

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาค้นคว้าผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และ
ระดับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร
วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ ต่อการวิจัย นำเสนอ
เป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับ โรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 อาการวิทยาและอาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนินโรค
 - 1.5 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็น โรคจิตเภท
 - 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 แนวคิดการดูแลตนเองของOrem
 - 2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน
 - 3.4 เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.5 การให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน
 - 3.6 ผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 3.7 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.8 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประครองที่บ้าน

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังพบทุกกลุ่มประชากร ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia จึงได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบันนี้ (อัญชลี ศรีสุพรรณ . 2547)

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขาว่าปัญญาบกพร่อง แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ดันดิผลา ชีวะ . 2536)

วีระ ไชยศรีสุข (2533) กล่าวถึง ความเจ็บป่วยทางจิตว่า หมายถึง การแปรปรวนทางอารมณ์และความคิดอย่างรุนแรงจนไม่สามารถปรับตัวได้ มีอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ไม่สามารถแสดงความคิดอย่างมีเหตุผลได้

ประดิษฐ์ ดันสุรัตน์ (2538) กล่าวว่า โรคจิต เป็นโรคผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรุนแรง ถึงขนาดควบคุมสติไม่อยู่ เช่น มีอาการหลงผิด ประสาทหลอน ไม่มีปฏิกิริยาต่อสิ่งแวดล้อม นัยน์ตาเหม่อลอย สีหน้าเฉยเมย พูดไม่รู้เรื่อง หรือไม่ยอมพูด หรือตอบคำถาม มีความซึมเศร้า และวิตกกังวลตลอดเวลา มีความรู้สึกอยากตาย และพยายามฆ่าตัวตาย

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การเจ็บป่วยทางจิต หมายถึง ความไม่กลมกลืนระหว่างบุคคลกับสภาพของชีวิตสังคม และสิ่งแวดล้อมของบุคคล ทำให้บุคคลไม่สุขสบาย รู้สึกถูกบีบบังคับ วิตกกังวล จนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้นี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2000) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (positive symptoms) และ อาการทางลบ (negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภท จึงมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึก พฤติกรรม สังคม และการทำหน้าที่

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก อย่างรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป

1.2 สาเหตุ

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคทางจิตเวช จากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ เชื่อว่า โรคจิต มีสาเหตุ หรือปัจจัยต่างๆของการเกิดโรค ดังนี้ คือ 1) ปัจจัยทางชีววิทยา 2) กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic) 3) สังคมและวัฒนธรรม และ 4) การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งยังไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าเกิดจากปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งเพียงด้านเดียว หรืออาจเกิดจากปัจจัยทั้ง 4 ด้านรวมกันก็ได้ (สุวทนา อารีพรรค , 2524 : 11; กรมสุขภาพจิต , 2538 : 4-5 ; ประดิษฐ์ ต้นสุรดี , 2538 : 5-9) ปัจจัยต่างๆ มีรายละเอียด

1.2.1. ปัจจัยทางชีววิทยา แบ่งเป็น

1) ด้านกรรมพันธุ์และองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษา ค้นพบว่าความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือด จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตมากขึ้น

2) ชีววิทยาของร่างกาย สรีระวิทยาของสมองและชีวเคมีของสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโต และระดับฮอร์โมนของร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจ

3) โรคของสมอง เช่น เนื้องอกของสมอง การอักเสบของสมอง โรคลมชัก รวมทั้งการได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การที่สมองได้รับพิษของสารเสพติด เช่น เหล้า กัญชา ยาบ้า กระท่อม กาว ผงขาว ฯลฯ และการที่สมองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง เช่น ถูกตีที่ศีรษะ รถคว่ำ พยาธิสภาพของโรคดังกล่าว ทำให้เซลล์ของสมองถูกทำลาย และเกิดความเสื่อมของเซลล์สมอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของจิตได้

4) สารจากต่อมไร้ท่อ เช่น โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้า และเฉื่อยชา ความจำเสื่อม และโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ไม่อยากพูด และประสาทหลอน

1.2.2. กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic) ของแต่ละบุคคลมีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจของคน ซึ่งเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่เชื่อว่า ทำให้คนเกิดปัญหาทางจิตใจ

1.2.3. สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาอยู่รอบตัวของบุคคล เช่น ปัญหาทางครอบครัว เช่น พ่อแม่แยกทางกัน หรือพ่อแม่ตาย ขาดการอบรมสั่งสอนที่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางเพศบางประการ หรือ ชีวิตสมรส / ชีวิตโสดที่มีปัญหายุ่งยาก

1.2.4. การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยได้มีประสบการณ์การเรียนรู้บางอย่างที่ทำให้เกิดผลเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ การได้รับสิ่งเร้า แรงเสริม หรือการลอกเลียนพฤติกรรมที่ทำให้มีบุคลิกลักษณะที่ไม่เหมาะสม

1.3 อากาโรวิทยาและอาการทางคลินิก

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1000 หญิงและชายพบได้พอกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี

มีการแบ่งอาการออกเป็น 7 ประเภทใหญ่ๆ (วิระ ไชยศรีสุข , 2533 : 103-108 ; มาโนช หล่อตระกูล , 2539 : 55-56 ; สมภพ เรืองตระกูล , 2542 : 1) ได้แบ่งอาการของโรคจิตออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้

1. มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (disturbance of consciousness) เช่น การเสียการรับรู้ในด้านเวลา สถานที่และบุคคล มีภาวะสับสน กระสับกระส่ายรู้สึกตัวน้อยหรือไม่ค่อยรู้สึกตัว
2. มีความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (disorders of motor activity) เช่น เคลื่อนไหวมากผิดปกติ วุ่นวาย ทำลายข้าวของ เคลื่อนไหวน้อยผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหว
3. มีความผิดปกติของอารมณ์ (disorders of affect) เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ วิตกกังวลมาก เฉื่อยชา เฉยเมย ฉุนเฉียว
4. มีความผิดปกติของความคิด (disorders of thought) แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือ
 - 1) มีความผิดปกติในเนื้อหาของความคิด (disorders of content of thought)
 - 2) มีความผิดปกติของรูปแบบความคิด (disorders of form of thought)
5. มีความผิดปกติของการรับรู้ (disorders of perception) เช่น มีอาการประสาทหลอน แปรสภาพผิดเช่นเห็นเชือกเป็นงู หรือมีอาการหูแว่ว เป็นต้น
6. มีความผิดปกติของความจำ (disorders of memory) เช่น การสูญเสียความจำภายหลังเกิดเหตุการณ์ การสูญเสียความจำที่เพิ่งเกิดขึ้น หรือการลืมเหตุการณ์ช่วงใดช่วงหนึ่งเป็นต้น
7. ขาดความสัมพันธ์กับโรกายนอก มักแยกตัวอยู่ลำพัง ไม่พูดจากับใคร ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง

1.4 การดำเนินของโรค

ผู้ที่เป็โรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้าๆแรกๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแลไม่ได้สังเกตหรือเห็นความสำคัญและเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธีการดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่จะเปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ คือ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

- 1.4.1 หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก
- 1.4.2 หายโดยกลับเป็นอีก
- 1.4.3 หายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอลงเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือ
- 1.4.4 เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต
- 1.4.5 มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1) ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการมาหลายปีก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียน และขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ตามปกติลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมา จะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ (Kaplan & Sadock, 1995) จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz, Glazer, Mirza, Mostert, & Hafex, 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน

2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) เมื่อเกิดอาการกำเริบจะเกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่อาการกำเริบรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนานมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาพร้อมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและครอบครัว รอคูอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีสาเหตุ ส่งเสริมมาจากการซื้อยากินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al., 1989)

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิตจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรก แล้วอาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ในระยะนี้ กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่ายและความเครียดนี้จะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตาย

1.5 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่นมีการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ การเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิต ความผิดปกติจากการเจ็บป่วยทำให้ปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงานไม่สามารถทำงานหรือช่วยตนเองได้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องมีพฤติกรรมแปลกๆ รวมทั้งมีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกายสกปรกสวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด ไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า และ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิตย์ วงศ์สุรประภิต, 2542) ค่อยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจรับประทานอาหารหรือรับประทานได้ไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละระยะของการดำเนินของโรคมี่ดังนี้

ระยะเริ่มมีอาการ จะมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ด้านพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

ระยะอาการกำเริบ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ผิดจากความ เป็นจริง หูแว่ว ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมโต้ตอบ เช่น เสียงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรืออาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง มีการทำร้ายบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมทางเพศซึ่งเป็นภัยต่อสังคม มักไม่นอนในเวลากลางคืน ทำลายข้าวของ (วรกช นิธิกุล, 2535)

ระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่ปัญหาทางด้านความรุนแรงจากอาการทางจิตลดลง แต่อาจมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ปัญหาที่พบของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะนี้ที่รุนแรงและส่งผลกระทบมากคือ การกลับเป็นซ้ำ ซึ่งพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับประทานยา มีอัตราป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 60-70 (Sadock & Sadock, 2000) การกลับเป็นซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทนั้น ส่งผลกระทบพอสรุปได้ดังนี้

1) ผลกระทบต่อตัวผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การป่วยซ้ำทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้าป่วยซ้ำบ่อย ๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพาวรรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) การบกพร่องในการดูแลตนเอง ได้แก่ ไม่สนใจรับประทานอาหาร ไม่อาบน้ำ ไม่ยอมทำอะไร (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีสุขอนามัยส่วนบุคคลไม่ดี เนื่องจากไม่ปฏิบัติตามกิจวัตรส่วนตัว (สถิตย์ วงศ์สุรประภิต, 2541) มีสัมพันธภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อกัน (ไพรัตน์ พงกษชาติคุณากร, 2542) มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านลดลง และมีการเปลี่ยนแปลงในด้านการประกอบอาชีพ คือหลังการเจ็บป่วยทางจิตบางรายกลับไปช่วยทำงานได้บ้าง บางรายไม่

ทำงานอะไร ส่วนผู้ที่เรียนหนังสือก็ไม่กลับไปเรียนต่อ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) บกพร่องในการดูแลความปลอดภัยของตนเอง เช่น ดิฉันสารเสพติด เป็นเหยื่อทางเพศหรือมีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม ซึ่งอาจส่งผลให้เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ โรคเอดส์ หรือตั้งครรภ์โดยไม่ต้องการ (ทูลภา บุญผาสังข์, 2545)

2) ผลกระทบต่อครอบครัวคือ ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับยา และ ขาดกำลังสำคัญจากผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่จะช่วยหารายได้เข้าสู่ครอบครัว (รัชนิกร อุปเสน, 2541) บางครอบครัวต้องไปยืมเงินเพื่อนบ้านเป็นค่าเดินทางและค่ารักษา (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) และค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำมากกว่าที่มารับการรักษาครั้งแรก บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องทำงานบ้านเองทั้งหมดเพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงาน ต้องอดนอนเป็นประจำเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ และเกิดภาวะเครียดจนเกิดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือง, 2540) และมีพฤติกรรมก้าวร้าว/ไม่เป็นมิตร (39%) อยู่ไม่นิ่ง/กลางคืนไม่นอน (38%) และมีพฤติกรรมแปลกประหลาด (35%) ผู้ดูแลไม่สามารถจัดการกับอาการ และพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้ เกิดความกดดันให้กับตนเองทำให้มีโอกาสที่จะมีความผิดปกติทางจิตสูง และจากการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) ที่ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมาคือ การพักผ่อนและผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ

3) ผลกระทบต่อสังคม พบว่า มีผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่น เนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิดหรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทับทำลายข้าวของ (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538)

