

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ดังนี้

ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยหัวข้อต่าง ๆ

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ป่วยซ้ำ การบำบัดรักษาและการพยาบาล
 - 1.1 ลักษณะของโรคจิตเภทและสาเหตุ
 - 1.2 การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.3 การดำเนินของโรค
 - 1.4 อาการและอาการแสดง
 - 1.5 การรักษา
 - 1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท
 - 1.8 บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
2. แนวคิดพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ
 - 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทป่วยซ้ำ
 - 2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ
 - 2.5 การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทป่วยซ้ำ
3. แนวคิดเกี่ยวกับการให้ความรู้ระดับประจักษ์แบบกลุ่ม
 - 3.1 แนวคิดทั่วไป
 - 3.2 แนวคิดการให้ความรู้ระดับประจักษ์แบบกลุ่ม
 - 3.3 โปรแกรมการให้ความรู้ระดับประจักษ์แบบกลุ่ม
4. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดเกี่ยวกับโรคจิตเภทที่ป่วยซ้ำ การบำบัดรักษาและการพยาบาล

1.1 ลักษณะของโรคจิตเภทและสาเหตุ

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตที่มีความผิดปกติของความคิด (Thought) อารมณ์ (affect) การรับรู้ (perception) และพฤติกรรม (behavior) เป็นลักษณะสำคัญ โดยที่ผู้ป่วยมี consciousness ดีและไม่มีโรคทางกาย

โรคนี้ส่วนมากเกิดกับคนวัยรุ่นหรือหนุ่มสาว ส่วนมากเป็นเรื้อรัง เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว ผู้ป่วยมักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีความผิดปกติของบุคลิกภาพให้เห็น ได้อุบัติการณ์

คำว่า Schizophrenia เป็นคำที่มาจากภาษากรีกว่า “skhizo” หมายถึง การแยกออก (split) และ “phren” หมายถึง จิตใจ (mind) เมื่อมารวมกันเป็นคำว่า Schizophrenia จึงหมายถึงคนที่มีจิตใจแตกแยก ในทางจิตเวชศาสตร์ โรคจิตเภท (Schizophrenia) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการ ความผิดปกติทางอารมณ์ การรับรู้ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยแสดงอารมณ์ตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม ไม่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง ความผิดปกติทางด้านรับรู้แสดงออกโดยผู้ป่วยรับรู้สิ่งต่างๆที่ไม่มีจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริงๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไป เช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพพบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมดกถอยและมีพฤติกรรมแปลก ๆ

อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2543) ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) มีความคิดหลงผิด (delusion) ประสาทหลอน (hallucination) การรับรู้ผิดจากสภาพความเป็นจริง การพูดติดตล่อสื่อสารและพฤติกรรม ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่สามารถรวบรวมความคิดให้ไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptoms) เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่ว ๆ ไป ควรมี เช่น อารมณ์เฉยเมย สีหน้าเรียบเฉย พูดน้อย หรือไม่พูด เนื้อหาพูดน้อย แสดงออกมาโดยขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชา ไม่สนใจเรื่องแต่งกาย เก็บตัวเฉย ๆ ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน ขาดความสนใจทำกิจกรรมทุกชนิด ไม่สนใจในการทำงานหรือกิจกรรมด้านสังคมความผิดปกติดังกล่าวจะปรากฏในกิจกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้แล้วพบว่าร้อยละ 60-70 ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ได้แต่งงานและดำเนินชีวิตโดยมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นน้อยมาก

จากการศึกษาในปัจจุบันพบว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทนั้นเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ได้แก่ ปัจจัยทางชีวภาพ (Biological factors) ปัจจัยทางพันธุกรรม (genetics factors) ปัจจัยทางจิตใจ (psychosocial factors) และปัจจัยทางสังคมและเศรษฐกิจ (socioeconomic factors) ซึ่งปัจจัยทุกด้านมีความสำคัญ โดยมีรายละเอียดของแต่ละปัจจัย ดังนี้ (กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544)

1) ปัจจัยทางชีวภาพ เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีประสาทในสมอง (neurochemical disturbances) เช่น

- สมมติฐานของโดปามีน (dopamine hypothesis) เชื่อว่าเกิดจากการทำงานมากเกินไปของโดปามีน โดยมีการเพิ่มของโดปามีนที่บริเวณโดปามีนซินแนป (dopamine synapse) ในสมอง

- สมมติฐานเกี่ยวกับทรานสมิทธิเลชัน (transmethylation hypothesis) เชื่อว่าการเติมเมทิลกรุป (methyl group) เข้าไปในโมเลกุลของแคทีโคลามีน (catecholamine metabolics) จะทำให้เกิดโรคจิตเภทโดยเฉพาะถ้าบุคคลนั้นมีความตึงเครียด จะมีแคทีโคลามีนหลั่งออกมาในสมองมาก

- สมมติฐานเกี่ยวกับความไม่สมดุล ระหว่างโดปามีนกับนอร์อิพิเนฟริน (dopamine – norepinephrine imbalance) เชื่อว่าโรคจิตเภทมิได้เกิดจากการเพิ่มของโดปามีนเพียงอย่างเดียว แต่มีการขาดนอร์อิพิเนฟรินร่วมด้วย ทำให้ระดับของสารเคมีในสมองขาดความสมดุล

- สมมติฐานจากภาพถ่ายทางสมอง (brain imaging) จากการศึกษาปัจจุบันพบความผิดปกติหลายแห่งในสมองของผู้ป่วยโรคจิตเภท เช่น การกว้างขึ้นของช่องน้ำสมอง หรือมีความบกพร่องของสมองส่วนหน้า (Taylor, 1994)

2) ปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า พี่น้องของผู้ป่วยและบุตรที่มีบิดามารดาเป็นโรคจิตเภท มีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลทั่วไป การศึกษาในบุตรบุญธรรมที่บิดาและมารดาเป็นโรคจิตเภท พบว่า บุตรบุญธรรมซึ่งเกิดจากบิดาและมารดาเป็นโรคจิตทั้งสองคนจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 25 ถ้าบิดาหรือมารดาเป็นโรคจิตเพียงคนเดียวจะมีโอกาสเป็นโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 20 ถ้าบิดามารดาปกติเมื่ออยู่กับบิดาหรือมารดาเลี้ยงที่เป็นจิตเภทจะเป็นโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 5 และจากการศึกษาคู่แฝดพบว่า ในคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน ถ้าคนหนึ่งเป็นโรคนี้อีกคนหนึ่งจะเป็นด้วยร้อยละ 70-90 และโอกาสที่คู่แฝดจากไข่คนละใบจะเป็นโรคนี้อยู่ที่ร้อยละ 14 (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536)

3) ปัจจัยทางจิตใจ ทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่าอาการของโรคจิตเป็นผลจากความผิดปกติในหน้าที่ของอีโก้ (ego) โดยเฉพาะในขวบปีแรกจะมีผลทำให้เกิดพยาธิสภาพซึ่งเป็นสาเหตุของโรคจิตเภท ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีความไวต่อความเครียดในชีวิตประจำวันมากกว่าคนทั่วไป และเลือกใช้กลไกทางจิตในลักษณะที่ไม่เหมาะสม เช่น การถดถอย การโทษคนอื่น และการแยกตนเอง เป็นต้น เมื่อกลไกเหล่านี้ช่วยลดความกังวลได้ก็จะกลายเป็นพฤติกรรมที่ถาวร นั่นคือเกิดการเรียนรู้ที่ผิดซึ่งจนกลายเป็นพยาธิสภาพและพัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (Taylor, 1994)

4) ปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ จากการศึกษาทางระบาดวิทยา ส่วนใหญ่แสดงให้เห็นว่าโรคจิตเภทพบในหมู่ประชากรที่มีฐานะยากจนมากกว่ากลุ่มที่มีฐานะดี มีสองความคิดคือ เชื่อว่ากลุ่มประชากรที่มีฐานะทางสังคมและระดับเศรษฐกิจต่ำ ต้องเผชิญกับความเครียดมากกว่า แต่มีคนแย้ง

ว่าโรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง เมื่อเป็นแล้วก็จะทำให้สถานภาพทางสังคมและเศรษฐกิจของผู้ป่วยตกต่ำลง

จากสาเหตุที่กล่าวมาพบว่า ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมักมีบุคลิกภาพ โดดเดี่ยวไปในทางที่จะเจ็บป่วยอยู่แล้วคือ ไม่ชอบเข้าสังคม พูดน้อย เก็บตัว ไม่มีเพื่อน ไม่ไว้ใจบุคคลอื่น หวาดระแวง และอารมณ์แปรปรวนง่าย (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536) และจะเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมอย่างมาก โดยทั่วไปผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการนานไม่เกิน 2 ปี มีโอกาสรักษาให้ดีขึ้น แต่โอกาสที่จะกลับเป็นซ้ำก็มีเช่นกัน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545)

1.2 การป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ร่วมกับมีอัตราการป่วยซ้ำสูงดังที่กล่าวมาแล้วปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ การเผชิญกับความบกพร่องและการขาดความสามารถในการดูแลตนเอง (McBride and Austin, 1996) การป่วยซ้ำเป็นปัญหาที่ซับซ้อน ประกอบด้วยปัจจัยหลายปัจจัย ที่มีผลต่อผู้ป่วยและครอบครัว

ความหมายของการป่วยซ้ำ

การป่วยซ้ำ (Relapse) เป็นการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมโดยไม่สามารถควบคุมได้หรือเป็นการกลับมา มีพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก (Sundel and Sundel, 1999)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่บุคคลกลับมาป่วยซ้ำ จนถึงต้องกลับเข้ารับรักษาในสถาบันบำบัดโรคอีก ซึ่งถ้าในเชิงการป่วยด้วยโรคจิต หมายถึง ภาวะสุขภาพจิตของบุคคลนั้นเลวลงจนถึงขั้นเจ็บป่วยด้วยโรคจิตอีก กระทั่งแพทย์ต้องรับเข้าไว้ในโรงพยาบาลอีกครั้ง (ดวงตา อุทุมพฤษทรัพย์, 2533)

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

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทแสดงอาการของโรคอีกครั้งหลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งมีอาการดีขึ้นแล้วและมีอาการแย่ลง ซึ่งการป่วยซ้ำเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีอาการเตือนก่อนเสมอ มีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้และพฤติกรรม ทำให้ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการดูแลตนเอง จนต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล ซ้ำอีกในผู้ป่วยแต่ละ

คนอาการที่แสดงออกแตกต่างกันออกไป และมีลักษณะเฉพาะของแต่ละคน (เพชรี คันธสายบัว, 2544)

การป่วยซ้ำ หมายถึง การที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบจนต้องกลับเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนไว้ก่อนภายใน 28 วัน หลังจากที่แพทย์ได้วินิจฉัยให้จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในเดือนหนึ่งๆ (กรมสุขภาพจิต, 2547)

อาการของการป่วยซ้ำที่พบในผู้ป่วยจิตเภท คือ การนอนหลับถูกรบกวน อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ซึมเศร้าบ่อย ความอยากอาหารลดลง มีอาการทางด้านร่างกาย เช่น รู้สึกไม่สบาย ปวดศีรษะ ท้องผูก และระหว่างที่มีอาการผู้ป่วยมักจะต่อต้านหรือมีความรู้สึกสองฝักสองฝ่าย แยกตัวเอง (Johnson, 1993) ในผู้ป่วยจิตเภทการป่วยซ้ำมักมีอาการเด่นชัดที่เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล มีพยาธิสภาพที่ถาวร จากการที่ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง มีรายงานว่าร้อยละ 60 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำภายในเวลา 3 สัปดาห์เมื่อมีเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดเกิดขึ้น และนอกจากนี้ลักษณะของครอบครัวที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ก็เป็นปัจจัยที่สำคัญต่อการป่วยซ้ำ (Sadock and Sadock, 2000)

ป่วยซ้ำมีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม ที่ไม่สามารถควบคุมได้ในสิ่งแวดล้อมปกติ หรือเป็นการกลับมามีอาการที่ไม่พึงประสงค์ซ้ำอีก และในสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการที่มีพฤติกรรมผิดปกติ บุคคลไม่สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ หรือมีความสามารถลดลงจากแบบแผนของของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม (Kennedy, Scheep and O'Connor, 2000) นอกจากนี้ การป่วยซ้ำยังเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มักมีอาการเตือนเสมอ

อาการที่เกิดขึ้นก่อนการป่วยซ้ำ ในระยะแรกเป็นอาการไม่ใช่อาการทางจิต แต่เป็นอาการแสดงที่เตือนให้รู้ว่ากำลังจะมีอาการทางจิตเกิดขึ้น ที่พบบ่อยได้แก่ นอนไม่หลับ เครียด วิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคมและไม่มีสมาธิ ซึ่งอาการเหล่านี้เกิดขึ้นก่อนมีอาการป่วยซ้ำเป็นวันหรือเป็นสัปดาห์ก็ได้ เป็นอาการที่พบได้ปกติของแต่ละบุคคล มีลักษณะเฉพาะ (Fox and Kane, 1996)

