

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอายุ 60 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป ผู้ศึกษาจึงได้ค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ
 - 1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค
 - 1.2 อุดบัติการณ์
 - 1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนินโรค
 - 1.5 การรักษา
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ
 - 2.1 หลักการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ
3. ความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.1 ความหมายความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.2 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.4 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง
 - 3.5 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ
4. การพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 4.3 แนวคิดการปฏิบัติการแบบองค์รวม
 - 4.4 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
5. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
6. โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม รายกลุ่มในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่
ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

1.1 ความหมายและสาเหตุของการเกิดโรค

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกตัว และความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการและปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ ทางสังคม / การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 1994)

ตามความหมายของ ICD-10 ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (อ้างใน เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

โรคจิตเภทในวัยสูงอายุ (Late-onset schizophrenia)

ลักษณะที่สำคัญของโรคนี้คือผู้ป่วยเริ่มมีอาการครั้งแรก ของโรคภายหลังอายุ 45 ปี โรคนี้อาจเป็นชนิดหนึ่งของโรคจิตเภท โดยมีความแตกต่างกันทางด้านชีวประสาท มีชื่อหนึ่ง Paraphrenia

โรคจิตเภททั่วไป

ผู้ป่วยมักเริ่มป่วยในระยะวัยรุ่นตอนปลาย (late adolescence) โดยผู้ป่วยชายมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 17-30 ปี ส่วนผู้ป่วยหญิงมักเริ่มป่วยในช่วงอายุ 20-40 ปี ที่สำคัญคือโรคนี้จะมีระยะเวลาการดำเนินโรคนานและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง การเริ่มป่วยก่อนอายุ 10 ปี หรือหลังอายุ 50 ปี พบได้น้อยมาก จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีการเปลี่ยนแปลงทางสังคม หรือสภาพแวดล้อมก่อนป่วย เช่น การย้ายโรงเรียน, การใช้สารเสพติด, ปัญหาในครอบครัว, การสูญเสียญาติ หลังจากนั้นจึงมีกลุ่มอาการนำมาก่อน (prodromal syndrome) อยู่ช่วงเวลาหนึ่งก่อนมีอาการโรคจิตอย่างชัดเจน หลังจากเริ่มป่วยแล้ว ผู้ป่วยมักเสื่อมเสียการทำหน้าที่ทางด้านสังคม และด้านการงาน โดยเฉพาะช่วง 5-10 ปีแรก ซึ่งในช่วงนี้ผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงเป็นครั้งคราว

สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคทางจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เชื่อว่า โรคจิต มีสาเหตุ หรือปัจจัยต่างๆของการเกิดโรค ดังนี้

1.1.1 ปัจจัยทางชีววิทยา แบ่งเป็น

1) ด้านกรรมพันธุ์และองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษา ค้นพบว่าความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือด ยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเท่าใด จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตมากขึ้น

2) ชีววิทยาของร่างกาย สรีระวิทยาของสมองและชีวเคมีของสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลง และระดับฮอร์โมนของร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจ

3) สารจากต่อมไร้ท่อ เช่น โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้าและเฉื่อยชา

4) โรคของสมอง เช่น เนื้องอกของสมอง การอักเสบของสมอง โรคลมชัก รวมทั้งการได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เชื้อหุ้มสมองอักเสบและการที่สมองได้รับอันตรายจนทำให้เซลล์ของสมองถูกทำลาย อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของจิตได้

1.1.2 กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic) ของแต่ละบุคคลมีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจ (Motivation) ของคน ซึ่งเป็นสาเหตุที่เชื่อว่า ทำให้คนเกิดปัญหาทางจิตใจ

1.1.3 สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาอยู่รอบตัวของบุคคล เช่น ปัญหาทางครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางเพศบางประการ หรือ ชีวิตสมรส / ชีวิตโสดที่มีปัญหา

1.1.4 การเรียนรู้ตามหลักจิตวิทยา เนื่องจากผู้ป่วยได้มีประสบการณ์การเรียนรู้บางอย่างที่ทำให้เกิดผลเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ ทำให้มีบุคลิกลักษณะที่ไม่เหมาะสม

ความแตกต่าง ระหว่างสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทในวัยสูงอายุ กับวัยที่อายุน้อย

1. ประวัติพันธุกรรมของโรคนี้ในครอบครัวพบได้น้อยกว่าโรคจิตเภทซึ่งเกิดกับโรคจิตเภทซึ่งเกิดกับผู้ที่ยาวน้อย

2. ผู้ป่วยจำนวนมากมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ โดยเฉพาะชนิดหวาดระแวง แยกตัว

3. ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีความบกพร่องของการมองเห็นและการได้ยิน

4. มีความผิดปกติของสมอง แต่ไม่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง เช่น ขนาด ventricles ขยายใหญ่เล็กน้อย บริเวณ white matter มีความผิดปกติมาก และ thalamus โตกว่าปกติมาก

1.2 อุบัติการณ์

อุบัติการณ์ของโรคนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด จากผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 28 ของผู้ป่วยเริ่มมีอาการครั้งแรกภายหลังอายุ 45 ปี และร้อยละ 12 ภายหลังอายุ 64 ปี แต่อย่างไรก็ตามมีข้อเสนอแนะว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเคยมีอาการมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และที่เหลือร้อยละ 10

เริ่มเป็นครั้งแรกในวัยสูงอายุผู้หญิงเป็นโรคนี้นี้มากกว่าผู้ชาย มีผู้เสนอข้อสันนิษฐานว่าน่าจะเป็นเพราะว่าในผู้หญิงมีปริมาณ dopamine-2 (D₂) receptors มากกว่าผู้ชายสูงอายุ นอกจากนี้ฮอร์โมน estrogen อาจทำให้การเป็นโรคจิตเภทซ้าออกไป จนกระทั่งเข้าสู่วัยหมดประจำเดือนสิ่งสำคัญอีกประการหนึ่งคือผู้ป่วยส่วนใหญ่แต่งงานแล้วหรือเคยแต่งงานรวมทั้งมีงานที่พึงพอใจทำหรือทำงานบ้านเป็นอย่างดี ก่อนหน้าที่จะเป็นโรค

1.3 ลักษณะอาการทางคลินิก ลักษณะอาการแสดงของโรคจิตเภทอาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มอาการด้านบวก และกลุ่มอาการด้านลบ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546) ดังต่อไปนี้

1) กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms)

แสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสารและพฤติกรรมซึ่งแบ่งตามลักษณะอาการ ดังนี้

- อาการหลงผิด (delusion) ชนิดที่พบบ่อย ได้แก่ persecutory delusion, delusion of reference อาการหลงผิดที่มีน้ำหนักในการวินิจฉัยได้แก่ bizarre delusion

- อาการประสาทหลอน (hallucination) ที่พบบ่อยเป็น auditory hallucination อาจเป็นเสียงคนพูดกันเรื่องของผู้ป่วยหรือสั่งให้ทำตาม

- Disorganized speech ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกันได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านทางกรพูดและสนทนา

- Disorganized behavior เป็นพฤติกรรมที่ผิดไปจากปกติอย่างมาก ผู้ป่วยแต่งตัวสกปรก แปลก เช่น สวมเสื้อหลายตัวทั้งที่อากาศร้อนจัด บางคนปัสสาวะกลางที่สาธารณะ

กลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีอาการทางบวก เช่นเดียวกับผู้ที่มีอายุน้อย เช่น ประสาทหลอน อาการหลงผิดและความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมักมีอาการหลงผิดแบบหวาดระแวงว่ามีคนปองร้าย อาการหลงผิด เป็นเรื่องราว มีหูแว่วเสียงคนว่าร้ายและเสียงคนวิจารณ์การกระทำต่างๆ อาการที่พบบ่อยที่สุดโดยพบในผู้ป่วยมากกว่า 2 ใน 3 คืออาการหลงผิด ซึ่งมีเนื้อหาแปลกประหลาดเหลือเชื่อ (bizarre) เช่นคิดว่าตัวเองสามารถติดต่อกับมนุษย์ดาวอังคารได้ ผู้ป่วยมีอาการเด่น คือ การหลงผิด (delusions) และ/หรือประสาทหลอน (hallucinations) โดยมีอารมณ์เรียบ/ไม่เหมาะสม (flat/inappropriate affect) พฤติกรรม catatonic การพูดแบบไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized speech) หรือพฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized behavior)

2) กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptom)

เป็นภาวะที่ขาดในสิ่งที่คนทั่วๆ ไปควรมี เช่น

- Alogia พูดน้อย เนื้อหาที่พูดมีน้อย ใช้เวลานานกว่าจะตอบ
- Affective flattening การแสดงออกทางอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมย
- Avolition ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย
- Associality เก็บตัวเฉยๆ ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน

ในระยะอาการกำเริบ อาการสำคัญส่วนใหญ่จะเป็นอาการในกลุ่มอาการด้านลบ ส่วนกลุ่มอาการด้านลบนั้นพบในระยะหลังของโรค และไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเหมือนกลุ่มอาการด้านบวก

กลุ่มอาการด้านลบ (negative symptom) ในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

อาการซึ่งพบได้น้อยในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ คือ ความผิดปกติของ association

อารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์และอาการทางลบ อาการของผู้ป่วยมักเข้าได้กับชนิดย่อย 2 ชนิด คือ paranoid และ undifferentiated ผู้ป่วยมีอาการของ Schizophrenia แต่ไม่รุนแรง เช่น อารมณ์ที่ (motional blunting) การแยกตัวจากสังคม (social withdrawal) พฤติกรรมแปลกๆ (eccentric behavior) ความคิดที่ไม่เป็นตรรกะ (illogical thinking) และ mild loosening of associations หากผู้ป่วยยังมี อาการหลงผิด (delusions) หรือประสาทหลอน (hallucinations) นั้นคงอยู่ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547, American Psychiatric Association, 1994)

ความแตกต่างระหว่างโรคจิตเภท ในวัยสูงอายุกับวัยที่อายุน้อย

1. พบผู้หญิงมากกว่า
2. มักเป็นชนิดหวาดระแวง (paranoid type)
3. มีอาการทางลบน้อยกว่า
4. มีความบกพร่องของการเรียนรู้และการใช้ความคิดแบบนามธรรมไม่มาก
5. ความผิดปกติของสมองมีลักษณะ แตกต่างกัน
6. ใช้ยารักษาโรคจิตเภทในการรักษาน้อยกว่า

การมีความแตกต่างกันดังกล่าว แสดงว่าโรคจิตเภทในวัยสูงอายุเป็นอีกชนิดหนึ่งของโรคจิตเภท ซึ่งมีความแตกต่างกันทางชีวประสาท

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ว่าจะเป็นวัยที่อายุน้อย หรือวัยสูงอายุ เป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่ สอดคล้องกับความจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ

การวินิจฉัยแยกโรค

โรคจิตชนิดสำคัญซึ่งต้องทำการวินิจฉัยแยกโรคมียังต่อไปนี้

1. โรคอารมณ์แปรปรวน

เนื่องจากผู้ป่วยซึ่งเป็นโรคซึมเศร้าหรือโรคไบโพลาร์ อาจมีอาการหลงผิดและประสาทหลอน ได้วิธีการที่ใช้ในการวินิจฉัยแยกโรคคือการซักประวัติโดยละเอียดเพื่อที่จะทราบว่าผู้ป่วยมีอาการของโรคอารมณ์แปรปรวนทั้งในปัจจุบันและในอดีตที่ผ่านมา นอกจากนี้การมีประวัติโรคอารมณ์แปรปรวนในครอบครัวอาจช่วยในการวินิจฉัยแยกโรคได้

2. โรคจิตหลงผิด

ในโรคจิตหลงผิดจะมีลักษณะ ที่แตกต่างจากโรคจิตเภทในวัยสูงอายุดังต่อไปนี้

- 1) ไม่มีอาการประสาทหลอน หรือหากมีก็เป็นเพียงเล็กน้อยเท่านั้น
- 2) ไม่มีการเสื่อมของประสิทธิภาพด้านต่างๆซึ่งไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหาของอาการ

หลงผิด

3) อาการหลงผิดมักไม่มีลักษณะแปลกประหลาด เช่น มีเนื้อหาเกี่ยวกับสถานการณ์ซึ่งอาจเกิดขึ้นในชีวิตจริงๆ เช่น การลักขโมย ป่วยเป็นโรคทางกายหรือคู่ครองนอกใจ ขณะที่ในโรคจิตเภทเนื้อหามักแปลกประหลาดเหลือเชื่อ เช่น มีเครื่องคอมพิวเตอร์บรรจุอยู่ในสมองเพื่อนบ้านเอามาใส่ไว้ ทั้งนี้ เพื่อต้องการอ่านใจของผู้ป่วย

1.4 การดำเนินโรค ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้าๆ แรก ๆ อาการจะน้อยและไม่ชัดเจน และเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้น ผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธี การดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ป่วยจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ ดังนี้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก 2) หายโดยกลับเป็นอีก 3) หายโดยไม่สมบูรณ์ คือพอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือ 4) เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยจิตเภท 5) มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (APA, 1994)

1. ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหา ในหน้าที่ความรับผิดชอบโดยเฉลี่ยประมาณปี จึงจะแสดงอาการชัดเจน (Herz et al., 1989)
2. ระยะแสดงอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเกิดอาการทางจิต ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรือมีอาการแสดงที่เกินสภาพจิตปกติ คือ อาการผิดปกติของความคิด การรับรู้ ด้านอารมณ์ การติดต่อสื่อสาร ด้านพฤติกรรม และการเคลื่อนไหว

3. ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ จะมีลักษณะอาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการหรือเสื่อมลงมากกว่า แต่อาการจะไม่รุนแรงเท่าระยะอาการกำเริบ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น ผู้ป่วยจึงมักจะมีอาการกลับเป็นซ้ำ

สำหรับการดำเนินโรคของผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุมักเป็นแบบเรื้อรัง โดยมีอาการเป็นๆ หายๆ การพยากรณ์โรคดีกว่าโรคจิตเภทในผู้ที่มีอายุน้อย แต่อย่างไรการเสียชีวิต โดยเฉพาะจากการฆ่าตัวตายสูงกว่าในประชากรทั่วไป และเทียบเท่ากับการเสียชีวิตในผู้ป่วยโรคจิตเภทซึ่งมีอายุน้อย

1.5 การรักษา การรักษาผู้ป่วยจิตเภทแบ่งตามระยะอาการของโรคและความรุนแรงของโรคได้ 3 ระยะดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2546)

1) การรักษาในระยะอาการกำเริบ

เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด จะเน้นการรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างทีมรักษา กับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

- การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ป่วยจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ระหว่างรับการรักษาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์

- การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง หรือมีพฤติกรรม การเคลื่อนไหวแบบค้างแข็ง (catatonic) ซึมเฉย ไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ อาการข้างเคียง และผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้ เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน

- การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยจัดสิ่งแวดลอมให้ ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

2) การรักษาในระยะอาการทุเลา

ในระยะนี้ผู้ป่วยจิตเภทเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

การบำบัดทางจิตมี 2 ลักษณะ คือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งทั้งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้

- การบำบัดทางพฤติกรรม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่างเป็นระบบ

- การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง

3) การรักษาในระยะอาการคงที่

หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์จะพิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเอง โดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อภาวะ การเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

หลักการรักษาผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุมุ่งดังต่อไปนี้

1. การรักษาด้วยยา (Drug Treatment)

โดยทั่วไปผู้ป่วยจะตอบสนองต่อยา antipsychotic ขนาดน้อยและควรให้ยาเป็นการ Maintenance เนื่องจากผู้ป่วยจำนวนมาก กลับเป็นซ้ำอีกเมื่อหยุดยาแพทย์ควรคำนึงถึงผลข้างเคียงจากยาไว้ให้มาก เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสเกิดง่าย เช่น ง่วงนอน พิษทางด้าน anticholinergic และอาการแพ้ยา นอกจากนี้โอกาสเกิด tardive dyskinesia ยังมีสูงอีกด้วย โดยโอกาสมีสูงถึงร้อยละ 25-30 ยาซึ่งนิยมใช้รักษา เช่น perphenazine วันละ 2-4 mg ในปัจจุบันมียารักษาโรคจิตชนิดใหม่ซึ่งมีประสิทธิภาพดี และผลข้างเคียงน้อย เช่น Olanzapine วันละ 2.5-5 mg (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

ในปัจจุบันยาที่เป็นหลักในการรักษาโรคจิต โดยเฉพาะโรคจิตเภท คือ ยารักษาโรคจิตส่วนยาอื่นๆ เช่น anticholinergic agents, benzodiazepines ก็ถูกนำมาใช้เพื่อวัตถุประสงค์ต่างๆ สำหรับการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่แล้ว การรักษาด้วยยาจัดว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่า และสะดวกกว่าการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ นอกจากนี้ การรักษาด้วยยายังสามารถลดการอยู่โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยพร้อมสำหรับการรักษาด้านจิตสังคม และป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่อีกด้วย (Black DW, 1994, สมภพ เรื่องตระกูล, 2547)

การรักษา Schizophrenia โดยการใช้ยาแบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

1) การรักษาเฉียบพลัน (Acute Treatment)

แม้ว่ายารักษาโรคจิตแต่ละตัวจะมีความแรง (potency) ต่างกัน แต่ยาเหล่านี้จัดว่าเป็นยาที่มีประสิทธิภาพ (efficacy) ในการรักษาเท่ากัน (สำหรับ clozapine อาจเป็นข้อยกเว้น) การเลือกจะใช้ยาตัวใด จึงขึ้นกับประวัติการตอบสนองต่อยาในอดีต ผลข้างเคียงของยา และความคุ้นเคยต่อยาของผู้รักษา จากการทบทวนเอกสารของ Lehman และคณะ (1998) พบว่าขนาดยาที่เหมาะสมในการรักษาผู้ป่วย Schizophrenia ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 300-600 mg/day ในขนาดยาที่เทียบเท่ากับ chlorpromazine อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วย Schizophrenia บางรายอาจต้องการยาในขนาดที่สูงกว่านี้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้รักษาอาจให้ยานีติดทางกล้ามเนื้อในช่วงแรกของการรักษาได้ เช่น haloperidol 10-20 mg/day โดยฉีดให้ครั้งละประมาณ 5-10 mg ตามความจำเป็นในกรณีที่ต้องการลดความถี่ในการฉีดยา ผู้รักษาอาจให้ zuclopenthixolacetate ในขนาด 50-200 mg ซึ่งยานี้สามารถออกฤทธิ์ได้นาน 2-3 วัน ต่อการฉีดทางกล้ามเนื้อหนึ่งครั้ง และสามารถลดอาการโรคจิตได้รวดเร็วเช่นเดียวกับยารักษาโรคจิตชนิดที่ต้องฉีดวันละหลายครั้ง ยารักษาโรคจิตสามารถลดอาการโรคจิตได้เกือบทุกอาการ อย่างไรก็ตาม อาการชนิดบวก (positive symptoms) เช่น ประสาทหลอน (hallucinations) การหลงผิด (delusions) และความคิดที่ไม่มีระเบียบแบบแผน (disorganized thought) จะตอบสนองต่อยาดีกว่าอาการชนิดลบ (negative symptoms) เช่น อารมณ์ที่อับ (blunted affect) และการแยกตัวจากสังคม (social withdrawal) นอกจากนี้ ยังมีผู้ป่วยอีกอย่างน้อยร้อยละ 10-20 ที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษาเลย ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการ negative symptoms เป็นอาการสำคัญ หรือผู้ป่วยไวต่อการเกิด extrapyramidal side effects เมื่อให้ยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิม (classical antipsychotics) ผู้รักษาอาจให้ยารักษาโรคจิตชนิดผิดปกติ (atypical antipsychotics) ได้ เช่น risperidone 2-16 mg/day, olanzapine 5-15 mg/day, quetiapine 150-750 mg/day แม้ว่ายาในกลุ่มนี้จะมีประสิทธิภาพดีและมีผลข้างเคียงน้อย แต่ยาเหล่านี้ยังมีราคาแพงเมื่อเทียบกับยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิมก่อนที่จะระบุว่าผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษา ผู้ป่วยควรได้รับยารักษาโรคจิตในขนาดที่เหมาะสมอย่างน้อย 2 ชนิด ชนิดละ 4-6 สัปดาห์ ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิม (classical antipsychotics) สิ่งที่ผู้รักษาอาจกระทำได้ คือ การเปลี่ยนไปใช้ยารักษาโรคจิตที่มีโครงสร้างต่างจากยาตัวแรก ในปัจจุบันได้มีผู้นิยมใช้ clozapine ในผู้ป่วย Schizophrenia ที่ต้องการรักษา (refractory) มากขึ้น จากการทบทวนเอกสารของ Carpenter และคณะ (1995) พบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ป่วย Schizophrenia ที่ต้องการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิม จะตอบสนองต่อยานี้

โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ตอบสนองดีต่อยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิมแต่ทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้และผู้ป่วยที่ไม่ตอบสนองต่อยารักษาโรคจิตชนิดดั้งเดิมซึ่งมีอาการโรคจิต (psychotic symptoms) ความผิดปกติของความคิด (thought disorder) และการก้าวร้าว (hostility) เป็นอาการเด่นปัญหาหนึ่งที่พบบ่อยในการรักษาผู้ป่วย Schizophrenia คือ การตัดสินใจให้ยาในกลุ่ม anticholinergic เพื่อป้องกันการเกิดผลข้างเคียงชนิด extrapyramidal (extrapyramidal sideeffects) ของยารักษาโรคจิต แม้ว่าผู้รักษาจำนวนไม่น้อยยังมีความเห็นแตกต่างกันอยู่บ้าง แต่ผู้เชี่ยวชาญขององค์การอนามัยโลก (1990) แนะนำว่า “ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิตไม่ควรได้ยาในกลุ่ม anticholinergic เพื่อป้องกัน แต่ถ้าหากต้องการใช้ก็ควรใช้ในช่วงแรกๆ เท่านั้น ยาในกลุ่ม anticholinergic ควรให้ในกรณี que ผู้ป่วยมีอาการ parkinsonism เกิดขึ้นและใช้วิธีการอื่น (เช่น การลดขนาดยารักษาโรคจิตหรือใช้ยาอื่น) แล้วไม่ได้ผล”

2) การรักษาในระยะยาว (Long-term Treatment)

เนื่องจากผู้ป่วย Schizophrenia ส่วนใหญ่ ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) จึงเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการป้องกันการกลับป่วย (relapse) และการต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ขนาดยาที่ควรใช้ในการคงสภาพการรักษา คือ 300-600 mg/day นอกจากนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างสม่ำเสมอ ผู้รักษาอาจเลือกใช้ยารักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นานราว 2-4 สัปดาห์ต่อการฉีด 1 ครั้ง สำหรับขนาดของยารักษาโรคจิตชนิดออกฤทธิ์ยาว ระยะเวลาในการรักษาแบบ คงสภาพ เป็นอีกหัวข้อหนึ่งที่ผู้ป่วยมักถามผู้รักษาจากผลการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วย Schizophrenia ที่หยุดใช้ยารักษาโรคจิตจะมีการกลับป่วย (relapse) ราว 90 % ในช่วงระยะเวลา 5 ปี ที่ติดตามผู้ป่วย Kissling (1991) ได้สรุปข้อแนะนำ ที่ได้จากการประชุมนานาชาติไว้ดังนี้ คือ

1. การใช้ยารักษาโรคจิตเพื่อป้องกันการกลับป่วย (relapse prevention) ควรกระทำในผู้ป่วยทุกราย
2. การรักษาแบบป้องกันควรกระทำนานอย่างน้อย 1-2 ปีในผู้ป่วย Schizophrenia ที่มีอาการเป็นครั้งแรก (first episode) และอย่างน้อย 5 ปีสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้งขึ้นไป
3. ในผู้ป่วยส่วนใหญ่ ผู้รักษาสามารถลดขนาดยาลงได้จนถึงขนาดยาที่น้อยที่สุด ซึ่งยังมีประสิทธิภาพ (minimum effective dosage) คือ ประมาณ 2.5 mg/day ของ haloperidol หรือ fluphenazine ชนิดรับประทาน ในระยะแรกผู้รักษาควรคงขนาดยาที่ให้ในระยะเฉียบพลันไว้ราว 3-6 เดือนหลังจากนั้นจึงค่อยลดขนาดยาลงอย่างช้าๆ (เช่น ลดราวร้อยละ 20 ทุก 6 เดือน) จนกระทั่งถึงขนาดยาที่น้อยที่สุดที่ยังมีประสิทธิภาพ

2.การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Treatment)

การบำบัดทางจิตใจและสังคม มีความสำคัญที่สุดในการรักษาโรคด้วยการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ป่วย ร่วมกับให้การสนับสนุนและเป็นกำลังใจ แพทย์ไม่ต้องคล้อยตามความคิดหลงผิดของผู้ป่วย แต่ก็มีท่าทีเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วย แพทย์ควรขอความช่วยเหลือจากครอบครัว ญาติพี่น้อง และเพื่อนๆ ในการดูแลผู้ป่วย ทั้งนี้เพื่อให้เป็นกำลังใจ คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจ คอยสนับสนุนช่วยเหลือรวมทั้งสามารถตรวจสอบอาการซึ่งอาจเป็นรุนแรงขึ้นแล้วบอกแพทย์เพื่อที่จะได้ให้การรักษาทันท่วงที เป็นการหลีกเลี่ยงการเข้ามาอยู่ในโรงพยาบาลและปัญหาการทำความผิดตามกฎหมายซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ เนื่องจากผู้ป่วย Schizophrenia มีการเสื่อมเสียอย่างมากในด้านการทำงานและการเข้าสังคม และปัญหาดังกล่าวก็มักคงอยู่แม้ว่าอาการโรคจิตจะลดลงแล้ว

ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงเป็นองค์ประกอบสำคัญประการหนึ่งในการรักษาผู้ป่วย Schizophrenia การรักษาเหล่านี้มีจุดมุ่งหมาย คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยา, การลดความเครียด, การเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียด, การช่วยให้ผู้ป่วยมีการคาดหมายที่เหมาะสม และการให้ผู้ป่วยได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ตามสมควร คือ

2.1 Inpatient milieu treatment

การรักษาช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์จริงเพื่อให้สามารถกลับไปอาศัยอยู่ในชุมชนของตนได้ การรักษานี้จะนำเทคนิคของ "token economy" มาใช้เพื่อเสริมให้ผู้ป่วยคงสภาพพฤติกรรมที่ดีและเลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมนอกจากนี้ยังอาจจัดให้มีการฝึกความชำนาญส่วนตัว และความชำนาญในการเข้าสังคม (personal and social skills) หรือมีการจัดการให้การศึกษาไปด้วย