4) ผลกระทบต่อประเทศ คือ ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ดังเช่นการศึกษาวิจัยต้นทุนการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 175.36 บาท/ครั้ง ผู้ป่วยใน 9446.7 บาท/ราย (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2536) และในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541)

1.6 การรักษาโรคจิตเภท

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะได้รับการรักษาแบบการรักษาในระยะอาการกำเริบส่วนใน ระยะที่หลงเหลืออาจเป็นกลุ่มอาการที่คล้ายก่อนมีอาการกำเริบ หรือระยะอาการหลงเหลือ จะได้รับการรักษาแบบระยะอาการทุเลาและการรักษาแบบในระยะอาการคงที่ ซึ่งการรักษาแต่ละแบบตามระยะอาการดังกล่าวมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน การรักษาทั้ง 3 แบบ (มานิซ หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2543) ประกอบด้วย

1.6.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ซึ่งเน้นจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยาหรือเพื่อวินิจฉัยโรค ช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วย และครอบครัว และเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดีระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคคลด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทคือยารักษาโรคจิต อาจจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้ง ตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนในประมาณ 2-3 สัปดาห์ระหว่างรับการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้โดยการเปลี่ยนยาหรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมไปด้วย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีอาการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง(catatonia) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำ การรักษาด้วยไฟฟ้าทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสื่อสารประสาทเช่นเดียวกับการรักษา ด้วยยารักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา การรักษาจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน ในระหว่าง 1-2 ชั่วโมง การรักษาด้วยไฟฟ้ามักพบว่าผู้ป่วยมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยมีการจัดสิ่งแวดลอมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นไม่สามารถควบคุมเองได้ อาจใช้ การผูกขี้ดและจำกัดบริเวณ หรือ พิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแล ใกล้ชิด ตรวจสอบผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการ ดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกขี้ดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.6.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่ม ควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทาง จิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิต มี 2 ลักษณะคือ บำบัดรายบุคคลและ บำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นใน ชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะ บำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้การสัมพันธภาพ และมีความ ไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้นซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

2) การบำบัดทางพฤติกรรม โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าวแยกตนเอง ไม่ดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อ ปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกกล้าแสดงออก การจัดความรู้สึกอย่าง เป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายส่งเสริมความสัมพันธ์ใน ครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติจะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน โดยมี ผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็น เวลานานในแต่ละวันซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดเน้นการให้ ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท และวิธีปฏิบัติดูแลจะช่วยให้ได้อย่างยิ่ง

1.6.3 การรักษาพยาบาลในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลง แล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็น ระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์ พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวให้ ถูกต้องในชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ และในบางราย ญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตใน ครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาด ได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมากในการป้องกันการกลับเป็น

ซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่มีฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่เน้นครั้งแรก หลังจากอาการดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีก 1 ปี หากอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี เป็นต้นหากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอด (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) สำหรับการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพดีกว่า สะดวกกว่า ลดการอยู่โรงพยาบาล ป้องกันการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลใหม่ การรับประทานยาเป็นการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างหนึ่งเมื่อบุคคลเกิดการเจ็บป่วย ทั้งนี้ ในการ รับประทานยาต้านโรคจิตอาจทำให้เกิดผลข้างเคียงดังกล่าวอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อระดับการดูแลตนเอง ทำให้ผู้เป็นโรคจิตเภทบางส่วนรับประทานยาไม่สม่ำเสมอและเกิดอาการทางจิตกำเริบต้องกลับมารักษาซ้ำ (อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, มยุรี กลับบงษ์, เนาวนิตย์ मुखสมบัติ, เขาวมาลย์ อินทร์ และ พันธุ์ทิพย์ พรหมทอง, 2537)

โดยสรุป โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการของโรคจิต บุคคลเมื่อป่วยเป็นโรคนี้จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และบุคลิกภาพ อัตราการเกิดโรคส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการในช่วงอายุ 15-35 ปี พบว่าเพศหญิงและเพศชายมีจำนวนเจ็บป่วยเท่า ๆ กัน เพศชายเริ่มเป็นที่อายุน้อยกว่าเพศหญิง โดยมีอาการนำก่อนเกิดอาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ มีความเครียด ความวิตกกังวล แยกตัวออกจากสังคม ซึมเศร้า เป็นต้น ซึ่งถ้าไม่ได้รับการรักษาปล่อยให้มียาอาการนานมากกว่า 1 เดือน จะทำให้มีอาการกำเริบเป็นอาการทางจิต ถ้ายังไม่ได้รับการรักษาหรือมีการใช้สารเสพติดร่วมด้วยจะทำให้มีอาการรุนแรงมากขึ้น และยิ่งป่วยนานจะมีอาการด้านลบมากขึ้น มีอาการป่วยเรื้อรังที่มีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาและมีความเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำสูงมีผลกระทบต่อเศรษฐกิจ และสังคมของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านทรัพยากรบุคคล การรักษาต้องมีการผสมผสานระหว่างการรักษาด้านร่างกาย คือ การใช้ยาและการรักษาจิตสังคมเข้าด้วยกัน จึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุด ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นโรคเรื้อรังนั้นเป็นสิ่งที่สำคัญ การวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงปัญหาหรือแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้นได้ โดยสามารถนำการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนได้ และเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

1.7 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการสังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2545)

หลักการพยาบาลทั่วไป

1) การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่แปรงฟัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ป่วยบางคนมีพฤติกรรมหวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ไม่รับประทานอาหาร ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2) การพยาบาลด้านความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้ทราบความคิดของผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วย ที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางขณะที่ยาพยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ในขณะที่เดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

3) การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่น่าเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยซึมโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้ เหมาะสมกับเหตุการณ์

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภทที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะต้องใช้ระยะเวลาในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย เช่นการดูแล

ตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน ของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรมีการให้รางวัล การให้คำชมเชย เป็นต้น

การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาล จะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และ ประเมินผลการพยาบาล

1. การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

1.1 ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินด้านการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป ด้านสุขอนามัย เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมกับสภาพการณ์หรือไม่ ประเมินความสะอาดของปากฟัน ความสะอาดของร่างกาย การรับประทานอาหาร การพักผ่อนโดยสังเกตจากสีหน้า แหวงตา นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ (water intoxication) การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใส่ใจด้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้งกระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทัน เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

1.2 ประเมินความคิดของผู้ป่วย อาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความผิดปกติด้านความคิด ดังนั้น สิ่งที่จะต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะความหลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ประเมินความผิดปกติของการรับรู้ว่ามีหรือไม่ ลักษณะใด เช่น ประสาทหลอนทางหู ประสาทหลอนทางตา ประสาทหลอนทางจมูก ประสาทหลอนทางการลิ้มรส ประสาทหลอนทางการสัมผัส มีเป็นครั้งคราวหรือมีอยู่ตลอดเวลา ที่ทำให้ผู้ป่วยหมกหมุ่นอยู่กับการสนองตอบต่อภาวะประสาทหลอนนั้น ๆ ภาวะประสาทหลอนของผู้ป่วยจะก่อให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยเองและผู้อื่นอย่างไรบ้าง

1.3 ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัวเนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้คนจะมาทำร้ายนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรม มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่นิ่งไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวดตลอดเวลา มีพฤติกรรมรุนแรงอยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่นอาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือพฤติกรรมผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

1.4 ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่น ผู้ป่วยมีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือไม่พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอนจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่น ก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยอื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้านการอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะมี เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

2. การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะแม่นยำตรงแค่ไหน ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วย จิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่วนใหญ่มักจะเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms ซึ่งได้แก่อาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด และอาการด้าน negative symptoms ได้แก่อาการแยกตัว อาการความพร้อมด้านสังคม ซึ่งภาวะความแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

3. การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาต้องใช้เวลา ดังนั้น จึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาล เป็นแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

4. การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ ใน ชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาล ง่ายขึ้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

5. การประเมินผลการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ตัวอย่างเช่น

ปัญหาเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขก่อน ถ้าผู้ป่วยสื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมอันตรายเนื่องจากภาวะประสาทหลอน หรือภาวะความคิดหลงผิด ที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

ปัญหาความพร้อมในการดูแลตนเอง เป็นปัญหาสำคัญอันดับต่อมาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข พยาบาลจะกระตุ้นผู้ป่วยให้อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟันหลังอาบน้ำ ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องใส่ใสในเรื่องสุขอนามัยของตนเอง การกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในเรื่องสุขอนามัย และสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุด ในการประเมินพยาบาลประเมินคิดว่าผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากน้อยแค่ไหน

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่าย ถ้าสาเหตุของปัญหาเกิดจากความไม่สมดุลทางด้านชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังการได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิด ๆ ที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด

ปัญหาการแยกตัวและอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาการแยกตัวลดลง ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้น ควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่นในขณะที่ผู้ป่วยมีเวลาเป็นของตัวเอง โดยให้สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีเพื่อนที่สนิทกันและนั่งด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ หรือผู้ป่วยยังคงแยกตัวอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น

กล่าวโดยสรุปว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์รวมทั้งด้านสังคมและสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมาย ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจของบุคลากร เนื่องจากสามารถช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และสวัสดิภาพที่ดี (ลือชัย และทวีทอง , 2533) การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมขั้นแรกของบุคคลที่ตอบสนองต่อความรู้สึกไม่สบายหรือการเจ็บป่วย รวมถึงความสามารถที่จะเผชิญกับความเจ็บป่วยและการกระทำอันเป็นการป้องกันเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมในการดูแลตนเอง จึงเป็นกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และกระทำเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการกระทำที่ตั้งใจและมีเป้าหมาย (สมจิต หนูเจริญกุล ,2537)การดูแลตนเองเป็นบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพของ

ประชาชน เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และชีวิตของบุคคลด้วยตนเองโดยลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเองไว้ ดังนี้

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั่นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้อีก

Peader (1987) กล่าวว่า การดูแลตนเอง หมายถึง ความต้องการโดยทั่วไปของการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลได้ริเริ่มและกระทำโดยตนเอง ครอบครัว หรือชุมชน เพื่อดำรงรักษาชีวิต ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่อันดีของคนไว้ พฤติกรรมดูแลตนเองจึงเป็นการกระทำและความสามารถที่ต้องพัฒนาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลตนเอง ซึ่งประกอบด้วย การกระทำโดยตรงที่หลีกเลี่ยงการทำลายสุขภาพ การบำรุงรักษา การปรับปรุงและการเจริญเติบโต

Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก พฤติกรรมดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ปัจจุบัน Orem (2001) ยังได้เน้นถึงจุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้บุคคลมีความผาสุก

สมณชา บุญชัย (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

สรุป พฤติกรรมดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ประกอบด้วยพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

2.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรียม

จากแนวคิดข้างต้น จะเห็นว่าบุคคลจำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และพัฒนาการตลอดจนความผาสุก ที่จะเกิดขึ้น Orem ได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล , 2540)

2.2.1. การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะ พัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

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

1.1 บริโภคอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่ ของร่างกายที่ปกติ แล้วคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอก

1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

1.3 การหายใจ การดื่มและการรับประทานอาหาร โดยไม่ทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย

2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ (provision of care associated with eliminative processes and excrements)

2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายปกติทั้งจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อม

2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึงการรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

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

3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว เช่น การออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

3.2 รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกาย

3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

4. รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (maintenance of a balance between solitude and social interaction)

4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

4.2 ปฏิบัติต่อตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

5. ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ (prevention of hazards to life , functioning , and well being)

5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

6.1 พัฒนาและรักษาระบบไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างหน้าที่ของบุคคล

