

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ เป็นการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนสถานีนามัยบ้านอู่ยา จังหวัดสุพรรณบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้า เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ ต่อการศึกษา นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค
- 1.3 อาการและอาการแสดง
- 1.4 การดำเนินโรค
- 1.5 การรักษาโรคจิตเภท

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

- 2.1 ความหมาย
- 2.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม
- 2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. แนวคิดในการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

- 3.1 ความหมายของการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน
- 3.2 แนวคิดการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน
- 3.3 จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

4. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 4.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- 4.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
- 4.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

5. โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังพบทุกกลุ่มประชากร ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia ที่มีความหมายว่า การไม่สัมพันธ์กัน หรือการแยกส่วนจากกัน ซึ่งเป็นคำที่เรียกผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบัน และยังได้ศึกษาไว้ว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงหลายแบบสามารถจำแนกเป็นกลุ่มๆ ได้ ซึ่งแต่ละกลุ่มจะมีความผิดปกติเบื้องต้นเหมือนกัน 4 อย่าง จึงใช้คำว่า 4'A หรือ the four "As" คือขึ้นต้นด้วยตัว A ทั้ง 4 อาการได้แก่ (อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1. Associational disturbance หมายถึง มีความคิดไม่ต่อเนื่อง และความคิดไม่เชื่อมโยงหรือไม่สัมพันธ์กัน
2. Affective disturbance หมายถึง มีการแสดงออกของอารมณ์แปรปรวน ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับสถานการณ์
3. Ambivalenc หมายถึง มีความลังเล ตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้จะทำอะไร
4. Autism หมายถึง การสร้างเรื่องของตนเองขึ้นมา จึงอยู่ในโลกของตนเอง

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเชาว์ปัญญาบกพร่องอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) บ้างเมื่อป่วยนานและกำหนดระยะเวลาการเจ็บป่วยไว้อย่างน้อย 1 เดือน (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของ ความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรส่วนโดยทั่วไปร้อยละ 1 ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษา พบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และ มากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก โดยไม่พบความผิดปกติของโรคทางกาย และโรคทางสมอง พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องทั่ว ๆ ไป

1.2 สาเหตุของการเกิดโรค

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.2.1 ปัจจัยด้านชีววิทยา (Biological factors) ได้แก่

1) พันธุกรรม (Genetic factors) จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งมีโอกาสสูง เมื่อมีบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิตเภท สมาชิกในครอบครัวมีแนวโน้มที่จะป่วยด้วยโรคจิตเภทมากกว่าประชาชนทั่วไป

2) สารชีวเคมีในสมอง (Biochemical factors) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารสื่อประสาทในสมอง (Neurotransmitter) ในระบบประสาทส่วนกลาง (Central nervous system) สมมติฐานเดิมที่ยังคงเป็นที่ยอมรับกันในปัจจุบัน คือ สมมติฐานโดปามีน (dopamine hypothesis) โดยเชื่อว่า การหลั่งสารโดปามีนมากผิดปกติ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิต ซึ่งสมมติฐานนี้ ได้รับการสนับสนุนจากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการดีขึ้น เมื่อได้รับยาต้านโรคจิตที่มีฤทธิ์ระงับการทำงานของสารโดปามีน นอกจากนั้นยังมีข้อสันนิษฐานว่า โรคจิตเภทเกิดจากภาวะสมดุลระหว่างสารซีโรโตนินกับสารโดปามีนมีความผิดปกติ

3) ด้านกายวิภาคของสมอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีความผิดปกติทางด้านกายวิภาคของสมอง เช่น มี Ventricle โดกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น มีการศึกษาเกี่ยวกับสมองของผู้ป่วยจิตเภทในช่วงที่มีอาการและช่วงที่ไม่ได้รับการรักษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 20-50 มีความผิดปกติของโครงสร้างสมอง (Taylor,1994)

4) ด้านประสาทสรีรวิทยาพบว่า Cerebral blood flow และ glucose metabolism ลดลงในบริเวณ frontal lobe

1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ (Psychological factors) เป็นปัจจัยทางสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและปัจจัยทางด้านสังคม ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาบุคลิกภาพ ซึ่งทฤษฎีจิตวิเคราะห์เชื่อว่า อาการของโรคจิตเป็นผลมาจากความผิดปกติในหน้าที่ของ Ego และภาวะเครียดทางด้านจิตสังคม นับเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้พัฒนาเป็นโรคจิตเภทได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ,2536 และ Taylor,1994)

1.2.3 ปัจจัยทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social-culture factors) สังคมและสิ่งแวดล้อมมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทพบมากในสังคมที่มีเศรษฐกิจต่ำ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อย ๆ ทำให้การดำรงชีวิตไม่สามารถคงอยู่ได้ในสถานภาพเดิม (downward drift hypothesis) หรือจากการที่สภาพสังคมบีบคั้น ทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (social causation hypothesis) นอกจากนี้ความสัมพันธ์ภายในครอบครัวก็ส่งผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทได้เช่นกัน (เกษม ดันติผลาชีวะ,2536) อัมไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) อธิบายว่าเดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการ หรือการเลี้ยงดูในบางรูปแบบ ทำให้เด็กโตขึ้นเป็นโรคจิตเภท แต่จากการศึกษาในช่วงต่อมาไม่พบหลักฐานสนับสนุนความเชื่อนี้ ในแง่ของครอบครัวนั้นพบว่า สภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรค โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อย ๆ พบว่า มีการใช้อารมณ์ต่อกันสูง (expressed emotion) ได้แก่ การตำหนิ วิพากษ์วิจารณ์ (criticism) มีที่ทำไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้ยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

จนถึงปัจจุบันนี้ ยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของโรคจิตเภท เชื่อว่าโรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการซึ่งมีมาจากหลาย ๆ สาเหตุ แนวคิดที่ยอมรับกันในปัจจุบันคือ Stress-diathesis model ซึ่งเชื่อว่าผู้ป่วยนั้นมีแนวโน้มหรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อพบกับสภาพกดดันบางประการทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมาโดยแนวโน้มหรือสภาพกดดันนี้อาจเป็นปัจจัยด้านชีววิทยาจิตสังคมหรือหลายปัจจัยร่วมกัน

1.3 อาการและอาการแสดง

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่าง

นั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ซึ่งการจำแนกกลุ่มอาการที่สำคัญได้ 8 กลุ่ม ดังนี้ (อำเภอพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2543)

1.3.1 บกพร่องในรูปความคิด (disturbances in form of thought) เช่น มีกระแสคำพูดไม่ต่อเนื่อง ข้อความขาดความสัมพันธ์กัน ทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจในสิ่งที่ผู้ป่วยพูด ข้อความที่พูดขาดคุณภาพ และมีการใช้หลักภาษาผิด หรือบางครั้งใช้ภาษาที่แปลกๆ ไม่ใช่ภาษาพูดที่บุคคลใช้สื่อสารกันโดยทั่วไปและอาจพบผู้ป่วยมีการใช้คำพูดบางคำซ้ำๆ หรือความคิดเดิมๆ ร่วมกับการหยุดพูดไปอย่างกะทันหัน