2.2 Partial hospitalization (day treatment)

การรักษาสามารถจัดให้กับผู้ป่วยนอก (outpatients) โดยจัดให้ผู้ป่วยมีการเข้าสังคม (socialization), การฝึกวิชาชีพ (vocational training), การทำจิตบำบัด (psychotherapy) และการให้ความรู้ในเรื่องของจิตใจ (psychoeducation) การรักษาด้วยวิธีนี้ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตสังคมอย่างเต็มที่ โดยที่ยังสามารถคงการติดต่อทางสังคมกับชุมชนของตน

2.3 จิตบำบัด (Psychotherapy)

การทำจิตบำบัดรายบุคคล (individual psychotherapy) มีประโยชน์ในการช่วยผู้ป่วยแก้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้ได้มากที่สุด สำหรับจิตบำบัดกลุ่ม (group psychotherapy) นอกจากจะมีประโยชน์เช่นเดียวกับการทำจิตบำบัดรายบุคคลแล้ว ยังเป็นวิธีหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาการแยกตัวจากสังคม (social withdrawal)

2.4 ครอบครัวบำบัด (Family therapy)

ในปัจจุบัน การทำครอบครัวบำบัดในผู้ป่วย Schizophrenia มักเน้นที่การให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในเรื่องของความเสี่ยงต่อการป่วยเป็น Schizophrenia ของสมาชิกในครอบครัวธรรมชาติของโรค และบทบาทของความเครียดในการกระตุ้นให้เกิดการกลับป่วย (relapse)

2.5 การฝึกความชำนาญในการเข้าสังคม (Social skills training)

การรักษาเน้นที่การเพิ่มความชำนาญในการคบหาผู้อื่น (interpersonal skills) การให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมต่างๆ ก่อนที่จะนำไปใช้ในชีวิตจริง การใช้แรงเสริมชนิดบวก (positive reinforcement) เพื่อให้ผู้ป่วยคงพฤติกรรมที่เหมาะสม และการใช้แรงเสริมชนิดลบ (negative reinforcement) เพื่อให้ผู้ป่วยเลิกพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

2.6 Case management

ในประเทศที่มีสวัสดิการดีพอ ผู้ป่วย Schizophrenia จะได้รับผู้จัดการส่วนตัวเพื่อดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การดำเนินชีวิตและสุขภาพ, การบริโภคอาหารและเสื้อผ้า, การจัดการเรื่องที่พักและการเงิน, การฝึกฝนวิชาชีพและความต้องการพื้นฐานอื่นๆ การรักษาชนิดนี้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควรและลดความจำเป็นในการต้องอยู่โรงพยาบาล (Marrion PF, Norman TR, Burrow GD, 1985; Kissling W, 1991; อ้างถึงใน มานิต ศรีสุรภานนท์, 2537)

จากที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มโรคจิตเวช และโรคจิตเภทมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังจนเข้าสู่วัยสูงอายุ หรือผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท นอกจากจะต้องเผชิญความเปลี่ยนแปลงมากมายที่มีผลจากวัยและความเจ็บป่วยทางจิต การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ (รสสุคนธ์ ชนะแก้ว, 2548)

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีปัญหาด้าน ความคิด การรับรู้ การตัดสินใจ พฤติกรรม การอยู่ร่วมกับสังคม ด้านการสื่อความหมาย การสร้างสัมพันธภาพ (Kasan State University, 1999) ผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุ มีลักษณะอาการค่อนข้างที่จะซับซ้อน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมองในทางที่เสื่อมถอย เช่น อาการหลงลืม สมองเสื่อม นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุนี้มีความเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อเสื่อม โรคพาร์กินสัน เป็นต้น (Christensen and Blazer, 1984) ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วย ต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545) และให้การพยาบาลที่ซับซ้อน และมีความเฉพาะตามลักษณะของผู้ป่วย การพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งเป็นการดูแลที่ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆ ได้ การให้การดูแลช่วยเหลือจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆ ด้านมาใช้ด้วยการนำศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่น ที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุม ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัด รักษา บรรเทาอาการของโรค หรือรักษาระดับการฟื้นคืนหาย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการป้องกันสุขภาพทั้งนี้ต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนกรพยาบาลร่วมด้วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และการประเมินผล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

2.1 หลักการพยาบาลทั่วไปสำหรับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

1) การพยาบาลด้านร่างกาย

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุส่วนใหญ่ มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ผู้ป่วยบางคน มีพฤติกรรมหวาดระแวง อาจจะไม่ยอมรับประทานอาหารไม่ดื่มน้ำซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอโดยใช้เทคนิคการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้ง หรือการเบี่ยงเบนความสนใจหรือต้องมีการประเมินน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกายร่วมกับนักโภชนาการ พิจารณารายงานแพทย์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับสารนำสารอาหารทางหลอดเลือด หรือการได้รับสารอาหารทางสายยาง

การพักผ่อน ควรให้ผู้ป่วยพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมงในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็น ความจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมองมึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย และส่งผลเสียต่อสุขภาพจิตในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ มีอาการทางจิต เช่น

ไม่นอน หรือมีอาการหวาดระแวงกลัวคนมาทำร้าย หรือขโมยของ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2547) ดังนั้นพยาบาลต้องประเมินการนอนว่าผู้ป่วยสามารถหลับได้กี่ชั่วโมงเพียงพอหรือไม่ มีอาการแสดงว่าพักผ่อนไม่เพียงพอหรือไม่ ค้นหาสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยไม่นอน ผู้สูงอายุเวลานอนอาจแตกต่างกันไป จากวัยหนุ่มสาว คือ นอนเร็ว และตื่นเร็ว การนอนหลับไม่เพียงพอทำให้ร่างกายทรุดโทรม สู่ความชราเร็วกว่าที่ควร ต้องนอนหลับให้สนิทจริงๆ การนอนไม่หลับหรือการนอนหลับไม่สนิท สาเหตุมาจาก ความคิดกังวลใจ เป็นคนเจ้าทุกข์วางไม่ลง ละไม่ได้ บางคนไปพึ่งยานอนหลับ ซึ่งจะออกฤทธิ์ไปกดระบบศูนย์ควบคุมการตื่นในสมองไว้ชั่วคราว พอหมดฤทธิ์ยาตื่นขึ้นมาร่างกายจะไม่สดชื่นเหมือนกับการนอนหลับเองตามธรรมชาติ จนกระทั่งพิจารณาให้ยานอนหลับตามแผนการรักษา ควรแนะนำผู้ป่วยเมื่อต้องคิดแก้ปัญหา ควรกระทำเมื่อตื่น ถึงเวลานอนต้องพยายามหยุดคิด นอนให้หลับไปก่อน ตื่นขึ้นมาค่อยนำมาคิด จึงต้องควบคุมจิตใจที่ตั้งอยู่ในอารมณ์เดียว จุดเดียว สกัดกังวลออกให้หมด แล้วเข้านอนตามเวลาปกติ สม่่าเสมอ ถึงเวลาหลับก็ให้หลับได้ ถึงเวลาตื่นก็ให้ตื่นได้ตามกำหนดเวลา

การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ก็จำเป็นต้องมีกิจกรรม การออกกำลังกายเหมือนผู้ป่วยทั่วไป การดูแลตนเอง ด้านร่างกาย เป็น กิจกรรมที่แสดงถึงการดูแล เพื่อปกป้องร่างกายและมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแล ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต (Hill and Smith, 1990) และเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพร่างกายที่ดีขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองยับยสารชนิดหนึ่งเรียกว่า “เอนโดฟิน (Endorphin)” ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติดยาเสพติดมอร์ฟีนหากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดทางจิตประสาท (เจก ชนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

หลักในการออกกำลังกายในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

1. มีการอุ่นเครื่อง (WARM-UP) ก่อนออกกำลังกายทุกครั้ง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อ กระดูก
2. การออกกำลังกายต้องไม่รุนแรง ต้องเหมาะสมกับสุขภาพร่างกาย การออกกำลังกายที่เหมาะสมสามารถวัดได้จากอัตราการเต้นของหัวใจ ขณะออกกำลังกาย คือ ควรเป็น 60% ของอัตราการเต้นหัวใจสูงสุดของอายุนั้นๆ

3. ความถี่ของการออกกำลังกาย ผู้สูงอายุที่สุขภาพไม่แข็งแรง ควรออกกำลังกายที่มีความรุนแรงต่ำและสามารถทำได้วันละ 1 ถึงหลายครั้ง เช่น บริหารแขน ขา โดยไม่ต้องใช้น้ำหนัก นานครั้งละ 15 นาที วันละ 1 ถึง 4 ครั้งทุกวัน ส่วนผู้ที่สุขภาพแข็งแรง สามารถออกกำลังกายได้นานถึง 60 นาที วันละ 1 ครั้งทุกวัน

ควรหยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการผิดปกติ ดังนี้

1. อาการเจ็บหน้าอก
2. เหนื่อยออกมากผิดปกติ
3. เวียนศีรษะ
4. คลื่นไส้ อาเจียน
5. หอบ หายใจลำบาก

ไม่ควรออกกำลังกายเมื่อมีอาการเหล่านี้

1. เจ็บหน้าอก
2. มีไข้ โรคติดเชื้อ
3. โรคข้ออักเสบรุนแรง
4. ภาวะหลอดเลือดดำอักเสบที่ขา
5. หลังรับประทานยาใหม่ ๆ
6. ภาวะหัวใจเต้นเร็วกว่า 100 ครั้งต่อนาที ที่ยังควบคุมไม่ได้
7. ความดันโลหิตสูงกว่า 200/100 มม.ปรอท

2) การพยาบาลด้านความคิด

การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารู้ เช่น เห็นภาพบางขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วยโดยให้ผู้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็นในขณะเดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น หรือใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นต้น

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์

ปัญหาที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่านิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบต่อเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตาพยาบาล ต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ การสร้างสัมพันธภาพบำบัด

4) การพยาบาลด้านสังคม

ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้อาจต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้าน สุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อให้ไม่ให้เกิดปัญหาที่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ควรมีการให้รางวัล การให้คำชมเชย เป็นต้น

การพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจากปัญหาสุขภาพจิตการพยาบาลเพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเน้นการกการฟื้นฟูสมรรถภาพทางด้านร่างกาย และจิตใจ ของผู้ป่วยจะต้องประเมินทั้งตัวบุคคลและระบบสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ คือ ตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อจะได้วางแผนการดูแลที่เหมาะสม

ข้อควรคำนึงถึงการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

1. ความจำเป็นที่ต้องใช้ยา
2. ให้การวินิจฉัยที่ถูกต้อง
3. ขนาดของยาที่ต่ำเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยา
4. รูปแบบของยา ที่เหมาะสม
5. ผลข้างเคียงหรือฤทธิ์ยาที่ไม่พึงประสงค์ ต้องให้ความระมัดระวัง และเมื่อคาดว่าจะเกิดให้หยุดหรือปรึกษาแพทย์
6. ปฏิกริยาต่อกันของยา
7. ความชัดเจนของการอธิบายเกี่ยวกับการใช้ยาที่ถูกต้องรวมทั้งการเก็บรักษา
8. ไม่ควรให้ยาดัดต่อกันเป็นเวลานาน

ข้อพึงปฏิบัติในการให้ยาผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

1. ประเมินสถานะผู้ป่วยโดยดูอาการ สภาวะของโรค ความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแต่ละคน เพื่อเป็นแนวทางในการอธิบายและให้คำแนะนำที่ดีที่สุด พยาบาลควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของการใช้ยาที่ถูกต้อง และตรงตามแผนรักษา

2. มีการประเมินผล การรับรู้ ความเข้าใจ และแนวคิด โดยการซักถามและอาจให้ปฏิบัติ รวมทั้งชี้แจงรายละเอียดเพิ่มเติม เปิดโอกาสให้มีการซักถามเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจ
ถูกต้อง

3. อธิบายถึงการใช้ยาแต่ละชนิด

4. อธิบายถึงความจำเป็นของการใช้ยาตามแผนการรักษา

5. อธิบายขนาดของยาที่ได้รับ เช่น ความหมายของภษณะที่จะใช้ ความหมาย ของข้อบ่งชี้ ชื่อยา จำนวนครั้งเม็ด ครั้งเม็ด เต็มเม็ด จำนวนแคปซูล จำนวนหยด เป็นต้น

6. อธิบายเกี่ยวกับการกำหนดเวลาในการได้รับยาและความหมายต่างๆ พร้อมกับผลเสียของการใช้ยาไม่ถูกเวลา

7. ให้ถูกชนิด ระวังการให้ยาผิด ยาที่ใช้รับประทานต้องแยกอยู่คนละหมวดกับยาใช้ภายนอก

ทำป้ายฉลากห้ามรับประทานให้เด่นชัด

8. ให้ถูกวิธีทางพร้อมอธิบายเหตุผลประกอบ เช่น ยาที่ต้องเคี้ยวก็เพื่อให้ยาแตกตัวได้ มีการกระจายตัวของยาไปยังอวัยวะที่มีอาการได้เร็ว เป็นต้น

9. ให้รับประทานยาต่อหน้าและให้ค้ำน้ำมากๆ เพื่อให้ยาดูดซึมได้ดีและสังเกตฤทธิ์และอาการที่ไม่พึงประสงค์จากยา เพื่อช่วยเหลือได้ทันที

3. ความสามารถในการดูแลตนเองผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

3.1 ความหมายของความสามารถในการดูแลตนเอง

ความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่จงใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายของการกระทำคือ การดูแลตนเองที่จำเป็น กล่าวโดยรวมแล้วความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ศักยภาพในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองให้บรรลุเป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เพื่อควบคุมกระบวนการของชีวิต ดำรงหรือส่งเสริมให้โครงสร้าง หน้าที่และการพัฒนาของมนุษย์ดำเนินสูงสุดของแต่ละบุคคลและส่งเสริมความผาสุกในชีวิต (Orem, 1991; Orem, 2001; สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

ตามธรรมชาติผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุ มีลักษณะอาการค่อนข้างที่จะซับซ้อน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมอง ในทางที่เสื่อมถอย เช่น อาการหลงลืม สมองเสื่อม การศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทอายุ 77 ปีขึ้นไป จำนวน 997 คน แสดงอาการหูแว่ว และความคิดหวาดระแวง

คิดเป็นร้อยละ 4 นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุนี้มีความเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อเสื่อม โรคพาร์กินสัน เป็นต้น (Christensen and Blazer, 1984) ผู้ป่วยจิตเภทมักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรัง และไม่หายขาด ผู้ป่วยอาจกลับมาป่วยซ้ำได้ (จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ, 2536)

จากการศึกษาเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความบกพร่องทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทในวัยสูงอายุมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลในหลายๆ ด้าน การศึกษาเปรียบเทียบอาการ และการทำงานที่ของบุคคลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจำนวน 184 คน ในสถานบริการสุขภาพชุมชน รัฐนิวแฮมเชอร์ โดยใช้แบบประเมิน อาการ และทักษะการดำเนินชีวิต พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาในการทำหน้าที่ของบุคคล 4 ด้าน คือ ทักษะทางสังคม ปัญหาด้านพฤติกรรม ทักษะการดูแลตนเอง และทักษะการดำเนินชีวิต (Bartels, Mueser, and Miles, 1997)

นอกจากนั้น การศึกษาในระยะยาวยังพบว่า การปรับตัวในการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วย สัมพันธภาพทางสังคม การดูแลตนเอง และการควบคุมตนเอง มีความสัมพันธ์ กับอาการทางคลินิก และการทำงานที่ทางปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mc Gurle et al, 2000) ซึ่งจากความบกพร่องดังกล่าวจะส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความบกพร่องต่อความสามารถในการดูแลตนเองได้

3.2 แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

มีผู้ให้แนวคิดความสามารถในการดูแลตนเอง ไว้ดังนี้

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการเรียนรู้ที่เป็นผลของการกระทำ โดยตรง ต่อตนเองหรือสิ่งแวดล้อม เพื่อควบคุมการทำงานที่เกี่ยวกับการดำรงชีวิต การบูรณาการของการทำหน้าที่และความผาสุก นอกจากนี้การดูแลตนเองโดยทั่วไปมีความสัมพันธ์กับความรับผิดชอบในตนเอง ความมีอิสระ (Interdependent) การดูแลจิตใจ ร่างกาย และจิตวิญญาณ การรักษาไว้ซึ่งภาวะสุขภาพรวมทั้งการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค และส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยบรรลุถึงการมีสุขภาพที่ดี ควรเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความผาสุกทางด้านร่างกาย จิตใจและจิตวิญญาณที่ทำความคุ้นเคยไป

Potter and Perry (1989) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่บุคคลสมัครใจ ทำตามระดับความสามารถที่มีอยู่และการกระทำนั้นเกิดจากความตั้งใจของตนเอง โดยการแสวงหาคำแนะนำคำชี้แจงหรือความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมของตนให้เหมาะสมยิ่งขึ้นและสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน ในการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขหรือเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ ความเป็นอยู่ที่ดี การดูแลตนเอง เป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นจากการผสมผสานระหว่างประสบการณ์ การมีปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม นอกจากนี้การดูแลตนเองยังช่วยส่งเสริมคุณค่า แห่งชีวิต ภาพลักษณ์ ซึ่งมีผลโดยตรงต่ออัตมโนทัศน์

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองเป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วๆ คือความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วๆ ไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

Nursing Development Conference Group (1997) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเองมีองค์ประกอบ 3 ประการคือ

1) ตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง และความต้องการในการปรับการดูแล (Estimative operation)

2) ตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถกระทำได้ สิ่งที่ต้องกระทำและจะกระทำ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Transitional operation)

3) กระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองความต้องการในการดูแลตนเอง (Productive operation) (คารุณี จงอุดมการณ์, 2538)

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกระบวนการ ก่อนลงมือปฏิบัติ บุคคลต้องคิดพิจารณาหาความหมายให้เหตุผลและวางเป้าหมายมีการตัดสินใจจะกระทำและประเมินผลกิจกรรมนั้นๆ การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นคุณสมบัติและเหตุผลของการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ และการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ ดังนี้

1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้ จำเป็นสำหรับบุคคล ทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

1) คงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ (maintenance of sufficient intakes of air, water, food)

1.1) บริโภคอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติแล้วคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอก

1.2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.3) หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ (poisons of care associated with eliminative processes and excrements)

2.1) จัดการให้มีการขับถ่ายปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และ สิ่งแวดล้อม

2.2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกลจากการขับถ่าย

2.3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2.4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

3) รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (maintenance of balance between activity and rest)

3.1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา แลการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

3.2) รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

3.3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยม และกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

4) รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (maintenance of balance between solitude and social interaction)

4.1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

4.2) ปฏิบัติต่อตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

4.3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

5) ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ (prevention of hazards in life, functioning and well being)

5.1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่เกิดขึ้น

5.2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

5.3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

5.4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

6.1) พัฒนาและรักษาระบบไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

6.2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

6.3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคล

6.4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของ โครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่นการตั้งครรภ์การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิตและเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการ เช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไปเป็นต้น เพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วัยวุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอด ในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคล การป้องกันมี 2 ลักษณะ คือ 1) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น 2) การบรรเทาหรือเอาชนะอาการที่เกิดขึ้น และการที่บุคคล ไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขาดการศึกษา การมีปัญหาการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดี หรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ความกดดันและเผชิญความเจ็บป่วย ในขั้นสุดท้ายและอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

3. การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพ หรือความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค และอยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อยหรือมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมหรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เบื่อหน่ายชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ถ้าบุคคลที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถประยุกต์ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเองได้ เช่น เดียวกัน (Orem, 1991; อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีดังนี้ คือ

- 1) การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม
- 2) การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟู อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการ และความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่ บกพร่องไป
- 4) การรับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค กระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)
- 5) การปรับปรุงตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วยและการรักษา โดยรักษาไว้ซึ่ง อัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสม ในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

6) การเรียนรู้ที่มีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่

จากแนวคิดดังกล่าวสรุปได้ว่าความสามารถในการดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ที่มีความซับซ้อน และเป็นการกระทำอย่างสมัครใจ มีการแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจ ใช้สติปัญญาของตนเองตามความสามารถ ในการที่จะดูแลตนเองเพื่อบรรลุผลสำเร็จ และคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2537)

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเอง ด้านร่างกาย และด้านจิตใจของ (Hill and Smith, 1990) แนวคิดของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) และใช้แนวคิดสองแนวคิดนี้ ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสร้างโดย อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ตามแนวคิดดังกล่าว ประกอบด้วย

1) การดูแลตนเองด้านร่างกาย

การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกายและมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแล ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต (Hill and Smith, 1990) และเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพร่างกายที่ดี ซึ่งได้แก่ การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลรักษา ประกอบด้วยเรื่องต่อไปนี้

อาหาร ต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน ตามหลักโภชนาการและตามความต้องการของร่างกาย โดยเลือกรับประทานอาหารสด หลีกเลียงเครื่องดื่มที่มีสารเสพติดทุกชนิด รับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ร่างกายขาดอาหารส่วนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทำให้ร่างกายแข็งแรง ไม่เจ็บป่วยซึ่งเป็นแนวทางแห่งความสุขอย่างหนึ่ง (เจก ธนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

1.2 น้ำ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับน้ำให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ

1.3 อากาศ ควรดูแลตนเองให้ร่างกายได้รับอากาศบริสุทธิ์ให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกาย

1.4 การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น

ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้าย มอร์ฟิน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปิติสุข คล้ายคนติดยาเสพติด หากมีแต่คุณไม่มีโทษ

นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย เชื่อว่าสามารถต้านทานเชื้อโรคและป้องกันมะเร็งได้ด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดทางจิตประสาท (เจก ธนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

1.5 การพักผ่อน ควรดูแลตนเองในการพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อย วันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวกการนอนหลับ เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมงยังทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอ มึนงง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย ปกติผู้ใหญ่ต้องการนอน 7 ชั่วโมง (ชูทิศย์ ปานปรีชา, 2531)

1.6 การดูแลสุขภาพวิชาส่วนบุคคลควรดูแลความสะอาดร่างกายของตนเองให้สะอาดเรียบร้อยอยู่เสมอ ในเรื่องการแต่งกาย การอาบน้ำ แปรงฟัน หวีผม ฯลฯ

1.7 การขับถ่ายอุจจาระและปัสสาวะ ควรดูแลตนเองในเรื่องการขับถ่าย

1.8 ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา

2) การดูแลด้านสุขภาพจิต

การดูแลด้านสุขภาพจิต เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองมีเป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มีความแข็งแรงด้านจิตใจ ที่มีพื้นฐานมาจากการส่งเสริมสุขภาพจิตและมีการปฏิบัติตัวอย่างต่อเนื่อง ได้แก่

2.1 การรู้จักตนเอง

การพัฒนาการรู้จักตนเอง (self awareness) คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความ เป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ (ทัศนา บุญทอง, 2535) ตนเอง (Self) ในภาวะโดยทั่วไป ตนมี 2 อย่าง คือ “ตนจริง” และ “ตนในอุดมคติ” ตนจริง เป็นสภาพที่เกี่ยวกับตนเอง ข้อดี ข้อเสีย จุดด้อย จุดเด่น ความสามารถ ความถนัด และส่วนอื่นๆ ที่เป็นส่วนรวมทั้งหมดของบุคคลทั้ง ด้านร่างกาย ความรู้สึกนึกคิด ค่านิยมที่บุคคลนั้นเป็นอยู่หรือมีอยู่จริง ส่วนตนในอุดมคติ เป็นสภาพที่ใฝ่ฝันอยากจะเป็น (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) การรู้จักตนเอง เป็นองค์ประกอบที่สำคัญของสุขภาพจิต การพัฒนาและการดำรงไว้ของการรู้จักตนเอง เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดชีวิต เป็นการปฏิบัติที่ยาก การเข้าถึงต้องอาศัยความอดทน ความมุ่งมั่น และข้อสัจย์ต่อตนเอง รวมทั้งไม่ควรวิพากษ์ วิจารณ์ตนเองมากเกินไป ซึ่งกิจกรรมการดูแลตนเองมีประโยชน์มากในกระบวนการดังกล่าว (Hill and Smith, 1990) การรู้จักตนเองยังทำให้บุคคลทราบถึงความคิด และพฤติกรรมของตนเอง ที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นและสถานการณ์ต่างๆ และยังทำให้ทราบถึงความ ต้องการของตนเองอีกด้วย การรู้จักตนเองเป็นการที่บุคคลรู้ตัวเอง

ในขณะนี้และเดี๋ยวนี้ (here and now) การรู้จักตนเองเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) การรู้จักตนเองเป็นสิ่งที่บุคคลมีมาตั้งแต่ในวัยเด็ก เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีผลทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีความคิด ค่านิยม ความเชื่อหรือมีอุดมการณ์อย่างไร ที่เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับปรุงตนเองตลอดเวลา การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Developing Inner Awareness) มีหลายวิธีในการพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความตระหนักในตนเอง โดยการสร้างจินตนาการ การคิดถึงสิ่งที่อยู่เหนือธรรมชาติ การผ่อนคลาย การแลกเปลี่ยนความคิดภายใน การวิเคราะห์ความฝันและการใช้ความคิดที่รอบคอบ การพัฒนาการรู้จักตนเองเป็นความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองในลักษณะของ “ตนจริง” (Real self) คือ มีการรับรู้เกี่ยวกับตนเองที่เรียกว่า “อัตมโนทัศน์” (Self concept) ที่ตรงกับความจริงที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ จากแนวคิดของฮิลและสมิท กิจกรรมที่ส่งผลต่อการพัฒนาการรู้จักตนเอง ประกอบด้วยกิจกรรมดังต่อไปนี้ (Hill and Smith, 1990)

1) การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด (Values clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อทัศนคติ และค่านิยมที่ตนนับถืออยู่ ซึ่งมีความสำคัญเพราะสิ่งเหล่านี้เกี่ยวข้องและมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่าง จะช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินอะไรที่ขัดกับค่านิยมของตน และช่วยหลีกเลี่ยงการตัดสินพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยมของตนเป็น ปทัสถาน การพัฒนาการทำให้ค่านิยมกระจ่าง กระทำโดยการจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งที่สำคัญในชีวิต (Stuart & Sundeen, 1987)

2) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเองกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองเช่น “ฉันรู้สึกว้า” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของคนอื่น

3) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action patterns) เป็นการรู้จักตนเองในด้านการคิดและการกระทำของตนเองในการดำรงชีวิตมีความสำคัญเพราะบุคคลจะแสดงออกในแบบแผนที่สอดคล้องกับความคิดและความเชื่อเกี่ยวกับตนเองบุคคลประสบผลสำเร็จหรือล้มเหลวในกิจกรรมใด ขึ้นอยู่กับความเชื่อในความสามารถของตน และความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้น ที่มีต่อชีวิตของตนรวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร็จ คือ มีการตั้งเป้าหมายวางแผนมุ่งมั่นกระทำและประเมินความสำเร็จบุคคลที่ประสบผลสำเร็จจะรู้สึกว่าตนเองควบคุมตนเองได้ มีความสามารถและมีอำนาจในตัวเอง

จากการพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการตระหนักถึงความทุกข์ทรมานจากการมีอาการทางจิตที่ตนเองกำลังเผชิญอยู่ รับรู้อาการทางจิตที่เกิดขึ้นและพยายามค้นหาสิ่งที่จะช่วยบรรเทาความทุกข์ทรมานนั้น

2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการที่เป็นลักษณะเด่น คือ มีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ และอารมณ์ ซึ่งส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดความบกพร่องในการติดต่อสื่อสาร นับเป็นทักษะที่จำเป็นอย่างหนึ่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน เมื่อมีความบกพร่องเกิดขึ้น มักจะนำไปสู่การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม และเป็นสาเหตุของการเกิดปัญหาภายในครอบครัวได้

Hill and Smith(1990)กล่าวว่าการดูแลตนเองด้านจิตใจในด้านการติดต่อสื่อสาร คือ

- 1) การประเมินแบบแผนและรูปแบบการติดต่อสื่อสารอย่างสม่ำเสมอ
- 2) การพัฒนาและดำรงไว้ซึ่งความสามารถในการให้ และการรับข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง
- 3) ยอมรับ และจำกัดการแสดงออกของความวิตกกังวล ระหว่างการติดต่อสื่อสาร
- 4) ให้ความสำคัญกับการสื่อสารเท่าๆ กัน ทั้งการสื่อสารด้วยคำพูดและการแสดงออก
- 5) ศึกษาตนเองเกี่ยวกับบทบาทของวัฒนธรรม และคุณค่าของกระบวนการติดต่อสื่อสาร
- 6) ศึกษาตนเองเกี่ยวกับการทำนายทักษะการติดต่อสื่อสาร ในกลุ่มที่มีความแตกต่าง
- 7) พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออกที่เหมาะสม

ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสมนำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึก และความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมา ทำให้ต้องเก็บระงับความรู้สึก ความคิดนั้นไว้ ทำให้เกิดความคับข้องใจ หรือบางคนอาจใช้กลไกป้องกันทางจิต ลักษณะต่างๆ เพื่อผ่อนคลายความไม่สบายใจ เมื่อใช้มากเกินไปก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ (บุญวดี เพชรรัตน์, 2534) การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต มีความสัมพันธ์กับการพัฒนาและการดำรงไว้ ซึ่งความสามารถในการจัดการกับเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ เวลานั้นเป็นสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับทรัพยากรอื่นๆ ในชีวิต และช่วยให้บุคคลมีความพึงพอใจเมื่อสามารถทำงานสำเร็จตามเวลาที่กำหนดไว้ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อจิตใจของบุคคล

การกำหนดการใช้เวลาและวางแผนในแต่ละวัน สามารถทำให้บรรลุผลสำเร็จของการทำงานได้โดยเป็นการวางแผนการใช้เวลาในระยะยาว และเป็นเป้าหมายการปฏิบัติโดยตรง การวางแผนการใช้ เวลาเป็นกระบวนการที่ทำให้บุคคลมีความสนใจต่อ การดำรงชีวิตประจำวันของ สุขภาพจิตที่ลึ้มหรือละเอียดง่ายในการปฏิบัติ ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตประจำวัน ได้ แก่การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำให้สังคมมีความสำคัญมากขึ้น (Hill and Smith, 1990) การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพทำได้หลายวิธีได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

1) การประเมินและการใช้เวลาในแต่ละวัน เพื่อให้บุคคลศึกษาว่าในแต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด นับว่าเป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญมากในการดูแลตนเอง

2) การวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวัน ช่วยให้บุคคลคำนึงถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ

3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ ช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนได้ใช้เวลาในการดูแลตนเอง ที่จะช่วยสร้างเสริมสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนได้มากน้อยเพียงใดในการดำรงชีวิตประจำวัน การบริหารเวลานับว่ามีความสำคัญมาก สามารถส่งผลต่อสุขภาพร่างกายและสุขภาพจิตได้ การบริหารเวลานับ เป็นพฤติกรรมดูแลตนเองที่มีความสำคัญมากอย่างหนึ่ง

2.4 การเผชิญปัญหา

การเผชิญปัญหาเป็นการกระทำใดๆ ของบุคคลเมื่อเกิดปัญหาในการดำรงชีวิตประจำวันเมื่อเกิดปัญหามูลจะรู้สึกเครียด เริ่มวิตกกังวล (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) และจะส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจทำให้บุคคลไม่เป็นสุข กังวลใจเป็นทุกข์ ภาวะเครียดที่มากเกินไปจะนำไปสู่ภาวะเหนื่อยหน่ายใจ และนำไปสู่ปัญหาทางอารมณ์ได้ ถ้าแก้ไขปัญหาได้ก็จะเกิดความสุข แต่ถ้าบุคคลแก้ไขปัญหามไม่ได้จะเกิดภาวะกดดัน รู้สึกถูกคุกคาม เครียด และถ้าไม่สามารถแก้ไขสถานการณ์ ในระยะเวลาที่เหมาะสม ก็จะทำให้บุคคลเข้าสู่ภาวะวิกฤต ซึ่งแสดงออกในลักษณะของการเจ็บป่วยทางกาย หรือการเจ็บป่วยทางจิตใจ (Hill & Smith, 1985)

2.5 การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม

ระบบการสนับสนุนทางสังคม คือ กลุ่มที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีการให้ ข้อมูล ความสามารถในการดูแลตนเองข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ทำให้การติดต่อสื่อสารของคน กับสิ่งแวดล้อมภายนอกมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นระบบนี้จำเป็นต่อการดำเนินชีวิตอย่างหนึ่งโดยเฉพาะ เป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลตนเองด้านจิตใจ การที่เข้าใจระบบการสนับสนุนทางสังคมได้ ดีขึ้นต้องเข้าใจองค์ประกอบของระบบหรือโครงสร้างของกลุ่มที่นอร์เบค (Norbeck) เรียกว่า เครือข่ายทางสังคม (Social network) (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

การพัฒนาาระบบสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาถึงการสนับสนุนทางสังคมไว้มากมาย พบว่าการสนับสนุนทางสังคมเป็นตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งยังมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของบุคคลอีกด้วย

3.3 ปัจจัยพื้นฐานที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง

ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัยเฉพาะของแต่ละบุคคลที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐาน กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal Relationship) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) แต่ทั้งนี้การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวซึ่งประกอบด้วย

1. อายุ อายุเป็นตัวบ่งชี้ถึงควมมีวุฒิภาวะ หรือความสามารถในการรับรู้ แปลความหมาย การตัดสินใจ ซึ่งจะส่งผลต่อความสามารถในการจัดการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เช่น ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ที่อยู่ในวัยสูงอายุแต่ละคนจะลดลงตามโครงสร้าง และการทำหน้าที่ของร่างกาย เป็นต้น

2. เพศ จะเป็นสิ่งที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางสรีระภาพระหว่างเพศชาย และเพศหญิง อีกทั้งยังเป็นตัวกำหนดบทบาทบุคลิกภาพในครอบครัว ชุมชน สังคม ซึ่งลักษณะวัฒนธรรมของสังคมไทยในอดีตกำหนดให้เพศชายเป็นผู้นำในครอบครัว ส่วนเพศหญิงจะมีบทบาทเป็นผู้ดูแลครอบครัว

3. ระยะพัฒนาการ การคำนึงถึงปัจจัยระยะพัฒนาการของบุคคล จะช่วยให้ทราบถึงความต้องการการดูแลตนเอง โดยทั่วไป และตามระยะพัฒนาการหรือทราบถึงระยะของการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Orem, 1991)

4. สังคมวัฒนธรรม เป็นปัจจัยซึ่งมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตของมนุษย์ การดูแลตนเองรวมทั้งสุขภาพของบุคคล ซึ่งองค์ประกอบในระบบสังคมวัฒนธรรมจะรวมถึงศาสนา ความเชื่อ การศึกษาและเศรษฐกิจ ศาสนาแต่ละศาสนาสอนให้คนมีความเชื่อและการปฏิบัติที่แตกต่างกัน นอกจากนั้นยังเป็นตัวกำหนดขนบธรรมเนียมประเพณี และกำหนดพฤติกรรมของสมาชิกในสังคม โดยเฉพาะความเชื่อเรื่องการเจ็บป่วย และการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามความเชื่อ นอกจากนั้นระดับการศึกษาเป็นส่วนสำคัญต่อการพัฒนาความรู้ ทักษะ และทัศนคติของบุคคลในสังคม ที่จะส่งผลให้เกิดการคิดอย่างมีเหตุผล การแสวงหาข้อมูลเพื่อประกอบการพิจารณาการตัดสินใจ เกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีพลังความสามารถ 10 ประการ อันเป็นตัวกลางที่จะเชื่อมการรับรู้และการกระทำของมนุษย์ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องเฉพาะเจาะจง สำหรับการดูแลตนเอง (Orem and Taylor, 1986 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

5. สภาพที่อยู่อาศัย แหล่งที่อยู่อาศัยของบุคคลเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะส่งเสริมให้บุคคลมีโอกาสดูแลตนเองจากความพลัดพรากจากสิ่งแวดล้อม หรือได้รับบริการด้านสุขภาพแตกต่างกัน เช่น ผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกลจากสถานบริการสุขภาพ ทำให้มีโอกาสได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพจากบุคลากรสาธารณสุขได้น้อยลง นอกจากนี้ยังมีความยากลำบากในการเดินทางมารับบริการ ต้องพึ่งพาตนเองโดยการแสวงหาการรักษาตามความเชื่อ หรือภูมิปัญญาของท้องถิ่น เป็นต้น

6. ระบบบริการสุขภาพ เป็นปัจจัยหนึ่งที่จะเอื้ออำนวยและเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง และพึ่งพาตัวเองได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

7. ระบบครอบครัว ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความหมาย และสามารถนำมาช่วยประเมินคุณภาพการดูแลตนเอง หรือความช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิกในครอบครัวและจะช่วยบ่งชี้ถึงศักยภาพในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

8. แบบแผนการดำเนินชีวิต ปัจจัยด้านแบบแผนการดำเนินชีวิตที่มีอิทธิพลต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างในด้านความต้องการการดูแลตนเอง และกลวิธีที่ตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น (Orem, 1991)

9. แหล่งประโยชน์ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองได้แตกต่างกัน ซึ่งจะเกี่ยวข้องกับวัตถุ สิ่งของ แหล่งข้อมูล และหากบุคคลมีศักยภาพในการเลือกบริโภคอย่างมีประสิทธิภาพ และเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่มีอยู่จะทำให้บุคคลได้รับการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปในการดำรงชีวิต ตามความเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมของตนเอง (Orem, 1991)

3.4 การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการฟื้นหายของโรคแต่สิ่งที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ซึ่งในปัจจุบัน แนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วย ได้เปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคลในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตน จากการทบทวนถึงเครื่องมือในการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองนั้น พบว่าเครื่องมือถูกสร้างขึ้นเพื่อวัดความสามารถในการดูแลตนเอง ได้ในระดับต่างๆ ดังนี้

3.4.1 การวัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เป็นการทำการวิเคราะห์การดูแลตนเองที่ใกล้เคียงที่สุด และยังสะท้อนให้เห็นถึงพลังความสามารถ 10 ประการ รวมทั้งความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน นอกจากนั้นการวัดกิจกรรมย่อยในการดูแลตนเองทั้งหมดของแต่ละบุคคลไม่สามารถนำตัวเลขที่ได้มาเปรียบเทียบกันได้เพราะกิจกรรมย่อยที่แต่ละคนปฏิบัติเพื่อบรรลุเป้าหมายของการรักษาไว้ ซึ่งชีวิต สุขภาพ และ สวัสดิภาพ อาจแตกต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละบุคคล แม้ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองจะเหมือนกัน

ดังนั้นจึงใช้เป้าหมายการดูแลตนเองหรือที่โอเร็มเรียกว่า การดูแลตนเองที่จำเป็น เป็นเกณฑ์ ในการสร้างข้อคำถาม เพราะถือว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองในทุกคนเหมือนกัน คะแนนที่วัดได้ จึงน่าจะเปรียบเทียบกันได้ ซึ่งเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง ได้แก่

1) เครื่องมือประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (The Appraisal of Self-Care Agency Scale) สร้าง โดย Evers et al. (1993) ใช้วัดความสามารถในการปฏิบัติดูแลตนเองเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของบุคคลทั่วไปทั้งภาวะปกติและเจ็บป่วย แต่เหมาะที่จะใช้กับผู้ที่มีความสุขพืมากกว่า (Evers, 1989 อ้างถึงใน ชวลี โนษิตธาภิวัฒน์, 2534)

2) เครื่องมือการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง (The Exercise of Self Care Agency Scale) สร้างโดย Keamey & Fleischer (1979 อ้างถึงใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) ซึ่งมีความเชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับการนำความสามารถมาใช้บุคคลอาจมีความสามารถในการดูแลตนเองแต่อาจไม่ได้นำมาใช้ก็ได้ ดังนั้นการวัดการใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง จึงน่าจะใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด แต่จากผลการวิเคราะห์ ความตรงเชิงโครงสร้างชนิดแยกองค์ประกอบของเครื่องมือพบว่าไม่ชัดเจนแลครอบคลุมพอที่จะนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