6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2.2.2.การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็นอุปสรรคต่อพัฒนาการเช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปเป็นต้น เพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วัยวุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคลการป้องกัน มี 2 ลักษณะคือ 1) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น 2) การบรรเทาหรือเอาชนะอาการที่เกิดขึ้น และ

การที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้น จากการขาดการศึกษา การมีปัญหาการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดีหรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ความกดดันและเผชิญความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

2.2.3.การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพหรือความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค อยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เบื่อหน่ายชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ถ้าบุคคลที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถประยุกต์ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเอง ได้เช่นเดียวกัน(Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล , 2540) กล่าวว่าการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีดังนี้ คือ

- 1) การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม
- 2) การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรคที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ หรือสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง
- 3) การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการ และความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่บกพร่องไป
- 4) การรับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค
- 5) การปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น
- 6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมในการพัฒนาตนเอง ให้ดีที่สุดในความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ดังนั้นจะเห็นว่าการดูแลตนเองนั้นบุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆเข้าด้วยกัน

เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

มโนทัศน์หลักทางการพยาบาล(Metaparadigm Concepts of Nursing) ใน Orem (1995)ประกอบด้วย บุคคล สุขภาพ การพยาบาล และสิ่งแวดล้อม

บุคคล(person) หมายถึง หน่วยชีวิตที่เป็นระบบเปิดที่มีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม อยู่ตลอดเวลา มีการปรับตัวมีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเอง มีการวางแผนการกระทำอย่างมีเหตุผลและมีจุดมุ่งหมาย มีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเพื่อป้องกันความผิดปกติที่จะเกิดขึ้นกับโครงสร้าง การทำหน้าที่และพัฒนาการของตนเอง บุคคลตามแนวคิดของ Orem หมายถึงผู้รับบริการและพยาบาลผู้ให้บริการด้วย

สุขภาพ(health) หมายถึง ภาวะ(state)สมบูรณ์ของโครงสร้างและการทำหน้าที่ทั้งทางร่างกายและจิตใจของบุคคล Orem ให้ความหมายของสุขภาพ และความผาสุก(well-being)ไว้ต่างกันแต่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดโดยให้ความหมายของความผาสุกว่า เป็นการรับรู้ของบุคคลถึงความพึงพอใจ ความยินดีและความสุขรวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

การพยาบาล(nursing) เป็นงานศิลปะอย่างหนึ่งและเป็นงานบริการด้านสุขภาพที่เฉพาะและแตกต่างจากงานบริการอื่นๆ โดยมุ่งเน้นที่การช่วยเหลือบุคคลที่ไม่สามารถดูแลตนเอง ให้มีการทำหน้าที่และมีพัฒนาการตามปกติได้ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาของตนเองด้วยการพยาบาลมีได้ 3 ลักษณะ คือ การกระทำให้ (doing for) การช่วยเหลือให้เขาดูแลตนเองได้ (helping him to do for himself)และการช่วยให้เขาเรียนรู้วิธีที่จะดูแลตนเอง(helping him to learn how to do for himself)โดยวิธีช่วยเหลือ(helping methods)มี 5 วิธีได้แก่ 1)การทำให้ 2)การเสนอแนะ3)การสนับสนุนหรือประทับประคอง4)การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเอื้ออำนวยให้มีการพัฒนาการดูแลตนเองและ5)การสอน

สิ่งแวดล้อม (environment) หมายถึงลักษณะสภาพทางกายภาพ ทางเคมี ทางชีวภาพ และทางสังคมที่แวดล้อมบุคคลอยู่ บุคคลไม่สามารถแยกออกจากสิ่งแวดล้อมได้และยังมีปฏิสัมพันธ์กันอยู่ตลอดเวลา มีผลกระทบต่อสุขภาพ ความผาสุกและการดำรงชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้ทั้งด้านบวกและด้านลบ สิ่งแวดล้อมจึงเป็นปัจจัยหนึ่งในการดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่ตั้งใจ

มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อการกระทำหน้าที่และกระบวนการพัฒนา หรือสนับสนุนให้มีความผาสุก เป็นการกระทำที่ลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของโครงสร้างการทำงานที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น Orem (2001 : 43)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเอง ทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

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

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

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

John (1985) กล่าวว่า การที่จะกระตุ้นให้บุคคลมีการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพอนามัยได้นั้น ต้องมีองค์ประกอบ 3 ด้านคือ

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

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของ Orem(1991) ดังที่กล่าวมาข้างต้น โดยนำการให้ความรู้และระดับประกอบซึ่งเป็นวิธีหนึ่งในระบบการพยาบาลมาใช้ในการดูแลที่บ้านให้เหมาะสมกับบุคคลที่สามารถเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการสนับสนุน

ระดับประคองให้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ โดยผู้ศึกษาเป็นผู้สอน ชี้แนะ สนับสนุนหรือระดับประคอง และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคคลพัฒนาพฤติกรรมหรือความสามารถในการดูแลตนเอง เลือกที่จะกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองได้และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จ พฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้ คือ

1. การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ
2. ด้านการขับถ่าย
3. ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย
4. ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ
5. ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
6. ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ

ในผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัว การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งการดูแลตนเองนั้นต้องครอบคลุมในทุกๆด้าน ตั้งแต่การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จึงจะทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขได้ แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านใดด้านหนึ่งแล้ว ย่อมทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและมีผลกระทบในด้านอื่นๆ ตามมาอย่างแน่นอน ดังนั้นการศึกษาถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองจะช่วยทำให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท มากยิ่งขึ้น

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรุนแรง (ประดิษฐ์ ดันสุรัต , 2534) มักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรัง มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน (สมศรี เชื้อหิรัญ , 2532) ซึ่งความบกพร่องนี้ย่อมส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน อย่างแน่นอน ดังนั้นก่อนที่จะมีการวางแผนปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชจำเป็นต้องมีความรู้เรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทก่อน จึงจะสามารถวางแผนให้การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จากการศึกษาทบทวนเอกสารงานวิจัย และจากประสบการณ์ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ศึกษา โดยนำมาวิเคราะห์ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991)ซึ่งกล่าวถึงการดูแลตนเองที่จำเป็นใน 3 ลักษณะ ก็พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่เป็นปัญหาในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ

2.4.1. การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ

การดูแลตนเองด้านอากาศ ควรได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี อากาศถ่ายเทสะดวก ไม่ควรอยู่ในที่แออัดมากเกินไป ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้ เนื่องจากอาการทางจิต ทำให้ไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อม ที่มีโอกาสทำให้เกิดการเจ็บป่วย เช่น การหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้คนสูบบุหรี่ หรือคนที่ เป็นโรคติดต่อ เช่นหวัด ไอ จาม นั้น เพื่อคงไว้ซึ่งสุขภาพ จะทำให้มีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ทำให้มีความทนต่อความเครียดลดลง Selye (1976) และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำมากขึ้น

การดูแลตนเองด้านอาหารและน้ำ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาความบกพร่อง ในการดูแลตนเอง ไม่สนใจรับประทานอาหาร หรือรับประทานอาหารได้ไม่เพียงพอ Chesla (1996) ผู้เป็นโรคจิตเภทจะต้องได้รับอาหารในแต่ละวันครบ 3 มื้อเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย และดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8-10 แก้วเนื่องจากน้ำเป็นส่วนประกอบของร่างกายอย่างหนึ่งที่สำคัญ ทำหน้าที่ปฏิกิริยาทางเคมีในร่างกายและช่วยขับถ่ายของเสียออกทางปัสสาวะ ป้องกันอาการท้องผูก ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายมีปัญหาในการรับประทานอาหารและดื่มน้ำ จากภาวะของพฤติกรรม ถดถอย หลงผิด หวาดระแวง ซึมเศร้า จะรู้สึกเบื่ออาหาร แต่ในผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงจะ ปฏิเสธอาหาร และน้ำที่คนอื่นจัดมาให้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ หรือขาดสารอาหารเกิดความเครียดได้ แต่ในผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาอาการทางจิตมักจะมีน้ำหนักเพิ่มขึ้น จึงต้องควบคุมอาหารประเภท แป้ง ไขมัน น้ำตาล และควรชั่งน้ำหนักอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 ครั้งเพื่อควบคุมน้ำหนักของตนเอง

2.4.2. ด้านการขับถ่าย

ปัญหาการขับถ่ายของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่พบบ่อย คือ อาการท้องผูก ทั้งนี้ เนื่องจากสาเหตุหลายประการ ได้แก่ ขาดการเคลื่อนไหวและออกกำลังกายหรืออยู่ในท่าเดิมนานๆ หรือจากฤทธิ์ข้างเคียงของยารักษาโรคจิตบางตัว สิ่งเหล่านี้เป็นเหตุส่งเสริมให้ท้องผูกได้ง่ายและในผู้ป่วยจิตเภทที่มีปัญหาเรื่องการรับประทาน อาหาร จะมีปัญหาการขับถ่ายตามมา ควรป้องกันอาการท้องผูกด้วยวิธีการต่างๆ ได้แก่ การให้รับประทานผักผลไม้ให้มากขึ้น ดื่มน้ำมากๆ อย่างน้อย 8-10 แก้วควรหลีกเลี่ยง เครื่องดื่มน้ำชา กาแฟเพื่อให้ขับถ่ายสะดวก ควรฝึกการขับถ่ายให้เป็นเวลาทุกวัน ทำจิตใจให้สบายไม่ต้องวิตกกังวลเกินไปและมีการดูแลตนเองในการชำระล้างอวัยวะเกี่ยวกับการขับถ่ายให้สะอาด รวมทั้งการรักษาความสะอาดของห้องน้ำหลังการขับถ่ายด้วย

2.4.3. ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย

เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สนใจความสะอาดของร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้นและสะอาด ทำให้มีโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน การไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลากเกลื้อน หิด ดังนั้นควรดูแลตนเองใน

เรื่องความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำชำระล้างร่างกายให้สะอาดด้วยสบู่อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง แปร่งฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง สระผมด้วยแชมพูหรือยาสระผมอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ตัดเล็บสัปดาห์ละ 1 ครั้งหรือเมื่อเห็นว่าเล็บยาวแล้ว กวนหนวดเคราสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ควรล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารทุกครั้งและหลังจากเข้าห้องน้ำ สำหรับการแต่งกายควรเลือกใช้เสื้อผ้าให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและเปลี่ยนเสื้อผ้าทุกวันหรือในเวลาอันควรอีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรกได้ควรมีการสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อออกนอกบ้าน

2.4.4. ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ

พบว่าผู้ป่วยมักจะมีปัญหาเรื่องนอนไม่หลับอยู่บ่อยๆ ทำให้ร่างกายได้รับการพักผ่อนที่ไม่เพียงพอ ดังเช่นการศึกษาของ ปรีชา ศตวรรษธำรง และประยูศักดิ์ เสรีเสถียร (2543) ที่พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา อยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งไม่เพียงพอแก่ความต้องการการดูแลตนเองของบุคคล และผู้ป่วยจิตเภทมักไม่มีกิจกรรมด้านนันทนาการ ที่ช่วยให้รู้สึกผ่อนคลาย จึงทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความเครียดทางด้านอารมณ์และความรู้สึกได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ทำให้กลับเป็นซ้ำได้ง่าย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรมีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เช่นการเดิน การวิ่ง เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและผ่อนคลายความเครียด มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยมีการจัดเวลานอนให้เหมาะสม คือกลางคืนนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง ควรหลีกเลี่ยงการนอนดึก กลางวันให้พักผ่อนได้ไม่เกิน 1-2 ชั่วโมง มีการพักผ่อนหย่อนใจโดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวตามสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ หรือทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบเช่นปลูกต้นไม้ เลี้ยงสัตว์ ตกปลา ปลูกผักสวนครัว เป็นต้น เพื่อช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายจากความกดดันหรือความเครียดที่ได้รับและเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์