1.3.2 บกพร่องในเนื้อหาความคิด (disturbances in content of thought) ข้อมูลส่วนนี้ ประเมินจากเนื้อหาที่ผู้ป่วยพูดออกมา มีเนื้อหาที่แสดงถึงความนึกคิดที่หลงผิด (delusion) ความคิดหลงผิดทำให้ผู้ป่วยขาดความเข้าใจสิ่งต่าง ๆ ตามจริง (lack of insight) ความคิดที่เป็นความหลงผิดนี้ มีหลายแบบ ดังนี้

- persecutory delusions :ผู้ป่วยเชื่อว่ามีคนคอยติดตามมาคุกคามเขาหรือมีคนจะมาฆ่าเขา
- delusions of jealousy :ผู้ป่วยเชื่อว่าคู่ครองของตนไปมีความสัมพันธ์กับผู้อื่น
- delusions of guilt of sin :ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองได้ทำบาปหรือทำบางสิ่งบางอย่างที่ชกโทษไม่ได้
- grandiose delusions :ผู้เชื่อว่าตนเองมีอำนาจหรือความสามารถพิเศษ
- religious delusions :ผู้ป่วยมีความเชื่อผิด ๆ ในทางศาสนา
- somatic delusions :ผู้ป่วยเชื่อว่าตนเองมีโรคบางอย่างเกิดขึ้นในร่างกายตน
- delusions of reference :ผู้ป่วยมีความเชื่อบางอย่างหรือเหตุการณ์บางอย่างมาเกี่ยวข้องกับเขา เช่น ผู้อ่านข่าวทางโทรทัศน์กำลังพูดถึงเขาหรือยิ้มให้เขา
- delusions of being controlled :ผู้ป่วยรู้สึกที่ ความคิดของเขาได้หรือการกระทำของเขาถูกควบคุมด้วยอำนาจบางอย่าง
- delusions of mind reading :ผู้ป่วยรู้สึกที่คนอื่น ๆ อ่านใจเขาได้หรือรู้ความคิดของเขา

- thought broadcasting :ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของเขาดังไปทั่วทำให้ตัวเขาเองและผู้อื่นได้ยินความคิดเหล่านี้
- thought insertion :ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดต่าง ๆ ไม่ใช่ของเขาแต่ถูกสิ่งภายนอกสอดแทรกเข้ามาในความคิดของเขา
- thought withdrawal :ผู้ป่วยเชื่อว่าความคิดของเขาได้ถูกนำออกไปจากตัวเขา

1.3.3 บกพร่องในด้านการรับรู้ (disturbance in perception) เป็นอาการสำคัญที่บ่งชี้ว่าเป็นผู้ป่วยจิตเภท การรับรู้ที่ผิดปกติหรือที่เรียกว่าอาการประสาทหลอน (hallucination) เป็นการรับรู้สิ่งต่าง ๆ โดยไม่มีสิ่งเร้าเกิดขึ้นจริง ซึ่งต่างจากการแปลผิด (illusion) เพราะการแปลผิดมีสิ่งเร้าจริงแต่ผู้ป่วยแปล หรือเห็นเป็นอย่างอื่น เช่น ผู้ป่วยเห็นสายน้ำเกลือแล้วบอกว่า เป็นงูมาพันอยู่ที่ข้อมือมีการรับรู้ผิดปกติพบได้ทางระบบประสาทการรับรู้ทั้ง 5 ระบบได้แก่

ก. ระบบการรับเสียง ผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนมาเรียก เสียงคนมาด่าว่า เรียกว่าอาการประสาทหลอนทางหู (auditory hallucination) เป็นอาการทางจิตที่พบได้มากในผู้ป่วยจิตเภท

ข. ระบบการรับภาพ ผู้ป่วยบอกว่าหรือทำท่าที่เห็นว่าเห็นภาพบางอย่าง โดยไม่มีภาพจริง ๆ เรียกว่าประสาทหลอน (visual hallucination)

ค. ระบบรับรู้ความรู้สึกทางผิวหนัง ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีบางสิ่งบางอย่าง เช่น แมลงตัวเล็กๆ มาเดินไต่อยู่ตามตัวหรือตามผิวหนัง เรียกว่าประสาทหลอนทางผิวหนัง (tactile hallucination)

ง. ระบบการรับกลิ่น ผู้ป่วยรู้สึกว่าได้กลิ่นบางสิ่งบางอย่าง ส่วนมากเป็นกลิ่นแปลกๆ ที่ไม่เคยได้กลิ่นมาก่อน เรียกว่าประสาทหลอนทางกลิ่น (olfactory hallucination)

จ. ระบบการรับรส ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีลิ้นของตนเองได้รับรสแปลกๆ ส่วนมากเป็นรสที่ตนเองไม่พอใจ เรียกว่าประสาทหลอนทางการรับรส (gustatory hallucination)

1.3.4 บกพร่องในด้านอารมณ์ (disturbances in affect) มีการแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสมหรือสอดคล้องกับเหตุการณ์ (inappropriate affect) มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงไปมามาก (labile) ไม่แสดงออกของอารมณ์ ไม่แสดงความรู้สึก สีหน้าเรียบเฉย (blunt หรือ flat affect) หรือมีอารมณ์ (apathy)

ข้อควรระวังในการรวบรวมข้อมูลในส่วนนี้ คือ ต้องแยกแยะระหว่างอาการที่เกิดขึ้นจริง กับอาการที่เป็นผลข้างเคียงจากการใช้ยา neuroleptic เพราะยาในกลุ่มนี้มีผลข้างเคียงทำให้ผู้ป่วยมีท่าทีเฉยเมย ไม่แสดงอารมณ์ (masked face) และเดินตัวแข็งๆ

1.3.5 บกพร่องในด้านการรับรู้ตนเอง (disturbances in sense of self) หรือสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง (loss of ego boundaries) ผู้ป่วยจะแสดงให้เห็นจากการกระทำที่ไม่เหมาะสมหรือแปลก การแก้ปัญหาต่างๆ ของผู้ป่วยไม่สามารถทำนายได้ ผู้ป่วยทำกริยาเหมือนเอกลักษณ์ต่างๆ ของผู้อื่นที่อยู่รอบตัวมาผสมรวมเป็นกริยาของตนเอง ในบางครั้งผู้ป่วยอาจพูดบางสิ่งที่เหมือนว่าผู้ป่วยเป็นอีกคนหนึ่งที่ไม่ใช่คนเดิม (depersonalization) โดยตัวผู้ป่วยก็ไม่เข้าใจและไม่รู้ตัวจึงเหมือนผู้ป่วยไม่ได้อยู่ในความเป็นจริง

1.3.6 บกพร่องในการเสริมสร้างกำลังใจ (disturbances in volition) ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างไม่มีเป้าหมาย ไม่กระตือรือร้น ขาดความคิดริเริ่ม ขาดพลังผลักดัน ไม่รู้ว่าแต่ละวันควรทำหรือต้องทำอะไรบ้าง ซึ่งอาการเหล่านี้ มีผลให้ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ในการทำงานและในการจัดสรรเวลาสำหรับกิจกรรมสันตนาการต่างๆ อาการเหล่านี้เกิดร่วมกับความรู้สึกที่เรียกว่าสองจิตสองใจ (ambivalence) ในลักษณะเข้าไปเผชิญหรือหลีกเลี่ยง (approach - avoidance) มีความรู้สึกสองอย่างเกิดขึ้นพร้อมกัน ทำนองเดียวกับรักและเกลียดในบุคคลคนเดียวกัน มีผลให้ผู้ป่วยสับสนตัดสินใจไม่ได้ ไม่รู้ว่าควรทำอะไร

