้อรังของโรค ซึ่งมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ทำให้เกิดความเสื่อมด้านจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคม แต่ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทก็สามารถช่วยเหลือตนเองได้ รับผิดชอบตนเอง มีพฤติกรรมที่เหมาะสม แต่ก็ยังมีบางกลุ่มที่ประสบปัญหาในชีวิตประจำวัน จากการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่า ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช หลังจากที่ถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน จะพบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบงการรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่นจะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เพียงคนเดียวเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การกลับเป็นซ้ำ ส่วนหนึ่งเกิดจากการถูกรังเกียจจากสังคมทำให้เกิดความไม่มั่นใจในตนเอง ไม่มั่นใจในการสร้างสัมพันธภาพ รู้สึกตนเองไร้คุณค่าและไม่สามารถหางานทำได้ จากการ ไม่ยอมรับของคนในสังคม ถูกมองว่าเป็นคนบ้า และเกิดจากภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (Videbeck, 2001)

การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยมักมีปัญหาในการจัดการกับชีวิตประจำวันให้มีความสมดุลในเรื่องการอยู่ตามลำพังกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น เนื่องจากกลางวัน ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะอยู่คนเดียวไม่พูดคุยกับใคร ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน (Wilson & Kneisl อ้างใน พวงเพ็ญ เขียมปัญญาธิราช, นภวัลย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล, และ ถวิล นภาพงศ์สุริยา, 2542) นอกจากนี้ การใช้สารเสพติดส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และทำให้มีอาการทางจิตแย่ลง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะใช้สารเสพติดในการรักษาตนเอง (self medicate) เพื่อพยายามบรรเทาอาการของโรคจิตเภท หรือบรรเทาอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาต้านโรคจิต รายงานการสำรวจพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภตสูบบุหรี่เป็นจำนวนสามในสี่ของผู้ป่วยทั้งหมด การสูบบุหรี่ช่วยลดอาการข้างเคียงที่เกิดจากยาได้ แต่จะไปเพิ่มการจำกัดทางจิตเวช ซึ่งทำให้ประสิทธิภาพในการรักษาลดลง (Sadock & Sadock, 2003) มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคจิตมักติดสารเสพติดหรือสุรา (Mallakh, 1998) และจากการศึกษาพบว่า การติดสุรา ยา หรือสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตก่อให้เกิดการกำเริบและรุนแรง มีผลทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิม (Boyd อ้างใน พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

ความหมายของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (health promoting behaviors) ได้ให้ความหมายไว้ดังนี้ วอล์กเกอร์, ซีกรีท, และ เพนเดอร์ (Walker, Sechrist, & Pender, 1987) ได้ให้ความหมายว่าเป็นการกระทำทางบวกของชีวิต ซึ่งมีผลโดยตรงต่อการคงไว้หรือเพิ่มระดับความผาสุกของบุคคล เมอเรีย และ เซนเนอร์ (Murry & Zentner, 1993) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย กิจกรรมซึ่งจะช่วยยกระดับสุขภาพของบุคคลให้สูงขึ้นและมีความผาสุก เกิดศักยภาพที่สูงสุดของบุคคล ครอบครัว ชุมชนและสังคม

พาแลง (Palang, 1991) กล่าวว่าพฤติกรรมสุขภาพ หมายถึงพฤติกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองในแต่ละช่วงอายุเพื่อคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพและความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง โดยพฤติกรรมการป้องกันโรคจะช่วยลดโอกาสการเกิดโรค ส่วนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยยกระดับภาวะสุขภาพให้ดีขึ้น

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ หมายถึง การที่บุคคล ปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิตและนิสัย สุขภาพ (The lifestyle and habit) ซึ่งสามารถบ่งบอกความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือ ยกย่องของภาวะสุขภาพเพื่อความผาสุก (well being) และความสำเร็จในจุดมุ่งหมายที่สูงสุดของ ชีวิต (self-actualization)

เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้ให้ข้อตกลงเบื้องต้นของรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1. บุคคลจะพยายามปรับสภาพแวดล้อมให้เอื้ออำนวย เพื่อให้ตนเองสามารถดำรงชีวิต อย่างมีภาวะสุขภาพสมบูรณ์
2. บุคคลมีความสามารถที่จะตระหนักรู้เกี่ยวกับตนเอง รวมทั้งความสามารถในการ ประเมินศักยภาพของตนเอง
3. บุคคลเห็นความสำคัญของพัฒนาการในทางบวก และพยายามที่จะปรับตนเองให้ อยู่ในสภาพสมดุลระหว่างการเปลี่ยนแปลงกับภาวะคงที่
4. บุคคลสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้
5. บุคคลประกอบด้วยชีวิตจิตสังคม มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมอยู่ตลอดเวลา โดยมีการปรับตัวให้เข้ากับสภาพแวดล้อม รวมทั้งมีการปรับสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับตนเอง
6. บุคลากรทางสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งของสภาพแวดล้อมในรูปของความสัมพันธ์ ระหว่างบุคคลซึ่งจะมีอิทธิพลต่อบุคคลตลอดช่วงชีวิต
7. การทบทวนเกี่ยวกับแบบแผนของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมเป็น สิ่งจำเป็นในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล

ดังนั้นพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหมายถึง การปฏิบัติกิจวัตร ประจำวันของบุคคล จนเป็นนิสัยสุขภาพ มุ่งที่จะคงไว้และเพิ่มระดับภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ ทั้งทาง ร่างกาย จิตใจ และสังคม เพิ่มพูนคุณภาพชีวิต เป็นพฤติกรรมหรือความรู้สึกที่แสดงออกถึงการดูแล สุขภาพเพื่อให้อาการของโรคทุเลาลง หรือลดความรุนแรงของโรค และสามารถดำรงชีวิตใน ครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างมีความสุข ตามแนวคิดของเพนเดอร์ ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกาย โภชนาการ การมีสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การจัดการ กับความเครียด และ การพัฒนาทางจิตวิญญาณ

องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

องค์ประกอบของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ประกอบด้วย การปฏิบัติกิจกรรม 6 ด้าน ได้แก่

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง โดยการกระทำหรือการปฏิบัติเพื่อสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับร่างกาย การบอกอาการและอาการแสดงผิดปกติที่เกิดขึ้นให้แพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้รับทราบ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ เช่น การอ่านหนังสือ หรือดูโทรทัศน์เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ หรือการปรึกษากับบุคลากรทางด้านสุขภาพ (Pender, 1996)
2. ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นการกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับแบบแผนการออกกำลังกายและความสม่ำเสมอในการออกกำลังกาย วิธีการออกกำลังกาย และกิจกรรมด้านร่างกายอื่นๆ ที่มีการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย หรือการออกกำลังกายในระหว่างการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การออกกำลังกายอย่างต่อเนื่องนานติดต่อกัน 20 นาที ขึ้นไป อย่างน้อย 3 ครั้งในสัปดาห์ หรือการมีกิจกรรมทางกายในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การเดินหลังรับประทานอาหาร ทำงานบ้าน ปลูกหรือรดน้ำต้นไม้ เป็นต้น นอกจากการออกกำลังกายแล้วกิจกรรมทางกายยังรวมถึงกิจกรรมต่างๆ เพื่อการพักผ่อนและสันทนาการ เนื่องจากเกี่ยวข้องกับร่างกายได้ใช้พลังงานเช่นกัน (Pender, 1996)
3. ด้านโภชนาการ (nutrition) เป็น การปฏิบัติกิจกรรมเกี่ยวกับรูปแบบลักษณะนิสัยในการรับประทานอาหารเพื่อให้ได้สารอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการการเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย ซึ่งแต่ละบุคคลต้องการพลังงานในการดำรงชีวิตในแต่ละวันแตกต่างกันไปตาม อายุ เพศ และกิจกรรมประจำวัน เพื่อให้ร่างกายได้รับสารอาหารครบ 5 หมู่ เลือกรับประทานอาหารที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลต่ำ จำกัดการบริโภคน้ำตาลหรืออาหารที่มีรสหวาน รับประทานอาหารที่มีกากใยทุกวัน อ่านสลากแสดงปริมาณสารอาหารวันผลิต วันหมดอายุ ข้างภาชนะที่บรรจุ งดรับประทานอาหารที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ได้แก่ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เป็นต้น และควรรับประทานอาหารที่มีกากใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ เป็นต้น (Pender, 1996)
4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ซึ่งจะทำให้บุคคลได้รับประโยชน์ในแง่การได้รับการสนับสนุน ช่วยเหลือในด้านต่างๆ เช่น คำแนะนำ คำปรึกษา คำตักเตือน กำลั้งใจ หรือด้านการเงิน ซึ่งสามารถนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ ช่วยให้เกิดความภาคภูมิใจ เห็นว่าตนเองมีคุณค่า เกิดความรู้สึกที่ดี สามารถเผชิญปัญหาและปรับตัวได้อย่างเหมาะสม ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพและรักษาสัมพันธภาพกับ

บุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้องบุคคลใกล้ชิดและบุคคลอื่น การปรึกษากับบุคคลใกล้ชิดเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจ การยกข้อชมเชยในความสำเร็จของผู้อื่น ใช้เวลาว่างพบปะกับเพื่อนสนิท มีความห่วงใยและให้ความรักความอบอุ่นต่อผู้อื่น การมีสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคล การขอรับการช่วยเหลือในด้านต่างๆ จากคนในครอบครัว ญาติพี่น้องบุคคลใกล้ชิดอื่น การพูดคุยประนีประนอมกับบุคคลอื่น (Pender, 1996)

5. ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) หมายถึง การกระทำเพื่อลดความตึงเครียดก่อให้เกิดการผ่อนคลาย โดยการพักผ่อนอย่างเพียงพอ ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ การนึกถึงสิ่งดีงาม การผ่อนคลายเมื่อรู้สึกเครียดหรือไม่สบายใจด้วยวิธีต่างๆ เช่น นั่งสมาธิ สวดมนต์ไหว้พระ นวดคลายเครียด ภูเขาพยนตร์ ฟังเพลง เป็นต้น และการดำเนินชีวิตอย่างไม่เร่งรีบ (Pender, 1996)

6. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติที่ดีแสดงออกถึงความกระตือรือร้นในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ มีจิตใจที่มั่นคงและเข้มแข็งการดำเนินชีวิตอย่างมีจุดมุ่งหมาย การคิดและคาดหวังถึงอนาคตที่ดีในวันข้างหน้า การทำงานตามเป้าหมายที่วางไว้ การที่ทราบว่าจะอะไรคือสิ่งสำคัญในชีวิตเป็นการค้นพบจุดมุ่งหมายในชีวิตของแต่ละคน เป็นการเรียนรู้ที่จะทำให้เกิดความหมายในชีวิต ความรัก ความหวัง การให้อภัย และชีวิตหลังความตาย มีความรู้สึกถึงพลังอำนาจที่อยู่เหนือตนเองมีส่วนช่วยในการดำเนินชีวิต มีสิ่งที่น่าสนใจและท้าทายในแต่ละวันรู้สึกพึงพอใจในชีวิตและมีความสุข (Pender, 1996)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมการปฏิบัติกิจกรรม 6 ด้าน คือด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ด้านกิจกรรมทางกาย ด้านโภชนาการ ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ด้านการจัดการกับความเครียด และด้านพัฒนาทางจิตวิญญาณ สามารถส่งเสริมสุขภาพได้ทั้งคนในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย (Pender as cited in Kunaviktikul, 2004)

พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะอาการหลงเหลือ

เพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของบุคคล เพื่อเพิ่มพูนคุณภาพชีวิต มุ่งที่จะเพิ่มระดับความผาสุกเพื่อการมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม จากแนวคิดของเพนเดอร์ จะเห็นได้ว่า การที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพที่ดีทั้งร่างกาย จิตใจ หรือเพิ่มระดับความผาสุกของชีวิตนั้น จำเป็นต้องมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่และส่งเสริมสุขภาพ

ของตนเองอย่างต่อเนื่อง จนเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต โดยปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ทั้ง 6 ด้าน

1. ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) เป็นพฤติกรรมที่บุคคลสนใจและเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง การสังเกตการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับสุขภาพของตนเอง การบอกอาการและอาการแสดงที่ผิดปกติให้แพทย์หรือบุคลากรทางด้านสุขภาพได้รับทราบ การแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะต้องดูแลตนเองที่แสดงถึงการเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวันภายในบ้านและการอยู่ภายในภาวะเบี่ยงเบนของชุมชน การสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นต่อตนเอง อาการนำหรืออาการเตือนล่วงหน้าก่อนเกิดอาการกำเริบทางจิตที่รุนแรงและลูกถาม จากการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล จำนวน 349 คนพบว่า มีพฤติกรรมดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ อยู่ในระดับปานกลาง มีการหาข่าวสาร หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือสอบถามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 32.10 สังเกตความผิดปกติ เช่น นอนไม่หลับ คิดมาก หงุดหงิด ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 35.53 การสูบบุหรี่ ปฏิบัติเป็นประจำและไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 30.90, 21.80 ตามลำดับ การหลีกเลี่ยงอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ปฏิบัติมานานๆ ครั้งและไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 54.70 แตกต่างกับการศึกษาของ จันทร์น เชนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จำนวน 375 คน พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวม อยู่ในระดับสูง มีการหาข่าวสาร หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือสอบถามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 51.20 สังเกตความผิดปกติ มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการกำเริบ ปฏิบัติประจำ ร้อยละ 70.70 ปรึกษาแพทย์เมื่อไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 39.70 การสูบบุหรี่ ปฏิบัติเป็นประจำและไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 45.10, 47.70 ตามลำดับ การหลีกเลี่ยงอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ ปฏิบัติมานานๆ ครั้งและไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 37.60 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จำนวน 49 คน พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง มีการหาข่าวสาร หรือความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพจากการฟังวิทยุ ดูโทรทัศน์ อ่านหนังสือ หรือสอบถามจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ปฏิบัติเป็นประจำร้อยละ 57.16 สังเกตความผิดปกติ มาพบแพทย์ทันทีเมื่อมีอาการกำเริบปฏิบัติประจำร้อยละ 69.40 ปรึกษาแพทย์เมื่อไม่หลับติดต่อกัน 2-3 วัน ไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 40.90 มีการสูบบุหรี่ ร้อยละ 44.90 นอกจากนี้ การศึกษาของ หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ศึกษาปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภท แขนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีมหาโพธิ์

จำนวน 140 คน พบว่าคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพและการทำหน้าที่ อยู่ในระดับสูง เช่น ความสามารถในการดูแลสุขภาพโดยไม่พึ่งผู้อื่น ความสามารถในการควบคุมวิถีชีวิตของตนเอง ความสามารถในการควบคุมตนเองเมื่อมีอาการผิดปกติ การดูแลสุขภาพตนเอง เป็นต้น และการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) ศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ที่รักษาแบบผู้ป่วยนอกในโรงพยาบาล สังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 130 คน พบว่า สุขภาวะทางจิต ที่เกี่ยวข้องกับการนำความรู้ที่ได้จากการอ่าน การซักถาม และประสบการณ์เกี่ยวกับสุขภาพ มาปฏิบัติในชีวิตประจำวัน การสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีจากผู้ที่มีความรู้ หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข และการดูแลโทรทัศน์ หรือฟังวิทยุเกี่ยวกับเรื่องสุขภาพ อยู่ในระดับดี

จะเห็นได้ว่า จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความเสี่ยงต่อการกลับเป็นซ้ำและมีอาการกำเริบของอาการทางจิต จากความรับผิดชอบต่อสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตที่เสี่ยงต่อสุขภาพคือการใช้สารเสพติด ร่วมกับการขาดความเอาใจใส่ในการดูแลสุขภาพ และการสังเกตความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนเอง

2. ด้านกิจกรรมทางกาย (physical activity) เป็นการกระทำกิจกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมการเคลื่อนไหวของร่างกายรวมถึงพฤติกรรมการพักผ่อนและต้นทนาการด้วยการออกกำลังกายมีประโยชน์ต่อทางด้านร่างกายและจิตใจทำให้มีการหลั่งสารเอ็นดอร์ฟินลดอาการเศร้าและความวิตกกังวล (Johnson, 1997) การออกกำลังกายยังเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองมีจิตมโนทัศน์ที่ดีต่อตนเองและผู้อื่นลดการใช้สารเสพติด เช่นการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา เป็นต้น (จันทร์รัตน์ เจริญสันติ, 2542) ช่วยคลายเครียด ก่อให้เกิดประโยชน์ที่ดีด้านจิตใจและสังคม มีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมทำให้มีเครือข่ายทางสังคมมากขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม มีการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่าสุขภาพทางกายอยู่ในระดับดีมาก การทำงานที่ต้องใช้กำลังจนมีเหงื่อออกหรือออกกำลังกายโดยการเดิน วิ่ง ปั่นจักรยาน หรือเล่นกีฬา อย่างน้อย 3-4 ต่อสัปดาห์ อยู่ในระดับดี ทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง อยู่ในระดับดี ช่วยทำงานบ้าน เช่นกวาดบ้าน ถูบ้าน ทิ้งขยะ ดาหหญ้า อยู่ในระดับดีมากการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่มีเวลาออกกำลังกายอยู่ระดับปานกลาง และการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับการออกกำลังกายสม่ำเสมอช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจ แจ่มใส อยู่ในระดับสูงสุด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) พบว่า การออกกำลังกายในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อยู่ระดับสูง แตกต่างกับการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า การออกกำลังกายในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อยู่ระดับปานกลาง ปฏิบัตินานๆ ครั้งและไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 54.70 สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า การออกกำลังกายอยู่ในระดับปานกลาง ปฏิบัตินานๆ ครั้ง และไม่ปฏิบัติ ร้อยละ 52

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทคงสภาพร่างกายที่แข็งแรง ช่วยผ่อนคลายความเครียดจากการกดดันหรือความเครียดที่ได้รับ และเป็นการเพิ่มความรูสึกมีคุณค่าในตนเอง และเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

3. ด้านโภชนาการ (nutrition) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดข้อปฏิบัติการบริโภคอาหารเพื่อสุขภาพที่ดีของคนไทย หรือโภชนบัญญัติ 9 ประการเพื่อเป็นการสร้างเสริมพฤติกรรมการบริโภคอาหารให้ถูกหลักโภชนาการซึ่งส่งผลให้มีสุขภาพที่ดีมีสาระสำคัญดังนี้ (กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2542)

- 1) รับประทานอาหารครบ 5 หมู่
- 2) รับประทานอาหารเป็นอาหารหลัก สลับกับอาหารประเภทแป้งเป็นบางมื้อ
- 3) รับประทานอาหารผักและผลไม้เป็นประจำ
- 4) รับประทานอาหารที่มีโปรตีนสูง
- 5) ดื่มนมให้เหมาะสมตามวัย
- 6) รับประทานอาหารที่มีไขมันแต่พอควร
- 7) หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารรสหวานจัด และเค็มจัด
- 8) รับประทานอาหารที่สะอาดปราศจากการปนเปื้อน
- 9) งดหรือลดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สนใจรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารไม่เพียงพอ (Chesla, 1996) จากการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า การดูแลตนเองด้านอาหาร อยู่ระดับปานกลาง การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 8-10 แก้ว มีการปฏิบัติเป็นประจำ และบ่อยครั้ง ร้อยละ 76.51, 80.83, 67.90 ตามลำดับ ดื่มน้ำกาแฟมากกว่า 2 แก้ว ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ปฏิบัติและนานๆ ครั้ง ร้อยละ 78.22, 72.50, 69.10 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าการดูแลตนเองด้านอาหาร อยู่ระดับปานกลาง การรับประทานอาหารที่มีสารอาหารครบ 5 หมู่ รับประทานครบ 3 มื้อ ดื่มน้ำสะอาดวันละ 6-8 แก้ว มีการปฏิบัติเป็นประจำ และบ่อยครั้ง ร้อยละ 77.30, 59.20, 79.20 ตามลำดับ ดื่มน้ำกาแฟมากกว่า 1 แก้ว ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ไม่ปฏิบัติและนานๆ ครั้ง ร้อยละ 74.40, 78.8, 87.40 ตามลำดับ การศึกษาของ พิศสมร เศษดวง (2545) พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วยในการใช้ยาหรือสารเสพติดหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ อาจทำให้จิตกำเริบได้ อยู่ในระดับสูง การไม่รับประทานอาหารที่มีไขมันสัตว์ หรือหวานจัด เค็มจัดบ่อยๆ อยู่ในระดับดี

นอกจากนี้การศึกษาของ มาเลท (Mallakh, 1998) เกี่ยวกับรูปแบบของการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต พบว่า การคิดสุรยา และ สารเสพติด มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิต และก่อให้เกิดอาการกำเริบและรุนแรงทำให้ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล ดังนั้นผู้ที่เป็โรคจิตเภทควรมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้าน โภชนาการที่เหมาะสมควรหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด หรือการบริโภคอาหารที่ส่งผลเสียต่อสุขภาพ

4. ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (interpersonal relation) การมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เป็นการวางเงื่อนไขในการติดต่อสื่อสาร เพื่อส่งเสริมความรู้สึกรู้สึกของความผูกพันอันลึกซึ้ง และความใกล้ชิดมากกว่าการติดต่ออย่างเป็นทางการ การติดต่อสื่อสารจะรวมถึงการแบ่งปันความคิด ความรู้สึกทั้งที่เป็นคำพูดและไม่ใช่คำพูด ซึ่งก่อให้เกิดทั้งการให้และการยอมรับ (Walker, 1997) จากการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่าสุขภาวะทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับดี เกี่ยวกับคนในครอบครัวมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้โอกาสให้อภัย มีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่นการไปเที่ยวไปเยี่ยมญาติ อยู่ระดับดีมาก และการเข้าร่วมกิจกรรมกับคนอื่น ๆ ในชุมชน เช่นช่วยงานบุญ อยู่ระดับดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) พบว่า ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ระดับสูง การรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว การออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน ปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง ร้อยละ 83.68, 51.02 ตามลำดับ แตกต่างกับการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ระดับปานกลาง การไปเที่ยวสังสรรค์กับคนในครอบครัวหรือกับเพื่อนฝูง การไปร่วมกิจกรรมที่มีในหมู่บ้านหรือชุมชน เช่นงานบุญ งานศพ ไม่ปฏิบัติและปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 53.30, 46.40 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่า ด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น อยู่ระดับปานกลาง การรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกคนอื่นในครอบครัว ปฏิบัติเป็นประจำและบ่อยครั้ง ร้อยละ 75.20 การออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน ไม่ปฏิบัติและปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 47.20 นอกจากนี้ การศึกษาของ วาสนา ปานดอก (2545) ศึกษากิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล จำนวน 85 คน ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่าการกระตุ้นหรือเปิดโอกาสให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีส่วนร่วมใน กิจกรรมรื่นเริงในครอบครัว ร้อยละ 72.94 การพาไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพิเศษ ในสังคมและชุมชน เช่นงานแต่งงานขึ้นบ้านใหม่ วันเข้าพรรษา ร้อยละ 52.12

จากการทบทวนวรรณกรรม พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ควรทำหน้าที่ทางสังคมและมีสัมพันธภาพที่เหมาะสมต่อไป

5. ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอวิธีการจัดการความเครียด ไว้ 3 วิธี ดังนี้

5.1 ลดความถี่ของสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด (minimizing the frequency of stress-inducing situation) ได้แก่การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม ความเครียดจากสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศในที่ทำงานอาจมีส่วนในการเกิดความเครียดได้ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมบางอย่างอาจช่วยลดความเครียดได้ เช่นหางานอดิเรกทำ หรือการพักผ่อนหย่อนใจ เป็นต้น

5.2 เพิ่มความต้านทานของร่างกาย (increasing resistance to stress) เป็นการเพิ่มความต้านทานสามารถกระทำได้ที่ทั้งร่างกาย และจิตใจด้านร่างกายมุ่งไปที่การส่งเสริมให้มีการออกกำลังกาย เนื่องจากการออกกำลังกายจะช่วยลดความตึงเครียดทางอารมณ์ และลดความวิตกกังวล เกิดผลดีต่อจิตใจ ส่วนด้านจิตใจ ได้แก่ การกระตุ้นให้ตระหนักในคุณค่าของตนเอง การเพิ่มการรับรู้ในความสามารถของตนเอง การกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม มีการพัฒนาวิธีการแก้ปัญหา และค้นหาแหล่งประโยชน์ในการเผชิญปัญหา และแก้ปัญหา หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการแก้ปัญหาแบบการมุ่งที่จะแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เป็นการเผชิญความเครียด โดยการปรับเปลี่ยนหรือเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ให้ดีขึ้น รวมทั้งแสวงหาแหล่งเพื่อจัดการกับแหล่งของความเครียดที่เป็นต้นเหตุ หรือจัดการกับตนเองโดยพยายามที่จะมุ่งในการแก้ปัญหา (Thoits อ้างใน ภัทรจิต นิลราช, 2546)

5.3 สร้างเงื่อนไขในการหลีกเลี่ยงสิ่งตอบสนองทางร่างกายที่เกิดจากความเครียด (counterconditioning to avoid physiology arousal resulting from stress) ได้แก่ การฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การทำสมาธิ การฝึกการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ เทคนิคการเสริมแรงบวก การฝึกใช้เทคนิคการผ่อนคลายโดยใช้หลักของ ไบโอฟีดแบค (biofeedback) และการฝึกโดยใช้จินตภาพ ซึ่งการฝึกการผ่อนคลายจะช่วยลดความตึงตัวของกล้ามเนื้อ ลดการทำงานของระบบประสาทซิมพาทีติก และเพิ่มการทำงานของระบบประสาทพาราซิมพาทีติก ทำให้ความเครียดลดลงและรู้สึกสบายขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรม ความเครียดมีความสัมพันธ์ต่ออาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อความบกพร่องในการรับรู้ ความจำ เนื่องจากภาวะเครียดมีผลต่อระดับการหลั่งของสารคอร์ติโซลในสมอง ดังนั้นไม่เพียงแต่การรักษาด้วยยาที่ปรับสมดุลส่วนการหลั่งของฮอร์โมนคอร์ติโซลแต่การจัดการกับความเครียดที่เกิดจากภาวะสิ่งแวดล้อมที่มีผลต่ออาการทางจิตในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับการจัดการความเครียด ซึ่งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรผ่อนคลายความเครียดโดยมีการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ โดยจัดเวลานอนให้เหมาะสม คือ กลางคืนนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ควรหลีกเลี่ยงการนอนดึก กลางวันให้พักผ่อนได้ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง มีการพักผ่อนหย่อนใจ โดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวตามสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ หรือทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบ เช่น ปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ตกปลา ปลูกผัก สวนครัว เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้สึกผ่อนคลายจากความกดดันหรือความเครียดที่ได้รับ และเป็นการเพิ่มความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ จากการศึกษาของ

ปริวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนอนหลับตอนกลางคืนติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ร้อยละ 75.90 รับประทานยานอนหลับเมื่อนอนไม่หลับ ไม่ปฏิบัติและปฏิบัตินานๆ ครั้ง ร้อยละ 56.70 เมื่อไม่สบายใจจะปรึกษาหรือระบายให้คนอื่นฟัง ปฏิบัติเป็นประจำ ร้อยละ 24.35 คัมสุราหรือใช้ยาเสพติดเพื่อให้คลายเครียด ปฏิบัติเป็นประจำและนานๆ ครั้ง ร้อยละ 55.01 จากการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่า เมื่อรู้สึกเครียด กังวล จะบอกเล่า และปรึกษากับคนที่น่าเชื่อถือและไว้ใจได้ อยู่ในระดับดี

6. ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) จิตวิญญาณเป็นพื้นฐานของพัฒนาการความเป็นมนุษย์ที่มีความสำคัญต่อสุขภาพและความผาสุกของมนุษย์ ซึ่งบุคคลต้องมีอยู่ตลอดเวลา ทุกสถานการณ์ และเป็นการบูรณาการทุกมิติของบุคคลเพื่อให้เกิดความเป็นองค์รวม และผาสุก (Merravigia อ้างใน กัลยา พลอยใหม่, 2546) จิตวิญญาณ จึงเป็นมิติหนึ่งของความเป็นองค์รวมของมนุษย์ ที่ว่าด้วยความรู้สึกผูกพันฝังแน่นอย่างลึกซึ้ง กับสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เป็นสิ่งแวดล้อมของมนุษย์ สิ่งแวดล้อมนั้น อาจเป็นสิ่งที่เปี่ยมนามธรรมที่จับต้องไม่ได้ เช่น ความคิด ความศรัทธา ขนบธรรมเนียม วัฒนธรรม เป็นต้น หรืออาจเป็นสิ่งที่จับต้องได้ และสิ่งนั้นมีคุณค่าทางใจอย่างมากของบุคคล (บุปผา ชอบใช้, 2546) จากการศึกษาของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) พบว่าคุณภาพชีวิตด้านจิตวิญญาณ อยู่ระดับสูง พบว่ามีความศรัทธาเชื่อถือในศาสนาและสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ระดับสูงที่สุด มีความสุขในชีวิต และความสงบสุขทางใจ ระดับสูง มีความสำเร็จตามเป้าหมายของชีวิตส่วนตัว และความกังวลใจในชีวิตระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ พิศสมร เดชดวง (2545) พบว่า สุขภาวะทางจิต อยู่ระดับดี มีความภูมิใจที่ได้ช่วยเหลือผู้อื่นหรือทำประโยชน์ให้ ส่วนรวม ทำใจยอมรับสิ่งต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิต การเป็นคนดี และสบายใจขึ้น เมื่อได้อ่านคำสอนทางศาสนา หรือพักผ่อนหย่อนใจ โดยการสวดมนต์ไหว้พระ พบว่าอยู่ระดับดีมาก การศึกษาของ เฟอร์เลเนอร์ และ เคลมม์ พบว่าผู้ป่วยเรื้อรังหญิง มีคะแนนความผาสุกทางจิตวิญญาณสูงกว่าเพศชาย (Fernsler & Klemm, 1999, อ้างใน เมตตา มะโนศรี, 2547) ต่างกับการศึกษา ฉวีวรรณ ไพรวัลย์ (2540) พบว่า อายุและสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ส่วนระดับรายได้ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางจิตวิญญาณ ในผู้ป่วยเรื้อรัง

จะเห็นได้ว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ ได้รับยารักษาอาการทางจิตที่ต่อเนื่อง มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ (1996) ทั้ง 6 ด้าน จะช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทพึงปฏิบัติกิจวัตรประจำวันอย่างสม่ำเสมอจนกลายเป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต ซึ่งสามารถบอกถึงความสามารถของบุคคลในการคงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพ ที่สมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม ส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีศักยภาพในการดำเนินชีวิต ดังนั้น พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจึงเป็นกลยุทธ์หนึ่งที่สำคัญ ในการฟื้นฟูสภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ถึงแม้ว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านต่างๆ แต่สติปัญญายังคงปกติและรับรู้ถึงการพัฒนาศักยภาพให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ไม่เป็นการระของครอบครัวและชุมชน

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การที่บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับ ปัจจัยหลายประการ จากการทบทวนวรรณกรรม ผู้ศึกษาพบว่า มีปัจจัยด้านบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความเพียงพอของรายได้

1. เพศ เป็นปัจจัยที่แสดงถึงความแตกต่างทางสรีระของบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเพนเดอร์ กล่าวว่า เพศมีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ (Pender, 1996) เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดความแตกต่างในด้านค่านิยม เช่น พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การดื่มสุรา ในสังคมยอมรับเพศชายมากกว่าเพศหญิง จากการศึกษาของ บันดิง (Buenting, 1990) ศึกษาถึงความแตกต่างของเพศกับแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีในคนปกติ พบว่าเพศมีความแตกต่างกันจะบอกถึงการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน

2. อายุ เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อสุขภาพของบุคคล ซึ่งเพนเดอร์ (Pender, 1996) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากอายุของบุคคลมีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะเมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะเพิ่มขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจถูกต้องในเรื่องการดูแลด้านสุขภาพรวมทั้งยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองและบุคคลที่รับผิดชอบ ซึ่งสอดคล้องกับ โอเรม (Orem, 1995) กล่าวว่า อายุมีอิทธิพลต่อการกำหนดพฤติกรรมดูแลสุขภาพของบุคคล กล่าวคือ เมื่ออายุมากขึ้นจะมีการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้นจนสูงสุดเมื่ออยู่ในวัยผู้ใหญ่และอาจลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ นอกจากนี้อายุมีส่วนเกี่ยวข้องกับความสามารถในการจัดการตนเอง การรับรู้ การตัดสินใจการแปลความหมาย และการเข้าใจความหมายในชีวิต (Carpenito, 1997, อ้างใน เมตตา มะโนศรี, 2547)