สถิติของการป่วยซ้ำที่พบในผู้ป่วยจิตเภท

มีการศึกษาถึงอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ได้รับการรักษามีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 60-80 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียวมีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 15-40 ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการรักษาด้วยยาร่วมกับการให้ความรู้และการเสริมทักษะทางสังคมแก่ครอบครัว มีอัตราการป่วยซ้ำร้อยละ 0-20 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการป่วยซ้ำเมื่อหยุดยาร้อยละ 80 และป่วยซ้ำในขณะที่รับการรักษาด้วยยาร้อยละ 30 จากสถิติ

กรมสุขภาพจิต พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยจิตเภท และจากการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาในโรงพยาบาล พบว่าระยะเวลาที่อยู่บ้านของผู้ป่วยเป็นตัวชี้วัดที่สำคัญ ที่แสดงถึงการประสบความสำเร็จหรือล้มเหลวในการอยู่ในชุมชน

ผลกระทบของการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

การป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการกลับมามีอาการทางจิตซ้ำอีก หลังจากที่ได้รับการรักษาจนกระทั่งสามารถกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวได้แล้ว ซึ่งในการป่วยซ้ำแต่ละครั้งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างมาก ทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ พอสรุปได้ดังนี้

1) ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย

จากลักษณะของโรคเป็นโรคเรื้อรัง มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี การป่วยซ้ำบ่อยๆ ทำให้มีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และมีโอกาสเกิดขึ้นอย่างฉับพลัน นอกจากนี้ยังพบอีกว่าภาวะเสี่ยงที่จะเกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว หลังจากมีการป่วยซ้ำครั้งที่สอง (Sadock and Sadock, 2000) ซึ่งทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยลดลงร่วมกับมีผลต่อความคิด ความเชื่อในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำด้วย ถึงแม้ว่าปัจจุบันมีวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้นก็ตาม แต่ก็ยังพบว่าเมื่อมีเพียงร้อยละ 10-15 ของผู้ป่วยจิตเภทเท่านั้นที่รักษาแล้วมีอาการดีขึ้นภายใน 1 ปี ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษามีอาการป่วยซ้ำร้อยละ 60-70 (Sadock and Sadock, 2000)

การป่วยซ้ำมีผลกระทบต่อผู้ป่วย โดยทำให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ และถ้าผู้ป่วยบ่อยมีโอกาสมักจะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น

2) ผลกระทบต่อครอบครัว

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

การป่วยซ้ำมีผลกระทบอย่างมากต่อครอบครัว ทำให้รู้สึกเป็นภาระ ส่งผลต่อการแสดง อารมณ์ไม่ดี ทำให้มีการติดต่อกับสื่อสารภายในครอบครัวไม่ดี เกิดความตึงเครียดเป็นสาเหตุของการ แสดงอารมณ์สูง (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี, 2536)

1.3 การดำเนินของโรค

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรค จะเกิดขึ้นช้า ๆ แรก ๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่สังเกตหรือเห็นความสำคัญ และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึง เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ คือ (สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 2536)

1.3.1 หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก

1.3.2 หายโดยกลับเป็นอีก

1.3.3 หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้อง ได้รับการช่วยเหลือ

1.3.4 เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของ ผู้ป่วยโรคจิต

1.3.5 มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1) ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการมาหลายปีก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทัน สังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัว เองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาใน เรื่องการเรียน และขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการ เสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ตามปกติลดลงเรื่อยๆตามระยะเวลาที่ผ่านมา จะเกิด อาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะๆ (Kaplan & Sadock, 1995) จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทจะเกิดการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอน ไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดีและอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz, Glazer, Mirza, Mostert, & Hafex, 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน

2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) เมื่อเกิดอาการกำเริบจะเกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมึพุดติกรรมแปลกๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่อาการกำเริบรุนแรงเป็นพักๆ จะ ปรากฏขึ้นเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนานมีความเสื่อมในด้านต่างๆ ตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัว

รอคูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยมีสาเหตุส่งเสริมมาจากการซื้อยากินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิตจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรกแล้วอาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล และคณะ, 2543) ในระยะนี้ กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่ายและความเครียดนี้เองจะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ และการฆ่าตัวตาย

1.4 อาการและการแสดง

จำแนกกลุ่มอาการที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทไว้ 8 กลุ่มดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

1.4.1. บกพร่องในรูปแบบของความคิด (Disturbances in form of thought) เช่น มีกระแสคำพูดไม่ต่อเนื่อง ข้อความขาดความสัมพันธ์กัน (looseness of associations) ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ข้อความที่พูดขาดคุณภาพและมีการใช้หลักภาษาผิด (poverty of content) หรือบางครั้งมีการใช้ภาษาที่แปลกๆ ไม่ใช่ภาษาพูดที่บุคคลใช้ในการสื่อสารกันโดยทั่วไป (neologisms) และอาจพบผู้ป่วยมีการใช้คำพูดบางคำซ้ำๆ หรือเป็นความคิดเดิมๆ (preservation) ร่วมกับการหยุดพูดไปกะทันหัน (blocking) เหมือนนึกไม่ออกว่าจะพูดอะไรต่อไป

1.4.2. บกพร่องในเนื้อหาของความคิด (Disturbances in content of thought) ข้อมูลส่วนนี้ประเมินจากเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูดออกมา มีเนื้อหาที่แสดงถึงความนึกคิดที่หลงผิด (delusion) ความคิดหลงผิดทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ ตามจริง (lack of insight)

1.4.3. บกพร่องในด้านการรับรู้ (Disturbances in perception) เป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ที่ผิดปกติหรือที่เรียกว่าอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้สิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าที่เกิดขึ้นจริง ซึ่งต่างจากการแปลผิด (illusion) เพราะการแปลผิดมีสิ่งเร้าจริงแต่ผู้ป่วยแปลหรือเห็นเป็นอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยเห็นสายน้ำเกลือแล้วบอกว่าเป็นงูมาพันอยู่ที่ข้อมือ การรับรู้ผิดปกติพบได้ทางระบบประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ระบบได้แก่

1) ระบบการรับเสียง ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาเรียก เสียงคนมาด่าว่า เรียกว่าอาการประสาทหลอนทางหู (Auditory hallucination) เป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท

2) ระบบการรับภาพ ผู้ป่วยบอกว่าหรือทำท่าที่เห็นว่าเห็นภาพบางอย่าง โดยไม่มีภาพจริงๆ เรียกว่าประสาทหลอนทางตา (Visual hallucination)

3) ระบบรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่าง เช่น แมลงตัวเล็กๆ มาเดินไต่อยู่ตามตัวหรือตามผิวหนัง เรียกว่าประสาทหลอนทางผิวหนัง (tactile hallucination)

4) ระบบการรับกลิ่น ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้กลิ่นบางสิ่งบางอย่าง ส่วนมากเป็นกลิ่นแปลกๆ ที่ไม่เคยได้กลิ่นมาก่อน เรียกว่าประสาทหลอนทางกลิ่น (Olfactory hallucination)

5) ระบบการรับรส ผู้ป่วยรู้สึกว่าลิ้นของตนเองได้รับรสแปลกๆ ส่วนมากเป็นรสที่ตนเองไม่พอใจ เรียกว่าประสาทหลอนทางการรับรส (Gustatory hallucination)

1.4.4 การบกพร่องในด้านอารมณ์ (Disturbances in affect) มีการแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์ (inappropriate affect) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมามาก (labile) ไม่แสดงออกของอารมณ์ ไม่แสดงความรู้สึก สีหน้าเรียบเฉย (blunt หรือ flat affect) หรือมีอาการไร้อารมณ์ (apathy)

ข้อควรระวังในการรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ คือ ต้องแยกระหว่างอาการที่เกิดขึ้นจริง กับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา Neuroleptic เพราะยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีท่าที่เฉยเมยไม่แสดงอารมณ์ (masked face) และเดินตัวแข็งๆ

1.4.5 บกพร่องในการรับรู้ตนเอง (Disturbances in sense of self) หรือสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of ego boundaries) ผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นจากการกระทำที่ไม่เหมาะสมหรือแปลก การแก้ปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยไม่อาจทำนายได้ ผู้ป่วยทำกริยาเหมือนเอกลักษณ์ต่างๆ ของผู้อื่นที่อยู่รอบตัวมาผสมรวมเป็นกริยาของตนเอง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพูดบางสิ่งที่เหมือนว่าผู้ป่วยเป็นอีกคนหนึ่งที่ไม่ใช่คนเดิม (depersonalization) โดยตัวผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจและไม่รู้ตัวจึงเหมือนผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความเป็นจริง

1.4.6 บกพร่องในการเสริมสร้างกำลังใจ (Disturbances in volition) ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่มีความหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ไม่รู้ว่าแต่ละวันควรทำหรือต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในการทำงานและการจัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมสันตนาการต่าง ๆ อาการเหล่านี้เกิดร่วมกับความรู้สึกที่เรียกว่าสองจิตสองใจ (ambivalence) ในลักษณะเข้าไปเผชิญหรือหลีกเลี่ยง (approach-avoidance) มีความรู้สึกสองอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำนองเดียวกับรักและเกลียดในบุคคลคนเดียววัน มีผลให้ผู้ป่วยสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้ว่าควรทำอะไร

1.4.7 บกพร่องในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ (Disturbances in relationship) ผู้ป่วยจะค่อยๆ สูญเสียความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัวความรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว (withdrawal) โดยแยกตัวเองออกจากสังคมทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สร้างโลกขึ้นมาเองในจินตนาการ ตอบสนองความต้องการทางจิตใจให้ตนเองด้วยความฝันหรือจินตนาการ (fantasy) เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะยิ่งปรับตัวเข้ากับผู้อื่นยากและมีความคิดเป็นแบบ autistic คือคิดหรือกำหนดสิ่งต่างๆ ด้วยตนเองโดยไม่สนใจต่อกฎเกณฑ์หรือความเป็นจริงในสังคมรอบตัว

1.4.8 บกพร่องในด้านการเคลื่อนไหว (Disturbances in motor behavior) อาจเป็นแบบเคลื่อนไหวหรือมีการกระทำมาก (overactivity) และแบบไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือไม่ต้องการทำอะไร (inactivity) มีการกระทำท่าทางเสริมแปลกๆ (bizarre mannerisms) บางรายตื่นเต้นก้าวร้าว (aggressive) บางรายนั่งเฉยๆ โยกตัวไปมาเป็นจังหวะ (pacing and rocking) หรือบางรายไม่พูด ไม่เคลื่อนไหวหรือจับให้อยู่ท่าใดก็อยู่เช่นนั้น (catatonic)

1.5 การรักษา

การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล จะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้ (มาโนช หล่อตระกูล, 2548)

- มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวชซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆ ที่มีปัญหามากนอกเหนือไปจากเรื่องยาระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาลโดยเฉลี่ยประมาณ 3 – 6 สัปดาห์

1.5.1 การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่กลับมามีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อยๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

การรักษานั้นอาจแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง

1) ระยะควบคุมอาการ (Acute phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่อาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (Sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้นต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ chlorpromazine

300–500 มก/วัน หรือ haloperidol 6 – 10 มก/วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการวุ่นวายมากอาจให้ benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการโรคจิตยังไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

2) ระยะเวลาให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบลงแล้ว (Stabilization phase) ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่องเพื่อควบคุมอาการต่อไป ยารักษาโรคจิตที่ใช้ควรให้ขนาดเท่าเดิมต่อไป อีกนาน 6 เดือน การลดยาลงเร็วหรือหยุดยาในช่วงนี้อาจทำให้อาการกำเริบได้

3) ระยะเวลาการคงที่ (Maintenance phase) เป็นช่วงที่ผู้ป่วยอาการทุเลาลงแล้วแต่ยังคงต้องให้ยาต่อเนื่องเพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรก โดยทั่วไปจะค่อยๆ ลดยาลง จนถึงขนาดต่ำสุดที่คุมอาการได้ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 100–300 มก.ของ chlorpromazine ต่อวัน ในผู้ป่วยที่ไม่ชอบรับประทานยา อาจใช้ยาชนิดประเภท long acting ระยะเวลาในการรักษานั้น ส่วนใหญ่เห็นว่าในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรกนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากผู้ป่วยมีอาการกำเริบครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy)

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นผลไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้ยังขอใช้ในผู้ป่วยชนิด catatonic หรือผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาจิตสังคม

การบำบัดด้านจิตสังคมนี้เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วยมักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวเขากับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้วปัญหาทางด้านสังคมก็ยังคงมีอยู่หากผู้รักษามีได้สนใจช่วยเหลือแก้ไข นอกจากนี้อาการบางอย่าง เช่น อาการด้านลบ หรือภาวะท้อแท้หมดกำลังใจ ไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้รักษาจะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะเข้าใจและช่วยเหลือเขาได้ในทุกด้าน มิใช่เป็นเพียงผู้รักษาโรคเท่านั้น