1.3.7 บกพร่องในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพ (disturbances in relationship) ผู้ป่วยจะค่อยๆ สูญเสียความสนใจต่อสิ่งต่างๆ รอบตัว ความรู้สึกโดดเดี่ยวทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมแยกตัว (withdrawal) โดยแยกตัวออกจากสังคมทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจ สร้างโลกขึ้นมาเองในจินตนาการ ตอบสนองความต้องการทางจิตใจให้ตนเองด้วยความฝันหรือจินตนาการ (fantasy) เมื่ออาการรุนแรงมากขึ้นผู้ป่วยจะยิ่งปรับตัวเข้ากับผู้อื่นยาก และมีความคิดเป็นแบบ autistic คือคิดหรือกำหนดสิ่งต่างๆ ด้วยตนเอง โดยไม่สนใจต่อกฎเกณฑ์ หรือความเป็นจริงในสังคมรอบตัว

1.3.8 บกพร่องในด้านการเคลื่อนไหว (disturbances in motor behavior) อาจเป็นแบบเคลื่อนไหวหรือมีการกระทำมาก (overactivity) และแบบไม่ยอมเคลื่อนไหว หรือต้องการทำอะไร (inactivity) มีการกระทำท่าทางเสริมแต่งแปลกๆ (bizarre mannerisms) บางรายตื่นเต้นก้าวร้าว (aggressive) บางรายนั่งเฉยๆ โยกตัวไปมาเป็นจังหวะ (pacing and rocking) หรือบางไม่พูด ไม่เคลื่อนไหวหรือจับให้อยู่ท่าใดก็อยู่เช่นนั้น (catatonic)

1.4 การดำเนินของโรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2541) คือ

1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงานเริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิม ไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่อง

สุขภาพหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก ๆ แต่ก็ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจนญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากกว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปี ก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นานและผู้ป่วยดูแลง่าย ๆ

1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการตามเกณฑ์การวินิจฉัยข้อ 1 โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

1.4.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการอาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่า อาการโรคจิตเช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่าร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้ ในระยะอาการหลงเหลือผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันด้าน จิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติ แยกตัว วิตกกังวล หงุดหงิด กัดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง มีผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาดหรือเป็น 2-3 ครั้ง และแต่ละครั้งที่หายก็กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (complete remission) แต่พบได้น้อย ส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (incomplete remission) และมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ยิ่งเป็นบ่อยครั้งก็จะยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้นหรือเสื่อมลงเรื่อย ๆ

1.5 การรักษาโรคจิตเภท

สาเหตุที่มีผลต่อการป่วยด้วยโรคจิตเภทมีหลายปัจจัย ดังนั้นการรักษาจึงเป็นการรักษาทั้งทางด้านร่างกายและด้านจิตสังคม กล่าวคือ

1.5.1 การรักษาด้วยยารักษาโรคจิต

การรักษาด้วยยารักษาโรคจิตเป็นการรักษาที่มีความสำคัญมาก และเป็นการรักษาโดยส่วนใหญ่ของการรักษาโรคจิตเภท ยารักษาโรคจิตเป็นยากลุ่มที่พบฤทธิ์ข้างเคียงของยาได้มาก (เกษมตันผลาชีวะ, 2536) และเกิดขึ้นกับระบบที่สำคัญของร่างกายหลายระบบ ที่พบมากได้แก่ อาการข้างเคียงทางระบบประสาท มีอาการปากแห้ง ตาพร่า ท้องผูก ปัสสาวะไม่ออก ความดันโลหิตต่ำ และฤทธิ์ข้างเคียงต่อระบบประสาทส่วนกลาง มีอาการสั่น ตัวแข็ง เคลื่อนไหวช้า หน้าตาเฉยเมย คอแข็ง ตาเหลือก หลังแอ่น กระสับกระส่าย ไม่สามารถบังคับตัวเองได้ บางรายมีอาการเคลื่อนไหวช้า ๆ นอกจากนี้อาการที่พบมากอีกอาการหนึ่งก็คือ อาการง่วงซึม โดยมากมักจะเกิดขึ้นหลังจากได้รับการ

รักษาด้วยยาในระยะแรก อาการดีขึ้นเมื่อร่างกายปรับตัวได้ และอาการจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาที่พบ รองลงมา ได้แก่ อาการต่อระบบต่อมไร้ท่อ ที่พบบ่อย ได้แก่ อาการคัดนม น้ำนมไหล ประจำเดือนขาด และฤทธิ์ข้างเคียงต่อผิวหนังเป็นอาการแพ้แสงแดด

1.5.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า

ในผู้ป่วยจิตเภทนั้น ไม่ได้ผลดีเท่ากับการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าร่วมกับการรักษาด้วยยารักษาโรคจิต นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonic หรือผู้ป่วยที่มี Severe Depression ร่วมด้วย

1.5.3 การรักษาจิตสังคม

การรักษาจิตสังคม เป็นส่วนสำคัญของการบำบัดรักษา เนื่องจากอาการของผู้ป่วย มักก่อให้เกิดปัญหาระหว่างตัวผู้ป่วยกับสังคมรอบข้าง แม้ในระยะอาการดีขึ้นบ้างแล้ว ปัญหาทางสังคมก็ยังคงมีอยู่ หากผู้รักษาไม่ได้สนใจแก้ไข รวมทั้งอาการด้านลบ ภาวะท้อแท้หมดกำลังใจไม่คอยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคำนึงถึงปัจจัยด้านจิตสังคมของผู้ป่วย เพื่อที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยทุก ๆ ด้าน (ปาหนัน บุญหลง, 2534) การรักษาจิตสังคม ประกอบด้วย

1) การบำบัดรักษาทางจิต (Psychotherapy) แบ่งเป็นรายบุคคลและรายกลุ่ม หมายถึง กระบวนการรักษาโดยใช้การมีสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้และรับการบำบัด มุ่งชี้เฉพาะจุดของปัญหาและการทำความเข้าใจปัญหาของผู้รับการบำบัด โดยเฉพาะการทำจิตบำบัดรายกลุ่ม เป็นรูปแบบการรักษาที่สำคัญเป็นส่วนหนึ่งของความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การรักษาแบบกลุ่มให้มีประสิทธิภาพและได้ผลดีขึ้นอยู่กับ 3 ประการคือ ความเข้าใจ ความรักและพฤติกรรม