3.4.2 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 ประการตามทฤษฎีของโอเร็ม พบว่า สามารถยืนยันองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองได้เพียง 8 ประการ เครื่องมือนี้จึงยังมีความคลุมเครือในความตรงเชิงโครงสร้างของการวัดพลังความสามารถ 10 ประการ

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

อย่างไรก็ตาม ได้มีผู้ให้ข้อสังเกตว่า ในการวัดพลังความสามารถนี้อาจมีข้อจำกัดได้ เนื่องจากบุคคลอาจมีพลังความสามารถครบถ้วน แต่ไม่ได้นำมาใช้ในการดูแลตนเองก็ยอมทำให้เกิดความพร่องในการดูแลตนเองได้ ดังนั้น การประเมินจากพลังความสามารถอาจทำนบายการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภท

2.5.3 การวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นเครื่องมือที่สร้างโดย จินตนา ยูนิ

(2534) ซึ่งผู้สร้างมีความเชื่อว่าเป็นการวัดการแสดงออกของบุคคลตามการรายงานของตนเอง เป็นการวัดพฤติกรรมย่อยในการดูแลทั้งหมดของบุคคล ซึ่งเป็นการรายงานการปฏิบัติกิจกรรมของแต่ละบุคคลที่มีเป้าหมายซึ่งปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองในการรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ สวัสดิภาพ ซึ่งผู้สร้างเชื่อว่าไม่ว่าเป้าหมายของการดูแลตนเองของแต่ละคนจะเหมือนกัน แต่วิธีการและระดับการปฏิบัติจะต่างกันตามสิ่งแวดล้อมและปัจจัยพื้นฐานของแต่ละคน เป้าหมายของการดูแลตนเองเกี่ยวข้องกับการตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด ความต้องการเพื่อทำหน้าที่ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณรวมทั้งความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลเมื่อเป้าหมายมีความเหมือนกัน คะแนนที่วัดจึงสามารถเปรียบเทียบกันได้

3.5 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

โดยทั่วไปแล้วความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล จะเปลี่ยนแปลงไปตามระยะพัฒนาการของชีวิต แต่หากได้รับการพัฒนาอย่างสม่ำเสมอ ตลอดช่วงระยะพัฒนาการ จะส่งเสริมให้ความสามารถในการดูแลตนเองคงอยู่ต่อไปจนถึงวัยสูงอายุ จากโครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ต้องประกอบด้วยความสามารถที่จะกระทำอย่างจริงจัง มีคุณสมบัติในการเชื่อมโยงการเรียนรู้ และการกระทำเพื่อการดูแลตนเองแล้ว ยังต้องมีความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ทั้งนี้การที่บุคคลจะเกิดการปฏิบัติการดูแลตนเองได้บุคคลจะต้องมีการคิด การตัดสินใจได้ด้วยตนเอง (Orem, 1991) ดังนั้นผู้ที่จะมีความสามารถในการดูแลตนเองจำเป็นต้องเป็นผู้มีการรับรู้ดี มีสติปัญญาในระดับที่สามารถคิด โดยใช้เหตุผล และตัดสินใจได้

จากการศึกษาของ รสสุคนธ์ ณะแก้ว (2548) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุนอกจากจะเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงมากมายที่มีผลจากวัยและความเจ็บป่วยทางจิต การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ได้แก่การเปลี่ยนแปลง ด้านร่างกาย จิตใจ ความคิด การรับรู้ และพฤติกรรม ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ และคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุต่ำกว่าบุคคลทั่วไป แต่อย่างไรก็ตามจากการศึกษายังพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทค่อนข้างพอใจในเรื่องการทำงาน ทั้งที่ทำงานแลที่บ้าน การออกสังคมพบปะผู้คนทำกิจกรรมต่างๆ และการมีสัมพันธภาพร่วมกับคนอื่น

เห็นได้ว่าในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งการดูแลตนเองนั้นต้องครอบคลุมในทุกๆด้าน ตั้งแต่การดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ สังคม ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จึงจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ และกลับไปอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุข มีความพึงพอใจในบทบาทหน้าที่ของตน และมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

ในด้านในด้านหนึ่งแล้ว ย่อมทำให้มีโอกาสดับเป็นซ้ำและมีผลกระทบในด้านอื่นๆ ตามมาอย่างแน่นอน ดังนั้นการศึกษาถึงองค์ประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองจะช่วยให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ มากยิ่งขึ้น

4. การพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นกระบวนทัศน์ใหม่ในแง่มุมมองสุขภาพ โดยมองบุคคลในลักษณะเน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์ เน้นการผสมผสานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเข้าเป็นองค์รวม

4.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุก อย่างให้กับบุคคลที่มีการผสมผสานร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเข้าด้วยกันเป็นหน่วยเดียว โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับสมดุลของระบบพลังงานในร่างกายมนุษย์ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูหายตามธรรมชาติ เพื่อดำรงความเป็นหน่วยรวมของบุคคล และการสร้างเสริมสุขภาพที่บรรลุควมมีสุขภาพดีหรือมีสุขภาพะ โดยสะท้อนออกมาในลักษณะเป็นหน่วยรวมด้วยการรับผิดชอบในการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA, 1933 อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวมว่า หมายถึง การปฏิบัติกรพยาบาลซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย และให้ความสำคัญขององค์รวมเป็น 2 ประเด็น คือ องค์รวมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างกาย จิต และจิตวิญญาณของบุคคล มองส่วนรวมมากกว่าการรวมส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ประเด็นที่ 2 มองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก การพยาบาลแบบองค์รวมต้องใช้แนวคิดทั้ง 2 ประเด็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่าการพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การให้การพยาบาลบุคคลโดยมองบุคคลเป็นองค์รวมผสมผสาน กาย-จิต-จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

4.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยที่ศาสตร์ทางการพยาบาลต้องการข้อมูลความรู้ ในระดับลึกซึ้ง ความรู้ประกอบด้วย กายวิภาคสรีระวิทยา พยาธิวิทยา กระบวนการดูแลแบบองค์รวม การบำบัดแบบดั้งเดิมและการรักษา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ

ส่วนศิลป์ทางการพยาบาล คือ การสร้างความรู้สึกร่างกายอย่างแรงกล้า การแสดงออกอย่างมีศิลป์ ก็คือการฟื้นฟู ส่วนการที่พยาบาลตอบสนองต่อเสียงเรียกให้บริการนั้นคือจิตวิญญาณ และการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแบบองค์รวมต้องไวที่จะปรับให้เกิดความสมดุลระหว่างศาสตร์และศิลป์ระหว่างการคิดอย่างมีวิจารณญาณกับทักษะความรู้สึกร่างกายที่เกิดขึ้นในใจ รวมทั้งมีโอกาสที่จะเลือกวิธีการต่างๆ ที่สามารถนำมาส่งเสริมให้เกิดความสมดุล และกลมกลืนของระบบพลังงานในตัวบุคคล มองชีวิตมนุษย์เป็นเสมือนธรรมชาติของประสบการณ์ที่ซับซ้อนเป็นหน่วยเดียว ซึ่งมีผู้ศึกษาและให้มุมมองไว้หลากหลายลักษณะดังนี้

AHNA (American Holistic Nurse Association) ได้พรรณนาเกี่ยวกับการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทั้งหมด ที่มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้เกิดกระบวนการ ฟื้นฟูในตัวบุคคลที่มีลักษณะเป็นหน่วยรวม (Dossey, 1977)

Rubin (อ้างถึงโนนพรรัตน์ ไชยจันทร์, 2544) กล่าวว่าองค์รวมเป็นปัจเจกบุคคลที่มีมุมมองในแง่การผสมผสานทั้งการกระทำ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งมีชีวิตที่เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งเน้นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลลัพธ์จากการผสมผสานจะเป็นหน่วยเดียวตามธรรมชาติ

Dossey (2001) และ Frisch (2000) ให้มุมมองของการพยาบาลแบบองค์รวม 2 ลักษณะ คือ (1) ต้องแยกแยะตัวบุคคลในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (biopsychosocialspiritual) (2) ต้องทำความเข้าใจว่าปัจเจกบุคคล (individual) เป็นหน่วยรวมที่มีเพียงหน่วยเดียวซึ่งมีความเป็นเฉพาะของแต่ละบุคคล และต้องอยู่ในกระบวนการที่กระทำร่วมกันกับสิ่งแวดล้อมรวมทั้งตระหนักอยู่เสมอว่าหน่วยรวมมีความยิ่งใหญ่กว่าการเอาแต่ละส่วนมารวมกัน

แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมพอจะสรุปได้ตามประเด็นต่อไปนี้

1. การพยาบาลแบบองค์รวมจะเข้าใจบุคคลในแบบการผสมผสาน ที่มีการกระทำซึ่งกันและกันของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ และการกระทำกับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในภายนอกตัวบุคคล
2. การพยาบาลแบบองค์รวมจะดูแลปัจเจกบุคคลในลักษณะเป็นหน่วยเดียวดูแลครอบครัวในลักษณะเป็นหน่วยเดียว ดูแลชุมชนในลักษณะเป็นหน่วยเดียว
3. การพยาบาลแบบองค์รวมสนใจกระบวนการและรูปแบบการผสมผสานจนสมดุล อาทิเช่น กระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ เป็นต้น
4. การพยาบาลแบบองค์รวมใช้การดูแลอย่างเอื้ออาทร เป็นกระบวนการของกระบวนการฟื้นฟู เน้นคุณค่าของความเป็นมนุษย์เพื่อเข้าถึงจิตวิญญาณ

5. การพยาบาลแบบองค์รวมให้ความสำคัญกับการสร้างเสริมสุขภาพ อำนวยความสะดวก ให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู และบรรเทาเจ็บความทุกข์ทรมาน

6. การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมจะต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎีการวิจัย ความเชี่ยวชาญ ความรู้สึกที่เกิดในใจและการสร้างสรรค์ โดยที่ขณะปฏิบัติการพยาบาลต้อง ผสมผสานการดูแลตนเอง การรับผิดชอบตนเอง การไตร่ตรองสะท้อนการมีชีวิตและจิตวิญญาณ ให้กับผู้รับบริการ

7. พยาบาลแบบองค์รวมจะเป็นผู้ร่วมในการบำบัดกับผู้รับบริการทั้งบุคคลครอบครัวชุมชน โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู ในขณะที่ผู้รับบริการต้อง กระทำกระบวนการฟื้นฟู

4.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

พยาบาลส่วนใหญ่มักจะเคยชินกับการกระทำกิจกรรมให้กับผู้รับบริการ แต่เมื่อใช้การ พยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศนจากเป็นผู้กระทำ (doing to, doing for) มาเป็นผู้กระทำกับ (doing with, being with) เมื่อต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศนแบบนี้ สิ่งสำคัญก็คือ ผู้รับบริการต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศนจากผู้ถูกกระทำมาเป็นผู้ร่วมกระทำด้วย จึงจะสามารถบรรลุ เป้าหมายสุขภาพขององค์รวม

การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมจะใช้แนวคิดต่อไปนี้เป็นหลัก

1. แนวคิดมนุษย์เป็นหน่วยเดียว จุดเน้นคือความเป็นปัจเจกบุคคล โดยพยาบาลต้อง แยกแยะว่า บุคคลมีมุมมองอย่างไรเกี่ยวกับตัวเอง โรค การเจ็บป่วย และสุขภาพบุคคล ตอบสนอง ความต้องการในแต่ละมิติอย่างไร ซึ่งการตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาล จึงต้องประเมินว่าเขาต้องการอะไร เมื่อรู้ความต้องการแล้วพยาบาลจึงตอบสนองความต้องการของ ผู้รับบริการ และการตอบสนองไม่ใช่ทำเป็นมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลเนื่องจากบุคคลเป็น ปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะของตัวเองแตกต่างจากบุคคลอื่น

2. แนวคิดสุขภาพและการเจ็บป่วยในบริบทของผู้รับบริการ จุดเน้น คือ ความเชื่อ พฤติกรรม ความสนใจ การรับรู้ด้านสุขภาพ และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องใช้มุมมองของสุขภาพในบริบทของ ผู้รับบริการจึง จะทำให้พยาบาลเข้าใจ รู้ว่าผู้รับบริการมีประสบการณ์ด้านสุขภาพอย่างไรมีปฏิกิริยา ตอบสนองต่อสุขภาพ อย่างไรทำไมจึงตอบสนองเช่นนั้น เป็นต้น เมื่อพยาบาลเข้าใจพยาบาล ก็ยังสามารถแยกแยะ พัฒนาสุขภาพของแต่ละบุคคลได้ อย่างถูกต้องเหมาะสม โดยที่กระทำกิจกรรม การพยาบาลในลักษณะบุคคลเป็นปัจเจกบุคคล

3. แนวคิดการเจ็บป่วยเป็นเสมือนโอกาส จุดเน้นคือเมื่อเจ็บป่วยทำให้ต้องควบคุมชีวิต พร้อมทั้งแสวงหาหนทางที่จะอยู่กับความเจ็บป่วยนั้นได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงตั้งเป้าหมายในชีวิต และเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่เพื่อจะได้เรียนรู้ และสามารถพัฒนาการเจริญเติบโตต่อไปได้ พยาบาลจะมีบทบาทในการสร้างความรู้สึกร่วมที่มีพลังอำนาจให้เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ พยาบาลจะสงบและมีท่าทีการพูดแบบเชิงบวก