1) จิตบำบัด (psychotherapy) ใช้วิธีการของจิตบำบัดชนิดระดับประคองผู้รักษา ฟังตั้งเป้าหมายตามที่เป็นจริงและผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติได้ เช่น ช่วยผู้ป่วยในการหาวิธีแก้ปัญหาในแบบอื่นๆ ที่เขาพอทำได้ ให้คำแนะนำต่อปัญหาบางประการในฐานะของผู้ที่มีความรู้มากกว่า ช่วยผู้ป่วยค้นหาว่าความเครียดหรือความกดดันอะไรที่เขามักทนไม่ได้ เป็นต้น

2) การให้คำแนะนำปรึกษาแก่ครอบครัว (family counseling or psycho education) ผู้ปกครองมักเข้าใจว่าเป็นเพราะตนเองไม่ตั้งใจทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิต เกิดความรู้สึกผิด หรือกล่าวโทษตนเอง นอกจากนี้บางครั้งครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจเป็นการไปเพิ่มความกดดันแก่ผู้ป่วย ทั้งสองกรณีนี้การทำครอบครัวบำบัดหรือให้ความรู้ในเรื่องโรค ทั้งสิ่งที่ญาติควรปฏิบัติต่อผู้ป่วย จะช่วยได้เป็นอย่างดี

3) กลุ่มบำบัด (group therapy) เป็นการจัดกิจกรรมกลุ่มระหว่างผู้ป่วยโดยส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกว่ามีเพื่อน มีคนเข้าใจ ไม่โดดเดี่ยว มีการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาและให้คำแนะนำแก่กัน ฝึกทักษะทางสังคม เน้นการสนับสนุนให้กำลังใจ

4) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลเพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วยการจัดกิจกรรมต่างๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารเป็นแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่พอทำได้เพื่อส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเองของผู้ป่วย

1.6 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

1.6.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมหิวกระหายอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ไม่รับประทานยา ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2) การพยาบาลด้านความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นในขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จำเป็นต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรมพยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ควรมีการให้รางวัล การให้คำชมเชย เป็นต้น

1.6.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการพิจารณาปัญหาจากการประเมิน ซึ่งสามารถจำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว โดยเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อน-หลังของปัญหา มีการวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาลและประเมินผลการพยาบาล

1) การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่างๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่วไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยถูกนำส่งโรงพยาบาล

- ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายที่เหมาะสมกับสภาพการณ์หรือไม่ นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ (water intoxication) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใช้ยาต้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้ง กระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทัน เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

- ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องตั้งทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ว่าผู้ป่วยมีภาวะความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติของการรับรู้ว่ามีหรือไม่ ลักษณะใด มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลา ที่ทำให้ผู้ป่วยหมกมุ่นอยู่กับการสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้นๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง

- ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัว เนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้คนจะมาทำร้าย นอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีความวิตกกังวลมากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ ต้อง

เคลื่อนไหวตลอดเวลา มีพฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่น อาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น เนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

- ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือไม่ พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอน จะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่นก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้อื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมีเพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

2) การวินิจฉัยการพยาบาล ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท

3) การวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้นและแผนการพยาบาลระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วย และคนอื่น ๆ ในชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาลง่ายขึ้น

5) การประเมินผลการพยาบาล เป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่ เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้นๆ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่างๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุมในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคม และสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

1.7 การพยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามากระตุ้น ทำให้เกิดผลกระทบมากมายทั้งต่อตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว ดังนั้นการให้การ

พยาบาลเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำควรให้มีการพยาบาลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวไปพร้อมๆ กัน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความเข้าใจตรงกันสามารถปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ

1.7.1 ให้คำแนะนำแก่ครอบครัวเกี่ยวกับ ปัจจัยที่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำเพื่อให้ครอบครัวสามารถเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยได้เมื่อมีปัญหา เนื่องจากครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วย (Sadock & Sadock, 2000)

1.7.2 การวางแผนการสอนก่อนการจำหน่าย โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยมารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อเป็นการฝึกทักษะทางสังคมให้แก่ผู้ป่วย ฝึกการทำงาน ฝึกทักษะการเผชิญและการจัดการกับปัญหา ร่วมกับแนะนำให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ ที่เกี่ยวข้องกับด้านสุขภาพ สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมของผู้ป่วย

1.7.3 ให้การพยาบาลผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน เกี่ยวกับการสังเกตอาการของตนเอง โดยให้คำแนะนำที่เน้นเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำ เพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงอาการที่เปลี่ยนแปลงไป และมารับการรักษาทันทีก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำ

1.7.4 จัดทำกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน สามารถจัดการกับปัญหาหรืออาการที่เกิดขึ้นก่อนที่จะมีอาการป่วยซ้ำได้อย่างเหมาะสม

การป้องกันการป่วยซ้ำควรทำไปพร้อมๆ กันกับการรักษา เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพเป็นการปฏิบัติที่ซับซ้อน ที่จะนำไปสู่การตัดสินใจ ดังนั้นการนำพฤติกรรมการเรียนรู้ (Cognitive behavior) มาอธิบายการป่วยซ้ำ โดยเริ่มจากภาวะเสี่ยงที่จะป่วยซ้ำ ถ้าผู้ป่วยสามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความคิด ความรู้สึกต่อตนเองดีขึ้น สามารถลดอาการป่วยซ้ำได้ แต่ในทางกลับกันถ้าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการกับปัญหาได้ ทำให้มีความรู้สึกต่อตนเองลดลง เริ่มกลับไปมีอาการหรือมีความประพฤติก่อนเดิมอีก มีโอกาสสป่วยซ้ำเพิ่มขึ้น (Marlatt & Gordon, 1985 cited in Taylor, 1995)

แนวทางในการป้องกันเพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทลง ซึ่งสามารถป้องกันได้ 3 ระยะ คือ

1. ระยะก่อนการมารับการรักษาซ้ำเป็นระยะของการป้องกันผู้ป่วยกลับมารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ตั้งแต่แผนกผู้ป่วยนอก ดังนี้

- 1) สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายบุคคล ในขณะที่ผู้ป่วยรอพบแพทย์
- 2) สุขภาพจิตศึกษาเป็นรายกลุ่ม โดยใช้กระบวนการกลุ่ม เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกันในกลุ่มผู้ป่วย
- 3) การให้สุขภาพจิตแบบมวลชน เช่น การใช้เสียงตามสาย

2.ระยะที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เมื่อผู้ป่วยมีอาการป่วยซ้ำจนต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล ควรมีการป้องกันโดยมีการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ญาติผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องต่อเนื่องจากโรงพยาบาล รวมทั้งการให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ภายหลังการประเมินปัญหาและสาเหตุของการป่วยซ้ำอย่างละเอียด เพื่อป้องกันการมารักษาซ้ำอีก และให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวหรือการทำครอบครัวบำบัดแบบประคับประคอง ซึ่งขึ้นอยู่กับปัญหาของแต่ละครอบครัว

3. ระยะกลับสู่ชุมชนเป็นการฟื้นฟูสภาพร่างกาย จิตใจ สังคมเตรียมความพร้อมด้านการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนและการฝึกงาน มีการติดตามดูแลด้านสุขภาพจิตและการรักษาด้วยยา การหาสิ่งสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนและชุมชนของผู้ป่วย (Marvin & Stephen, 2002)

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

- 1) การแยกแยะสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการป่วยซ้ำ
- 2) พัฒนาทักษะการเผชิญความเครียด หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย เช่น การใช้เทคนิคการผ่อนคลาย การหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียด
- 3) ฝึกทักษะการเผชิญปัญหาทั้งในด้านความคิดประสบการณ์จริง
- 4) พัฒนาแบบแผนการเผชิญกับความล้มเหลว โดยการสนับสนุนทางสังคมด้วยการให้แรงเสริมทางบวก

1.8 บทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูงในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1.8.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

Evan (1992, อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) กล่าวว่า การพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวช (Mental health and psychiatric nursing) เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่ง ซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแลรักษา ฟื้นฟูสมรรถภาพ ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนและเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก และสามารถประยุกต์ความรู้ ความเข้าใจดังกล่าวในการปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างเหมาะสมกับผู้รับบริการเฉพาะราย

Leininger (1994 อ้างใน อรพรรณ ลีอนุชวณิช, 2545) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นศาสตร์และศิลป์ที่เกิดจากการเรียนรู้ เน้นที่พฤติกรรม หน้าที่และกระบวนการส่วนบุคคลที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการส่งเสริมและคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพหรือการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วย ซึ่งเป็นการ

กระทำที่เป็นการตัดสินใจของพยาบาล ในการยอมรับคำนิยาม ความเชื่อทางวัฒนธรรมที่สอดคล้องกับพฤติกรรมสุขภาพ การพยาบาลเป็นบริการวิชาชีพที่ประสานระหว่างการแพทย์แผนปัจจุบันและการดูแลพื้นบ้าน เพื่อให้ผู้รับบริการบรรลุเป้าหมายการเป็นคืออยู่ดี การมีภาวะสุขภาพที่ดีและมีความพึงพอใจในการดูแลที่ได้รับ เพื่อให้การดูแลมีความสอดคล้องกันระหว่างวัฒนธรรม การรักษาพยาบาลแผนใหม่กับการดูแลด้วยระบบวัฒนธรรมพื้นบ้าน

Mereness and Taylor (1978) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลจิตเวชว่าเป็นกระบวนการที่พยาบาลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการมีความสามารถต่อไปนี้ คือ

- 1) รับรู้เกี่ยวกับตนเองดีขึ้น
- 2) สร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคลที่ผสมกลมกลืนระหว่างพยาบาลและผู้รับบริการ ช่วยให้ผู้รับบริการมีบทบาทในการทำประโยชน์ให้แก่สังคมได้ดีขึ้น

Travelbee (1973) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล โดยเน้นการส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันหรือดูแลผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตและหาสาเหตุของพฤติกรรมผิดปกติในผู้ป่วยทั้งรายบุคคล ครอบครัวและชุมชน

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือ ผู้ใช้บริการครอบครัวและชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งมีความเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ ตลอดจนมีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

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

1.8.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

1) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การพยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้เข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติ ของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือ ผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกลงในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

3) พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอน ดังนี้

- วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

- กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและ ระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้น ๆ

- กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการและครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางพยาบาลที่ตั้งไว้

- ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆ ที่ตามมา

- ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคูณค่าของผลลัพธ์อื่นๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

- จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลางมุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคนในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้านกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ โดยครอบคลุมบทบาทพยาบาลผู้ปฏิบัติการขั้นสูง

1.8.3 บทบาทการปฏิบัติการขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

1) บทบาทผู้ปฏิบัติที่ให้การพยาบาลโดยตรง (APN' s Role :Direct Clinical Practice) คือ จะต้องเป็นผู้ให้การปฏิบัติการทางคลินิก ซึ่งเป็นการพยาบาลโดยตรงระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีลักษณะการปฏิบัติการพยาบาลที่เป็นอิสระ และมีความโดดเด่น มีการขยายความรู้ด้านการพยาบาล มีการพัฒนาวิชาชีพให้การพยาบาลเฉพาะกลุ่มที่ซับซ้อน ต้องมีการใช้ความรู้และทักษะใหม่ๆ มาใช้ในการปฏิบัติงานขั้นสูง และแสดงบทบาทที่เด่นชัดในการให้การพยาบาลโดยตรง ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีและมีการบูรณาการผลการวิจัย ทฤษฎีทางการพยาบาล และทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในการตัดสินใจและให้บริการ (ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ, 2549)

คุณลักษณะ 5 ประการของ Direct Clinical Care (ทัศนีย์ ประสภกิตติคุณ, 2549)

- การให้การพยาบาลแบบองค์รวมได้ลึกกว่าระดับพื้นฐาน
- ทำบทบาทในการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการดูแลสุขภาพผู้ป่วยอย่างมีคุณภาพ
- ใช้ความรู้ ทักษะ ในการพิจารณา และตัดสินใจทางคลินิก
- ใช้ Research evidence เป็นแนวทางในการปฏิบัติ
- ใช้วิธีการ approach เกี่ยวกับสุขภาพและจัดการกับความเจ็บป่วย

การจะเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง จะต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความชำนาญในการปฏิบัติงานมากกว่าพยาบาลทั่วไป มีทักษะในการสอน ชี้นำแก่บุคคลและครอบครัว มีทักษะในการให้คำปรึกษา ประสานความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ทั้งในและนอกทีมสุขภาพ มีการวางแผนการดูแลอย่างมีเป้าหมายในผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน จะต้องปฏิบัติงานโดยใช้หลักฐานและผลงานวิจัยมารองรับ มีการผสมผสานวิธีการหลายๆ แบบ เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติ และให้เกิดการยอมรับจากบุคคลอื่น