2) กิจกรรมบำบัด (Activity Therapy Groups) หมายถึงการบำบัดผู้ที่มีปัญหาทางจิต โดยการจัดกิจกรรมหลาย ๆ รูปแบบเพื่อสร้างความสนุกสนาน กระตุ้นความคิด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นและประสบการณ์ซึ่งกันและกัน (Judith H., Others, 1989) เนื่องจากการจัด กิจกรรมกลุ่มบำบัดเป็นการใช้รูปแบบของการทำงานเป็นกลุ่ม ผู้ดำเนินกลุ่มจึงต้องมีความรู้พื้นฐานเรื่องการรักษาแบบกลุ่ม กระบวนการกลุ่ม โครงสร้างของกลุ่ม บทบาทหน้าที่ของผู้นำกลุ่ม ผู้ช่วยกลุ่มและสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรมีทักษะความริเริ่ม เอื้ออำนวยให้สมาชิกได้แสดงความรู้สึก การรักษากฎกติกา การเป็นตัวแบบที่คืออย่างจริงจัง การฟังอย่างตั้งใจ การตั้งคำถาม การสะท้อนเนื้อหาและความรู้สึก รวมทั้งความเจียม (Trotzer, 1997) ชนิดของกลุ่มกิจกรรมบำบัดเช่น กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่มดนตรีบำบัด กลุ่มศิลปะบำบัด เป็นต้น

3) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต

เท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดีต่อการรักษา ค้ำกันให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

จากการที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกายคือ การใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุดและเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญ การวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงปัญหาหรือแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยสามารถนำการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบ และให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนได้ และเป็น การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ความหมาย

พฤติกรรมกรรมในการดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล,2534) การดูแลตนเองเป็นบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็น กระบวนการปฏิบัติ เพื่อสุขภาพ และชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรม การดูแลตนเองไว้ดังนี้

เพนเดอร์ (Pender,1987) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง ความต้องการโดยทั่วไปของการ ปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำโดยตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริม สุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของตนไว้ พฤติกรรมการดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำและความสามารถที่ ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง ซึ่ง ประกอบด้วย การกระทำโดยตรงที่หลีกเลี่ยงการทำลายสุขภาพ การบำรุงรักษา การปรับปรุงและการ เจริญเติบโต

โอเรียม (Orem,1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วย ตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการ กระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมี ประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล

นอกจากนี้ปัจจุบัน โอเร็ม (Orem,2001) ยังได้เน้นถึงจุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่มีเป้าประสงค์สูงสุดเพื่อให้บุคคลมีความสุข

สรุป พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่าง ๆ ที่บุคคล ตั้งใจกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความสุข ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแล ตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแล ตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

2.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม

จากแนวคิดข้างต้น จะเห็นว่าบุคคลจำเป็น ต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่และ พัฒนาการตลอดจนความสุขที่จะเกิดขึ้น โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล,2540)

2.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิการของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้ จำเป็นสำหรับบุคคลทุกวัย แต่จะต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

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

1.1) บริโภคอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่ของร่างกายที่ปกติ แล้วคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอก

1.2) รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.3) หาความเพลิดเพลินจากการหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษ

2) คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ (proision of care associated wth elminative processes and excrements)

2.1) จัดการให้มีการขับถ่ายปกติ ทั้งจัดการกับตนเอง และ สิ่งแวดล้อม

2.2) จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่าย ซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

2.3) ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2.4) ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

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

3.1) เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

3.2) รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อน และการออกกำลังกายของตนเอง

3.3) ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

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

4.1) คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

4.2) ปฏิบัติต่อคนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

4.3) ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

5) ป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ (prevention of hazards to life, functioning and well being)

5.1) สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่เกิดขึ้น

5.2) จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

5.3) หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่าง ๆ

5.4) ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และสวัสดิภาพ

6) ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

6.1) พัฒนาและรักษาระบบไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

6.2) ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

6.3) ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและ หน้าที่ของบุคคล

6.4) ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (development self-care requestes) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่าง ๆ เช่น การ ตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่าง ๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการเช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเอง ที่จำเป็นโดยทั่วไป เป็นต้น เพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

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

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคล การป้องกันมี 2 ลักษณะ คือ 1) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น 2) การบรรเทาหรือเอาชนะอาการที่เกิดขึ้น และการที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถ ในการป้องกันผลกระทบ ที่เกิดขึ้นจากการขาด การศึกษา การมี ปัญหาการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดี หรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่าง ๆ ในชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ความกดดันและเผชิญความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

2.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพหรือความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค และอยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น หายใจลำบาก หอบเหนื่อย หรือมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม หรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เมื่อหน้าชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ถ้าบุคคลที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถประยุกต์ความรู้เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเอง ได้ เช่นเดียวกับ โอเร็ม (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล ,2540) กล่าวว่า ความต้องการการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพ มีดังนี้ คือ

1) การแสวงหาและคงไว้ ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม

- 2) การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ หรือสถานการณ์ต่าง ๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและการฟื้นฟู อย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการ และความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่บกพร่องไป
- 4) การรับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค กระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)
- 5) การปรับปรุงตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น
- 6) การเรียนรู้ที่มีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผล การวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมการพัฒนาตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่มีอยู่

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการณ์การดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมีผลต่อการกระทำหน้าที่และ กระบวนการพัฒนา หรือสนับสนุนให้มีความผาสุก เป็นการกระทำที่ลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำงานที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem , 2001 : 43)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคล ในการที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วไป คือความสามารถที่จะรู้ (Knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing)และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นพลังความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลตนเองไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป ได้แก่ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติกรดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

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

จอห์น (John , 1985 อ้างใน ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547) กล่าวว่า การที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

1. การสอนผู้ป่วยด้านสุขภาพอนามัย (Patient education)
2. การสร้างการยอมรับในผู้ป่วย (Patient compliance)
3. ผู้ป่วยต้องมีการช่วยเหลือตนเอง (Self help)

ในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัว การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งการดูแลตนเองนั้นต้องครอบคลุมในทุกๆด้าน ตั้งแต่การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จึงจะทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขได้ แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเวช มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านในด้านหนึ่งแล้ว ย่อมทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและมีผลกระทบในด้านอื่นๆ ตามมาอย่างแน่นอน ดังนั้นการศึกษาถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมกรดูแลตนเองจะช่วยให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมกรดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท มากยิ่งขึ้น

2.4 พฤติกรรมกรดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรุนแรง (ประคิษฐ์ ตันสุรต, 2534) มักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน (สมสร เชื้อหิรัญ, 2532) ซึ่งความบกพร่องนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อตัว

ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน อย่างแน่นอนจากภาวะของโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการรับรู้ โดยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ จึงทำให้ไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง มี ดังนี้ คือ

1) การประเมินความผิดปกติ ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำ นั้น ส่วนใหญ่มักไม่สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนได้ เช่น ก่อนที่อาการทางจิตจะกำเริบตน จะมีความรู้สึกอย่างไร หรือจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นก่อน จึงทำให้ไม่มีการป้องกัน และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้

2) การขอความช่วยเหลือเพื่อการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภท อาจจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากญาติหรือคนใกล้ชิดได้ เช่น การปรึกษาญาติเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การให้ญาติพาไปพบแพทย์ เป็นต้น แต่เราพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้ เนื่องจาก ไม่สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้หรือบางครั้งมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับญาติ

3) ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ไม่ยอมรับประทานยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้มีอาการกำเริบ กลับเป็นซ้ำ รวมทั้งเป็นภาระแก่ญาติได้ สาเหตุอาจมาจาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่สามารถจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษา

4) การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท จะแสดงออกมาในรูปความผิดปกติของพฤติกรรม และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบในด้านสังคม และด้านการปรับตัว เมื่อมีปัญหาไม่สามารถพูดคุยปรึกษาใครได้ และผลที่ตามมาคือทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ทางสังคมไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงได้ศึกษา การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในเขตรับผิดชอบของสถานีนามัยบ้านอยู่ยา โดยประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย เป็นการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ โดยโอเร็ม (Orem,1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนริเริ่มและกระทำ ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นปัจจัยที่กำหนดการกระทำ หรือพฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของโอเร็ม มี 10 ประการ (Orem,1995) คือ อายุ เพศ ระยะเวลาการ ภาวะสุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม ระบบบริการและการดูแลด้าน สุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และทรัพยากรที่สามารถแสวงหาได้ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็ม มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.5.1 อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการ ดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อ เข้าสู่วัยชรา (Orem,1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี จาก การศึกษาของจันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และเป็นช่วงซึ่งบุคคลมีวุฒิภาวะการพัฒนากการ ดูแลตนเองสูงสุด

2.5.2 เพศ ความแตกต่าง ระหว่างเพศชาย และเพศหญิง ในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของวาน โดเจน (Van Dogen, 1997) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตต่อยาต้านโรคจิตจำนวน 92 ราย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิง จะ มีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้งการรักษาคิดว่าเพศชาย

2.5.3 ระยะเวลาการ ระยะเวลาการในแต่ละวัยจะมีความสามารถในการดูแลตนเอง ที่แตกต่างกัน เช่น ในวัยเด็กอาจจะยังดูแลตนเองไม่ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถในการดูแลตนเอง ลดลง วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุดมีวุฒิภาวะสามารถดูแลตนเองได้ ในวัยนี้เป็นวัยที่ต้องปฏิบัติ หน้าที่ตามบทบาท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท แม้ว่าจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้ว แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย มักจะเริ่มตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นตอนปลาย และวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่ต้องศึกษาหาความรู้ กำลังกำหนดแบบ แแผนชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้น จะส่งผลให้เกิดความตึงเครียด การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อบรรเทา ความตึงเครียดให้ลดลง ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งในวัยใหญ่นั้นการ สนับสนุนจากคู่สมรส จะส่งผลถึงการดูแลตนเอง การมีสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงแหล่ง ประโยชน์จากครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือความเจ็บป่วยขึ้น การสนับสนุนจากครอบครัว เป็นปัจจัยที่มี อิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง จากการศึกษา ของบราวน์ (Brown อ้างในรัชนี้

ศรีหิรัญ, 2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรส มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีการดูแลตนเองได้ดีกว่า ผู้ป่วยที่เป็นโสด

2.5.4 ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตลอดจนภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งหลังจากควบคุมโรคให้สงบระยะหนึ่ง โรคจิตอาจมีอาการกำเริบเป็นระยะ ๆ จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวบ่งชี้ถึงการดำเนินของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปแบบใด ในผู้ที่เป็นโรคจิตที่กลับป่วยซ้ำบ่อย ๆ จะยังมีความคิดปกตมากขึ้น ซึ่งทำให้การดูแลตนเองยุ่งยากมากขึ้น (จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ, 2536) การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ประสบการณ์การบำบัดรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ที่เจ็บป่วย มีการปรับตัวและพัฒนาการเผชิญปัญหา โอเร็มเชื่อว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล (Orem, 1995)

2.5.5 สังคม วัฒนธรรม เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครัวย่อมยอมรับ สังคมรังเกียจ ในผู้ที่เป็นโรคจิต ในระยะที่มีอาการหลงเหลืออยู่นั้น สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก เพราะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จะทำให้แยกตัวมากขึ้นหมกมุ่นกับความคิดของตนเอง ไม่รู้ว่า จะพูด หรือสื่อสารบอกความต้องการกับใคร ขาดทักษะทางสังคม เกิดความตึงเครียด สิ่งเหล่านี้ จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำบ่อย ๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ จนกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่าง ๆ ได้ในที่สุด

2.5.6 ระบบบริการสุขภาพ และการดูแลด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบัน เปลี่ยนไปจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องเอื้ออำนวยโดยมีการจัดระบบส่งต่อ จัดบริการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่าง ๆ ซึ่งระบบบริการดังกล่าวนับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สถานบริการใกล้บ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ถ้าระบบบริการในชุมชนมีความเข้มแข็งพอ และมีประสิทธิภาพสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะลดภาระค่าใช้จ่ายลง สะดวกลดเวลาการเดินทาง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ระยะยาว

2.5.7 ระบบครอบครัว ความรักความผูกพัน ในครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ที่สำคัญมากเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

โดยเฉพาะในภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรังและยาวนานเกือบตลอดทั้งชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องดูแลตนเองต่อเนืองที่บ้านนั้น การสนับสนุนจากระบบครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยมาก ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวมีผลอย่างมากในการกำหนดอัตราการป่วยซ้ำ (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี , 2531) การแสดงอารมณ์สูงที่มีลักษณะวิพากษ์วิจารณ์สูง ไม่เป็นมิตรหรือการมีอารมณ์ผูกพันมากเกินไปของครอบครัว มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

2.5.8 แบบแผนชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะมีแบบแผนชีวิตการดูแลตนเองที่ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบทั้งด้านร่างกายและจิตใจในด้านต่าง ๆ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านการพักผ่อนนันทนาการ การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า มีการขับถ่ายปกติ มีการเข้าสังคมปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับภาวะการเจ็บป่วย เช่น ในเรื่องการรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับแบบแผนชีวิตในเรื่องดังกล่าวได้ ก็จะทำให้ไม่เกิดความเมื่อยหน่าย ท้อแท้ หรือล้มรับรับประทานยา การปรับแบบแผนชีวิตดังกล่าวจะส่งเสริมให้มีการป้องกันการป่วยซ้ำ และฟื้นฟูให้กับสู่สภาพเดิม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ที่บ้าน

2.5.9 สภาพแวดล้อม ความแตกต่างของสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่บ้านจะต้องมีการปรับตัว ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีอาการหลงเหลือต้องดูแลตนเองมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ ต้องปรับวิธีการดูแลตนเอง เช่น พัฒนาการเรียนรู้วิธีการปรับตัว การเผชิญกับปัญหาความเครียด การอยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้านและชุมชนใกล้เคียง ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยยังคงมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.5.10 แหล่งประโยชน์และทรัพยากร การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตที่มีความรุนแรงเป็นโรคเรื้อรัง เสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง แหล่งประโยชน์เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ พัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ และยังเป็นแหล่งให้ความหวังและกำลังใจ ที่จะมีชีวิตอยู่และดูแลตนเอง

ในแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของโอเร็มนั้น ได้ให้ความสำคัญในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล อันเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเอง และความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน และจะจำเป็นมากขึ้นเมื่อนุคคลมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่าปัจจัยพื้นฐานในทุก ๆ ข้อ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น ดังนั้นในการปฏิบัติกิจกรรมการ

