

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันปัญหาสุขภาพจิต เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง การศึกษา สิ่งแวดล้อม การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร กระแสค่านิยม ความเชื่อ ปัจจัยระดับบุคคลในด้านพันธุกรรม พฤติกรรมสุขภาพ และการจัดการกับปัญหาต่างๆ ซึ่งส่งผลให้วิถีชีวิต ภาวะสุขภาพ และสุขภาพจิตของบุคคลเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว โดยจากการสำรวจทางระบาดวิทยาของกรมสุขภาพจิต พบข้อมูลการเจ็บป่วยทางจิตที่สำคัญ ได้แก่ โรคจิต โรคปัญญาอ่อน โรคซึมเศร้า และโรควิตกกังวล (กรมสุขภาพจิต, 2545) ทั้งนี้ในจำนวนผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมดพบว่า โรคจิตเภท เป็นปัญหาที่สำคัญปัญหาหนึ่ง เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังที่มีความรุนแรง และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้ (สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2542)

จากรายงานสถิติผู้ป่วยจิตเวชของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข พบว่าในปี 2545 มีผู้ป่วยจิตเวช มารับบริการจำนวน 823,708 คน ซึ่งในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยจิตเภทถึง 326,617 คน คิดเป็นร้อยละ 39.68 ซึ่งมีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยโรคจิตเวชอื่น และจากการวิเคราะห์การให้บริการ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยในปี 2544 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 0.16 และในปี 2545 เพิ่มขึ้น คิดเป็นร้อยละ 60.63 (กรมสุขภาพจิต, 2546) ผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 และการป่วยแต่ละครั้ง (Psychotic episode) ทำให้สมรรถภาพในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยเสื่อมลง ในด้านเศรษฐกิจนับว่าเป็นการสูญเสียทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นการสูญเสียมากถึงร้อยละ 11 ของการสูญเสียจากการเจ็บป่วยทั้งหมด (สมชาย จักรพันธุ์, 2543)

จากรายงานประจำปี 2546 และ 2547 ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการสำรวจ ในเขตอำเภอเมืองสุพรรณบุรี จำนวน 376 ราย และ 463 ราย ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองสุพรรณบุรี, 2547) ส่วนข้อมูลจากการสำรวจพบว่า ในจำนวนผู้ป่วยโรคทางจิตเวช ภายใต้การดูแลของสถานีอนามัยบ้านอู่ยา ตั้งแต่ปี พ.ศ 2546 - 2548 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว คือมีผู้ป่วยจำนวน 16 28 และ 49 ราย ตามลำดับ โดยในปี 2548 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 24 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 48.97 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด จากข้อมูลสถิติที่กล่าวมาข้างต้นชี้ให้เห็นว่าโรคจิตเภท เป็นปัญหาที่สำคัญและมีแนวโน้มสูงขึ้น

นอกจากนี้จากผลการเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาล ที่รักษาผู้ป่วยในโรงพยาบาลระยะสั้นลง ทำให้การรักษาเน้นในด้านบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญ เพื่อลดจำนวนวันของการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังมีความพร้อมในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ (จินตรา ชีระสมบูรณ์, 2542) ในระยะของการปฏิรูปสุขภาพ การให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิเป็นสิ่งสำคัญเนื่องจากการดูแลที่ต่อเนื่อง มีการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบใกล้บ้านใกล้ใจ กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีแนวคิดว่าการครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย และตระหนักว่าการไปเยี่ยมบ้านของพยาบาล จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองที่บ้านได้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2546) และในแผนฯ 9 (คณะกรรมการปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, 2544) ได้กำหนดยุทธศาสตร์หลักในการปฏิรูปการพัฒนาสุขภาพ ไว้ประการหนึ่ง คือ การบริการจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ เป็นโครงสร้างพื้นฐานในการบริการสุขภาพ ที่มุ่งเน้นส่งเสริมให้ประชาชนได้เรียนรู้ร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพ เกิดการระดมพลังร่วมกันในการพัฒนาสุขภาพ โดยมีระบบสุขภาพที่ดีเป็นตัวเกื้อหนุนส่งเสริมให้สร้างสุขภาพ มีพฤติกรรม วัฒนธรรมทางสุขภาพที่ดี การปฏิรูปสุขภาพ โดยการบริหารจัดการกับความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพจะสำเร็จได้นั้น กลวิธีที่สำคัญวิธีหนึ่ง คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพแก่ประชาชน