2.4.5. ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ควรให้มีการพูดคุยกับผู้อื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัว หรือ สังคมชุมชนของตน ไม่ควรอยู่บ้านเฉาๆหรือเก็บตัวแยกตัวอยู่ตามลำพัง

1) การสนทนา ผู้ป่วยจิตเภทมักมีการแยกตัวขาดการติดต่อสื่อสารกับผู้อื่น ซึ่งเป็นผลมาจากอาการทางจิต ทำให้รูปแบบการสนทนาสูญเสียไป ไม่อาจเริ่มต้นสนทนากับผู้อื่นได้ กลัวและไม่กล้าที่จะพูดหรือตอบคำถาม หรือเล่าเรื่องให้ใครฟัง จึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อปรับแก้และปรุงแต่งพฤติกรรมสนทนาต่อไป

2) ความสัมพันธ์กับผู้อื่น ลักษณะความสัมพันธ์ที่เป็นปัญหา ที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท คือ ความสัมพันธ์ในลักษณะการพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา ข่มขู่ผู้อื่น ชอบเป็นผู้นำผู้อื่น ซึ่งลักษณะเหล่านี้ไม่ได้ส่งผลดีต่อตัวผู้ป่วย แต่กลับสร้างปัญหา ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีกับบุคคลอื่นได้

3) การเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม พบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องเรื่องการสร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น ชอบแยกตัว มีทักษะการสื่อสารที่ไม่ถูกต้องและไม่เหมาะสมแล้ว ผลที่ตามมาคือ ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวให้เข้ากับผู้อื่น ขาดทักษะในการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม และจะกลับไปแยกตัวอยู่ตามลำพังเช่นเดิม ทำให้กลับเข้าสู่วงจรที่ทำให้เกิดการป่วยซ้ำตามมา

2.4.6. ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ

จากภาวะของโรคทำให้ ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการรับรู้ โดยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ จึงทำให้ไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเอง ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง มี ดังนี้ คือ

1) การประเมินความผิดปกติ ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำ นั้น ส่วนใหญ่มักไม่สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนได้เช่น ไม่ทราบว่าการข้างเคียงจากยาคืออะไร ก่อนที่อาการทางจิตจะกำเริบตนจะมีความรู้สึกอย่างไร หรือจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นก่อน จึงทำไม่มีการป้องกัน และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้

2) การขอความช่วยเหลือเพื่อการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภท จำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากญาติหรือคนใกล้ชิดได้ เช่น การปรึกษาญาติเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การให้ญาติพาไปพบแพทย์ เป็นต้น แต่เราพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้เนื่องจากไม่สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้หรือมีสัมพันธ์ภาพที่ไม่ดีกับญาติ

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

4) การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทจะแสดงออกมาในรูปความผิดปกติของพฤติกรรม ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้

ผู้ป่วยจึงสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบในด้านสังคม และด้านการปรับตัว เมื่อมี ปัญหาไม่สามารถพูดคุยหรือปรึกษาใครได้และผลที่ตามมาคือทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ทางสังคม

ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ต้องการการดูแลอย่างครอบคลุมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็น การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ความพร้อมในการดูแลตนเองยังเป็นสาเหตุโดยตรงที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยในด้านต่างๆแต่ก็มีผู้ป่วยบางกลุ่ม ซึ่งเคยได้รับคำแนะนำจากบุคลากรด้านจิตเวชเกี่ยวกับการรับ ประทานยาและการสังเกตอาการข้างเคียงจากการรับประทานยาด้านโรคจิต ดังนั้นเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านจึง สามารถปฏิบัติได้ถูกต้อง(จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ,2545 ; สุมณฑา บุญชัย,2545) จะเห็นได้ว่าความ พร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้านสามารถพัฒนาให้เกิดขึ้นได้

2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นปัจจัยที่กำหนดการกระทำ หรือ พฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามแนวคิดของ Orem มี 10 ประการ Orem (1995) คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม ระบบบริการและ การดูแลด้านสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และทรัพยากรที่สามารถแสวงหาได้ ซึ่งจากการทบทวนเอกสาร และงานวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็ม มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์ กับปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.5.1. อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ที่ส่งผลต่อ พฤติกรรมในการดูแลตนเอง พฤติกรรมดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัย ผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา Orem (1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหา ทางเลือกที่ดี จากการศึกษาของจันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และเป็นช่วงซึ่งบุคคลมี วุฒิภาวะการพัฒนา การดูแลตนเองสูงสุด

2.5.2. เพศ ความแตกต่าง ระหว่างเพศชาย และเพศหญิง ในด้านร่างกาย และจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของ Van Dogen อังใน รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตต่อยาด้านโรคจิต จำนวน 92 ราย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาด้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิง จะมีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้ง การรักษาดีกว่าเพศชาย

2.5.3. **ระยะพัฒนาการ** ระยะพัฒนาการในแต่ละวัยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน เช่นในวัยเด็กอาจจะยังดูแลตนเองไม่ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองลดลง วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุดมีวุฒิภาวะสามารถดูแลตนเองได้ ในวัยนี้เป็นวัยที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้ว แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยมักจะเริ่มตั้งแต่ช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ซึ่งเป็นวัยที่ต้องศึกษาหาความรู้กำลังกำหนดแบบแผนชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะส่งผลให้เกิดความตึงเครียด การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อบรรเทาความตึงเครียดให้ลดลง ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งในวัยผู้ใหญ่นั้นการสนับสนุนจากคู่สมรส จะส่งผลถึงการดูแลตนเอง การมีสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือความเจ็บป่วยขึ้น การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Brown อ่างในรัชณี ศรีหิรัญ (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรส มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด

2.5.4. **ภาวะสุขภาพ** หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตลอดจนภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ที่เป็นโรคจิตเวชต้องเผชิญกับภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งหลังจากควบคุมโรคให้สงบระยะหนึ่ง โรคจิตอาจมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวบ่งชี้ถึงการดำเนินของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบใด ในผู้ที่เป็นโรคจิตที่กลับป่วยซ้ำบ่อยๆ จะยังมีความผิดปกติมากขึ้น ซึ่งทำให้การดูแลตนเองยุ่งยากมากขึ้น (จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ , 2536) การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ประสบการณ์การบำบัดรักษาที่ยาวนานทำให้ผู้ที่เจ็บป่วย มีการปรับตัวและพัฒนาการเผชิญปัญหา Orem เชื่อว่าความสามารถในการดูแลตนเอง จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล Orem (1995)

2.5.5. **สังคม วัฒนธรรม** เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นดราบาป ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ ในผู้ที่เป็นโรคจิต ในระยะที่มีอาการหลงเหลืออยู่นั้น สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก เพราะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จะทำให้แยกตัวมากขึ้น หมกมุ่นกับความคิดของตนเอง ไม่รู้ว่าจะพูด หรือสื่อสารบอกความต้องการกับใคร ขาดทักษะทางสังคม เกิดความตึงเครียด สิ่งเหล่านี้ จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำบ่อยๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ จนกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้ในที่สุด

2.5.6. **ระบบบริการสุขภาพ และการดูแลด้านสุขภาพ** เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการ

ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบัน เปลี่ยนไปจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องเอื้ออำนวยโดยมีการจัดระบบส่งต่อ จัดบริการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งระบบบริการดังกล่าวนับว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สถานบริการใกล้บ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ถ้าระบบบริการในชุมชนมีความเข้มแข็งพอ และมีประสิทธิภาพสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะลดภาวะค่าใช้จ่ายลง สะดวก ลดเวลาการเดินทาง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ระยะยาว

2.5.7. ระบบครอบครัว ความรักความผูกพัน ในครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ที่สำคัญมากเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะในภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรังและยาวนาน เกือบตลอดทั้งชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านนั้น การสนับสนุนจากระบบครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยมาก ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวมีผลอย่างมากในการกำหนดอัตราการป่วยซ้ำ (ชะฤทธิ พงษ์อนุตรี. 2536) การแสดงอารมณ์สูงที่มีลักษณะวิพากษ์วิจารณ์สูง ไม่เป็นมิตรหรือการมีอารมณ์ผูกพันมากเกินไปของครอบครัว มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท (Vaunhm and Left cited in Rungreang Kulkij and Gilliss , 2000)

2.5.8. แบบแผนชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะมีแบบแผนชีวิตการดูแลตนเองที่ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบทั้งด้านร่างกายและจิตใจในด้านต่างๆ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านการพักผ่อนนันทนาการ การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การขับถ่าย การเข้าสังคมปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับภาวะการเจ็บป่วย ก็จะทำให้ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือสิ้นหวังประทันทยา การปรับแบบแผนชีวิตดังกล่าวจะส่งเสริมให้มีการป้องกันการป่วยซ้ำ และฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ที่บ้าน

2.5.9. สภาพแวดล้อม ความแตกต่างของสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อวิธีการดูแลตนเองที่ต่างกัน ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่บ้านจะต้องมีการปรับตัว ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีอาการหลงเหลือต้องดูแลตนเองมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ต้องปรับวิธีการดูแลตนเอง เช่น พัฒนาการเรียนรู้วิธีการปรับตัว การเผชิญกับปัญหาความเครียด การอยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้านและชุมชนใกล้เคียง ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยยังคงมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.5.10. แหล่งประโยชน์และทรัพยากร การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเป็นโรคเรื้อรังเสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง แหล่งประโยชน์เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ พัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ และยังเป็นแหล่งให้ความหวังและกำลังใจ ที่จะมีชีวิตอยู่และดูแลตนเอง

ในแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของ Orem นั้น ได้ให้ความสำคัญในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล อันเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน และจะจำเป็นมากขึ้นเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ , 2545) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่า ปัจจัยพื้นฐานในทุกๆข้อ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น ดังนั้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวในการประเมินสภาพอาการและปัญหาเบื้องต้น ของผู้ป่วยจิตเภทด้วย

2.6 การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกันไปตามระยะพัฒนาการตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยผู้ใหญ่ และจะเปลี่ยนแปลงตามสภาวะสุขภาพสำหรับผู้ที่เป็โรคจิตเภทที่มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรังมีโอกาสป่วยซ้ำได้มากและระยะเวลาการป่วย ทำให้เสื่อมหน้าที่ในหลายๆด้าน เช่น การดูแลตนเอง การประกอบอาชีพ การทำหน้าที่ทางสังคม ดังนั้นผู้ที่เป็โรคจิตเภทจึงจำเป็นต้องมีการจัดระบบ การดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอในเรื่องที่เป็นความจำเป็นทางร่างกายทั่วไป และความจำเป็นที่มีอาการของโรคจิตเภทที่ยังมีหลงเหลืออยู่บ้าง โดยสอดแทรกการดูแลตนเองเข้าไปเป็นส่วนหนึ่ง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเอง พึงพาตนเองให้ได้มากที่สุด เพื่อรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของคน โดยพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จากประสบการณ์ในการร่วมดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนเมืองอ่างทองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีความบกพร่องในการดูแลตนเองหลายๆด้านเช่น

การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ เนื่องจากอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย (สมจิตต์ ลุประสงค์ และคณะ,2538) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรดูแลตนเองให้ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ หลีกเลี่ยงอากาศที่เป็นพิษ อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ดี มีอากาศถ่ายเทสะดวก บริเวณบ้านควรมีต้นไม้ เพื่อให้เกิดความร่มรื่นและได้รับอากาศที่ดี ควรงดสูบบุหรี่ หรือหลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้กับผู้ที่สูบบุหรี่หรืออยู่ในที่แออัดมากเกินไปเพราะจะทำให้เกิดความเครียดได้ง่าย