4. แนวคิดการเป็นหุ้นส่วนหรือเป็นคู่ขาของพยาบาลและผู้รับบริการจุดเน้น คือความสัมพันธ์อย่างกระตือรือร้น และการมีส่วนร่วมในความเป็นหุ้นส่วน โดยต้องแบ่งปันความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ พยาบาลจะสร้างสถานการณ์ให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู โดยเริ่มต้นที่การประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบความเชื่อ แบบแผนชีวิต การให้ความหมาย และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย พยาบาลกระทำบทบาทผู้อำนวยความสะดวก พยายามแยกแยะสิ่งเร้า แบ่งปันข้อมูล เคารพประสบการณ์ของผู้รับบริการ และกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ด้วยตนเอง ในขณะที่ผู้รับบริการกระทำบทบาทผู้ตัดสินใจ ผู้แสวงหาข้อมูล สร้างพลังอำนาจให้เกิดขึ้นในตัวเองว่าตัวเองเป็นใคร จะสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างไร ฟังระลึกลึกซึ้งว่าผู้รับบริการไม่ใช่ว่าผู้ถูกกระทำหรือผู้ที่หมดทางช่วยเหลือ

5. แนวคิดการดูแลตนเอง จุดเน้นคือความรับผิดชอบของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูล สาระความรู้ โดยคำนึงถึงความต้องการและระดับความรู้ของผู้รับบริการ

6. แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและกระบวนการของสุขภาพจุดเน้นคือทุกสิ่งทุกอย่างมีผลต่อสุขภาพ การที่จะบรรลุสุขภาพดีมีสุขภาพะได้ ผู้รับบริการต้องตระหนักรู้ด้วยตนเองที่จะเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ต้องปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยที่พยาบาลเป็นเพียงผู้แนะนำ และผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

4.4 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (AHNA, 1993) ได้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 มาตรฐานเกี่ยวกับวินัยการปฏิบัติ

มโนทัศน์ที่ 1 ปรัชญาขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวม ต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล มโนทัศน์ขององค์รวม ประวัติและทฤษฎีขององค์รวม

มโนทัศน์ที่ 2 รากฐานขององค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติและให้บริการการพยาบาลแบบองค์กรร่วม

มโนทัศน์ที่ 3 จริยธรรมขององค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องยึดมั่นในการผสมผสานการดูแลและการหายจากการเจ็บป่วย โดยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นองค์กรร่วมของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกสิ่งแวดล้อมที่ให้บริการพยาบาล

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการปฏิรูปการดูแลสุขภาพตามแบบองค์กรร่วม

มโนทัศน์ที่ 4 ทฤษฎีการพยาบาลองค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องระบุทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์กรร่วม

มโนทัศน์ที่ 5 พยาบาลองค์กรร่วมและการวิจัย

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การสืบค้นความจริงเกี่ยวกับปัญหาทางคลินิก โดยทำวิจัยทางการพยาบาลหรือสนับสนุนและใช้ผลการวิจัยที่ผู้อื่นได้ศึกษาไว้

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องใช้ความรู้สึกรู้สึกคิด วิเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ควรให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความตรงของข้อมูล

มาตรฐานการปฏิบัติ : ในการวางแผนการพยาบาลองค์กรร่วม ต้องร่วมมือกับผู้ป่วยบุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพในทีมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การดูแลและการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด

มโนทัศน์ที่ 7 ความหมายและความเป็นองค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องเป็นการดูแลผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด ทั้งบุคคลไม่ใช่รักษาเฉพาะอาการแสดงที่พบหรือปฏิบัติบริการเพื่อแก้ปัญหาที่พบเท่านั้น

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องประเมินความหมายของสุขภาพการเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง และการบริหารจัดการ การดูแลสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน ตลอดจนผู้มีความสำคัญกับผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมนำทางเป็นสื่อให้เกิดการสวดมนต์ และการเจริญของจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มโนทัศน์ที่ 8 การดูแลตนเองของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องร่วมวางแผนกับผู้รับบริการและบุคคลสำคัญของผู้รับบริการ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยให้เหมาะสมกับระดับความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัว ความลับ และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นสื่อให้เกิดความสามัคคีและความเป็นองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 9 การส่งเสริมสุขภาพ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องมีความยืดหยุ่น พยายามและสามารถยกเลิกการควบคุมการปฏิบัติแบบอย่างที่เคย โดยรู้จักว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อร่วมมือให้เกิดการดูแล ลักษณะที่ทำให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมช่วยเหลือและสนับสนุนผู้รับบริการ และผู้ที่มีความสำคัญกับผู้รับบริการ โดยการระบุแนวทางปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในการปฏิบัติที่เป็นวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

5. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

นอกจากการดูแลพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลแล้ว การดูแลพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มด้วยการเรียนรู้ผ่านกระบวนการกลุ่ม (Group Process) เป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง เมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียนขึ้นอยู่กับการออกแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กที่สุดคือ 2 คนจนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงควรพิจารณาตามผู้เรียน

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุสูงสุดได้คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน

ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาของการเข้ากลุ่มมีความสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของผู้ป่วยซึ่งมีผู้กล่าวถึงเรื่องนี้หลายท่าน เช่น

Marram (1978) กล่าวว่าจำนวนสมาชิกกลุ่มมีความสำคัญต่อการดำเนินงานของกลุ่ม การกำหนดจำนวนสมาชิกนั้นขึ้นอยู่กับลักษณะงานในกลุ่ม เป็นหน้าที่ของผู้นำกลุ่มที่จะตัดสินใจว่าจะจัดกลุ่มขนาดไหน อีกทั้งยังขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์เฉพาะและความสามารถของสมาชิกที่จะใช้ข้อมูลย้อนกลับให้เป็นประโยชน์แก่ตนเอง

Taylor (1982) กล่าวว่ากลุ่มควรประกอบด้วยสมาชิกไม่น้อยกว่า 3 คนแต่ไม่ควรเกิน 20 คน

Klein (1972) กล่าวว่ากลุ่มย่อยควรมีสมาชิก 5-7 คน จะเป็นการเปิดโอกาสให้สมาชิกมีความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด

Alberti & Emmons (1982) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมนั้น ถ้ากลุ่มมีขนาด 5-12 คนโดยใช้เวลาในการฝึกทั้งหมด 5-6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง ก็จะทำให้การฝึกมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการฝึกที่มีระยะเวลายาวนาน

Kanfer & Goldstein (1975) กล่าวว่า ขนาดของกลุ่มที่ใช้ในการฝึก ควรมีสมาชิกตั้งแต่ 8-10 คน และจำนวนครั้งในการฝึกควรเป็น 6-8 ครั้ง จะทำให้การฝึกได้ผลดีที่สุด

หลุยส์ จำปาเทศ (2533) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมสามารถทำได้ทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล แต่มีความเชื่อว่าการทำเป็นรายกลุ่มโดยทั่วไปจะได้ผลดีกว่าการฝึกเป็นรายบุคคล เช่น การฝึกเป็นรายกลุ่มสมาชิกจะได้รับการกระตุ้น หรือการเสริมแรงจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มจะสามารถเรียนรู้ความแตกต่างของสมาชิกในกลุ่ม ยอมรับสิทธิของเพื่อนสมาชิกที่เสนอเหตุผลตามความคิดของเขา

จากการศึกษาขนาดของกลุ่มระยะเวลาในการฝึกอบรมดังกล่าว การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงดำเนินกิจกรรมตาม โปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมสำหรับผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุเป็นกลุ่ม จำนวนขนาด และระยะเวลาที่เหมาะสม ที่ผู้ศึกษาพิจารณา คือ แบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-7 คน เข้าร่วมโปรแกรมสัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมครั้งละ 60 นาที ในระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยการทำกลุ่ม ใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ซึ่งเป็นการเรียนรู้ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Dr. D.J. Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ได้พัฒนาแนวทางการคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) และได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จะทำให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมสูงสุด และทำให้เกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด

องค์ประกอบของการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984; อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วย

- 1) ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (Concrete Experience) ซึ่งผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนเองมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
- 2) การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (Reflective Observation) หรือการสะท้อนความคิดและการถกเถียง (Reflect and Discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง
- 3) มโนทัศน์เชิงนามธรรม (Abstract Conceptualization) หรือการเกิดความเข้าใจและความคิดรวบยอด อาจเกิดจากฝ่ายผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์หรือในทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทางและผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์ กลายเป็นความคิดรวบยอด
- 4) การทดลองปฏิบัติ (Active Experimental) เป็นการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (Experiment or Application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆจนเกิดเป็นแนวปฏิบัติของผู้เรียนเอง

ในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ นั้น ผู้ป่วยทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีการพัฒนาศักยภาพภายใน

ตัวบุคคล ให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลตนเอง ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนการสอน คือพฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนซึ่ง Boom, et al . ได้แบ่งพฤติกรรม การเรียนรู้ของบุคคลออกเป็น 3 ด้าน (ลักษณะ มีเนจันท์ และคณะ 2539 : อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) คือ

1. ด้านพุทธิพิสัย (cognitive Domain) เป็นความสามารถด้านความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์และการประเมินผล
2. ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การตอบสนอง การสร้างค่านิยม การจัดระบบค่านิยม และการสร้างลักษณะนิสัย ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับด้านพุทธิพิสัยมากเพราะบุคคลจะมีความเชื่อ ความศรัทธา มีความผูกพัน รู้ว่าอะไรดี / ไม่ดี จะต้องรู้จักสิ่งนั้นก่อน พฤติกรรมทั้ง 2 ด้านจึงแยกกันยาก

3. ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในการใช้ทักษะต่างๆ ของร่างกาย ในการทำกิจกรรมต่างๆ อย่างมีความสัมพันธ์แบ่งเป็น 3 ชั้น คือ การเลียนแบบ การฝึกทำด้วยตนเอง และการกระทำอย่างอัตโนมัติ

ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้ต้องมีการพัฒนาด้านความรู้ เจตคติ ค่านิยมต่อสิ่งนั้นมาก่อน บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ จึงอาจกล่าวได้ว่า การปฏิบัติกายภาพโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีการพัฒนาพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้งด้านแนวคิด เจตคติ และทักษะการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอ

6. โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง

โปรแกรมการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง ใช้หลักและข้อกำหนดตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม โดยพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจผู้รับบริการอย่างละเอียด เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึก ความเชื่อ ค่านิยม การดำเนินชีวิต เพราะสิ่งเหล่านี้จะช่วยในการดูแลทางด้าน กาย-จิต-สังคม-และจิตวิญญาณ ที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ โดยการปฏิบัติการพยาบาลที่อาศัยทฤษฎีการพยาบาลเป็นพื้นฐานเพื่อการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

การศึกษานี้ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ของอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ที่สร้างขึ้นโดยใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ของ นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) โดยใน โปรแกรมให้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ดังนี้

แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994)

1. การส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองแก่ผู้ป่วย

พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศของความอบอุ่นเป็นกันเองและไว้วางใจ พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย สบายใจและเกิดความมั่นคงปลอดภัยยอมรับพฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วย และยอมรับให้ผู้ป่วยระบายความไม่สบายใจออกมา โดยเฉพาะความคิด หรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณที่ บางครั้งอาจขัดกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของพยาบาล คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ เอื้ออาทรและร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย

ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นบุคคล คุณค่าศักดิ์ศรีของตนเอง พุทความจริงเป็นการสื่อสารสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และพึงพอใจต่อสัมพันธภาพ

2. การส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วยให้ข้อมูล และความรู้ที่เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานตัดสินใจในการรักษาทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองได้ ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมรับรู้และร่วมตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นจริงมีเหตุมีผลถูกต้อง เหมาะสม ประการสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยรับได้

3. การพยาบาลแบบร่วมในความรู้สึกของผู้ป่วย
เป็นการนำความรู้สึกของผู้อื่นมาใส่ใจ เพื่อเข้าใจให้ถ่องแท้โดยไม่สูญเสียความเป็นส่วนตัวของตัวเอง

4. การรับฟังและมีเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย
พยาบาลจะต้องฟังอย่างตั้งใจ ติดตาม ฟังโดยไม่ตัดสินใจโต้แย้ง หรือวิพากษ์วิจารณ์ มีความไว สัมผัสถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่อาจแสดงออกทางท่าทาง คำพูดหรือน้ำเสียง รู้จักเก็บข้อมูล หรือวิเคราะห์ความหมายให้ได้ครบถ้วน นอกจากนี้พยาบาลอาจเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึง ความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยการเลือก การใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น เทคนิคให้ระบายความรู้สึกนึกคิด เทคนิคการทำให้กระจำงด้านคำนิยม เทคนิคกระตุ้นการสนทนา เป็นต้น

5. การสร้างความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วย
จุดประกายความหวังให้กับผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ในเรื่องที่ประทับใจในทางที่ดีและไม่ดี ความรู้สึกประทับใจต่างๆ เช่น ความสามารถที่ตนเอง ประจักษ์คุณค่าความดีที่ได้เคยกระทำ เป็นต้น ทำให้เกิดกำลังใจมีเป้าหมายในการเพียรพยายามต่อสู้ เพื่อการกลับคืนสู่สภาพการณ์ที่ดีอีกครั้ง ส่วนประสบการณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะเรื่องราวที่ทำให้ปวดร้าวใจ อาจใช้เทคนิคให้ท่องบทสวดมนต์เพื่อให้ได้ระบายความรู้สึกผิด ไล่โทษ และอารมณ์อื่นๆ เกิดความรู้สึกให้อภัยและได้รับการอภัยปลุกเร้า กำลังใจโดยให้ผู้ป่วยได้รู้จักใช้คำพูด หรือการแสดงออกต่างๆ ที่ เป็นการให้กำลังใจแก่ตนเอง และพยายามที่จะสู้ เช่น “ฉันต้องทำให้ได้” กำหนดเป้าหมายในชีวิต ความเชื่อที่ว่าเป้าหมายที่ตั้งใจไว้จะต้องบรรลุผล จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความหวังในชีวิต พยาบาลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่เป็นจริงและมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

6. การจัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย
การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าตนมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิต ได้โดยการสวดมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึก

ว่าทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกละอายใจ ให้ความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คล้ายกับได้มีการแลกเปลี่ยนส่งผ่านความรัก ความหวังใยระหว่างพระพุทธเจ้า หรือ พระผู้เป็นเจ้าของกับมนุษย์ทำให้รู้สึกได้รับความรักความเข้าใจและการอภัย อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไปเป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง ปฏิบัติพิธีกรรม การเฝ้าอำนวยการความสะดวกให้ผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนาในบางโอกาส เช่น การนิมนต์พระหรือเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่างๆ ตามความเชื่อมาให้ อ่าน ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด เคารพในความเชื่อของผู้ป่วย เมื่อเกิดความขัดแย้ง ด้านความเชื่อกับระบบการรักษาพยาบาล ควรหาวิธีระดมสมองให้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่างๆ

7. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย (Spiritual well-being)

เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับกิจกรรมทางบำบัดทางจิตวิญญาณต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการทางบวก เป็นต้น รวมทั้งการได้สัมผัสกับประสบการณ์ทางสุนทรียภาพทั้งหลายเช่น การฟังเพลง การทำกิจกรรมบันเทิง การออกกำลังกาย หรือ การพักผ่อนอย่างมีความสุข เป็นต้น

8. การเรียนรู้โดยศึกษาพร้อมกับผู้ป่วย

เป็นการเรียนรู้และศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยที่การมีพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือศรัทธา

แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534)

กำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้านร่วมด้วย ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเอง โดยทั่วไปเมื่อพิจารณาแล้วองค์ประกอบดังกล่าว จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จะเห็นว่าการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้

ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 7 ด้าน ดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย โดยประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Self awareness)

การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ทั้งในด้านความคิดความรู้สึกค่านิยมพฤติกรรมตนเอง ที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ และความรู้สึกสำนึกในตนเองบุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความจริงนั้นจะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเองนั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิตสามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) สอดคล้องกับศรีรัตนา ศุภพิทยากุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเอง จะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดที่มีความตระหนักในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่การพัฒนาการรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

ทักษะการรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) กิจกรรมที่พัฒนาการรู้จักตนเองสรุปได้ดังนี้

1) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง ตลอดจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัด จึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจผิดๆ ของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยมความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่าง อาจกระทำโดยการจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต (Stuart and Sundeen, 1987)

3) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหารวมทั้ง

ความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

4) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น “ฉันรู้สึกว้าว...” แทนคำพูด “ฉันคิดว่า...” และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิด และการกระทำของตนเองขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมาย และความมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มตความคิดของตน รวมทั้งการทำกิจกรรมในวงจรของความสำเร้จ คือ มีการตั้งเป้าหมาย วางแผนมุ่งมั่นกระทำ และประเมินความสำเร้จ บุคคลที่ประสบความสำเร้จ จะรู้สึกว้าตนเองควบคุมตนเองได้มีความสามารถและมีอำนาจในตน

นอกจากนี้ การที่บุคคลจะพัฒนาการรู้จักตนเองในด้านกรรับรู้ความรู้สึกของตนเองนั้นอาจฝึกฝน โดยการฟังตนเอง คือ การสำรวจความรู้สึกของตนในขณะนั้นว่า เรามีความรู้สึกนึกคิดอะไรขึ้นมา และค้นหาสาเหตุของกรรู้สึกที่เรามีอยู่ว่าเกิดจากอะไร การสำรวจจะต้องทำอย่างซื่อตรงต่อตนเอง เป็นการเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและฟังผู้อื่นพูด คือ การให้ผู้อื่นป้อนกลับให้เราราบว่า คนอื่นมองตัวเราอย่างไร การป้อนกลับให้เราราบว่า คนอื่นมองตัวเราอย่างไร การป้อนกลับ จากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด จึงทำหน้าที่เหมือนกระจกส่องให้เราเห็นตนเองได้

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถ ส่งและรับข่าวสาร ที่เป็นความต้องการความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่ง จะเป็นส่วนหนึ่ง ของพลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเอง กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และความสามารถในการรับรู้รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพมี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ได้แก่

2.1 การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะอีโก้ (ego) จากเนื้อหากการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวันว่าใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสารที่เหมาะสมได้

2.2 การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training)

เพราะการฝึก พฤติกรรมการแสดงออกถึงความรู้สึกรู้สึกของตนเองด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง กิจกรรมการดูแลตนเอง ด้านการติดต่อสื่อสารมีหลายอย่างดังนี้

- 1) การประเมินแบบแผนการติดต่อสื่อสารของตนเองอย่างต่อเนื่อง
- 2) การพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการให้และรับข่าวสารที่แม่นยำตรง
- 3) การรับรู้ และการจำกัดการแสดงออก ซึ่งความวิตกกังวลระหว่างการติดต่อสื่อสาร ให้ความสนใจการสื่อสารด้วยคำพูด และไม่ใช้คำพูดอย่างต่อเนื่อง
- 4) ศึกษาบทบาทของวัฒนธรรมและค่านิยมต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อกระบวนการติดต่อสื่อสาร
- 5) ศึกษาทักษะในการติดต่อสื่อสารของบุคคลแต่ละวัย
- 6) พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออก ในขณะที่เดียวกันต้องจำกัดการแสดงพฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมเฉื่อยชา

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดลำดับความสำคัญ และการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่าเป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

- 1) การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ และช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมาย เป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวบรรลุผลดีได้ตามที่ต้องการ
- 2) การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความหมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา “วันนี้ของฉัน” จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลาในแต่ละวัน

3) ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเอง ก็จะช่วยให้คุณทราบว่า คนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิต ด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจสำรวจได้โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับเวลาในการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆ ที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหาหรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุลทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือ ประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1) ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น

2) ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์ จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม จัดได้ว่าเป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา แล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหา และหาวิธีการแก้ไขอย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแล้วก็คือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะช่วยให้คุณนั้นรู้สึกว่าคุณมีความสามารถภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

5. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคม จะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วย ในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534)

- 1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหาหรือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ
- 2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือเมื่อถึงภาวะวิกฤติ

- 3) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับกลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิตในชุมชน
- 4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ในระดับที่เหมาะสม พร้อมทั้งจะเผชิญปัญหาหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม
- 5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่า ตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สังคมไทยมีความเป็นอยู่โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิตเพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตนตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือ ซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดีทำจิตใจให้ผ่องใส และเข้าใจความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหา สุขภาพจิต และช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกูล, 2538)

การละเว้นความชั่ว บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆ เป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่นเขา จะรู้สึกเป็นสุขใจและมีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531) การกระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตมีความสุข สงบสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และเป็นการส่งเสริมความผาสุก ทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994)

7. การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลสุขภาพกระทำได้โดย

1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าเพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

2) การพักผ่อน เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6-8 ชั่วโมง ในที่มี อากาศถ่ายเทสะดวก การนอนหลับ เป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง การนอนเป็นความจำเป็น ของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอมีนง กิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย

3) การออกกำลังกาย ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้น ซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองขับสารชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphin) ซึ่งมีคุณสมบัติ คล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จะเกิดการเสพติดเกิดความปีติสุข คล้ายคนติดยาเสพติด หากมีแต่คุณ ไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มีอาการเครียดทางจิตประสาท (เอก ณะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539)

จากแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสองแนวคิด เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ของผู้ป่วย จึงควรใช้กิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีหลักสำคัญ 5 ประการคือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำทหายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงลึก
3. มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
4. ปฏิสัมพันธ์ที่มทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่มีอยู่ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือการเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้และมืองค์ประกอบของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของการสอนดังนี้

1) การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ของตนเอง ตามสาเหตุ ของปัญหา ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ จากนั้นใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ ที่สอดคล้องกับผู้ป่วย

2) การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ ผู้ป่วย แสดงความคิด และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง

3) สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือ การที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูด ในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางและวิธีการปฏิบัติในการดูแล ตนเองที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดย พยาบาลเป็นผู้นำทางและให้ผู้ผู้ป่วยได้สานต่อในบางครั้ง จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิด รวบยอด

4) การทดลอง และการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ ผู้ป่วยได้มี โอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้าน การแสดงพฤติกรรมหรือ การใช้เวลาแก่ผู้ป่วยในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

ซึ่งผู้ศึกษาใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ของอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ตามแนวคิดดังกล่าวประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้

1.การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การให้ความร่วมมือในการ ค้นหาคำถามของตนเอง ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของ ผู้ป่วย สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) จากการศึกษาของพวงจิต วรรณินทร (2525) พบว่า การใช้สัมพันธภาพ เพื่อการบำบัด มีผลทำให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้นการสร้าง สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด จึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ที่จะช่วยส่งผลให้ผู้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจกระตุ้นให้ สามารถดูแลตนเองได้ มีความคิดทำกิจกรรมด้วยตนเอง และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกำหนด เป้าหมาย ทิศทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Atkinson,1996 อ้างในอัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

2.การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง และเป็นการสนับสนุน ผู้ป่วย ให้มีความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นข้อมูลในการ ตัดสินใจและปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ยังช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากโรคและการรักษา (Kaplan & Sadock,1995) ดำเนินการ โดยสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้ผู้ป่วยรับรู้เป็นกลุ่ม โดยให้ผู้ผู้ป่วยอ่านเอกสารความรู้ร่วมกันในกลุ่ม อภิปรายแสดงความคิดเห็นสรุปความเข้าใจและวิธีการประยุกต์นำไปใช้ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจ แล้ว ผู้ป่วยจะเข้าใจ จะรู้วิธี ทดลองทำ เกิดกำลังใจ เกิดกระบวนการของการช่วยเหลือซึ่งกันและ กันของสมาชิกกลุ่ม (กองการพยาบาล, 2540) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

3.การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน เป็นกิจกรรมที่ต่อยอดจากกิจกรรมสัมพันธ์ภาพบำบัด โดยในขั้นตอนนี้การดำเนินการเป็นกิจกรรมกลุ่มให้สมาชิกพูดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการสาธิตการติดต่อสื่อสารทางบวก อภิปรายและสรุปความคิด การนำไปใช้ผู้ป่วยจะเรียนรู้การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนโดยผ่านเรื่องราวและประสบการณ์ของผู้อื่น จะทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเอง เกิดการเรียนรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารเพื่อบอกความต้องการของตนเองและการรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด และความต้องการของผู้อื่น เกิดการเรียนรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

4.การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มีการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติมีกิจกรรมการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาส่งเสริมให้จิตใจผู้ป่วยมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ด้วยเหตุผลและปัญญา เพื่อป้องกันภาวะเครียดมากหรือนานเกินไป Mandel, Jacobs, Arcari, Domar (1996) อ้างในเพลิน เสียง โขคอยู่ (2548) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลายสามารถแก้ไขปัญหายุทธศาสตร์ได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายและจิตใจมีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหา

5.การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายเกี่ยวกับตนเอง ทั้งในข้อดี และข้อเสียของตนเอง ยอมรับข้อคิดเห็นที่แตกต่าง สามารถดูแลตนเองในการจัดการความเครียด มองเห็นศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997, อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) และเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Roger, 1961, อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) เป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่จะทำให้บุคคลตัดสินใจ และลงมือกระทำการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura, 1986) ไม่ว่าจะ เป็นกิจกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองนั้นเกี่ยวเนื่องมาจากทุกกิจกรรมข้างต้นส่งเสริมกัน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยนั้นมีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ของตนเอง กับบุคคลที่สามารถเข้าใจตนเองได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่ามากขึ้น

6.การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในเรื่องความเชื่อ ทศนคติ ในเรื่องความเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การตอบสนองต่อความต้องการ การทางด้านจิตวิญญาณจากการศึกษาของ Greasley et.al. (2001) อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวคิดว่า จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็ง ในการต่อสู้หรือเผชิญความเจ็บป่วย มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญต่อปัญหาของตนเอง

โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้แก้ปัญหาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย แต่เป็นการส่งเสริมสนับสนุนจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและเยียวยาตนเอง โดยการใช้จิตวิญญาณของพยาบาล การเปิดใจ การเคารพวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย (Peri, 1995) การส่งเสริมสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และยังเป็นการช่วยให้จิตใจสงบสบาย

7. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุแบบองค์รวมโดยตรงจึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงดังนี้

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์

เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากให้การดูแลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพลิน เสียงโซคอยู่ (2548) โครงการศึกษาอิสระ ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมเหมาะสมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) โครงการศึกษาอิสระ ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอน สุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีความสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ 0.5

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็น โรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการ รับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการ พักผ่อน นันทนาการ การออกกำลังกายและด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

โปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถใน การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน เป็นกลุ่มควบคุม 18 คน ภายหลังได้รับการ เข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นเวลา 3 สัปดาห์พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแล ตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่ม ช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

กรอบแนวคิดในการศึกษา