พยาบาล เพื่อลดความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เป็นส่วนประกอบ ในการประเมินสภาพอาการและปัญหาเบื้องต้นของผู้ป่วยจิตเภทด้วย

2.6 การประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 หัวข้อ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536; พรทิพย์ ธรรมวงศ์, จินดารัตน์ พิมพ์ศักดิ์และคณะ, 2542; จันทรา วีระสมบุรณ์, 2542; Carson, 1995; Hunter, 2000) คือ

2.6.1 การดูแลตนเองด้านการใช้จ่ายทางจิต โดยมีสาเหตุจากการขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะเห็นได้จากการศึกษาของ สุวรรรัตน์ โบจรัส (2535) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท และการบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยโดยศึกษา 3 ด้านคือ ตัวผู้ป่วยเอง ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติของญาติต่อการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล สัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ทัศนคติความพร้อมของญาติต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการทางจิตญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษานใน 1 – 2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแลญาติ ส่วนมากมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง การรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วน สาเหตุการกินยาไม่ครบถ้วนคือ ไม่ยอมกินยา ญาติควบคุมไม่ได้ หยุคกินยาเอง คิดว่าตนเองหายขาด ขาดคนดูแลเอาใจใส่ เรียงลำดับจากมากไปน้อย การมารับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยมารับการรักษาตามทัศนคติต่อการเจ็บป่วย ญาติส่วนใหญ่คิดว่าไม่หายขาด ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วย และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีต่อญาติ ญาติมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย แต่ทัศนคติด้านลบค่อนข้างมาก

2.6.2 การดูแลด้านสุขภาพจิตเนื่องจากอาการทางจิตอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย (สมจิตต์ ลุประสงค์ และคณะ ,2538) และจากภาวะพฤติกรรมถดถอย/ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยจิตเภท

2.6.3 ด้านการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้า เมื่อออกจากบ้าน ผลจากการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ผลจากการไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกาฬอน หิด ผู้ป่วยจิตเวชมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรก และอาจทำให้เกิดบาดแผลได้ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

2.6.4 ด้านการป้องกันการกลับซ้ำพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา (เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ ,2539) ทำให้เกิดการกำเริบ

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในเรื่องของพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดผลกระทบอื่น ๆ ที่จะตามมา และเมื่อวิเคราะห์ตามข้อมูลข้างต้นจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่สำคัญใน 4 ด้าน คือ ซึ่งจากสภาพปัญหาที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ โอเร็ม (1991) ผู้ศึกษา จึงเลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมิน ดังนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษาครั้งนี้ จึงประกอบด้วย

- 1) ด้านการใช้ยาทางจิต
- 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต
- 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ

จากวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่าได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองหลังจำหน่ายของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย พฤติกรรมดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อความนั้นๆ ตรงกับการปฏิบัติตนของตนมากที่สุด แบ่งข้อคำถามทั้งหมด ดังนี้

- | | |
|-----------------------------------|------------------------|
| 1. ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด | จำนวน 9 ข้อ(ข้อ 1-9) |
| 2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต | จำนวน 8 ข้อ(ข้อ 10-17) |
| 3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | จำนวน 4 ข้อ(ข้อ 18-21) |
| 4. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ | จำนวน 3 ข้อ(ข้อ 22-24) |

3.แนวคิดในการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

3.1 ความหมายของการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

การให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึงกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอันมีผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติ ก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีเป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ จากการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)

3.2 แนวคิดการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1991) กล่าวว่า ระบบการพยาบาล (nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ของผู้ป่วย ระบบพยาบาล จะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และลงมือกระทำเพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเอง รวมทั้งปรับการใช้ และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล แบ่งตามความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ (Control of movement and manipulatim) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ

- 1) การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)
- 2) การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)
- 3) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system)

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีความสามารถที่จะปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบ ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) ดังนี้

3.2.1 การชี้แนะ เป็นวิธีการที่พยาบาลชี้แนะให้ผู้ป่วยเลือก เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ โดยที่พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วย เป็นเพียงแต่ให้ในรูป แบบต้องการแนะนำ การบอกแนวทาง การให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปรับความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลมักจะใช้วิธีการที่เน้นร่วมกับการสนับสนุน

3.2.2 การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ กิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้มักอยู่ในภาวะเครียด หรือความทุกข์ทรมานจากโรค สามารถควบคุมหรือจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ด้วยวิธีการสนับสนุนด้วย คำพูด กิริยาท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ โดยพยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเหมาะสม

3.2.3 การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้ และได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง การปรับเปลี่ยนเจตคติ คุณค่า การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยน อคติทัศนคติและพัฒนาทางด้านร่างกาย โดยพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้รับคำแนะนำ และสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การจัดทำเอกสารหรือ หนังสือ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทอ่านที่บ้าน

3.2.4 การสอน วิธีนี้เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเอง การสอนสิ่งต่างๆ เพิ่มให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดรวมถึงให้ผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ต้องตัดสินใจ กระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หลักในการสอนผู้ป่วยดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2534)

- 1) ควรสอนในสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องเรียนรู้ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนมักจะมีการเรียนรู้การดูแลตัวเองบางอย่างมาแล้ว
- 2) เนื้อหาที่จะสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องคิดเปลี่ยนแปลงหรือเสริมสร้าง ความรู้สึกรู้สึกคิด และการกระทำ
- 3) ความพร้อมของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการที่จะเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรค มีอาการอ่อนเพลีย ได้ยากล่อมประสาท มีภาวะเครียดมากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ขอมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้

4) การเรียนรู้จะมีเพิ่มมากขึ้นควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการให้ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งจะกระทำได้โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อเพิ่มการเรียนรู้ พยาบาลไม่เพียงสอนหลักการให้ผู้ป่วย แต่จะต้องให้ผู้ป่วย ทราบว่าจะต้องทำอะไร ให้ผู้ป่วยได้ฝึก และเรียนรู้ความผิดพลาดว่า ผิดตรงไหน เพราะเหตุใด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น

5) การประเมินโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะช่วยในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและปรับพฤติกรรม โดยผู้ป่วย และพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายในการเรียนรู้ และการให้คำชม และการให้กำลังใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น ส่วนในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ไม่ถูกต้อง พยาบาลจะต้องชี้แจงและแก้ไขพยายามหลีกเลี่ยงไม่ตีตื้น หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำโทษ

6) เนื้อหาที่จะสอน ต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย แต่ละคน ซึ่งแตกต่างกันการประเมินความเข้าใจ และการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7) สัมพันธภาพที่ดี และอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ความไว้วางใจตัวพยาบาล และความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อ สื่อสาร ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและเพื่อเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

3.3 จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพที่ดี ต้องการให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติ และมีรูปแบบการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาพอนามัย สามารถใช้วิจารณญาณและความรอบรู้ในการเลือกใช้บริการต่างๆ ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการตัดสินใจร่วม เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง

โดยสรุป จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ คือ การพัฒนาบุคคลโดย

1. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วม ในวิถีทางการดำเนินชีวิตของชุมชนอย่างสร้างสรรค์ และมีเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่ดี
3. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเชื่อมั่นในการพัฒนา และพึ่งพาตนเอง

4. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูล ความรู้ ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
5. ให้ความรู้ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความต้องการของประชาชนและชุมชน
6. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพ และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และชุมชนได้

นอกจากนี้จุดมุ่งหมายของพยาบาล ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีนั้น มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ความรู้ด้านสุขภาพ(Health Knowledge) หมายถึง การสอน การแนะนำให้ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. เจตคติด้านสุขภาพ(Health Attitude) หมายถึง การสอน อธิบาย การให้เหตุผล ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้ประชาชนมีเจตคติและความรู้สึกรู้สีก่อนเกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม
3. การปฏิบัติด้านสุขภาพ(Health Practice) หมายถึง การนำเสนอแนวทาง วิธีการ และการกระทำ เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

4. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

4.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์ และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิตโดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา

และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบน และเจ็บป่วยทางจิต

4.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

4.2.1 พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience)

4.2.2 พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกลงของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

4.2.3 พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ชี้ผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

1) วินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด ไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล อย่างรอบคอบ

2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้น ๆ

3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางพยาบาลที่ตั้งไว้

4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ตามมา

5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

6.1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตราย ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

6.2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ช่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย

6.3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและในชุมชน

6.4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

6.5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6.6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

4.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การจัดกิจกรรมการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาลดังนี้

4.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพ (Pender, 2002) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ชูนิพันธ์ , 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพแนวทางในการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ (เปรมฤดี คำรักษ์ ,2545)

1) เยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัว และสมาชิกในชุมชน

3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย

4) เชื่อมบ้านและให้การบำบัดการพยาบาล ตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

5) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพ

6) การจัดกิจกรรม ที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัวเพิ่มความมั่นใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

4.3.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีความสุข

กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหในปัจจุบัน (Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา ตระหนักรู้ถึงการมีส่วนร่วมสาเหตุและการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหาลือความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและช่วยให้ผู้ป่วยได้หาความหมายจากประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

2) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ เข้าใจ สถานภาพและปัญหาของ

ตน ตระหนักรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหาเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่ มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญห และตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พยายามเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้ กำลังใจ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการทางจิต ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

4) การให้คำรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เกิดจากพื้นฐานความเชื่อว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทางวัตถุและบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเผชิญความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม จึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว ส่วนสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างบรรยากาศที่มีผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย มีความอบอุ่นเป็นมิตร รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย พบและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และให้เกิดบรรยากาศของนับถือ ทั้งในฐานะความเป็นบุคคล และตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

5) การป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยเร็ว ลดภาวะเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วยและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤติและฉุกเฉินโดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งความช่วยเหลือ และการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

4.3.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาลดจน

ติดตามประเมินผลงานนั่นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชน

การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวของชุมชนที่จะจัดการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างการพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

4.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

พยาบาลจิตเวชเมื่อมาปฏิบัติงานในชุมชนเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ย่อมจะมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม ในโรงพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม แต่การปฏิบัติงานในชุมชน บริการพยาบาลให้กับคนหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นผู้ป่วย เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสานร่วมงานบริการกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะกับทีมจิตเวชเท่านั้น เพราะเหตุนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวช จึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวชทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ(Specialist) (อุบล นิวัติชัย, 2527)

4.4.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

1) บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Therapist) หมายถึง การให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดเพื่อการส่งต่อแก่ผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อ (Short term therapy)

2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator)

นอกจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชนับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรมเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย มากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้พยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ให้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่นๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลคืออย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชอาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรอื่น ที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Educator)

พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่างๆ ทางการพยาบาลจิตเวช

4) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker)

เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชน มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาทางจิตเวชพยาบาลจิตเวชควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator)

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความรู้ความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดจัดลำดับความสำคัญ และแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ที่มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรณายกาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6) บทบาทผู้นิเทศก์และผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant)

พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการสนับสนุน ประคับประคอง สอนบุคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางที่มุ่งสู่ เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติ เมื่อปัญหาทางสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่ว ๆ ไป

7) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse)

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่ต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

4.4.2 บทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

Morgan and Mc cain (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ไว้ดังนี้

- 1) ต้องประกันสิทธิของผู้ป่วยและมีความรับผิดชอบ
- 2) มีการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นและที่กำลังดำเนินอยู่และประเมินความต้องการทางจิตสังคมและอารมณ์ด้วย

- 3) มีการพัฒนาการวางแผนการดูแล
 - 4) มีการประสานการดูแลของบริการทั้งหมด ในการวางแผนและนำไปใช้
- เป็นทีม
- 5) มีการเตรียมการดูแลอย่างต่อเนื่องโดย 24 ชม.ต่อวัน หรือ 7 วัน
- ต่อ 1 สัปดาห์
- 6) มีการพิจารณาในด้านกฎหมาย ประเด็นทางจริยธรรม หรือภาวะ
- ที่ยุ่งยากใจ
- 7) มีโปรแกรมประสานงานและการจัดการ
 - 8) มีการส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม การเคลื่อนย้าย หรือการจำหน่าย
- ผู้ป่วย
- 9) มีการควบคุมการติดต่อประเมินผู้ป่วย การพัฒนาการนำนโยบายการควบคุมการติดต่อไปใช้ มีการประกันกิจกรรม
 - 10) มีการให้ความรู้ การปฐมพยาบาล และการพัฒนาเจ้าหน้าที่
 - 11) เตรียมการป้องกันการรักษา การจัดบริการพยาบาล
 - 12) การจัดการตามความต้องการของผู้ป่วย และตามการดำเนินไปของโรค
 - 13) เป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วย
 - 14) การให้ความรู้ผู้ป่วย
 - 15) เป็นผู้ดูแลสิ่งแวดล้อมและดูแลบุคคลและสนับสนุนการบริการพยาบาลจิตเวชที่ดูแลที่บ้านอาจใช้ชนิดของการช่วยเหลือแบบการสอนผู้ป่วย บางครั้งอาจนั่งเงียบๆ กับผู้ป่วย การพูดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา โดยที่การดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้

5. โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาได้จัดทำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน โดยประยุกต์ด้วยการผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของOrem (1991) ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการ การประเมินโดยการย้อนกลับ มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดี ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ (2541) และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โดยในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาการให้ความรู้และระดับประคองแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งมุ่งให้

ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภท 3) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 4) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 5) การป้องกันการภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช ซึ่งเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคองผู้ป่วยสามารถเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมาก พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา ซึ่งเครื่องมือในตัวพยาบาลคือ ความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกผู้อื่น ความเห็นใจและการยอมรับผู้อื่นโดยไม่มีอคติ โดยหลักการนี้จะก่อให้เกิดผลตามมาคือ พยาบาลสามารถแยกแยะความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พบกับสิ่งที่เขาต้องการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะผสมผสานกระบวนการให้คำปรึกษา ไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัวจะเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สัมพันธภาพที่สร้างขึ้น เป็นการเปิดโอกาสให้มีการสนับสนุนระดับประคองท่ามกลางความไว้วางใจ และการเปิดเผยข้อมูลหรือความรู้สึกทั้งในด้านการกระทำ ความคิด และความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน เป็นการปฏิบัติกร