เมื่อมีภาวะพฤติกรรมดลลย/ภาวะซึมเศร้า ของผู้ป่วยจิตเภท จะทำให้รู้สึกเบื่ออาหาร แต่ในรายที่มีอาการหวาดระแวงจะปฏิเสธอาหารและนำดื่มที่ผู้อื่นนำมาให้ จึงทำให้ร่างกาย

อ่อนแอหรือขาดสารอาหารได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิดารัตน์ พิมพ์ดีด (2541) ที่พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมรับประทานอาหาร ซึ่งผู้ป่วยควรต้องดูแลตนเองให้ได้รับอาหารที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้แก่ ข้าว เนื้อสัตว์ ไข่ ผัก ผลไม้ ลดอาหารพวกแป้ง ไขมัน ขนมหวาน และควรรับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อย่างน้อยวันละ 3 มื้อตรงตามเวลาในปริมาณที่พอดีกับความต้องการของร่างกาย และสามารถเลือกรับประทานอาหารได้ถูกต้องเหมาะสมกับข้อจำกัด ด้านสุขภาพ หลีกเลี่ยงหรืองดอาหารที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ เช่นอาหารสุกๆดิบๆ เครื่องคองของเมาสารเสพติดต่างๆ เช่นสุรา บุหรี่ กัญชา สารระเหยทุกชนิด เพราะเป็นสิ่งกระตุ้นให้อาการทางจิตกำเริบ อาหารที่ควรเลือกรับประทานควรเป็นอาหารที่หาได้ในชุมชนของตนเอง ราคาไม่แพง และก่อนรับประทานอาหารทุกครั้งควรล้างมือให้สะอาด ไม่รับประทานอาหารที่มีแมลงวันตอม ในผู้ป่วยบางรายที่มีอาการท้องผูก ควรรับประทานผักและผลไม้มากขึ้น

การดูแลให้ตนเองได้รับน้ำอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย คืออย่างน้อยวันละ 8 -10 แก้ว หรือประมาณ 2000 – 2500 ซีซี เพื่อป้องกันท้องผูก และเป็นการช่วยขับของเสีย ออกจากร่างกาย ควรหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มให้โทษแก่ร่างกายเช่น น้ำชา กาแฟและเครื่องดื่มที่มีสารกระตุ้นต่างๆ(สุรา ชาคอง กระทิงแดง ลิโพ ฯลฯ)

ด้านการขับถ่าย พบว่า เมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร ก็จะมีปัญหาการขับถ่ายตามมา มักมีอาการท้องผูก เป็นปัญหาที่พบบ่อย ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเมื่อมีอาการทางจิตหลายๆครั้ง นานๆไปจะเกิดอาการทางด้านลบ เช่น ซึม เศร้า ไม่กระตือรือร้น ขาดการออกกำลังกายหรือ การเคลื่อนไหว รวมทั้งเกิดอาการข้างเคียงของยาทางจิต ที่ผู้ป่วยรับประทานอยู่ เพื่อป้องกันไม่ให้มีอาการท้องผูกดังนั้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องรับประทานอาหารพวกผัก และผลไม้ให้มากขึ้น ถ้ามีอาการให้เป็นเวลาทุกวัน พยายามดื่มน้ำในปริมาณที่มากขึ้น รวมทั้งมีการออกกำลังกายให้มากขึ้น ถ้ายังมีปัญหาท้องผูกรุนแรง ควรปรึกษาแพทย์

ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ผลจากการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ผลจากการไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกลื้อน หิด ดังนั้นผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรดูแลตนเองด้านความสะอาดของร่างกาย โดยอาบน้ำฟอกสบู่วันละ 2 ครั้ง ตัดเล็บสัปดาห์ละครั้ง และเมื่อเห็นว่าเล็บยาว โกนหนวดเคราสัปดาห์ละครั้ง ควรล้างมือให้สะอาดก่อนรับประทานอาหารทุกครั้ง และหลังจากเข้าห้องน้ำ สำหรับการแต่งกายควรเลือกใช้เสื้อผ้าให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม สวมใส่เสื้อผ้าที่สะอาด รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและเปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร ควรมีการสวมรองเท้าทุกครั้งเมื่อต้องออกนอก

บ้านทุกครั้งซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ทองบ่อ และคณะ(2542) ที่ศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการพึ่งพาตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันและการดูแลสุขภาพอนามัยส่วนที่ด้อยคุณภาพ

ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักไม่ค่อยมีกิจกรรมที่ทำให้ตนเองผ่อนคลาย จึงทำให้เกิดภาวะตึงเครียดได้ง่ายกว่าบุคคลทั่วไป ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรมีการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง ให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 ครั้ง ครั้งละ 20-30 นาที เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและผ่อนคลายความเครียด มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยมีการจัดเวลานอนให้เหมาะสม คือกลางคืนนอนหลับติดต่อกันอย่างน้อย 6-8 ชั่วโมง มีการพักผ่อนหย่อนใจโดยการฟังเพลง ดูโทรทัศน์ ไปเที่ยวตามสถานที่พักผ่อนหย่อนใจ หรือทำงานอดิเรกที่ตนเองชอบเช่นปลูกต้นไม้ ผักสวนครัว เลี้ยงสัตว์ เป็นต้น เพื่อช่วยให้รู้สึกผ่อนคลายความเครียดที่ได้รับ และเป็นการเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง รวมทั้งเป็นการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วย

ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมักมีความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ควรให้มีการพูดคุยกับผู้อื่น มีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆของครอบครัว หรือสังคมชุมชนของตน ไม่ควรอยู่บ้านเฉยๆหรือเก็บตัวแยกตัวอยู่ตามลำพัง

ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานยา (เพลินพิศ จันทศักดิ์ และคณะ , 2539 ; ปรีชา ศตวรรษธำรง และประยูศักดิ์ เสรีเสถียร, 2543)

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในเรื่องของพฤติกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดผลกระทบอื่นๆที่จะตามมาและ เมื่อวิเคราะห์ตามข้อมูลข้างต้นจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่สำคัญใน 6 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ซึ่งจากสภาพปัญหาที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991)ผู้ศึกษาจึงเลือกแนวคิดนี้ในการประเมินดังนั้นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ จึงประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ
2. ด้านการขับถ่าย
3. ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย
4. ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ
5. ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
6. ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่าง

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3.1 ความหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน หมายถึง การดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท ที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้าน และในสังคมเดิมของเขาได้ โดยมีญาติดูแล และมีทีมสุขภาพจากโรงพยาบาลออกติดตามดูแลให้คำแนะนำและให้การรักษาพยาบาล (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2539) โดยการไปเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำ อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมที่บ้านของตนเอง

3.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นการจัดให้บริการพยาบาลถึงที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง พยาบาลจิตเวชจะคอยติดตามผลของการดูแล จนผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมที่บ้าน ได้มีผู้กล่าวถึงแนวคิดในการดูแลไว้ดังนี้

ฝน แสงสิงแก้ว (2524) ได้เสนอแนวคิดว่า หากญาติของผู้ป่วยจิตเวชได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ ได้รับฟังความคิดเห็น และได้สังเกตการดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้อง แล้วญาตินำเอาวิธีการไปปฏิบัติ ไปใช้ที่บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยต่อ ถ้าจำเป็นก็กลับมาปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราว จะได้ผลดีและช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมาก

ชะฤทธิ์ พงศ์อนุตรี (2530) กล่าวว่า การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่า มีคนต้องการ มีคนห่วงใยเข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น

รุจา ภูไพบูลย์ (2538) กล่าวว่า ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปกติที่บ้าน ได้รับการยอมรับทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพและประหยัด เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้าน ยังได้รับความสนใจน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีมาช้านานเห็นได้จากแนวคิดของศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว บิดาแห่งวิชาจิตเวชศาสตร์ ได้เสนอ “โครงการสุขภาพจิตซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในประเทศไทย” แก่รัฐบาลตั้งแต่ปี 2510 โดยมีแนวคิดที่พอสรุปได้ดังนี้ คือ

1. จัดตั้งศูนย์สุขภาพจิต (Mental Health Center) ให้มีทั่วประเทศ หากยังจัดไม่ได้ ให้ผสมผสานเข้ากับสถานอนามัยชั้นหนึ่งและชั้นสอง

2. ฝึกอบรมพนักงานสุขภาพจิต และส่งไปทำงานในศูนย์/หน่วยสุขภาพจิตนั้น

3. จัดให้มีศูนย์สุขภาพจิตใหญ่ 1 แห่งในแต่ละภาค รับเป็นที่ปรึกษา และศูนย์การศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างๆ

4. จัดให้มีกลุ่มชุมชน ประกอบด้วย ชาวบ้าน บิดา มารดา ครู อาจารย์ และผู้นำท้องถิ่น ช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพจิตเสื่อมของชุมชน

5. ให้ชุมชนช่วยจัดการให้ผู้ป่วยจิตเวช ได้อาศัยอยู่กับครอบครัว โดยสมาชิกในครอบครัวจัดที่อยู่อาศัย และจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำ

6. ลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวช

7. เพิ่มบริการที่ดีในครอบครัวและชุมชน

8. ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจะรองรับงานและทำงานในชุมชนได้ดีคือ

8.1 คัดกรองโรคจิตเวชเฉียบพลันให้โรงพยาบาลจิตเวช

8.2 คัดกรองโรคจิตเวชเรื้อรังในชุมชน

8.3 ดูแลปัญหาเรื่องยาเสพติด

8.4 ดูแลปัญหาเรื่องคิดเหวี่ยง

8.5 ดูแลปัญหาเรื่องผู้สูงอายุ

8.6 ดูแลและแก้ปัญหาเรื่องเด็กที่มีปัญหาต่างๆ

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประยุกต์แนวคิดต่างๆ เพื่อเป็นแนวทางในการให้ความรู้และระดับประคองการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยเฉพาะแนวคิดของกรมสุขภาพจิต ที่ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยมีแนวคิดว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย เน้นการผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการจัดการผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวในชุมชนได้

3.3 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (อัญชลี ศรีสุพรรณ , 2547)

3.3.1 พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience)

3.3.2 พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพกายได้ สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมอง

ของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้แลความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักคนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกของตนในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการ

3.3.3 พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

1) วินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด ไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล อย่างรอบคอบ

2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์ สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น ทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง และผลลัพธ์อื่นๆที่ตามมา

5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นๆที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทั้งคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

1. บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น กับผู้ป่วย ทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในตัวผู้ป่วยเอง และปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างๆ ไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

2. บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมสันทนาการ และกิจกรรมอื่นๆ ที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการรักษาพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3. บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลต้องเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคม ที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้าน และในชุมชน

4. บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ จากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5. ผู้ให้ความรู้ / ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6. ผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วย ในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วย เมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองผู้ป่วย

จิตเภทที่บ้าน ใช้กระบวนการพยาบาลและปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้าน เป็นรายครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี โดยแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช จะปฏิบัติงานอยู่ใน 3 ลักษณะ คือ การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระ คือต้องให้การบำบัดรักษาตามคำสั่งทางการแพทย์ การปฏิบัติหน้าที่กึ่งอิสระ คือการปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาล เป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และครอบคลุม

3.4 เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

Pelletier (1997 : 23) กล่าวถึงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไว้ดังนี้

- 3.4.1. เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพและความร่วมมือของผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด
- 3.4.2. เป็นการเตรียมการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติในการให้การพยาบาลจิตเวช
- 3.4.3. เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวและสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ
- 3.4.4. มีการจัดเตรียมการดูแลที่ครอบคลุมกว้างขวางมีหลายทางเลือกที่อยู่ในระบบของโรงพยาบาลหรืออยู่ในชุมชนและใช้ทรัพยากรของชุมชน
- 3.4.5. มีการเปลี่ยนจากการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลมาสู่บ้าน
- 3.4.6. มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัวในประเด็นของการให้ยา การรับประทานอาหาร การดูแลตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม วิธีการแก้ปัญหาส่วนบุคคล
- 3.4.7. ช่วยลดอาการแสดงและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเองและการควบคุมตนเอง

3.5 การให้ความรู้และประคับประคอง

เป็นวิธีหนึ่งในระบบการพยาบาล ตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1995) ที่ใช้ได้เหมาะสมกับบุคคลที่สามารถเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้ด้วยตนเอง แต่ยังคงขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการสนับสนุนประคับประคองให้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ โดยพยาบาลเป็นผู้สอน ชี้แนะ สนับสนุนหรือประคับประคอง และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคคลเกิดการพัฒนา

ความสามารถในการดูแลตนเอง เลือกที่จะกำหนดพฤติกรรมในการดูแลตนเองได้และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จซึ่งวิธีการช่วยเหลือของพยาบาล ประกอบด้วยการสอน การชี้แนะ การสนับสนุนหรือประทับประคอง และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนพัฒนาการ ดังนี้

3.5.1 การสอน Orem (1995) ได้กล่าวถึงวิธีการสอนไว้ว่า “เป็นวิธีการสอนที่แตกต่างจากวิธีการสอนโดยทั่วไป กล่าวคือ เป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลหรือผู้รับบริการผู้ซึ่งต้องการคำแนะนำและการสอนเพื่อนำไปพัฒนาความรู้ ทักษะ จนก่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมและความสนใจที่จะเรียนรู้” ในวิธีการสอนตามความต้องการของผู้รับบริการการเกิดการเรียนรู้จะต้องสอนให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือปรับพฤติกรรมในแต่ละบุคคล โดยที่พยาบาลจะต้องพิจารณาถึงพื้นฐานความรู้ ประสบการณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิต กิจกรรมประจำวันของผู้รับบริการและชนิดของการรับรู้ของผู้รับบริการ นอกจากนั้นจะต้องคำนึงถึงแนวความคิดและการยอมรับของผู้รับบริการที่มีต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะความต้องการในการดูแลตนเองเป็นสำคัญ

ขั้นตอนในการปฏิบัติ หรือ การสอน พยาบาลต้องเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความสนใจในเรื่องที่สอน มีการซักถาม และร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาการสอน ซึ่งเนื้อหาการสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม จนผู้รับบริการเริ่มเกิดการเรียนรู้และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้และสามารถดำเนินชีวิตด้วยการดูแลตนเองได้ การสอนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับบริการนั้น ด้านผู้รับบริการจะต้องมีความพร้อม มีการเริ่มคิดของผู้เรียนและตระหนักถึงสิ่งที่ได้รับรู้ มีการฝึกการเรียนรู้ หัดสังเกต และมีการฝึกทักษะบางประการ ซึ่งการให้บุคคลได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดการกระทำต่างๆ ในการดูแลตนเองจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และสามารถทำให้สามารถจดจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น(สมจิต หนูเจริญกุล,2540)

3.5.2 การชี้แนะ เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเองหรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง แต่ถ้าหากขาดการชี้แนะ จะไม่สามารถปฏิบัติได้ วิธีการนี้จะใช้ในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการต้องตัดสินใจเลือกกระหว่างสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพยาบาลช่วยชี้แนะผู้รับบริการในการตัดสินใจ ทั้งนี้ผู้รับบริการเองจะต้องมีแรงจูงใจและมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ในขณะเดียวกันวิธีการแนะนำชี้แนะจะต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการแต่ละคนด้วย รูปแบบของการชี้แนะอาจเป็นการแนะนำ การให้ข้อมูล การบอกแนวทางหรือการนิเทศ การชี้แนะมักใช้ร่วมกับการสนับสนุน(Orem,1995)นอกจากนี้การชี้แนะยังส่งเสริมให้เกิดความรู้สึกถึงคุณค่าและความสามารถของตนเอง ที่กระทำกิจกรรมนั้นสำเร็จเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้ และเป็นแรงจูงใจให้บุคคลปฏิบัติที่เชื่อว่าได้ผลดี นอกจากนั้นยังมี

อิทธิพลต่อการเลือกกระทำในกิจกรรมต่างๆและความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่าง
ต่อเนื่อง(สมจิต หนูเจริญกุล,2540)

3.5.3 การสนับสนุน เป็นการช่วยเหลือในการส่งเสริมให้คงไว้ซึ่งความ
พยายามและช่วยปกป้องไม่ให้เกิดการล้มเหลว/ภาวะพร่อง หรือช่วยหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่พึง
เกิดหรือช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของผู้รับบริการ แม้จะอยู่ในภาวะ
เครียดหรือในสถานการณ์ความเจ็บป่วยจากโรคและการรักษาและทำให้เกิดความมั่นใจในการ
ปฏิบัติกิจกรรมเมื่อได้รับการสนับสนุนทางด้านร่างกายและจิตใจ โดยพยาบาลให้การช่วยเหลือ
ผู้รับบริการในการกระทำกิจกรรมด้วยการสนับสนุนด้านร่างกายหรืออารมณ์ ที่จะช่วยส่งเสริม
ผู้รับบริการให้กระทำกิจกรรมนั้นได้สำเร็จ การสนับสนุนอาจเป็นคำพูดที่กระตุ้นให้กำลังใจ หรือ
กิริยาท่าทางของพยาบาลเช่น วิธีการมอง การสัมผัส หรือการสนับสนุนทางด้านร่างกาย การ
สนับสนุนยังรวมไปถึงการให้สิ่งของ ซึ่งพยาบาลจะช่วยเหลือโดยการติดต่อประสานงานกับแผนก
สังคมสงเคราะห์หรือมูลนิธิอื่นถ้าจำเป็น และการสนับสนุนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่
ให้ผู้รับบริการได้พัฒนาความสามารถที่จะดูแลตนเองได้ พยาบาลต้องเลือกให้เหมาะสมกับ
สถานการณ์และกับผู้รับบริการแต่ละคน การสนับสนุนทั้งร่างกายและอารมณ์จะสามารถช่วยให้
ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Orem,1995)

3.5.4 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อสนับสนุนพัฒนาการ เป็นวิธีการที่
พยาบาลจะเป็นผู้จัดหรือเตรียมสิ่งแวดล้อมให้กระตุ้นหรือจูงใจผู้รับบริการให้สามารถตั้งเป้าหมาย
ในการดูแลตนเองที่เหมาะสมปรับพฤติกรรมหรือปฏิบัติให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ นอกจากนี้
สิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมยังส่งเสริมให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ และให้ความร่วมมือได้อีกด้วย
นอกจากนั้นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาล(ผู้สอน)และผู้รับบริการ เป็นการจัดสิ่งแวดล้อม
ที่สำคัญอีกประการหนึ่ง เพราะเมื่อต่างมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันแล้ว จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้
ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ได้เร็วขึ้นซึ่งนำไปสู่การปรับหรือเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ก่อให้เกิดการ
ดูแลตนเอง (Orem,1995)

หลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวมคือ
กาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

1.การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นลักษณะของการมี
ปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วย
และ/หรือครอบครัว สามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่
สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความ
เจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา

ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมกับสาเหตุและการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและช่วยให้ผู้ป่วยได้หาความหมายจากประสบการณ์เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

2. การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว คือกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้เข้าใจ สถานภาพและปัญหาของตน ตระหนักตัวเองและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหาเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การกระตุ้นประคองให้กำลังใจ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล

3. การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคอาการทางจิต ในเรื่องของความหมายสาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

4. การให้ความรู้การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เกิดจากพื้นฐานความเชื่อว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทางวัตถุและบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเผชิญความเครียดและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม จึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาดมีความเป็นส่วนตัวส่วนสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างบรรยากาศที่มีผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย มีความอบอุ่นเป็นมิตร พบและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และให้เกิดยึดโยงนับถือตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

5. การป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรง

ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น โดยเร็ว ลดภาวะความเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น รวมทั้งทรัพย์สินต่างๆ โดยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหา หรือได้เรียนรู้แผนการแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน โดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งความช่วยเหลือ และการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

6. การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชน

3.6 ผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การที่วงการจิตเวชได้เปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเป็นการดูแลที่บ้าน อยู่กับครอบครัวและชุมชนของตนเองผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขนั้นมีปัจจัยเกี่ยวข้องหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “ผู้ป่วยมีครอบครัว” (Joseph, 1991 : 69 อ้างถึงใน ปรีห์ททัย แก้วมณีรัตน์, 2534: 6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านจะก่อให้เกิดผลดีดังนี้

3.6.1. การที่ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง โดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน มีการยอมรับ มีการช่วยเหลือและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจกล้าเผชิญความจริงปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมตัวได้ การดูแลอย่างดีที่บ้านจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้นมีอาการทางจิตที่ดีขึ้นและลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

3.6.2. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภท การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะทำให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัวจนเกิดความเข้าใจและการยอมรับมากขึ้นจะช่วยลดภาระในเรื่องเศรษฐกิจได้มากเช่นค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการไปเยี่ยมไข้ การเสียเวลาไปเยี่ยมไข้ ซึ่งผู้ป่วยจะไม่เสียค่าใช้จ่ายเมื่ออยู่บ้าน นอกจากนี้ถ้าครอบครัวดูแลผู้ป่วยอย่างดี ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพหรือทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้

3.6.3. โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านช่วยให้ผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้นสามารถช่วยตนเองและปรับตัวอยู่บ้านได้นานขึ้น เป็นการช่วยลดภาวะการป่วยซ้ำ ซึ่งสามารถช่วยเหลือโรงพยาบาลที่มีความจำกัดในเรื่องเตียง และงบประมาณ ซึ่งในแต่ละปีต้องนำมาเป็นค่าช่วยเหลือคำรักษาพยาบาลฟรี ค่าอาหารผู้ป่วย ค่ายาฟรี และการสังเคราะห์อื่นๆสามารถประหยัดงบประมาณเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ส่วนอื่นๆได้

นอกจากนี้ ไพจิตร กสิวัฒน์ และ พาณี สิตะกลิน (2538 : 306-309) ได้กล่าวถึงประโยชน์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มเติมไว้ดังนี้

1. ประโยชน์ต่อตนเองทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุเลาจากการเจ็บป่วยหรือหายป่วยเร็วขึ้น ความวิตก ความหวาดกลัว และความกังวลใจลดน้อยลง ด้านร่างกายผู้ป่วยจะรู้สึกอิสระได้พักผ่อนเต็มที่ที่สามารถทำงานต่างๆที่ไม่ขัดต่อโรคและความเจ็บป่วยได้เช่น ช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆในบ้าน นอนเฝ้าบ้าน ดูแลลูกหลานจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณเองมีประโยชน์มีความสบายใจขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า

2. ประโยชน์ต่อครอบครัวจะช่วยเพิ่มสัมพันธภาพภายในครอบครัวเกิดความร่วมมือร่วมใจ เห็นอกเห็นใจกัน มีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความอุ่นใจ อีกทั้งประหยัดค่าใช้จ่ายเป็นการเพิ่มทักษะการดูแลแก่สมาชิกในครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นการประหยัดเวลาในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังสามารถทำประโยชน์ให้กับครอบครัวเช่น เฝ้าบ้าน

3. ประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติคือช่วยสงวนเตียงของโรงพยาบาลไว้สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการหนักมากกว่าและช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล

ผลเสียของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Martinson and widmer (1989, อ้างถึงใน นฤมล เพียรเจริญ, 2539:19) กล่าวถึงผลเสียของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่าจะเพิ่มภาระ ความวิตกกังวลในการดูแลรักษาผู้ป่วยของบุคคลในครอบครัวเป็นการเพิ่มความเบียดเบียนให้ครอบครัว ครอบครัวเสียความเป็นส่วนตัว ขาดความมีอิสระในกรณีฉุกเฉินจะไม่มีเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือได้ทันเนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอที่อยู่ยากลำบาก

3.7 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตาตลอดจนมีความอดทนต่อผู้ป่วย ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2536) ได้กล่าวถึงเหตุที่ญาติจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

3.7.1 ญาติเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานที่สุดและมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นๆญาติจึงเป็นบุคคลที่รู้ปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นๆ

3.7.2 บ้านถือเป็นสังคมแห่งแรกของผู้ป่วยและเป็นเป้าหมายพฤติกรรมที่ดีแก่ผู้ป่วย

3.7.3 การรักษาโรคทางจิตไม่เหมือนการรักษาโรคทางกายการรักษาโรคทางจิตจำเป็นต้องใช้กลวิธีในการช่วยลดปัญหาของผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นๆในครอบครัวการหมั่นมาปรึกษากับแพทย์บุคลลากรจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นได้มากกว่าการปล่อยปัญหาทิ้งไว้เฉยๆและอาจเป็นทางหนึ่งที่จะลดภาวะความเครียดของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวได้

3.7.4 ญาติเป็นผู้รับภาระในด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยป่วยเรื้อรังยังทำให้ญาติเครียดในการรับภาระค่าใช้จ่าย

3.8 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่เรื้อรัง (APA ,1994 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล ,2538) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลรวมทั้งครอบครัวจนตลอดชีวิต และ ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหาย ๆ และจากการนำนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่ง ฮอโรวิตซ์ (Horowitz , 1982 cite in Davis , 1992 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม , 2543) ได้กล่าวถึงการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

3.8.1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตนเองได้

แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานจะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ซัดซิ้น ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทานและติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ขุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

3.8.2. การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสียภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยประกอบอาชีพมีรายได้ค้ำจุนครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หากสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

3.8.3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

3.8.4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

4. โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยต่างๆแล้วจึงได้นำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองตามแนวคิดของ Orem(1995) มาผสมผสานกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสุวิมล สมัตถะ (2541)ร่วมกับทิพวรรณ น่วมทอง (2547)แล้วนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสภาพปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จังหวัดอ่างทอง มีเนื้อหาโดยสรุปดังนี้

การบริการสุขภาพที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นกิจกรรมการดูแลที่ผู้ศึกษาให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท โดยมุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ และครอบครัวเกิดการเรียนรู้ เข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคองประคองผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ซึ่งการให้ความรู้และระดับประคองเป็นวิธีหนึ่งในระบบการพยาบาลมาใช้ในการดูแลที่บ้านให้เหมาะสมกับบุคคลที่สามารถเรียนรู้และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการสนับสนุนระดับประคองให้ปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ โดยผู้ศึกษาเป็นผู้สอน ชี้แนะ สนับสนุนหรือระดับประคอง และจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้บุคคลพัฒนาพฤติกรรมหรือความสามารถในการดูแลตนเอง เลือกที่จะกำหนดพฤติกรรมดูแลตนเองได้และกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองได้สำเร็จซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุขป้องกันการป่วยและกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการดูแล ด้าน กาย จิต วิญญาณ โดยตั้งอยู่บนหลักการพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน (basic principles of psychosocial home care) ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว

เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมาก พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา ซึ่งเครื่องมือในตัวพยาบาลคือ ความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกของผู้อื่น ความเห็นใจ และการยอมรับผู้อื่นโดยไม่มีอคติ โดยหลักการนี้จะก่อให้เกิดผลตามมา คือ พยาบาลสามารถแยกแยะความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัว ให้พบกับสิ่งที่เขาต้องการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น ปลอดภัย

กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว

เป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว เป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หรือสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง แต่ถ้าหากขาดการชี้แนะจะไม่สามารถปฏิบัติได้ วิธีการนี้จะใช้ในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการต้องตัดสินใจเลือกระหว่างสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพยาบาลช่วยชี้แนะผู้รับบริการในการตัดสินใจ ทั้งนี้ผู้รับบริการเองจะต้องมีแรงจูงใจและมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะผสมผสานกระบวนการให้คำปรึกษา ไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ รวมทั้งเป็นการช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้คงไว้ซึ่งความพยายาม และช่วยปกป้องไม่ให้เกิดการล้มเหลว/ภาวะพร่อง หรือช่วยหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่พึงเกิดหรือช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สัมพันธภาพที่สร้างขึ้น เป็นการเปิดโอกาสให้มีการสนับสนุนประคับประคองท่ามกลางความไว้วางใจ และการเปิดเผยข้อมูลหรือความรู้สึกทั้งในด้านการกระทำ ความคิด และความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน เป็นการปฏิบัติการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เน้นการรักษาในโรงพยาบาลเพื่อการดูแลต่อเนื่องในชุมชน โดยให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้านเป็นอย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลได้ตลอดไป ผู้ป่วยต้องกลับบ้านและดำเนินชีวิตที่บ้าน ครอบครัวจึงเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องเตรียมความรู้สำหรับครอบครัววิธีการสอนให้ความรู้ ซึ่งเป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลหรือผู้รับบริการที่ต้องการคำแนะนำเพื่อนำไปพัฒนาความรู้ ทักษะ จนก่อให้เกิดการเรียนรู้ ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยความพร้อมและความสนใจที่จะเรียนรู้”ในวิธีการสอนตามความต้องการของผู้รับบริการการเกิดการเรียนรู้จะต้องสอนให้ผู้รับบริการเกิดการเรียนรู้ ซึ่งจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือปรับพฤติกรรมในแต่ละบุคคล โดยที่พยาบาลจะต้องพิจารณาถึงพื้นความรู้ ประสบการณ์ แบบแผนการดำเนินชีวิต กิจกรรมประจำวันของผู้รับบริการและชนิดของการรับรู้ของผู้รับบริการ นอกจากนั้นจะต้องคำนึงถึงแนวความคิดและการยอมรับของผู้รับบริการที่มีต่อกิจกรรมการดูแลตนเอง โดยเฉพาะความต้องการในการดูแลตนเองเป็นสำคัญ

ขั้นตอนในการปฏิบัติหรือการสอน พยาบาลต้องเป็นผู้กระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดความสนใจในเรื่องที่สอน มีการซักถาม และร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับเนื้อหาการสอน ซึ่งเนื้อหาการสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม จนผู้รับบริการเริ่มเกิดการเรียนรู้และหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาด้วยตนเองได้และสามารถดำเนินชีวิตด้วยการดูแลตนเองได้ การสอนเพื่อให้การช่วยเหลือผู้รับบริการนั้น ด้านผู้รับบริการจะต้องมีความพร้อม มีการเริ่มคิดของผู้เรียน และตระหนักถึงสิ่งที่ได้รับรู้ มีการฝึกการเรียนรู้ หัดสังเกต และมีการฝึกทักษะบางประการ ซึ่งการให้บุคคลได้มีโอกาสสัมผัส ฝึกหัดการกระทำต่างๆในการดูแลตนเองจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้และสามารถทำให้สามารถจดจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น(สมจิต หนูเจริญกุล,2540)

ในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีแนวทางในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้คู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยที่บ้านและคู่มือการดูแลผู้ป่วยสำหรับญาติหรือผู้ดูแลได้ ทำให้เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งทางวัตถุ และทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย อย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ เช่น การจัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่าจิตใจที่พัฒนาดีแล้วของบุคคลจะทำให้การติดต่อกับผู้อื่นดีขึ้น และเช่นเดียวกันถ้าสังคมดี ก็จะช่วยทำให้จิตใจของบุคคลมีพัฒนาการดีทำให้ผู้ป่วยมีบุคลิกภาพที่ดีกว่าเดิมได้ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช

ภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นภาวะที่สามารถพบได้ในผู้ป่วยจิตเภทโดยผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อารมณ์ หรือความคิด ผู้ป่วยต้องการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน เป็นช่วงเวลาวิกฤติในชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดไปหมดทุกเรื่อง ไม่สามารถที่จะ

แก้ไขปัญหาด้วยตนเอง การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตินั้นจะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม คือ ภาวะจิตใจของผู้ป่วยให้รับรู้เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ในทางที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจไม่ทางตรงก็ทางอ้อม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา หรือได้เรียนรู้แบบแผนการแก้ไขใหม่ ทั้งนี้เพราะแบบแผนที่มีอยู่เดิมไม่สามารถช่วยให้เผชิญปัญหาได้ ดังนั้นจึงต้องให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและการช่วยเหลือ ในภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะในการจัดการ และเผชิญกับภาวะวิกฤติที่จำเป็นได้

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลงานการวิจัยที่เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

กระจำจ แก่นใหญ่ (2538) ศึกษาเรื่องการติดตามประเมินผลรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีอำเภออาจสามารถ จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ร้อยละ 82.1 ในระหว่างทำการศึกษาผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติทุกคน และผู้ป่วยทุกคนไม่ได้กลับไปรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลด้วยโรคจิตเวช ในด้านญาติพบว่าญาติให้ความเคารพนับถือรักใคร่ต่อผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 69.55 พอใจที่จะบอกเพื่อนบ้านว่ามีญาติเป็นผู้ป่วยจิตเวช ร้อยละ 65.20 มีความเห็นใจในความเจ็บป่วย ร้อยละ 78.25 พอใจที่ได้อยู่ร่วมบ้านเดียวกันกับผู้ป่วย ร้อยละ 65.22 ส่วนด้านชุมชน ชุมชนมีความเห็นใจในความเจ็บป่วยและพร้อมที่จะช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะอยู่ในชุมชนและยังถือว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่น่าเห็นใจ ส่วนสถานบริการสาธารณสุขได้จัดกิจกรรมดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยการเยี่ยมบ้านและให้คำแนะนำ โดยใช้แนวทางตามคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และพบว่า ญาติ ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีส่วนที่จะช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถที่จะดำรงชีวิตอยู่ใน ชุมชนได้อย่างปกติถ้าได้รับการดูแลที่ถูกต้อง

จันทร์หา ชีระสมบุรณ์ (2543) ได้วิจัยประเมินผลโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยการใช้รูปแบบการประเมินชิป (CIPP MODEL) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเวชที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ในปี พ.ศ. 2541 จำนวน 52 คน ญาติผู้ป่วยจำนวน 52 คน และผู้ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจำนวน 26 คน ผลการวิจัยพบว่า ด้านบริบท วัตถุประสงค์ของโครงการสอดคล้องกับนโยบายของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ วิสัยทัศน์กรมสุขภาพจิตและ นโยบายพัฒนางานสุขภาพจิตแห่งชาติ ส่วนในด้านการปฏิบัติงานจริงสอดคล้องกับแผนงานของโครงการในระดับสูง ด้านปัจจัยเบื้องต้นพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 96.1 มีความเห็นว่าความพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นที่ใช้ในการดำเนินโครงการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีอยู่ในระดับสูง โดยเฉพาะสื่อประเภทต่างๆ งบประมาณและบุคลากรมีความ

เพียงพอและเหมาะสม ในการดำเนินโครงการ ด้านกระบวนการพบว่ามีการวางแผนการดำเนินงาน การประชุมปรึกษาก่อนและหลังการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสามารถปฏิบัติงานได้อย่างต่อเนื่องตาม แผนการดำเนินงาน ด้านผลผลิตพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 80.8 มีทัศนคติเชิงบวกต่อการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้าน ผู้ป่วยร้อยละ 73.1 ญาติร้อยละ 76.9 มีความสามารถในการดูแลตนเองในระดับสูง และ ผู้ปฏิบัติงานทุกคน ได้ปฏิบัติงานตามแผนการดำเนินงานครบถ้วน