3. สถานภาพการสมรสในบุคคลที่มีสถานภาพที่แตกต่างกันจะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่แตกต่างกันการศึกษาของ วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล (2541) พบว่าสตรีโสด มีการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพน้อยกว่าสตรีที่มีคู่สมรส นอกจากนี้ สถานภาพสมรสยังเป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคม ทำให้ได้รับการแบ่งเบาภาระ คำแนะนำ และการสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทำให้รู้สึกมั่นใจ มีกำลังในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี (Gillis อ้างใน ปรีชา ปราณีตพลกรัง, 2547)

4. ระดับการศึกษา ช่วยให้บุคคลมีโอกาสรู้ข่าวสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ความเจ็บป่วย และความสามารถทำความเข้าใจเกี่ยวกับสิ่งต่างๆ ที่ได้เรียนรู้ได้มาก มีการตัดสินใจที่ดีและสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในขณะที่ผู้ที่มีการศึกษาต่ำทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น และขาดทักษะในการแสวงหาข้อมูล (Pender, 1996) ระดับการศึกษาของบุคคลเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เนื่องจากการศึกษาที่สูงทำให้บุคคลมีความสามารถพิจารณาถึงการหลีกเลี่ยงสิ่งที่ไม่ดีมีประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เช่น การหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่ การรับประทานอาหารที่ไม่มีประโยชน์ การดื่มแอลกอฮอล์ (Acton & Malathum, 2000)

5. อาชีพ การประกอบอาชีพ เป็นส่วนหนึ่งของหน้าที่ในการจัดหาทรัพยากรทางเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสนับสนุนให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพต่างกันลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงานไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพอิสระ แม่บ้าน อาจจะสามารถจัดเวลาในการทำกิจกรรม การทำงาน และการพักผ่อนได้โดยไม่ต้องเร่งรีบและจำกัดเวลามากนัก ส่วนอาชีพที่มีการปฏิบัติงานที่มีเวลาแน่นอน เช่น อาชีพรับจ้างทำงานบริษัท รัฐวิสาหกิจ ช่างราชการ อาจมีเวลาจำกัดในช่วงเวลาพักผ่อน (ไพรินทร์ กันทนะ, 2543)

6. รายได้และความเพียงพอของรายได้ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการแสวงหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต ซึ่งเป็นปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีโอกาสในการติดต่อสื่อสารกับกลุ่มสังคมต่างๆ เพื่อความรู้และประสบการณ์ของตนเอง รวมทั้งรายได้ยังเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลสามารถเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างเหมาะสม (Pender, 1996) สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรินทร์ กันทนะ (2543) พบว่ารายได้ที่มากจะทำให้บุคคลมีโอกาแสวงหาสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพและเลือกใช้บริการอย่างเหมาะสม

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ

การประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพตามแนวคิดของเพนเดอร์ เป็นการประเมินเกี่ยวกับกิจกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่ปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้เกิดสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ สามารถปรับตัวได้เหมาะสมกับทุกสภาวะแวดล้อม เพื่อให้ดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข สามารถประเมินได้จากแบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งได้รับการพัฒนามาจากเครื่องมือประเมินแบบแผนชีวิตและสุขภาพ (The Life Style and Health-Habits Assessment: LHHA) ที่สร้างโดย วอล์คเกอร์

และคณะ (Walker et al., 1987) ซึ่งเป็นแบบประเมินที่ช่วยให้บุคลากรด้านสุขภาพสามารถประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิต ประกอบด้วยกิจกรรมทั้งหมด 10 ด้าน โดยมีคำถาม 100 ข้อ ต่อมา วอล์คเกอร์ และคณะ (Walker et al., 1987) ได้พัฒนาเครื่องมือแบบประเมินแบบแผนชีวิตและสุขภาพ (LHHA) มาเป็นแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับที่ 1 (The Health Promoting Life Style Profile: HPLP) มีข้อคำถามทั้งหมด 48 ข้อ ซึ่งต่อมา เพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้พัฒนาเครื่องมือ HPLP อีกครั้ง ในปี ค.ศ. 1996 และเรียกแบบประเมินชุดนี้ว่า แบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ ฉบับที่ 2 (The Health Promoting Life Style Profile II: HPLPII) โดยปรับปรุงชุดข้อคำถาม จาก 48 ข้อ เป็น 52 ข้อ วัตถุประสงค์ 6 ด้าน

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ศิริมา วงศ์แหลมทอง (2542) ได้นำแบบประเมินแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพนำมาแปลเป็นภาษาไทย และนำไปศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนครสวรรค์ ทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .85 ซึ่งแบบประเมินชุดนี้วัดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ครอบคลุมทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และเหมาะสมกับผู้สูงอายุ และนำมาใช้ในการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ได้ความ เชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .94

แบบประเมินพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของอาจารย์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่ง สุริศา ล้ามซ้าง และ รัตนาดี ขอนตะวัน (2548) พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของ เพนเดอร์ (Pender, 1996) และการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วยคำถาม 55 ข้อ ครอบคลุมพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ 6 ด้าน ทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือด้วยค่าอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ .84 จากการทบทวนรายงานการศึกษาดังกล่าว จะเห็นว่าผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท เป็นผู้ที่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติและสามารถพัฒนาตนเองเพื่อให้เกิดผลดีต่อสุขภาพ สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชน ได้ตามสภาพของตนเอง ดังนั้น แบบประเมินพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพซึ่ง สุริศา ล้ามซ้าง และ รัตนาดี ขอนตะวัน (2548) พัฒนาขึ้นตามกรอบแนวคิดของเพนเดอร์ (Pender, 1996) และการทบทวนวรรณกรรม พบว่าเป็นเครื่องมือที่ทันสมัย ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และใช้ได้กับบุคคลทุกกลุ่มอายุ ทั้งคนปกติและผิดปกติทางสุขภาพ จึงเหมาะสมที่จะใช้ในการศึกษา ดังกล่าว

การจัดบริการผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสุโขทัย

โรงพยาบาลสุโขทัย มีนโยบายในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข มีเป้าหมายในการจัดบริการที่ต่อเนื่องจาก โรงพยาบาลถึงที่บ้านและชุมชน ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลสุโขทัยจัดบริการทุกวันจันทร์ถึงวันศุกร์เช้า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่เข้ารับบริการเป็นผู้ที่รับดูแลต่อเนื่องจากระบบส่งต่อจาก โรงพยาบาลตติยภูมิ เชื่อมโยงการจัดบริการในระดับทุติยภูมิ ปฐมภูมิสู่ที่บ้านและชุมชน รวมถึงผู้ที่เข้ารับบริการเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นจิตเภทรายใหม่ ทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะอาการหลงเหลือ และผู้ป่วยจิตเภทเฉียบพลัน (โรงพยาบาลสุโขทัย, 2548ก)

หลักการบริการผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในคลินิกจิตเวชโรงพยาบาลสุโขทัย ครอบคลุมการดูแลทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีการจัดบริการดังนี้

1. การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะอาการกำเริบ แบบผู้ป่วยนอก
2. การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะอาการกำเริบทุเลาลง
3. การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่อาการคงที่ อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ

1. การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะอาการกำเริบ แบบผู้ป่วยนอก เป็นผู้มีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาที่ต้องการดูแลอย่างใกล้ชิด เป้าหมายการรักษาในระยะนี้ คือควบคุมอาการให้สงบโดยเร็ว โดยควบคุมอาการด้วยยา นอนพักสังเกตอาการระยะหนึ่งที่ห้องสังเกตอาการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเน้นการช่วยเหลือ ให้การปรึกษาลดความตึงเครียดของญาติและครอบครัวที่มีต่อผู้ป่วยและการสร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อครอบครัวผู้ป่วยเพื่อการดูแลที่ต่อเนื่อง การให้จิตศึกษาเพื่อการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รวมถึงการควบคุมจัดการพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นเมื่ออาการสงบลง ให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลับบ้านและนัดดูแลต่อเนื่อง ประมาณ 1-2 สัปดาห์ หรือตามความเหมาะสม

2. การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะอาการกำเริบทุเลาลง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเมื่ออาการสงบสามารถควบคุมตนเองได้ มีการสื่อสารที่ดี เมื่อเข้ารับบริการที่คลินิกจิตเวช เป้าหมายการรักษาในระยะนี้เพื่อควบคุมอาการและการบำบัดทางจิต ส่วนใหญ่เป็นการบำบัดรายบุคคล การบำบัดครอบครัว ซึ่งจะถูกจำกัดด้วยเวลา สถานที่ และปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษาด้วยยา จากแพทย์ทั่วไป และนัดดูแลต่อเนื่อง 2-4 สัปดาห์ หรือตามความเหมาะสม

3. การรักษาผู้ป่วยจิตเภทที่อาการคงที่ที่อยู่ในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทหลังจากอาการสงบลงการรักษาให้คงสภาพอาการที่คงที่ไว้ โดยเป้าหมายหลัก เพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำและการเพิ่มศักยภาพให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทสามารถนำไปปฏิบัติและช่วยให้ดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนให้นานที่สุด การดูแลช่วยเหลือส่วนใหญ่เน้นจิตศึกษาให้แก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นเน้นการดูแลตนเอง การฟื้นฟูสภาพการสังเกตอาการทางจิต หรืออาการกำเริบ อาการข้างเคียงของยา เป็นต้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะได้รับการรักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตที่มีขนาดต่ำสามารถควบคุมอาการทางจิตไว้ได้ มีการบำบัดรายบุคคล การบำบัดครอบครัว การให้จิตศึกษาที่ส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถพึ่งตนเองได้ มีวิถีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสม และนัดดูแลต่อเนื่อง ทุก 1-2 เดือน หรือตามความเหมาะสม (โรงพยาบาลสุโขทัย, 2548ก)

กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาคั้งนี้ ได้ศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยใช้กรอบแนวคิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, 1996) ซึ่งกล่าวถึงกิจกรรมที่บุคคลกระทำหรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เป็นแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้คงไว้หรือยกระดับของภาวะสุขภาพ เกิดสุขภาพที่ดี มีความสมบูรณ์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ประกอบด้วยพฤติกรรม 6 ด้าน ได้แก่ ด้านความรับผิดชอบต่อสุขภาพ (health responsibility) กิจกรรมทางกาย (physical activity) ด้านโภชนาการ (nutrition) ด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (interpersonal relation) ด้านการจัดการกับความเครียด (stress management) และ ด้านการพัฒนาทางจิตวิญญาณ (spiritual growth) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นบุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ แต่ความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ ได้รับการรักษาต่อเนื่องอาการสงบลงอยู่ในระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาจทำให้บุคคลมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมและอาจเกิดความเจ็บป่วยและมีอาการทางจิตกำเริบได้ง่ายขึ้น ดังนั้นการศึกษาพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้ได้ข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีการปฏิบัติกิจวัตรที่เหมาะสมและอาจช่วยป้องกันการเจ็บป่วยและอาการกำเริบได้