แม้ว่าจะมีนโยบายส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลโดยครอบครัวที่บ้าน แต่จากการศึกษาของ สุมณฑา บุญชัย (2545) พบว่า ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ ปัญหาพฤติกรรม การดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหา นอกจากนี้การศึกษาของ เพลินพิศ จันทศักดิ์และคณะ (2539) ก็พบผลการศึกษาที่ใกล้เคียงกัน โดยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน การเข้าร่วมกิจกรรมร่วมกับสมาชิกในครอบครัว และจากการศึกษาของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร้อมในการดูแลตนเองในหลายๆ ด้าน เช่น ด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ เป็นต้น ซึ่งจากผลการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่อง ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ และผลการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านมีความสำคัญอย่างยิ่ง ต่อการดำเนินชีวิตทั้งของผู้ป่วยเองและครอบครัว กล่าวคือ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความพร้อมในการดูแลตนเอง

ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยคือ ผู้ป่วยมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น ดังนั้น หากผู้ป่วยได้รับการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองให้ดีขึ้นแล้วปัญหาการป่วยซ้ำย่อมลดลงได้

ดังนั้น ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้เลือกเขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยบ้านอู่ยา ตำบลคอนกำยาน อำเภอเมืองสุพรรณบุรี เป็นกรณีศึกษา เพราะเป็นพื้นที่ที่ประสบปัญหาจากจำนวนผู้ป่วยจิตเภทที่สูงขึ้น ประกอบกับเป็นพื้นที่ปฏิบัติงานของผู้ศึกษา เป็นสังคมเมืองกึ่งชนบทที่กำลังเผชิญกับจำนวนผู้ป่วยที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และสิ่งแวดล้อมที่สูงมาก เช่นสังคมเมืองขนาดใหญ่ทั่วไปของประเทศ การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวมีผลให้ประชาชนมีความเครียดทางอารมณ์สูงและทำให้มีโอกาสที่จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่างๆ มากขึ้น

ผู้ศึกษาได้ทำการวิเคราะห์จากรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชของสถานีนอนามัยบ้านอู่ยา ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ในเขตสถานีนอนามัยบ้านอู่ยา มีปัญหาในเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ถูกต้อง เนื่องจากสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการ คือ 1) จากตัวผู้ป่วยเอง คือผู้ป่วยไม่มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ อีกทั้งไม่เข้าใจถึงความสำคัญของการรักษาโรคจิตเวช ทำให้ขาดความร่วมมือในการรักษา ไม่รับประทานยาต่อเนื่องที่บ้าน ไม่มีความรู้ในเรื่องการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เช่น เมื่อเกิดภาวะเครียดจะทำอย่างไร และ 2) จากระบบการดูแลในปัจจุบัน เช่น การผลักดันของนโยบายที่ให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น ขาดระบบการดูแลที่ต่อเนื่อง ทำให้ผู้ป่วยดูแลตนเองไม่ถูกต้อง เกิดการป่วยซ้ำอีกได้ และจากการศึกษายันทักการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชของสถานีนอนามัยบ้านอู่ยา พบว่า ยังไม่มีการเยี่ยมบ้านที่มีรูปแบบชัดเจน ขาดการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ขาดการทำงานเป็นทีม บุคลากรมีการโยกย้ายตำแหน่งบ่อยๆ นอกจากนี้เขตรับผิดชอบของสถานีนอนามัยบ้านอู่ยาเป็นชุมชนเมืองที่มีประชากรหนาแน่น บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลพื้นที่มีอัตราการดูแลประชากรที่มากเกินไป การดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร มีผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีอาการกำเริบและกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ นอกจากนี้ บุคลากรที่ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ประสิทธิภาพน้อย ขาดความมั่นใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช(รายงานประจำปี 2547, สถานีนอนามัยบ้านอู่ยา) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ภัทธา ฉิรลาภ และ วรณวิไล กมลกิจวัฒนา (2546) ที่ได้ศึกษาการให้บริการสุขภาพจิตในสถานบริการสาธารณสุขในเขตสาธารณสุขที่ 4 พบว่าร้อยละ 50 ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพจิตระดับสถานีนอนามัย ไม่ได้ทำการบำบัดรักษาทางจิตเวช สาเหตุมาจากการขาดความรู้ ขาดความมั่นใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเวช เนื่องจากจากผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 80 ไม่เคยได้รับการอบรมความรู้ด้านสุขภาพจิต อีกทั้งบุคลากรขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ทำให้ไม่สามารถวางแผนให้บริการสุขภาพจิตและจิตเวชได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้