การนำความรู้ไปพัฒนาตนเอง สามารถให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหายุ่งยากซับซ้อน หรือผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤตทางจิตเวช จึงจำเป็นต้องใช้ความรู้ ความสามารถ และผู้ที่มีความเชี่ยวชาญด้านคลินิกโดยตรง คือ

- ต้องดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม มองคนทั้งคนในด้านสุขภาพกาย ใจ และจิตวิญญาณ และสนับสนุนให้บุคคลเหล่านั้นสามารถดูแลตนเองได้
- ให้บริการแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชน โดยให้มีส่วนร่วมในการที่จะดูแลสุขภาพของตนเอง และมีรูปแบบการตัดสินใจที่เด่นชัด ในการแก้ปัญหาได้ถูกต้องและเหมาะสม
- เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการบำบัดทางจิตแก่พยาบาลและบุคลากรในทีมสุขภาพ
- เป็นผู้ดำเนินการวิจัยและการมีส่วนร่วมในการวิจัย โดยใช้ Research evidence เป็นรูปแบบในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อเข้าถึงภาวะสุขภาพและจัดการความเจ็บป่วย ติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่ และนำผลงานวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล
- เป็นผู้ประสานงานให้ความช่วยเหลือ และรับปรึกษาแก่บุคลากรในทีมสุขภาพทั้งในและนอกโรงพยาบาล เพื่อติดตามการดูแลผู้ป่วยหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในระบบ Home Health Care เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

2) บทบาทในการให้ความรู้ (Education for APN)

ให้ความรู้กับผู้ป่วย ครอบครัว นักศึกษาและบุคลากรอื่น เป็นการให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อปรับปรุงภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันการเจ็บป่วย และส่งเสริมสุขภาพให้ดีขึ้น ต้องมีความรู้ ความชำนาญ และทักษะในงานของตน และมีการสร้างเครือข่ายระหว่างผู้ที่มีความรู้ ความสามารถเฉพาะทาง เพื่อแลกเปลี่ยน สามารถถ่ายทอดความรู้ของตนได้ มีความสนใจที่จะติดตามหาความรู้เพิ่มเติมเพื่อพัฒนาตนเองอยู่ตลอดเวลาในด้านการดูแล Best Practice ต้องทันสมัยและนำความรู้ที่ได้มาประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานต่อไป

3) บทบาทการเป็นผู้วิจัย / ใช้ผลงานวิจัย (Researcher Competencies for APNs)

ผู้ปฏิบัติการขั้นสูง ต้องมีบทบาทเป็นผู้ดำเนินการวิจัย และมีส่วนร่วมในการวิจัย ติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง เผยแพร่และนำผลการวิจัยมาใช้ในการปรับปรุงคุณภาพการพยาบาล ประยุกต์งานวิจัยให้สอดคล้องกับงานด้านจิตเวช และนำผลการวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย เพื่อพัฒนาโปรแกรมลงไปสู่การปฏิบัติอย่างมีรูปแบบ และใช้ Intervention ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและญาติ

4) บทบาทด้านการเป็นผู้ให้คำปรึกษา (Consultant)

การเป็นผู้ให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้มีปัญหาทางจิต และใช้รูปแบบการปฏิบัติการพยาบาลในผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตรุนแรง ยุ่งยากซับซ้อน ซึ่งผู้ให้คำปรึกษาจะต้องมีความชำนาญเฉพาะเรื่องใดเรื่องหนึ่ง ผู้ขอรับคำปรึกษาจะขอความช่วยเหลือในการแก้ปัญหา โดยเชื่อว่าปัญหานั้นอยู่ในขอบเขต ความเชี่ยวชาญของผู้ให้คำปรึกษา (Caplan, 1993 อ้างในปิยาณิ คคล้ายนิล, 2549) รวมทั้งวางแผนหรือเข้าร่วมในการประชุมปรึกษา หรือตรวจเยี่ยมอาการผู้ป่วยกับบุคลากรในทีมสุขภาพ รวมไปถึงตัวผู้ป่วยและญาติ เป็นการประสานบทบาทผู้ชำนาญทางคลินิก ผู้ใช้ผลงานการวิจัย และถ่ายทอดความรู้ โดยใช้ทักษะการแก้ปัญหาที่มีเหตุผล โดยให้ผู้รับคำปรึกษามีแนวทางในการปฏิบัติที่เหมาะสม ต้องมีการพัฒนาทักษะต่างๆ โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษา ต้องมีความรู้ความชำนาญ ซึ่งการทำงานเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวชจำเป็นต้องใช้บทบาทการให้คำปรึกษาก่อนข้างมาก

5) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change Agent)

การปฏิบัติการพยาบาลให้มีคุณภาพ ต้องมีการพัฒนางานให้เกิดขึ้นใหม่ที่ดียิ่งกว่าเดิม และเกิดประโยชน์ต่อการทำงาน พยาบาลจะต้องเป็นผู้ที่มีความชำนาญและตัดสินใจในระดับที่ยากขึ้นในผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อน ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมที่ยากขึ้น ผู้นำในการเปลี่ยนแปลง ต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีต่อการเปลี่ยนแปลง ต้องมีมุมมองที่กว้าง มุ่งที่ระบบ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดต่อผู้ใช้บริการ มีความสามารถในการสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพ ประสานความร่วมมือในทีมสุขภาพ สามารถวิเคราะห์และแก้ไขปัญหา จัดการเก็บความขัดแย้ง ขอมรับกับความล้มเหลวที่อาจเกิดขึ้นได้

การนำความรู้ที่จะไปพัฒนาตนเองในบทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลงนั้น

- ต้องเป็นผู้ที่มีความคิดริเริ่มนโยบายที่เป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วย/ครอบครัวที่อยู่ในความรับผิดชอบของตนเอง โดยมีการปรึกษากับผู้บังคับบัญชา ในการจัดกิจกรรมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อเสริมสร้างความสามารถและความมั่นใจในการดูแลเพิ่มขึ้น
- ปรึกษากันระหว่างผู้นำหรือผู้บังคับบัญชา ในการค้นหาแนวทางการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ และแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น เพื่อการปรับปรุงและพัฒนางานให้ดียิ่งขึ้น

6) บทบาทด้านการตัดสินใจเชิงจริยธรรม (Ethical Role in APN)

การปฏิบัติการพยาบาลและการปฏิบัติโดยยึดหลักคุณธรรม จริยธรรม จรรยาบรรณวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง ในการปฏิบัติการพยาบาลมักจะประสบปัญหาเชิงจริยธรรมเสมอ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องพัฒนาบทบาทด้านจริยธรรม เพื่อให้เกิดความสามารถในการตัดสินใจอย่างเหมาะสม เมื่อเกิดปัญหาต้องมีการวางแผน แก้ไข พัฒนาความรู้เชิงทฤษฎี หลักการ

จริยธรรมทางวิชาชีพ กฎหมายวิชาชีพและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง เพื่อสร้างความเข้มแข็งเชิงจริยธรรม รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยการ

- ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการดูแลและบำบัดที่ถูกต้องเหมาะสม สนับสนุนให้ครอบครัวมีโอกาสร่วมตัดสินใจในแผนการรักษา

- มีส่วนร่วมกับทีมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนแผนการรักษา การทักท้วง ชัยยัง เหตุการณ์ที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย

- ประสานประโยชน์ให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวในเรื่องค่าใช้จ่าย แหล่งประโยชน์ที่บริการที่ได้รับ

7) บทบาทด้านการประสานความร่วมมือ (Collaboration Pole in APN)

บทบาทประสานความร่วมมือบุคลากรทีมสุขภาพ เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย มีการเลือกทีมงานที่เหมาะสม และเลือกบุคคลที่มีทัศนคติที่ดีต่อการปฏิบัติงาน ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ความรู้ ความเชี่ยวชาญ เพื่อนำไปสู่การวางแผน ดังนั้น จะต้องมีการพัฒนาบทบาทผู้ประสานความร่วมมือ ในการดูแลผู้ป่วยร่วมกันสำหรับทีมสุขภาพ และทีมสหวิชาชีพ เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติให้มีประสิทธิภาพสูงสุด

8) บทบาทในการประเมินผลลัพธ์ด้านการปฏิบัติการพยาบาล (Evaluation of nursing outcome)

บทบาทนี้ APN จะต้องเป็นผู้ทำให้เกิดการประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล เพื่อปรับปรุง และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (สายพิณ เกษมกิจวัฒนา, 2549) โดยมีการวางแผน กำหนดวัตถุประสงค์เลือกเครื่องมือที่นำมาใช้ มีแบบการประเมิน ถ้ามีความผิดพลาดหรือประสบผลสำเร็จ ควรนำมาปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ใช้บริการมากที่สุด ดังนั้นจึงต้องมีการพัฒนาเพื่อให้เกิดการปฏิบัติการพยาบาลที่เหมาะสม

9) บทบาทด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาล (Quality Assurance)

การประกันคุณภาพพยาบาลให้มีประสิทธิภาพสูงสุดและคุ้มค่า คือ สามารถเป็นที่ปรึกษา โครงการประกันคุณภาพในระดับองค์กร ปรับปรุงมาตรฐานการพยาบาล โดยจะต้องมีการประเมินการปฏิบัติการพยาบาล ระบุปัญหาและแก้ไขข้อบกพร่อง มีการสร้างนวัตกรรมทางการพยาบาล มีการคิดค้นเทคนิควิธีการใหม่ๆ มาใช้ในการแก้ปัญหาให้กับผู้ป่วย เพื่อพัฒนาคุณภาพ และนำไปสู่ความเป็นเลิศทางการพยาบาล การเป็น APN จะต้องมีความรู้เรื่องการบวนการประกันคุณภาพ คิดอย่างเป็นระบบ มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ในการการพัฒนาคุณภาพบริการ

2. แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วย รวมถึงความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยและการกระทำอันเป็นการป้องกันเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลตนเองที่พอสรุปได้ดังนี้

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้อ Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้ โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดการดูแลเป็นการเรียนรู้อย่างหนึ่งที่เริ่มพัฒนาขึ้นในวัยเด็กและจะค่อย ๆ พัฒนาขึ้นแบบสมบูรณ์ในวัยผู้ใหญ่ โดยอาศัยปัจจัย 3 ประการ ได้แก่

- 1) ความรู้
- 2) เจตคติ ความเชื่อ ค่านิยม แรงจูงใจ
- 3) ทักษะ

ซึ่งพัฒนามาจากพลังมนุษย์ (Human Agency) นั่นคือบุคคลจะสามารถริเริ่ม และมีการดูแลตนเองได้นั้น จะต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง มีเจตคติเกี่ยวกับสุขภาพ มีทักษะในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง เมื่อใดที่มีความสามารถในการดูแลตนเอง ก็จะเกิดกิจกรรมในการดูแลตนเองขึ้น แต่เมื่อใดที่การดูแลถูกจำกัด (Self-care Limitation) ซึ่งอาจจะเป็นผลจากการถูกจำกัดในความรู้ ความชำนาญ หรือขาดแรงจูงใจก็ตาม กิจกรรมการดูแลตนเองก็จะไม่เกิดขึ้น

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) กล่าวว่าความหมายของการดูแลตนเองตามทัศนะของ Orem (2001) เป็นการปฏิบัติกิจกรรม โดยบุคคลริเริ่มเพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีและสวัสดิภาพของตนเองไว้ เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลของผู้ใหญ่ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง บุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเฉพาะสิ่งที่มีความหมายสำหรับตัวเขา หรือเฉพาะสิ่งที่เขาคาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่สร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้และให้ผลในการรักษาดังต่อไปนี้

- 1) สนับสนุนขบวนการต่างๆของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ต่างๆ ตามปกติ
- 2) ดำรงรักษาให้การเจริญเติบโตพัฒนาการและการมีวุฒิภาวะเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม
- 3) ป้องกันควบคุมการเกิดโรคและการบาดเจ็บรวมทั้งการบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
- 4) ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้นหรือลดเซชความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว

สมุณณา บุญชัย (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุก

สรุปความหมายได้ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กระบวนการที่บุคคลกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยความตั้งใจ สม่ครใจ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคดำรงไว้ซึ่งสุขภาพสวัสดิภาพและความผาสุกของตน

2.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง Hill & Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ส่วนรัชนิบูล เศรษฐภูมิรินทร์ (2542) กล่าวถึงการดูแลตนเองประกอบด้วย การตระหนักในตนเอง การลดความเครียดให้กับตนเอง การตระหนักถึงการมีคุณค่าแห่งตน

ตามแนวคิดของ Orem (2001) เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความผาสุกของตน การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบเป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และพัฒนาการ ดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล จุดประสงค์ในการดูแลตนเองนั้น เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น (Self-care requisites) และการดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่เรียนรู้ภายใต้ขนบธรรมเนียม ประเพณี และวัฒนธรรมของแต่ละกลุ่ม (Orem, 2001) การดูแลตนเองประกอบด้วย 2 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เป็นระยะของการวินิจฉัยพิจารณา และการตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ เป็นระยะที่บุคคลต้องมีความรู้เกี่ยวกับตนเองและสิ่งแวดล้อม และจะต้องเห็นว่าสิ่งที่กระทำเหมาะสมกับสถานการณ์นั้น ๆ ก่อนที่บุคคลจะเห็นด้วยกับการกระทำนั้นว่าเหมาะสม จึงต้องมีความรู้ก่อนว่าสิ่งที่ต้องกระทำนั้นจะมีประสิทธิภาพและให้ผลตามต้องการ จึงจะสามารถวินิจฉัยพิจารณาตัดสินใจกระทำได้