แก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กัน โดยการปฏิบัติขั้นแรก จะส่งผลไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป ในทางกลับกันหากปฏิบัติในขั้นตอนแรก ล้มเหลว ก็สามารถทำนายได้ว่าการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไปก็จะไม่ประสบความสำเร็จ เป็นการปฏิบัติที่เป็นกระบวนการ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหาคอลดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการเปลี่ยนแปลงจากการเน้นการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ มาสู่การดูแลในชุมชน และให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้านเป็นอย่างมาก โดยมีเหตุผลว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลได้ตลอดไป ผู้ป่วยต้องกลับบ้านและดำเนินชีวิตที่บ้าน พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องเตรียมความรู้สำหรับครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีแนวทางในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ใบความรู้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้งทางวัตถุ และทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียด การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช

ภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์ หรือความคิด ผู้ป่วยต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน เป็นช่วงเวลาวิกฤติในชีวิต ที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขำแยะไปหมดทุกเรื่อง ไม่สามารถที่จะแก้ไขปัญหาคด้วยตนเอง การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตินั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม คือ ภาวะจิตใจของ

ผู้ป่วยให้รับรู้เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ในทางที่ใกล้เคียงกันความเป็นจริง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจไม่ทางตรงก็ทางอ้อม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา หรือได้เรียนรู้แบบแผนการแก้ไขใหม่ ทั้งนี้เพราะแบบแผนที่มีอยู่เดิม ไม่สามารถช่วยให้เผชิญปัญหาได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันและการช่วยเหลือ ในภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้ถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการ และการเผชิญกับภาวะวิกฤติที่จำเป็นได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน มีดังนี้

นันทนา รัตนกร (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะโครงสร้าง และเศรษฐกิจของครอบครัว ที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1 ในความคิดของญาติ คิดว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้ร้อยละ 94.9 พร้อมทั้งจะรับภาระทางด้านเศรษฐกิจร้อยละ 85.4 คิดว่าคนในครอบครัวมีเวลาพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ร้อยละ 63.1 เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านร้อยละ 95.4 คิดว่าผู้ป่วยมีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อครอบครัว ร้อยละ 89.1 เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว ไม่ทำให้สมาชิกในครอบครัว เกิดความเครียด หรือเดือดร้อนมากกว่าเดิม ร้อยละ 72.9 และจากการศึกษานี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่บ้านนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้และขาดการให้คำแนะนำของญาติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงพบว่าผู้ป่วยเคยขาดยาและมารับยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 54.3 และคิดว่าผู้ป่วยหายแล้ว ร้อยละ 40.0 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้

วนิดา อินทราชา (2538) ศึกษาผลของการให้ข้อมูลด้านสุขภาพต่อความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองในผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่ง ที่มารับการตรวจที่คลินิกโรคหัวใจ แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศูนย์ภาคเหนือ จังหวัดลำปาง จำนวน 20 ราย หลังการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยหัวใจวายเลือดคั่งกลุ่มที่ได้รับข้อมูลด้านสุขภาพ มีคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและคะแนนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับข้อมูลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01 และมีพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองหลังได้รับข้อมูลสูงกว่าก่อนได้รับข้อมูล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

วันวิสาข์ ชูจิตร (2543) ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยขาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ที่หอผู้ป่วยอุบัติเหตุและหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้เป็น

รายบุคคลตามโปรแกรม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001และการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเจ็บปวดและความทุกข์ทรมานหลังใส่ที่ ระบายทรวงอกวันที่ 2 และ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ พบว่าจะแนบความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง มากกว่าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่าง ๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อนนันทนาการ และการออกกำลังกายและด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่าคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สุมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการ การ

ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่าย ร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง ๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

อัญชลี ศรีสุพรรณ(2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามคะแนนอาการทางลบ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ผลการทดลอง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ 0.5 และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ผลงานวิจัยในต่างประเทศ มีดังนี้ คือ

Doherty (1998) ได้เขียนรายงานการศึกษา เกี่ยวกับองค์กรต่าง ๆ ที่ได้จัดบริการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ ๆ ในการบริการผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้านภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งสำหรับผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในอีกโรงพยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้ประสบการณ์การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ก็จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น โดยธรรมชาติแล้วการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน จะเป็นสถานที่ที่ให้บริการผู้ป่วยแบบองค์รวมดีที่สุด และผู้ป่วยจะมีความสุขอย่างมากที่จะได้รับการดูแล โดยผู้ป่วยเองก็สามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านที่แวดล้อมด้วยญาติพี่น้อง การจัดระบบนี้เป็นสิ่งที่สามารถสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการได้ทั่วโลก และจะมีความต้องการที่มากขึ้นในอนาคต

Langle และคณะ (2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชหลายโรค โดยการดูแลรักษาอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของ

ผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งได้พัฒนารูปแบบนี้มากกว่า 4 ปี เป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลทางด้านจิตเวชในขณะที่อยู่ที่บ้าน โดยการประเมินความต้องการ และให้การบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจในด้านการลดค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการอยู่รักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมากกว่า 3 ปี ลดลงเหลือ 206 วัน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลงจาก 70,000 เหรียญสหรัฐต่อปี จากผลการศึกษาเพียง 1 ราย เป็นสิ่งที่เกิดความหวัง ในการผลักดันให้มีการพัฒนาการประเมินการวางแผนการรักษารายบุคคลอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการศึกษาอิสระ

โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน

ประกอบด้วย 5 กิจกรรม ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยราย
ครอบครัว 3 ครั้งๆละ 40-60 นาที มีกิจกรรมในแต่ละครั้ง ดังนี้
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,3

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพฯ โดยการแนะนำ
ตัว ทักทายผู้ป่วยและญาติ แสดงท่าที่เป็นมิตร

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ค้นหาปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตความหมาย
สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค และการรักษา

ประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,4

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช
เสนอความช่วยเหลือต่อผู้ป่วยและครอบครัวในขอบเขตของการ
พยาบาล ขอมรับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ติดตามปัญหาจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 สอบถามปัญหาเพิ่มเติม
วางแผนแก้ไขปัญหา และแก้ไขปัญหา

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ
ส่งเสริมสุขภาพจิต ประเมินสภาพสิ่งแวดล้อม
การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรม ที่ 1,2,5

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช
กระตุ้น ให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิด

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว
ติดตามปัญหาจากการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 สอบถามปัญหาเพิ่มเติม
ประเมินผลและสรุปปัญหา

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิต
เวช ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่นำไปสู่ภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน

พฤติกรรมดูแลตนเอง

ของ

ผู้ป่วยจิตเภท

- การใช้ยาทางจิต
- การดูแลสุขภาพจิต
- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- การป้องกันการกลับซ้ำ