ชะอุทรี พงศ์อนุตรี (2531) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบกับการมีบุคลากรทางจิตเวชไปให้ความช่วยเหลือในคราวที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้ดี มีความพอใจในชีวิต แรงแก่และกรีนเลย์ (Reinke & Greenley อ้างใน สถิตย์ วงศ์สุรประภิต, 2542) ได้เสนอแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ประสบผลสำเร็จว่า ควรผสมผสานบริการที่มีอยู่ในชุมชนเข้าด้วยกัน ให้ความสำคัญของงานบริการชุมชนให้เท่าเทียมกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และเตรียมบุคลากรให้พร้อมในการให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับภาวะเครียดและปัญหาต่างๆที่เกิดจากผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตาม โอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวถึงพฤติกรรมดูแลตนเองว่า เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้นๆ ซึ่งการเรียนรู้อาจเกิดจากการคิดค้นด้วยตนเอง การได้รับการสอนหรือคำแนะนำ หรือเรียนรู้จากสถานการณ์จริงจากการกระทำกิจกรรมนั้นๆ ในแต่ละวัน บุคคลยังนำความสามารถ เหล่านี้มาใช้ในการจัดการกับปัจจัยที่มีผลในทางส่งเสริมหรือมีผลทางลบต่อการทำหน้าที่ตามปกติ หรือ ตามพัฒนาการ เพื่อให้ชีวิตดำเนินต่อไปและคงความผาสุกไว้ พฤติกรรมดูแลตนเองประกอบด้วย 3 ประการ คือ 1) การดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปซึ่งเป็นการดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการพักผ่อน/นันทนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต และด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ 2) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะการเจ็บป่วย ภาวะทางสุขภาพเป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะ เจ็บป่วย ได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ การสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ

จากการทบทวนตำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ามีปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลตนเองด้านการใช้ยา 2) การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต 3) การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) การดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541 ; จิดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542; จันทรา ธีรสมบุรณ์, 2542; รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ซึ่งตรงกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในพื้นที่ที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ ดังได้กล่าวไว้ข้างต้น ทั้งนี้พฤติกรรมดูแลตนเอง

ทั้ง 4 ด้านนี้ มีความสอดคล้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 3 ด้านตามแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem, 1991) กล่าวคือ ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป เช่น มีการดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และมีความบกพร่องด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ เช่น มีปัญหาการดูแลตนเองด้านการใช้จ่ายและสารเสพติด และการดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการดูแลตนเองที่จำเป็นตามสภาวะการเจ็บป่วยทางสุขภาพ เช่น มีปัญหาการดูแลตนเองด้านการใช้จ่าย การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต และการดูแลตนเองด้านการกลับเป็นซ้ำ ดังนั้น ด้วยเหตุนี้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต้องมีการจัดระบบการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในเรื่องความจำเป็นด้านร่างกายทั่วไป และความจำเป็นในการจัดการกับอาการทางจิตที่หลงเหลืออยู่ โดยต้องสนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลตนเองพึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัดที่เกิดจากภาวะของโรค ซึ่งหากผู้ป่วยมีการพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นแล้ว ปัญหาการป่วยซ้ำย่อมลดลง สอดคล้องกับ การศึกษาของ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำอยู่ไม่น้อย ดังนั้น การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องขณะอยู่ที่บ้าน จึงเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง

จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ไข ปัญหาผู้ป่วยจิตเภทที่พบในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านอยู่ยา พบว่า การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้าน มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้แก้ปัญหที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านอยู่ยาเป็นอย่างยิ่ง เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจในการนำโปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้านใช้แก้ปัญหที่พบในเขตรับผิดชอบของสถานีอนามัยบ้านอยู่ยา เนื่องจากการใช้โปรแกรมให้ความรู้และประทับประคองที่บ้าน เป็นการการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่ความสามารถที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบ ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) คือ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ การประเมินโดยการย้อนกลับ มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดี โดยคาดว่า การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้าน น่าจะสามารถแก้ไขปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ที่บ้านในด้านต่างๆได้ คือ ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องในด้านการใช้ยาทางจิต มีความรู้เรื่องโรคที่เป็นอยู่ สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ มีระบบการให้ความรู้ที่ต่อเนื่อง มีแนวทางการให้ความรู้ที่ชัดเจน สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและประชาชนได้อย่างแท้จริง ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัว ชุมชน สังคมได้อย่างปกติตามอัธยาศัย

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน โดยประยุกต์ด้วยการผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนของOrem (1991)ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โดยในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหา คือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของOrem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุน ด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 3) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 4) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองผู้ป่วยสามารถเนิ่นชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ

วัตถุประสงค์โครงการศึกษาอิสระ

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสถานีอนามัยบ้านอยู่ยา จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน

แนวเหตุผล และสมมุติฐานการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีความสำคัญที่มีผลต่อการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย หากผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องจะมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านต่างๆ

เช่น ด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (รัชนี ศรีธีร์, 2544) ซึ่งการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) คือ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ การประเมินโดยการย้อนกลับ มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และการมีสัมพันธภาพที่ดี จะลดการกลับเป็นซ้ำ และลดภาระการดูแลของครอบครัว จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การป้องกันและการจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวช และการมีส่วนร่วมของชุมชน (รุจิรา จงสกุล, 2540) ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีผลช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภท ได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ได้ตระหนักถึงพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างเหมาะสม ได้รับความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทยังได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การศึกษาครั้งนี้ มีจุดมุ่งหมายที่จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น จึงได้จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน โดยประยุกต์ด้วยการผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โดยในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น มีเนื้อหาการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหา คือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และรู้จักตนเองในทางที่เป็นจริงมากขึ้น ตระหนักในความสามารถและศักยภาพของตนเองอย่างที่เป็นจริง ก็จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ลดปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นการช่วยให้บุคคลได้เข้าใจว่าตนเองสามารถทำอะไรได้ด้วยตนเองได้บ้าง เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วย หรือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วย หรือการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่าง ๆ ในชีวิต เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข (สุวิมล สมัตถะ, 2541)

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิต เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของญาติ การให้ความรู้จะช่วยให้ญาติเข้าใจในตัวผู้ป่วย รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ อีกทั้งยังเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และ การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช ผู้ป่วยจิตเภท จะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ หรือความคิด ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิด และเร่งด่วน การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตินั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา ช่วยให้เผชิญปัญหาได้ หากผู้ป่วยและญาติมีแนวทางในการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวชแล้ว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดการป่วยซ้ำได้

จากแนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมุติฐานของการศึกษาดังนี้

พฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแล ตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน

ขอบเขตโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษา ณ ชุมชนในสถานีนามัยบ้านอุยา โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทวัยผู้ใหญ่ทั้งเพศหญิงและเพศชายที่มีภูมิลำเนาในเขตสถานีอนามัยบ้านอู่ยา ตำบลคอนกำยาน อำเภอเมืองสุพรรณบุรี จังหวัดสุพรรณบุรี
2. ตัวแปรที่ศึกษา ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน และ ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมการดูแลตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในโครงการศึกษาอิสระ

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท หรือผู้ป่วยที่ได้รับการคัดกรองจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในชุมชน และส่งต่อให้แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) คือ F 20

การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน หมายถึง การใช้แบบแผนปฏิบัติการพยาบาลที่ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการให้ความรู้และระดับประคองผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม การสอนการให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ การประเมินโดยการย้อนกลับ มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และการมีสัมพันธภาพที่ดี โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมจะมีความต่อเนื่องกัน ซึ่งจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัว เป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยเอง ใช้ระยะเวลาในการติดตามดูแลที่บ้านครั้งละ 40-60 นาที/ครอบครัว ดำเนินการ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 3 กิจกรรม โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เข้าไปเยี่ยมบ้าน ไปทำความรู้จักผู้ป่วยและครอบครัว จนเกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับและให้ความร่วมมือ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึงกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้สนทนา รับฟังปัญหา และความวิตกกังวล ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้น เพื่อหาแนวทางการแก้ไขที่สามารถปฏิบัติได้ตามความเป็นจริง และส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีความสุข

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสอน แนะนำ และ สาธิต และใช้ไปความรู้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท โดย

เนื้อหาประกอบด้วย 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค และการรักษา 2) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการดูแลทั่วไป

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้เข้าไปสังเกต สนทนา แนะนำ และส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยจิตเภท ให้เอื้อต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เหมาะสมโดยที่ครอบครัวเกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้สังเกต สอบถาม และประเมินภาวะวิกฤติและฉุกเฉินของผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งหาวิธีการป้องกันโดยให้ความรู้ แนะนำวิธีการช่วยเหลือ และวิธีการเผชิญปัญหา เมื่อเกิดภาวะเครียดและป้องกันภาวะวิกฤติฉุกเฉิน เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่น

โดยใช้การเยี่ยมบ้านแบบรายครอบครัว ผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเองทั้งหมดทั้ง 5 กิจกรรม 3 ครั้ง ดังนี้

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองโดยใช้แบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดย รัชณี ศรีหิรัญ (2544) แล้วดำเนินกิจกรรมที่ 1, 2, 3

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 1, 2, 4

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรม ที่ 1, 2, 5

หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 5 (2 สัปดาห์หลังสิ้นสุดโปรแกรม) ผู้ศึกษาติดตามเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยอีกครั้ง เพื่อทำการประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้แบบประเมินชุดเดิม

พฤติกรรม การดูแลตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการแสดงออกที่จงใจมีเป้าหมาย มีระบบระเบียบ รวมทั้งกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทในเขตบ้านอยู่อาศัย ตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพและความผาสุกในการดำเนินชีวิต ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 4 ด้าน ประเมินจากแบบสัมภาษณ์พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของรัชณี ศรีหิรัญ (2541) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดพฤติกรรม การดูแลตนเองของ Orem (1991) ได้แก่

1. ด้านการใช้ยาทางจิต หมายถึง พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ ครอบคลุมเรื่องการรับประทานยาตามแผนการรักษา การปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยารักษาโรค การงดใช้สารเสพติด ทัั้งบุหรี่ สุรา ยาบ้า ฯลฯ

2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมเรื่อง การจัดการกับความเครียด และอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่สบายใจ
3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ ครอบคลุมเรื่องการมีงานทำ การใช้เวลาว่างการเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน และการพักผ่อน
4. ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หมายถึง พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ ครอบคลุมเรื่องการสังเกตอาการเตือน การตรวจตามนัดการรับรู้แหล่งสนับสนุนช่วยเหลือทางสังคม

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ได้รับความรู้ตาม โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้าน ที่บ้านมีอัตราการป่วยซ้ำลดลง
2. ได้รูปแบบการให้ความรู้และปรับประคองผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่สามารถนำไปใช้หรือ ประยุกต์เข้ากับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอื่น ที่มี ลักษณะใกล้เคียงกันได้