ระยะที่ 2 เป็นระยะของการดำเนินการกระทำ ซึ่งการกระทำนั้นจะต้องมีเป้าหมายเนื่องจากเป้าหมายจะเป็นตัวกำหนดการเลือกกิจกรรมที่จะกระทำ และเป็นเกณฑ์ที่จะใช้ในการติดตามผลของการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ

Johnson (1985) ได้กล่าวว่าการที่กระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้าน คือ

- 1) การสอนผู้ป่วยทางด้านสุขภาพอนามัย (Patient education)
- 2) การสร้างการยอมรับในผู้ป่วย (Patient compliance)

3) ผู้ป่วยต้องมีการช่วยเหลือตนเอง (Self help)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง จากแบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของเพชรี คันธสาขบัว (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) ร่วมกับนำแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งมีองค์ประกอบของ เนื้อหาดังนี้

1) การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท (self awareness) คือความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ (ทัศนาศา นุญทอง, 2535) ทั้งด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม จุดเด่น จุดด้อยและความรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การพัฒนาและการดำรงไว้ของการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิตเป็นการปฏิบัติที่ยาก การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่น และซื่อสัตย์ต่อตนเอง รวมทั้งไม่ควรวิพากษ์วิจารณ์ตนเองมากเกินไป ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากในกระบวนการดังกล่าว (Hill and Smith, 1990)

2) การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การสื่อสารเป็นกิจกรรมต่อเนื่องของการถ่ายทอดข้อมูล แลกเปลี่ยนข้อมูลและกระบวนการของข้อมูล การตีความหมายของข้อมูล (Burgess, 1990) และเป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวและการตัดสินใจระหว่างคน 2 คน หรือมากกว่าในการที่จะมีปฏิสัมพันธ์ต่อกันเพื่อแลกเปลี่ยนหรือถ่ายทอดข้อมูลด้านความรู้สึก และความหมายในการดำเนินชีวิต (Hersey & Duldt, 1989) การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม ช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไป บุคคลจะมีการสื่อสารตลอดเวลาทั้งการสื่อสารกับผู้อื่นและกับตนเอง (วาสนา จันทร์สว่าง, 2531) ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมา ทำให้ต้องเก็บระงับความรู้สึกความคิดนั้นไว้ด้วยความคับข้องใจ จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิตได้ การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชรี คันธสาขบัว, 2544)

3) การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เวลานั้นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่น ๆ ในชีวิต และช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจ เมื่อสามารถทำงานได้สำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของบุคคล (เพชรี คันธสาขบัว, 2544)

4) การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การเผชิญปัญหาเป็นการกระทำใด ๆ ของบุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวัน เมื่อเกิดปัญหามูลบุคคลจะรู้สึกเครียด เริ่มวิตกกังวล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจเป็นทุกข์

ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจและนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ได้ ถ้าแก้ไข
ปัญหาได้ก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหาไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด
และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่ง
แสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill & Smith, 1990)

5) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทาง
สังคม เป็นปฏิสัมพันธ์อย่างมีจุดหมายระหว่างบุคคล ทำให้เกิดความผูกพันในแง่ดีจากคนหนึ่งไปยัง
อีกคนหนึ่งรวมถึงความใกล้ชิด การช่วยเหลือโดยสิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลป้อนกลับและ
การมีส่วนร่วม (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) แรงแสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจาก
ความเครียดโดยประเมินเหตุการณ์เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือจัดปฏิกิริยาที่เกิดจาก
ความเครียด (Cohen & Willis, 1985) และแรงแสนับสนุนทางสังคมที่เพียงพอสามารถป้องกันการ
เกิดพยาธิสภาพต่าง ๆ จากภาวะวิกฤตได้ (จารุวรรณ รัศมีเหลืองอ่อน, 2536) ถ้าบุคคลมีแรงแ
สนับสนุนทางสังคมดี ก็จะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตดี มีอายุยืนยาว มีอารมณ์มั่นคง

6) การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนา ผู้ป่วยจิตเภทยังขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่
พึ่งทางใจ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อของญาติบางส่วนหรือบางชุมชนว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจาก
ผีทำ ผีเข้า การทำไสยศาสตร์ เชื่อว่าโรคจิตก่อให้เกิดความเดือดร้อน ไม่ให้เกียรติ ไม่ยอมรับผู้ป่วย
ทำให้ผู้ป่วยขาดความหวัง ความศรัทธาในการทำความดี

7) การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกายและจิตใจ
ซึ่งมีความสัมพันธ์กันร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือ
ความพิการตลอดช่วงชีวิต และการดูแลตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กันทุกช่วงของบุคคลที่มี
การพัฒนาตามระยะพัฒนาการและเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ (Hill and Smith, 1990)

ดังนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคม ชุมชนได้ยาวนานไม่
กลับป่วยซ้ำ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันกิจกรรมต่างๆ ของชุมชนได้ตามศักยภาพของตน
พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการศึกษาหาวิธีการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้
เกิดขึ้นในตัวผู้ป่วย

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกของ
พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินโรคแบบโรคเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนานซึ่งผลกระทบ
ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน การรักษานักจิตเวชในปัจจุบันเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเอง
ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้การรักษาในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาสั้นลง ทำให้ผู้ป่วย
จำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตในชุมชน จากการศึกษาทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่ เกี่ยวข้อง

สรุปพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทโดยจำแนกตามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

2.3.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง จากการศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วยของ พันธันภากิตติรัตน์ไพบูลย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนประสบกับปัญหา คือ เมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตคนทั่วไปจะพยายามหลบหนี ไม่พูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ มีความรู้สึก รังเกียจผู้ป่วย บางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากลายเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือ ไม่ไว้วางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ (2539) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องให้ญาติช่วยเหลือทั้งด้านความคิดและการตัดสินใจ เช่นเดียวกับ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่กล่าวไว้ว่า การเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาจริงที่เกิดขึ้นจริง ค้นพบความสามารถที่มีอยู่จริงในตนเอง และเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ เป็นส่วนหนึ่งของสังคมและสามารถเป็นผู้ที่มีความมีความสุขได้เช่นกัน

2.3.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังการศึกษาของจันทรฉาย เนตรสุวรรณ(2545) เรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลางผู้ป่วยร้อยละ 26.9 ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 24.3 ไม่ออกไปสังสรรค์กับ ผู้อื่นนอกบ้านและร้อยละ 10.4 ใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือไม่พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน สอดคล้องกับการศึกษาของนิศยา ดากวิริยะนันท์ และชนมล สุยะชีวะ (2536) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนไม่กล้าถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งเมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากร และจากการศึกษาของสุวิมล สัมภละ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสัมพันธภาพคือผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบอกรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่นมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดเพียงคนและสองคนเท่านั้น

2.3.3 การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิตหรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนั้นยังขาดความใส่ใจที่จะปฏิบัติ ทั้งนี้สาเหตุจากการที่สังคมมองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ ไม่ยอมรับในการกระทำของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ร่วมกิจกรรมของสังคม ดังเช่นจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อนนันทนาการและการออกกำลังกายน้อยกว่าปกติ เชื่องช้า ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยช้า นิ่งเฉย ๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร (จันทรฉาย เนตร

สุวรรณ, 2545) และพบว่า บ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน แต่นอนในเวลากลางวันแทน (สมภพ เรื่องตระกูล , 2545) เช่น เดียวกับการศึกษาของปริวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 32.40 ไม่ปฏิบัติกรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง นานครั้งละ 20-30 นาที

2.3.4 การเตรียมการเผชิญปัญหา ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้นทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย มีปัญหาการปรับตัวที่บ้าน มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อบุคคลอื่น (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) และจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของปริวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 26.93 มีการปฏิบัตินาน ๆ ครั้งเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะหาที่ปรึกษาหรือระบายให้คนอื่นฟัง ร้อยละ 24.64 ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อโกรธจะระงับความโกรธหรือเก็บไว้คนเดียวไม่บอกใคร และร้อยละ 20.35 ปฏิบัติบ่อยครั้ง เมื่อโกรธจะทำลายข้าวของหรือทำร้ายคนอื่น สอดคล้องการศึกษาของ Crawford as cited in Gafoor & Rassool (1998) พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะคิดสูรามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า โดยให้เหตุผลว่าใช้เพื่อลดอาการข้างเคียงของยา ลดอาการซึมเศร้า และลดอาการวิตกกังวล ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสามารถเตรียมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้ และลดปัญหาการป่วยซ้ำ

2.3.5 การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ผิดปกติกจากอาการประสาทหลอนทางหูแสดงออกโดยการพูดคนเดียว คิดหมกมุ่นในเรื่องของตนเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพบกพร่อง การดูแลตนเองลดลง การแต่งการสกปรก แปลกประหลาดก่อให้เกิดการถูกรังเกียจและถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ (Maritin & Osborne, 1989; Moller & Murphy, 2001) จากการศึกษาของรัชนิกร อุปแสน(2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในชุมชน รื้อคันเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่ บางครั้งเดินออกจากบ้าน โดยไม่สวมใส่เสื้อผ้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองทั้งที่ยังมีความบกพร่องและต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ

2.3.6 การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนา ผู้ป่วยจิตเภทยังขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจขาดที่พึ่งทางใจ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อของญาติบางส่วนหรือบางชุมชน ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากผีทำ ผีเข้า การทำไสยศาสตร์ เชื่อว่าโรคจิตก่อให้เกิดความเดือดร้อน ไม่ให้เกียรติ ไม่ยอมรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดความหวัง ความศรัทธาในการทำควาดี

2.3.7 การดูแลตนเองโดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเองไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ได้เหมือนบุคคลทั่วไป (สมคิด ตรีราภิ, 2545) ไม่สนใจ รับประทานอาหาร รับประทานอาหารไม่เพียงพอ (จิคารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

บางส่วนมีปัญหาในการรับประทานอาหาร อาจปฏิเสธอาหารจากภาวะของโรค เช่น หวานกระแวง หลงผิด ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ทำให้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายขาดสารอาหาร ส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกายและความเครียดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว เป็นเรื่องชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ โดยการดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

2.4 ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

ปัจจัยที่ส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในมีดังนี้

2.4.1 ความรู้ Orem (2001) เชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อการดำเนินชีวิตและคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนเป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น (Orem, 2001) ความรู้เกี่ยวกับโรค แผนการรักษาพยาบาล และการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจ และเปลี่ยนแปลงแผนการดำเนินชีวิตได้เหมาะสม ช่วยควบคุมอาการของโรค (Sexton, 1990 อ้างถึงใน นาฏอนงค์ สุวรรณจิตต์, 2537)

2.4.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การดำเนินโรค และการจัดการกับอาการ เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย (ชฎาภรณ์ วัฒนวิไล, 2540; ชุติมา ชัยชัยมงคล, 2544; จันทนา ทองชื่น, 2545) จากการศึกษาของมยุรี เนียมหลวง (2546) เรื่องผลของการสอน รายบุคคลที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ผลการศึกษา พบว่า การสอนแบบรายบุคคล ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาลดระดับน้ำตาลในกระแสเลือดที่บ้าน สามารถพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่บ้านได้ นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของ สว่างจิตต์ จันท (2544) เรื่องผลของการสอน โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อความรู้เรื่องความดันโลหิตสูงและความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสอน โดยใช้โปรแกรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความสามารถในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนได้รับการสอน และสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ

2.4.3 ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นความเชื่อเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งมีอิทธิพลต่อความเจ็บป่วยและการดูแลรักษาและส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองเพื่อเปลี่ยนแปลงสภาพเป็นผู้ที่มีสุขภาพดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และเป็นปัจจัยที่มี

ผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; เพชรี คันธสาขบัว, 2544) ซึ่งเน้นการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วย เป็นการนำศกยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ (Pender, 1996) ได้กล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (The Health Belief Model) ต่อดัชนีพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการป้องกันการเจ็บป่วยลดลง ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำและการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็ จะเกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันการมีอาการมาถึงขั้น ต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรม การดูแลตนเองที่เหมาะสม

2.4.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม Tholis (1986) กล่าวว่า เป็นปัจจัยทางจิตสังคมที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของบุคคลในสังคม เนื่องจากดำรงชีวิตของมนุษย์และความสัมพันธ์ของมนุษย์ มีลักษณะพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความไว้วางใจและช่วยเหลือกัน ในด้านอารมณ์ แรงงาน ข้อมูล สิ่งของ มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและความรู้สึกซึ่งกันและกัน มีความต้องการ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และต้องการการยกย่อง สอดคล้องกับแนวคิดของ Orem (2001) ซึ่งเชื่อว่า แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญที่ส่งเสริมให้บุคคลมีการดูแลตนเอง

2.4.5 การรับรู้แหล่งสนับสนุนและบริการสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (ฉัตรวลัย ใจอารีย์, 2533; จุฑารัตน์ กมลศรีจักร, 2540) จากการศึกษาของ สร้าง ไชโรก และคณะ (2546) พบว่า การมีครอบครัวที่อบอุ่น เมื่อมีปัญหาที่ช่วยกันแก้ปัญหา อยู่ในชุมชนที่เอื้ออารีต่อกัน มีเพื่อนบ้าน เป็นปัจจัยที่กำหนดสุขภาพ ประกอบกับการศึกษาพบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้พึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน (หงส์ บรรเทิงสุข, 2545) และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนั้นจากการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางพบว่า ผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับที่ Chien, et al. (2003) กล่าวว่า การฝึกทักษะสังคมเข้าไปในระยะต่าง ๆ ของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนั้นการสนับสนุนของครอบครัว เป็นแหล่งสนับสนุนทางสังคมประเภทหนึ่ง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวจะช่วยส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ การสนับสนุน ทั้งร่างกายและอารมณ์ จะสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และแรงจูงใจที่จะเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

2.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการฟื้นหายของโรค แต่สิ่งที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ซึ่งในปัจจุบัน แนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้เปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคลในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตน จากการทบทวนถึงเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้นพบว่า เครื่องมือถูกสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ในระดับต่างๆ ดังนี้

2.5.1 การวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เป็นการทำนายการกระทำ การดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ รวมทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน นอกจากนั้นการวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคลไม่สามารถนำตัวเลขที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้เพราะกิจกรรมย่อยที่แต่ละคนปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ อาจแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองจะเหมือนกัน ดังนั้นจึงใช้เป้าหมายการดูแลตนเองหรือที่ Orem เรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเกณฑ์ในการสร้างข้อคำถามเพราะถือว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองในทุกคนเหมือนกัน คะแนนที่วัดได้จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่

1) เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้าง โดย Evers et al. (1993) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย แต่เหมาะที่จะใช้กับผู้ที่มีสุขภาพดีมากกว่า

2) เครื่องมือการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self – Care Agency Scale) สร้างโดย Kearney & Fleischer (1979 อ้างถึงใน อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) ซึ่งมีความเชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับก็นำความสามารถมาใช้ บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่อาจไม่ได้นำมาใช้ก็ได้ ดังนั้นการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด แต่จากผลการวิเคราะห์ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบของเครื่องมือพบว่าไม่ชัดเจนและครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.5.2 การวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ

นักวิจัยที่สร้างเครื่องมือวัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการนี้ มีความเชื่อว่าการดูแลตนเองกับความสามารถในการดูแลตนเองแตกต่างกัน แต่การดูแลตนเองกับการปฏิบัติดูแลตนเองมีลักษณะเหมือนกัน เครื่องมือที่ใช้วัดพลังความสามารถในการดูแลตนเอง 10 ประการ ได้แก่

1) เครื่องมือวัดการรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Perception of Self-Care Questionnaire) ของ Hanson & Bickel (1985 อ้างถึงในอัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการตามทฤษฎีของ Orem พบว่า สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถ ในการดูแลตนเองได้เพียง 8 ประการ เครื่องมือนี้จึงยังมีความคลุมเครือในความจริง โครงสร้างของการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ

2) เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเอง (The Denyes Self-Care Agency Instrument) ของ Denyes (1981 cited by Gast et al., 1989) เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเองของเด็กวัยรุ่น โดยเฉพาะในเด็กวัยรุ่นที่มีภาวะสุขภาพปกติ

อย่างไรก็ตามได้มีผู้ให้ข้อสังเกตว่า ในการวัดพลังความสามารถนี้อาจมีข้อจำกัดได้ เนื่องจากบุคคลอาจมีพลังความสามารถครบถ้วน แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองก็ย่อมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ ดังนั้น การประเมินจากพลังความสามารถอาจทำนายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท

2.5.3 การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ซึ่งผู้สร้างมีความเชื่อว่าเป็นการวัดการแสดงออกของบุคคลตามการรายงานของตนเองและเป็นการวัดพฤติกรรมย่อยในการดูแลทั้งหมดของบุคคล ซึ่งเป็นการรายงานการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่มีเป้าหมายซึ่งปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ซึ่งผู้สร้างเชื่อว่าไม่ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองของแต่ละคนจะเหมือนกัน แต่วิธีการและระดับการปฏิบัติจะต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคน เป้าหมายของการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณรวมทั้งความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเมื่อเป้าหมายมีความเหมือนกัน คะแนนที่วัดจึงสามารถเปรียบเทียบกันได้

2.5.4 การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดยเพชร คันธสาขาบัว (2544) ซึ่งผู้สร้างได้นำแนวคิดการดูแลตนเองของ Hill & Smith (1990) มาผสานกับเครื่องมือที่สร้างโดย จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) เป็นการวัดการแสดงออกของบุคคลตามการรายงานของตนเองและเป็นการวัดพฤติกรรมย่อยในการดูแลทั้งหมดของบุคคลทั้ง 7 ด้าน มาใช้ในผู้ป่วยจิตเภท โดยมีเป้าหมายของการดูแลตนเอง

3. แนวคิดการให้ความรู้แบบกลุ่ม

3.1 แนวคิดการให้ทั่วไป

3.1.1 การให้ความรู้

มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการให้ความรู้ไว้ดังนี้

มานี ชูไทย (2521) ได้ให้ความหมายว่า การให้ความรู้ หมายถึง กระบวนการที่ ส่งเสริมหรือช่วยให้บุคคลเกิดความเจริญงอกงามทั้งทางด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข การให้ความรู้มุ่งให้ผู้เรียนเกิดความคิด ได้แสดงความคิดเห็นรู้จักแสวงหาความรู้เพิ่มเติมและทำงานร่วมกับผู้อื่นได้

Good (1973) ได้ให้ความหมายว่า การให้ความรู้ หมายถึง การจัดกิจกรรม ประสบการณ์ต่างๆ ในการเรียนและการแนะแนวทางเพื่อให้ผู้เรียนดำเนินไปด้วยดี ไม่ว่าจะเป็นการศึกษาในระบบหรือการศึกษานอกระบบ

Wiles (1975) ได้ให้ความหมายของการให้ความรู้หรือการสอนไว้ 3 ประการ ได้แก่

1) การชี้แนวทาง การช่วยเหลือแนะนำ การจัดหาวัสดุและการส่งเสริมให้ผู้เรียนคิดและทำในสิ่งที่อยากรู้ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสมให้ผู้เรียนเพื่อให้ผู้เรียนพัฒนาไปในทางที่ปรารถนา ตามวัตถุประสงค์

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องต่างๆ โดยผู้สอนเป็นผู้รวบรวมความรู้แล้วจัดอันดับความรู้ที่เกี่ยวกับกฎเกณฑ์ความจริงให้ง่าย น่าสนใจ และสะดวกในการที่ผู้เรียนจะเข้าใจและรับ ไว้ได้

3) การทำงานร่วมกับผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนเรียนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมให้ผู้เรียนมีความรับผิดชอบ รู้จักคิด รู้จักทำด้วยตนเอง

สรุปได้ว่า การให้ความรู้หรือการสอน คือ กระบวนการถ่ายทอดเนื้อหา ความรู้ ทักษะ เจตคติต่างๆ เป็นการจัดสถานการณ์ หรือกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้เรียนได้เกิดประสบการณ์ เกิดการเรียนรู้ สามารถคิดเป็น ทำเป็น และแก้ปัญหาได้ เกิดเป็นความเจริญงอกงามในด้านร่างกาย อารมณ์ สังคม สติปัญญา รวมทั้งสามารถนำไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้ หรือผู้เรียนพัฒนาความสามารถที่มีอยู่เดิม เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่มุ่งหวัง

การให้ความรู้ทำให้เกิดการเรียนรู้โดย การให้ความรู้เป็นสถานการณ์หรือสิ่งที่ผ่านเข้ามาในอวัยวะรับสัมผัสของผู้เรียน และเกิดการตอบสนองในรูปของการกระทำหรือพฤติกรรมดังนั้นในการให้ความรู้หรือการสอน ผู้สอนต้องให้ความสำคัญขององค์ประกอบ 3 ประการ ได้แก่ สิ่งเร้าหรือสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ผู้เรียน และการตอบสนองของผู้เรียน ดังนั้นการจัดสถานการณ์ที่เป็นสิ่งเร้า ควรมีการเตรียมแผนการสอน การถ่ายทอดเนื้อหา วิธีการสอน กิจกรรมเอกสารประกอบการสอนและสื่อการสอนเอาไว้ ด้านผู้เรียนผู้สอนต้องเตรียมความพร้อมของผู้เรียนก่อนว่า ผู้เรียนคือใคร บุคลากรพยาบาล ประชาชน หรือผู้ป่วย เพื่อให้การเตรียมเนื้อหาบทเรียน การจัดประสบการณ์ และกิจกรรมได้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน และด้านการตอบสนองของผู้เรียน ผู้สอนต้องกำหนดพฤติกรรมการตอบสนองที่ต้องการให้ผู้เรียนแสดงออกหลังจากได้ได้เรียนในบทเรียน นั้น ๆ โดยการเขียนเป็นวัตถุประสงค์เชิงพฤติกรรมให้ชัดเจน และการปฏิบัติได้ กระทำได้ ถือว่าเป็นการเรียนรู้ที่สมบูรณ์

3.1.2 ขั้นตอนการให้ความรู้

ขั้นตอนการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมมี 7 ขั้นตอน ดังนี้ (Goldrick & Turner , 1995)

1) การสร้างบรรยากาศในการเรียนรู้ การเรียนรู้ของบุคคลขึ้นอยู่กับบุคลิกภาพ รูปแบบการดำเนินชีวิตในสังคมวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สิ่งแวดล้อมทางด้านจิตใจและ สิ่งแวดล้อมทางด้านร่างกาย ซึ่งจะชักนำให้เกิดหรือยับยั้งกระบวนการการเรียนรู้ ตัวอย่างการสร้าง บรรยากาศในการเรียนรู้ เช่น การจัดที่นั่ง ให้ผู้เรียนซึ่งสามารถสบตากับผู้สอนซึ่งชักนำให้เกิด ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนและผู้สอน จะช่วยส่งเสริมและเปิดโอกาสให้การเรียนรู้เป็นไปได้ง่ายและ ประสบความสำเร็จ

2) การกำหนดโครงสร้างการเรียนรู้ร่วมกัน บุคคลส่วนใหญ่จะมีความยึดติดกับการตัดสินใจหรือกิจกรรมที่ตนเองมีส่วนร่วม ในการวางแผนหรือการกระทำอยู่ การให้ความรู้โดย ปราศจากการมีส่วนร่วมของผู้เรียนในการกำหนดแผนงานและกิจกรรม มีผลทำให้ผู้เรียนเฉยเมยไม่ กระตือรือร้นและไม่พอใจในการเรียนรู้นั้น ๆ

3) การวิจัยความต้องการในการเรียนรู้ ผู้ให้ความรู้ต้องศึกษาข้อมูลของผู้เรียนว่ามีความต้องการที่จะเรียนรู้มากน้อยเพียงใด เพื่อประเมินว่าควรจะใช้เนื้อหาและวิธีการให้ความรู้ แบบ ใด เพื่อให้ตรงกับความต้องการของผู้เรียน

4) กำหนดวัตถุประสงค์ในการให้ความรู้ เพื่อให้การเรียนรู้แต่ละครั้งมีทิศทางที่ แน่นนอน และบรรลุตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้

5) การเลือกรูปแบบการให้ความรู้ ผู้ให้ความรู้มีวิธีการให้ความรู้ได้อย่างกว้างขวาง ได้แก่ การบรรยาย การสนทนากลุ่ม บทบาทสมมติ เกมส์ กรณีตัวอย่าง โสตทัศนูปกรณ์ คอมพิวเตอร์ สื่อมวลชน การเลือกใช้วิธีการให้ความรู้ อาจใช้หลายวิธีร่วมกัน ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ นั้นๆ ผู้ให้ความรู้ควรเลือกวิธีการให้ความรู้ที่ง่ายและสะดวกต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน

6) การให้ความรู้ที่สนองความต้องการของผู้เรียน เมื่อผู้ให้ความรู้ได้เลือกรูปแบบ การให้ความรู้ที่เหมาะสมแก่ผู้เรียน แล้วจึงเริ่มดำเนินการให้ความรู้ที่สนองความต้องการของผู้เรียน ตามรูปแบบหรือวิธีการนั้น ๆ

7) การประเมินผล จะทำให้ผู้ให้ความรู้ประเมินประสิทธิภาพการให้ความรู้ ว่า ประสบผลสำเร็จบรรลุตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และผู้เรียนสามารถกระทำพฤติกรรมได้ถึงระดับที่ ต้องการหรือไม่ในการเรียนการสอน ผู้สอนควรตระหนักดังนี้ (อรนันท์ หาญยุทธ , 2532)

- ให้การเรียนรู้จะมีประสิทธิภาพมากที่สุดก็ต่อเมื่อ จุดมุ่งหมายนั้นตอบสนอง ความต้องการของผู้เรียน

- ช่วงเวลาของการสอน ในการเรียนการสอนนั้นผู้สอนควรคำนึงถึงช่วงเวลา

การสอนหรือการฝึกหัดให้ได้ผลดีนั้น มีช่วงเวลาจำกัด ดังนั้นการสอนหรือการฝึกที่นานหรือล่วงเลยเวลาที่กำหนด จะทำให้การเรียนหรือการฝึกนั้นไม่ได้ผล เสียเวลา ผู้เรียนเบื่อหน่าย เมื่อล้าหมดความสนใจ Huct (1992) ได้เสนอแนะว่า อย่าสอนผู้เรียนที่เหนื่อย เพลีย ง่วงนอน ไม่สบาย หรือตื่นเต้นกับสิ่งนั้น เพราะผู้เรียนจะพยายามหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีการเรียน

- กระบวนการในการฝึก ในการเรียนการสอน ควรจัดลำดับขั้นตอนของกิจกรรมการเรียนการสอนให้เหมาะสม ต้องใช้เวลาในแต่ละขั้นตอนนานเพียงพอ และสิ่งสำคัญที่จะทำให้การเรียนเกิดผลดี ต้องมีการเสริมแรงในแต่ละขั้นตอนอย่างเหมาะสม

- การถ่ายโยงการเรียนรู้ ผู้สอนควรเน้นให้ผู้เรียนได้เชื่อมโยงบทเรียนหนึ่งกับอีกบทเรียนหนึ่งหรือระหว่างกิจกรรม ซึ่งเป็นไปตามหลักการเรียนรู้ที่ว่า เมื่อมีสิ่งเร้าใหม่ ๆ ที่มีความคล้ายคลึงกับสิ่งเร้าเก่าที่เคยตอบสนองมาแล้ว ร่างกายย่อมมีแนวโน้มที่จะตอบสนองต่อสิ่งเร้าใหม่ ๆ เหมือนกับสิ่งเร้าเดิม

- การเรียนรู้ทักษะ ควรสอนจากง่ายไปหายาก และคำนึงถึงความสัมพันธ์ของทักษะแต่ละทักษะด้วย จะทำให้ผู้เรียนเข้าใจง่ายขึ้น และมองเห็นความสัมพันธ์ของกิจกรรมนั้น ๆ

การให้ความรู้ ให้คำแนะนำหรือสอนแก่ผู้ป่วนั้น เป็นงานที่ต้องทำด้วยความละเอียดรอบคอบต้องใช้เวลาและความอดทน มีการดำเนินงานอย่างมีจุดมุ่งหมายและมีระเบียบแบบแผนมีการวางแผนไว้ล่วงหน้า มีการผสมผสานหลักการทางการพยาบาล และหลักทางการศึกษาเข้าไว้ด้วยกัน ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วนเกิดการเรียนรู้ให้มากที่สุด พยาบาลเองก็จะต้องมีความพร้อม ความมั่นใจการสอนก็จะสำเร็จลุล่วงไปอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล (สุกัญญา ฉัตรสุวรรณ 2529)

3.1.3 วิธีการให้ความรู้

วิธีการให้ความรู้หรือวิธีการสอนผู้ป่วนั้นมีอยู่หลายวิธี การจะเลือกใช้วิธีการสอนแบบใดนั้นขึ้นอยู่กับความเหมาะสมขององค์ประกอบต่าง ๆ คือ จุดมุ่งหมายของการสอน เนื้อหาที่จะสอน ความต้องการของผู้เรียน ความรู้ความสามารถ และความถนัดของผู้สอน วัสดุอุปกรณ์ ตลอดจนเวลาและสถานที่ที่จะใช้สอน (สุนทรี ภาณุทัต และคณะ, 2524) โดยทั่วไป การสอนผู้ป่วนหรือผู้มารับบริการสุขภาพที่นิยมใช้มีอยู่ 2 วิธีคือ การให้ความรู้เป็นรายบุคคล และการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม ในที่นี้จะกล่าวถึงการให้ความรู้แบบกลุ่มในการให้ความรู้หรือการสอนนั้น ผู้สอนควรพิจารณาเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับเนื้อหา และประสบการณ์ของผู้เรียน เพื่อให้ผู้เรียนได้รับความรู้ความเข้าใจ และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ในการศึกษาครั้งนี้เลือกใช้วิธีการให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม แล้วใช้รูปแบบการให้ ความรู้โดยการบรรยายร่วมกับการอภิปราย การสาธิตและการสาธิตย้อนกลับ

1) การให้ความรู้เป็นรายกลุ่ม คือ การให้ความรู้แก่ผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่างผู้เรียนด้วยกัน ในลักษณะที่

เรียกว่ากระบวนการกลุ่ม เนื่องจากผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้จากผู้สอนแล้วยังสามารถเรียนรู้ได้จากผู้สอนแล้วยังสามารถเรียนรู้ได้จากผู้เรียนด้วยกันอีกด้วย การให้ความรู้รายกลุ่มแบ่งออกเป็น 2 ประเภท (จินตนา ขุนิพันธุ์, 2528) ได้แก่การให้ความรู้รายกลุ่มย่อย โดยมีผู้เรียนตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปจนถึง 35 คน และการให้ความรู้รายกลุ่มขนาดกลางและขนาดใหญ่ โดยมีผู้เรียน 35-30 คนและ 60 คนขึ้นไป ข้อดีของการให้ความรู้รายกลุ่ม คือ สามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิดเห็นระหว่างสมาชิกในกลุ่ม กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้ สามารถให้ความรู้แก่ผู้เรียนได้คราวละหลาย ๆ คน แต่มีข้อเสีย คือ ถ้ากลุ่มใหญ่อาจประเมินผลการสอนได้ยาก ผู้ที่มีปัญหาแตกต่างจากกลุ่มอาจไม่ได้รับการแก้ไข

2) การให้ความรู้แบบบรรยาย เป็นการให้ความรู้ที่ผู้สอนได้เตรียมศึกษาหาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาที่จะสอนจากแหล่งต่าง ๆ มาเป็นอย่างดี เพื่อนำมาอธิบาย หรือบรรยายให้ผู้เรียนฟัง โดยมีจุดประสงค์ให้ผู้เรียนรับฟัง รับรู้ เกิดความเข้าใจและเกิดการเรียนรู้ขึ้น ทำให้มีการเปลี่ยนแปลง เจตคติและสามารถนำสิ่งที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ การให้ความรู้แบบบรรยายที่ได้ผลนั้น ผู้สอนควรพูดให้สั้นและเข้าใจมากขึ้นหรืออาจใช้วัสดุอุปกรณ์การสอนต่าง ๆ ประกอบการบรรยายด้วยจะดีมาก (สุชาติ โสมประยูร, 2525)

3) การให้ความรู้แบบอภิปราย เป็นการสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ซึ่งกันและกันในกลุ่มบุคคลตั้งแต่ 2 คนขึ้นไปในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคลในกลุ่มมีความสนใจปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกัน (ผกา สัตยธรรม , 2524) จึงเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้เรียน ร่วมแสดงความคิดเห็นต่างๆ เพื่อเป็นการพัฒนาความคิด ได้แลกเปลี่ยนความรู้หรือประสบการณ์ ได้ซักถามหรือตอบปัญหาซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังช่วยให้ผู้สอนได้เห็นถึงความสนใจ ความต้องการ รวมทั้งปัญหาต่างๆ ของผู้เรียนได้ดียิ่งขึ้น หากมีการจัดให้ผู้เรียนได้มีการอภิปรายสลับกับการบรรยายแล้วจะทำให้การบรรยายได้ผลดียิ่งขึ้น (สุชาติ โสมประยูร, 2525)

4) การสาธิต เป็นวิธีการสอนชนิดหนึ่งที่มีการจัดเตรียมการเสนอความรู้ข้อเท็จจริง หลักการ แนวทางการปฏิบัติหรือกระบวนการกระทำที่ถูกต้อง มีการอธิบายให้เหตุผลประกอบการแสดง ให้มองเห็นกระบวนการกระทำที่แน่นอน ช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ในกิจกรรมที่เรียนอย่างชัดเจน การสาธิตเป็นการช่วยไม่ให้ผู้เรียนสับสนยุ่งยาก ได้เรียนตามขั้นตอนง่ายต่อการเข้าใจ นอกจากนี้ยังเป็นการสอนในสิ่งที่ผู้เรียนจะต้องปฏิบัติให้ถูกต้อง ซึ่งวิธีการบรรยายอย่างเดียวนั้นทำให้ได้ผลไม่เต็มที่ แต่ถ้าใช้วิธีการสาธิตประกอบการสอนจะทำให้ผู้เรียนสามารถเรียนรู้ได้เร็ว ถูกต้อง ประหยัดเวลา ทำให้บทเรียนนั้น ๆ เป็นที่น่าสนใจ น่าเชื่อถือ เกิดความประทับใจ ไม่ลืม และสามารถปฏิบัติตามได้อย่างถูกต้อง (สุรีย์ จันทรมณี, 2527)

5) การสาธิตย้อนกลับ เป็นการให้ผู้เรียนได้ฝึกทำในสิ่งที่เรียนหลังจากการสาธิตของผู้สอนและเป็นการประเมินความสามารถในการปฏิบัติของผู้เรียน ดังนั้นภายหลังจากการสาธิต

แล้วควรให้ผู้เรียนซักถามและให้ผู้เรียน ได้มีการฝึกปฏิบัติด้วยเสมอ (สุชาติ โสมประยูร, 2525) เพื่อให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ด้วยการปฏิบัติและมีทักษะมากยิ่งขึ้น

3.2 .การให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม

เป็นการให้ความรู้ที่จัดให้แก่ผู้ที่ควรจะได้รับความรู้ในเรื่องเดียวกัน อยู่รวมกัน ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เป็นการเรียนรู้ที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้สอนกับผู้เรียน และระหว่าง ผู้เรียนด้วยกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2532)

โดยธรรมชาติมนุษย์จะชอบอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม เริ่มตั้งแต่ในครอบครัว ในโรงเรียน กลุ่มร่วมงาน กลุ่มเพื่อน และกลุ่มสังคม เป็นต้น การรวมกลุ่มกันในรูปแบบต่าง ๆ นั้น แต่ละกลุ่มจะต้องประกอบด้วยสมาชิก สมาชิกแต่ละคนก็ย่อมมีบทบาทต่อกลุ่มของตน ดังนั้น เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้เรียนรู้ขั้นตอนในการทำงานกลุ่มให้มีประสิทธิภาพ มีการตัดสินใจ แก้ปัญหา และจัดข้อขัดแย้งร่วมกัน กระทำกิจกรรมของกลุ่มร่วมกันเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งเอาไว้ จึงรวมเป็นกระบวนการขึ้นเรียกว่า “กระบวนการกลุ่ม” ซึ่งจะมีพลังทั้งทางด้านกายภาพ และจิตวิทยาอันสลับซับซ้อนเข้ามาเกี่ยวข้อง

ได้มีผู้อธิบายความหมายของกระบวนการกลุ่มไว้หลายท่าน ดังนี้

ทิสนา เขมมณี (2522) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นวิทยาการที่ว่าด้วยเรื่องความสัมพันธ์ของคน และกระบวนการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งครอบคลุมถึงองค์ประกอบที่สำคัญต่างๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์ การแก้ปัญหา การตัดสินใจ และการพัฒนาตนเอง

วินิจ เกตุขำ และคมเพชร ฉัตรสุกกุล (2522) กล่าวว่า กระบวนการกลุ่มเป็นที่รวมแห่งประสบการณ์ของบุคคลหลายๆฝ่ายที่มาพบปะสังสรรค์กันด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์

3.2.1. ประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่ม

การจัดประสบการณ์การเรียนรู้ภายในกลุ่มจะต้องมี 3 ระยะดังนี้ (Marram , 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ สร้างความรู้สึกปลอดภัย (The Introductory Phase or Initiating Phase)

เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพในระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกกลุ่ม ในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรย้าให้สมาชิกกลุ่มทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎ และแนวทางในการปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มเพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายขึ้นในกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก ได้แสดงความคิดเห็นของตนออกมา เพื่อก่อให้เกิดประสบการณ์การเรียนรู้แก่สมาชิกคนอื่นๆ ในกลุ่มว่า สมาชิกทุกคนจะต้องต่อสู้ปัญหา หรืออุปสรรคเหมือนกัน ซึ่งการรับรู้เช่นนี้เป็นการสร้างพื้นฐานร่วมกันให้เกิดความไว้วางใจซึ่งกันและกัน การสร้างความไว้วางใจ (Trust) ให้เกิด

ขึ้นกับสมาชิกกลุ่มด้วยการแสดงท่าทีที่อบอุ่น เป็นมิตร สนใจ ตั้งใจฟัง เข้าใจ และยอมรับในความ คิดเห็น และพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มโดยไม่ได้ใช้ความคิดของตนเป็นเครื่องตัดสินจะเป็นการ สร้างความไว้วางใจในตัวผู้นำกลุ่มให้เกิดขึ้นกับสมาชิก ซึ่งSmith and Bass (1979) กล่าวว่า การ ประสานสายตาในระหว่างการสนทนา เป็นการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นได้

เมื่อมีความไว้วางใจเกิดขึ้น สมาชิกกลุ่มจะเต็มใจที่จะเปิดเผยระบอบความคิด ความรู้สึก และประสบการณ์ของตน จะมีความมั่นใจในการให้และรับความช่วยเหลือจากสมาชิกผู้อื่น โดยจะ มีการเปิดเผยตนเอง มีการเล่าปัญหาส่วนตัว ปัญหาที่รบกวนจิตใจให้สมาชิกอื่นในกลุ่มฟัง โดยไม่มี การซักถาม ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้จะกระตุ้นให้สมาชิกคนอื่นในกลุ่มกล้าที่จะเปิดเผยตนเองด้วย มีผล ให้สมาชิกลดความวิตกกังวลลง (Jourad Cited in John 1979)

ในระยะสร้างสัมพันธภาพนี้จะมีการสร้างปทัสถาน (Norm) ของกลุ่ม เพื่อเป็นกฎเกณฑ์ พื้นฐานสำหรับสมาชิกกลุ่มใช้เป็นหลักเกณฑ์ในการปฏิสัมพันธ์กัน ซึ่งปทัสถานนี้ผู้นำกลุ่มได้สร้าง ขึ้นไว้แล้วเป็นบางส่วน ก่อนการเข้ากลุ่มและสมาชิกกลุ่มมีส่วนร่วมสร้างขึ้นบ้างส่วน ในขณะทำ กลุ่มได้

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินงาน (Working Phase)

ระยะนี้สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจ และเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้สมาชิกในกลุ่มมีการระบอบความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และมีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ยอมรับว่าตนมีปัญหา หาทางแก้ปัญหา และเลือกวิธีแก้ไขปัญหา โดยมีเพื่อนสนิทในกลุ่มคอย ช่วยเหลือสนับสนุน การที่ได้มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกลุ่มนี้ จะทำให้เกิด ความคิดใหม่ๆ มาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้ สมาชิกสามารถรับข้อมูลย้อนกลับ และให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกจะมี บทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ สมาชิกจะรู้สึกว่าตนเองมีค่าและศักดิ์ศรีมากขึ้นที่สามารถเข้าไปปัญหาของ ตนเอง สามารถเลือกวิธีแก้ไขปัญหา ตลอดจนสามารถช่วยเหลือสมาชิกผู้อื่นให้เข้าใจ และแก้ไข ปัญหาบางอย่าง ระยะนี้จึงเป็นระยะระดมพลังของสมาชิกทุกคนมาแก้ไขปัญหา

ผู้นำกลุ่มมีหน้าที่สำคัญในการให้กลุ่มได้บรรลุจุดมุ่งหมาย เสริมสร้างความเชื่อมั่นของ สมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายปัญหา และหาทางแก้ไขช่วยเหลือในการทดสอบความ ถูกต้อง เพื่อให้สมาชิกมีความมั่นใจในการนำวิธีไปใช้ในการแก้ปัญหาคต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม (Final Phase)

เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องช่วย ให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในทางอองงามของตนเอง ความสำเร็จ ของกลุ่ม นอกจากจะใช้ในการประเมินผลด้วยวาจาของสมาชิกในกลุ่มแล้วยังต้องประเมินจาก

พฤติกรรมของสมาชิกที่แสดงออกจากการประเมินของบุคคลอื่นนอกกลุ่ม และบางครั้งอาจมีเกณฑ์ที่ตั้งไว้เฉพาะเจาะจงในการจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม เช่น สมาชิกกลุ่มได้รับประโยชน์เต็มที่จากการทำกลุ่มหรือไม่ สมาชิกมีความรู้สึกว่าคุณเองสามารถเผชิญปัญหา และจัดการชีวิตด้วยตนเองหรือไม่ เป็นต้น ก่อนจะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกสมาชิกกลุ่มให้ทราบล่วงหน้า และในกรณีสมาชิกกลุ่มบางรายเกิดความวิตกกังวลที่จะการสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มจะต้องให้โอกาสสมาชิกได้ระบายความรู้สึกนึกคิดอย่างเต็มที่ พร้อมทั้งพยายามชี้แนะให้เห็นถึงประโยชน์ที่สมาชิกจะได้รับเมื่อออกจากกลุ่มไป

3.3 โปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม

ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่มขึ้น โดยได้ศึกษาและทบทวนแนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ กล่าวคือ การประคับประคอง (Support) การบริการด้านความรู้ (Education services) การให้ข้อมูล (Information) เพื่อเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skill) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) ผสมผสานแนวคิดการดูแลตนเองด้านจิตใจและการดูแลตนเองด้านร่างกายของ Hill & Smith (1990) แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) และแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) มาเป็นแนวทาง เน้นกระบวนการสอนแบบกลุ่ม โดยใช้แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ การสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการและระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยมีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค การรักษา มีการพัฒนาทักษะทางสังคมและมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี โดยมีลักษณะของโปรแกรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับเรื่อง โรคจิตเภท การรักษาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการติดตามการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เปิดเผยตนเอง มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความร่วมมือและมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาที่ถูกต้อง

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองและการติดตามการรักษา เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงอาการที่ผิดปกติ เรียนรู้วิธีการจัดยาเพื่อรับประทานเองได้และมีวิธีการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาทักษะทางสังคม โดยการให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะต่างๆ ในการติดต่อสื่อสารตามสถานการณ์ พูดถึงแหล่งให้ความช่วยเหลือเมื่อไม่สบายใจหรือมีปัญหาในชุมชน พูดถึงการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักการสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นและรู้จักวิธีการขอความช่วยเหลือในชุมชนและรู้จักการใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

กิจกรรมที่ 4 การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด โดยให้ผู้ป่วยได้พูดคุยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองและวิธีการผ่อนคลายความเครียด เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับรู้เรื่องการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลและได้ฝึกทักษะการผ่อนคลายความเครียด

กิจกรรมที่ 5 การเสริมสร้างความมีคุณค่าในตนเอง โดยการให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการมอง จุดดีของตนเองและผู้อื่น ฝึกการมองโลกในแง่ดีเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุข

ซึ่งในกิจกรรมแต่ละครั้งประกอบด้วย ขั้นตอน 3 ขั้นตอน

ขั้นตอนที่ 1 ระยะเวลาสร้างสัมพันธภาพในกลุ่ม สร้างความคุ้นเคยสร้างความไว้วางใจ ชี้แจงให้ผู้ป่วยเข้าใจวัตถุประสงค์ กติกาและแนวทางในกาปฏิบัติตนในฐานะสมาชิกกลุ่มชี้แจงรูปแบบโปรแกรมและการให้ผู้ป่วยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมที่กำหนดอย่างครบถ้วน

ขั้นตอนที่ 2 ระยะเวลาดำเนินการแก้ไขปัญหาร่วมกันและให้ความรู้ผู้ป่วย มีการเรียนรู้ร่วมกันเป็นกลุ่มขนาด 5-10 คน มีปฏิสัมพันธ์กันและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิด ร่วมกันค้นหาปัญหา แนวทางการแก้ไข โดยมีผู้ศึกษาเป็นผู้นำกลุ่ม รวมทั้งให้ความรู้และคำแนะนำแก่ผู้ป่วย และชี้ให้เห็นความสำคัญของการมาตรวจตามนัด สามารถที่จะจัดยาเพื่อรับประทานได้เอง ซึ่งจะนำไปถึงข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับตน มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนทำให้ผู้ป่วยมองเห็นความเป็นเหตุเป็นผลของพฤติกรรมในการเลือกปฏิบัติตนอย่างมีระบบ ซึ่งจะนำไปสู่ความตั้งใจในการปฏิบัติตน

ขั้นตอนที่ 3 ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม เป็นการให้ผู้ป่วยช่วยกันสรุปความรู้ ประสบการณ์ ความรู้สึกนึกคิดและการแก้ไขปัญหานั้นที่ได้รับจากการเข้ากลุ่ม โดยผู้ศึกษาช่วยสรุปประเด็นสำคัญเป็นระยะๆ

จากการดำเนินตามขั้นตอนทั้ง 3 ขั้นตอนดังกล่าว จะทำให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับโรค อาการ การดำเนินโรค การรักษา ตลอดจนความสำคัญของการร่วมมือในการรักษาพฤติกรรมดูแลตนเองและการปฏิบัติตนตามการรักษาของแพทย์

4. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนไทยภาคกลางในเขตเมืองและชนบท จำนวน 970 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ แบบวัดการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ แบบวัดความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ผลการวิจัย พบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ

ประชาชนไทยภาคกลาง มีค่าเฉลี่ยโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลางและพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนภาคกลาง มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โศก การรับรู้ประโยชน์ของการมีสุขภาพอนามัยที่ถูกต้อง และการรับรู้การบริการสุขภาพจิตของรัฐ และมีความสัมพันธ์ทางลบระดับต่ำกับอาชีพงานบ้าน / เกษตรกรรม และการรับรู้ความรุนแรงของความเจ็บป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.01 ตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็นอันดับแรก คือ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และรองลงมา ได้แก่ ระดับการศึกษา และการรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง โดยผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยในระดับสูง มีแนวโน้มจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ส่วนประชาชนที่รับรู้อุปสรรคของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องในระดับต่ำ จะมีแนวโน้มของการดูแลตนเองในระดับต่ำ

จิตสมร วุฒิพงษ์ (2543) ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ ณ สถานสงเคราะห์คนชราบ้านบางละมุง จังหวัดชลบุรี คัดกรองกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบคัดกรองภาวะสุขภาพจิตในผู้สูงอายุและแบบทดสอบสภาพจิตจุฬา กลุ่มทดลอง คือ ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิต และแบบวัดพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตกลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพจิตสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

เพชร คันธสายบัว (2544) ได้ศึกษาการวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ผลการศึกษาพบว่าตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 มีทั้งหมด 5 ตัวแปร ดังนี้ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหาพฤติกรรมการใช้ยา สถานภาพสมรส การแสดงอารมณ์ของครอบครัว และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

ครุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่า ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตโดยรวมอยู่ระดับปานกลาง และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรง

รักษาระบบ สนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

สุมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทใน โครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่ามีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ใน ระดับสูงทุกด้านคือการดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่ายร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่างๆร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกาย และจิตใจของ Hill & Smith (1990) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พรสวรรค์ พูลกระจำง (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองต่อ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรม การให้ความรู้และระดับประคอง สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุนันท์ ทรงจรินทร์ (2548) การศึกษาการใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทโรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมให้ ความรู้แบบกลุ่ม มีพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้แบบกลุ่ม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำ การให้ความรู้ ระดับประคองแบบกลุ่มและพฤติกรรมการดูแลตนเอง พอสรุปได้ว่าการศึกษากลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ที่ป่วยซ้ำที่ผ่านมามุ่งเน้นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว สังคมและชุมชน ได้อย่างปกติสุข เพิ่มพูนความสามารถในการจัดการกับปัญหาที่เกิดจากความเจ็บป่วยได้ โดยปัญหา สำคัญที่พบในผู้ป่วยจิตเภท คือ การป่วยซ้ำ จากการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม โดยการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาใช้แนวคิดสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) และใช้แนวคิดทฤษฎี การพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) เพื่อเพิ่มพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพ ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพจะทำให้เกิดผลทางบวกต่อการร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยเกิดความ

พึงพอใจ เกิดการเรียนรู้ รับรู้และจดจำการปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดี ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น และลดการป่วยซ้ำในที่สุด

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมการให้ความรู้ระดับประคองแบบกลุ่ม

- กิจกรรมที่ 1** การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคจิตเภทการรักษาและการดูแลตนเองเกี่ยวกับการติดตามการรักษา
- กิจกรรมที่ 2** การพัฒนาทักษะในการดูแลตนเองและการติดตามการรักษา
- กิจกรรมที่ 3** การพัฒนาทักษะทางสังคม
- กิจกรรมที่ 4** การดูแลตนเองเรื่องสุขวิทยาส่วนบุคคล และการผ่อนคลายความตึงเครียด
- กิจกรรมที่ 5** การเสริมสร้างควมมีคุณค่าในตนเอง

พฤติกรรมดูแลตนเอง

ประกอบด้วย

- 1.การพัฒนาการรู้จักตนเอง
- 2.การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ
- 3.การใช้เวลาว่างที่มีประสิทธิภาพ
- 4.การเตรียมการเผชิญปัญหา
- 5.การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม
- 6.การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
- 7.การดูแลตนเองโดยทั่วไป