นันทนา รัตนกร (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะโครงสร้าง และเศรษฐกิจของ ครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1 ในความคิดของญาติ คิดว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้ร้อยละ 94.9 พร้อมทั้งจะรับภาระทางด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 85.4 คิดว่าคนในครอบครัวมีเวลาพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ร้อยละ 63.1 เต็มใจที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 95.4 คิดว่าผู้ป่วยมีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อครอบครัว ร้อยละ 89.1 เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว ไม่ทำให้สมาชิกในครอบครัว เกิดความเครียด หรือเดือดร้อนมากกว่าเดิม ร้อยละ 72.9 และจากการศึกษานี้ยังพบว่าการดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่บ้านนั้น ครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้และขาดการให้คำแนะนำของญาติ เพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงพบว่าผู้ป่วยเคยขาดยาและมารับยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 54.3 และคิดว่าผู้ป่วยหายแล้ว ร้อยละ 40.0 ซึ่ง อาจเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้

ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ศึกษาเรื่องการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่าง ได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสูงกว่าก่อน ได้รับโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

พันธ์ศักดิ์ วราห์สวปติ (2540) ได้ศึกษา การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ศึกษาความสามารถของผู้ป่วยจิตเวช ในการช่วยเหลือตนเอง ภายหลังได้รับการดูแลจากญาติ และชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 11 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันได้ถึงร้อยละ 100 มีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของ ครอบครัวด้วยตนเอง ร้อยละ 90.9 มีความสามารถในการประกอบอาชีพด้วยตนเองร้อยละ 81.8 และมีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 63.6 ซึ่งงานวิจัยนี้จะทำควบคู่ไปกับ โครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ.อุบลราชธานี

ไพลิน โพธิ์สุวรรณ (2543) ได้ทำการติดตามเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วยในชุมชน โดยมี วัตถุประสงค์เพื่อหาสาเหตุที่ญาติไม่มารับผู้ป่วยจิตเภทกลับ ภายหลังอยู่รักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

นอนเกิน นานเกิน 8 เดือน และได้สนับสนุนให้ผู้ป่วย สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่นในชุมชน ได้อย่างเหมาะสม ลดอัตราการเจ็บป่วยซ้ำ และการกลับมารักษาซ้ำเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล จาก การส่งผู้ป่วยจำนวน 10 คน ไปยังภูมิลำเนาเดิม ระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2541 ถึง พฤษภาคม 2542 และติดตามเชื่อมโยงอย่างต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน และประสานความร่วมมือกับ ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใกล้บ้าน พบว่ามีเพียง 1 ราย ที่กลับมารักษาซ้ำใน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ยุพาพิน ประสารอธิคม (2535) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วย เรื้อรังที่บ้าน ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของ โอเร็ม ซึ่งเป็นการศึกษาความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัว และความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรัง ในการดูแลตนเองใน กิจวัตรประจำวัน โดยทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน พบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบ การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ใน สัปดาห์ที่ 2 และ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้หน่วยงาน หรือพยาบาลที่รับผิดชอบในการเตรียมผู้ป่วยเรื้อรังก่อน กลับบ้าน ให้เวลาแก่ญาติในการเรียนรู้ และฝึกหัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจนมีความมั่นใจก่อนกลับ บ้าน และการเยี่ยมบ้าน โดยพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีประสิทธิภาพ

สุวิมล สมัตถะ (2541) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยทดลองใช้โปรแกรมการ ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจากได้รับการดูแลโดยใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สุนงษา บุญชัย (2545) ได้ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่ม ตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง เมื่อพิจารณาพฤติกรรม การดูแลตนเองเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดังกล่าว อยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ ด้าน การดูแลความสะอาดของร่างกาย ร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านการ

ขับถ่าย ร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

สมจิตต์ ลูประสงค์ และคณะ (2541) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พื้นที่ในการศึกษาคือ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 ตำบล 9 หมู่บ้าน ซึ่งแต่ละหมู่บ้านมีผู้ป่วยโรคจิตอย่างน้อย 1 คน อยู่ภายในความรับผิดชอบของสถานีอนามัย 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยตำบลทุ่งหวาย และสถานีอนามัยตำบลท่าช้าง และโรงพยาบาล วารินชำราบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคจิต 11 ราย ญาติผู้ป่วย 11 ราย ผู้นำชุมชน 9 ราย พบว่า ด้านการรับประทานยาส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานยาเองร้อยละ 81.8 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยทำได้เองร้อยละ 100.0 ด้านความสามารถในการร่วมกิจกรรมของครอบครัวทำได้ด้วยตนเองร้อยละ 90.9 ด้านความสามารถในการประกอบอาชีพ ทำได้ด้วยตนเองร้อยละ 63.6 และพบว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี

ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจรและคณะ (2544) ได้วิจัยการศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชขณะอยู่ที่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อนบ้าน และ อสม. จำนวน 15 ราย ซึ่งคัดเลือกจากชุมชนที่มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกร่วมกับการสังเกต ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นาน แบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้โรคจิต กลุ่มผู้ป่วยและญาติมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายของโรคจิตยังไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่คิดว่าเป็นโรคประสาท ซึ่งต่างกับกลุ่มเพื่อนบ้านและอสม. มีความรู้ค่อนข้างดี ปัจจัยด้านทัศนคติ กลุ่มผู้ป่วยมีทัศนคติด้านบวกต่อตนเอง บางรายมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยและญาติ ปัจจัยด้านการปฏิบัติทุกกลุ่มตัวอย่าง บอกได้ตรงกันคือ รับประทานยาตามแพทย์สั่ง ไม่คิดมาก หางานทำ งดยาเสพติด ถ้ามีปัญหา ก็พาไปพบแพทย์ ความคาดหวังของชุมชนที่มีต่อสถานพยาบาลของรัฐ ระดับสถานีอนามัย คาดหวังว่าจะให้ชี้แนะเรื่องอาการของผู้ป่วยและประสานงานไปโรงพยาบาลชุมชน ระดับโรงพยาบาลคาดหวังว่าให้ช่วยเหลือเรื่องยา สงเคราะห์ค่ารักษาและการส่งต่อ ระดับโรงพยาบาลทั่วไป อยากให้นิเทศงานการให้ความรู้ และให้ความช่วยเหลือกรณีฉุกเฉิน ระดับโรงพยาบาลจิตเวช อยากให้รับผู้ป่วยไว้รักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการรุนแรง และช่วยสงเคราะห์ค่ายารักษา ส่งยาทางไปรษณีย์ รวมทั้งการติดตามเยี่ยมด้วย

วิภาวี จันทมัตตุการ และคณะ (2545) ได้ศึกษาผลของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ในพื้นที่ที่มีความพร้อม จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยศึกษาความรู้เกี่ยวกับจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ก่อนและหลังการประชุมเชิงปฏิบัติการ และโครงการที่เกิดจากการระดมพลังสร้างสรรค์ กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ ประชาชนที่เข้าร่วมประชุม

เชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน ผู้ป่วยจิตเวช ญาติหรือผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเวชจาก 6 อำเภอ จำนวน 1,410 คน จากการศึกษาพบว่าหลัง การประชุมเชิงปฏิบัติการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ประชาชนมี ความรู้เกี่ยวกับจิตเวชและการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ประชาชนมีความ พึงพอใจต่อการประชุมเชิงปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านระดับพอใจมาก

ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีดังนี้

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ ต่อความรู้เรื่อง การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชาย ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ พบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการ ทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง มากกว่าของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเอง ของกลุ่มทดลองหลังการทดลองมากกว่า คะแนน ความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรค จิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้าน การรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้าน การพักผ่อนนั้นหนาการ และการออกกำลังกาย และด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

พรสวรรค์ พูลระจ่าง(2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และ ประคับประคองต่อพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของ ผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม การให้ความรู้และประคับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล สวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตาม ทางโทรศัพท์ พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที

และระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลอง 2 สัปดาห์น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

วิชณี หัตถพนมและคณะ (2529) ศึกษาปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นซึ่งมีปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา คือ ตัวผู้ป่วยเองขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษา

สุมณฑา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่า มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงทุกด้าน คือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่าย ร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

โปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน เป็นกลุ่มควบคุม 18 คน ภายหลังได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นเวลา 3 สัปดาห์ พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มทดลอง สูงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ครุณี เลิศปรีชา (2545) ศึกษาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ที่พยายามฆ่าตัวตาย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายที่อาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ พบว่าผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต โดยรวมอยู่ระดับปานกลาง

และผู้ที่เคยพยายามฆ่าตัวตายมีการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตรายด้านทุกด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลาง

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 40 คน ซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยการจับคู่ตามคะแนนอาการทางลบ ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ผลการทดลอง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวม น้อยกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมสูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และ อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบของค์รวมน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

ผลงานวิจัยในต่างประเทศ มีดังนี้ คือ

John และคณะ (1984) ได้ทำการศึกษา เพื่อเปรียบเทียบผลการให้การรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล กับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในชุมชน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 120 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ และสุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองจะไม่ถูก Admit ถ้าสามารถเลี้ยงได้ ผู้ป่วยและญาติจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการรักษาในชุมชน และมีบริการ Crisis service ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรค Psychotic disorder มากกว่าครึ่งจะป่วยด้วยโรคจิตเภท ในช่วง 12 เดือน ของการรักษานี้ ร้อยละ 96 ของกลุ่มยังคง Admit และร้อยละ 51 Admit มากกว่า 1 ครั้ง และในกลุ่มทดลองพบว่า ร้อยละ 60 ไม่ถูก Admit และร้อยละ 8 Admit มากกว่า 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 58.5 วัน ในโรงพยาบาลจิตเวช ในขณะที่กลุ่มทดลองใช้เวลา 8.4 วัน การรักษาในชุมชนไม่ได้เพิ่มภาระให้แก่ชุมชน สิ่งที่สำคัญที่ได้จากการศึกษา คือ ความพึงพอใจของญาติที่ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ได้นือความคาดหมาย ใช้จ่ายง่ายในชุมชนน้อยกว่า และญาติมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในชุมชนอีกด้วย

จากผลการศึกษาของ Tinko และคณะ (อ้างใน รุจา ภูไพบูลย์ , 2541) เพื่อเปรียบเทียบผลการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ระหว่างผู้ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล กับผู้ได้รับการดูแลที่บ้าน ในผู้ป่วย 294 คน ของโรงพยาบาลทหารผ่านศึก และสถานบริการสุขภาพที่บ้าน 52 แห่ง ผลการวิเคราะห์ผลงานในช่วง 12 เดือน ของพยาบาลประจำตึก 43 คน และพยาบาลเยี่ยมบ้าน 9 คน พบว่าโดยทั่วไป พยาบาลในโรงพยาบาลที่ให้บริการในชุมชน โดยการเยี่ยมบ้าน จะไม่ใช่

พยาบาลที่ถูกฝึกเฉพาะทางจิตเวช แต่ผลการดูแลในผู้ป่วยจิตเวช พบว่าผู้ป่วยอยู่ในสังคม สิ่งแวดล้อมในชุมชน และปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ดีกว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาล และมีการ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ดี มีความพึงพอใจสูงกว่าอีกกลุ่มหนึ่ง

Doherty (1998) ได้เขียนรายงานการศึกษา เกี่ยวกับองค์กรต่างๆที่ได้จัดบริการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริการผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็น ผู้ป่วยในอีก พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นผู้ที่สามารถให้ ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบในการ ดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้ประสบการณ์การทำงานร่วมกันของสหวิชาชีพ ก็จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มี ปัญหาซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น โดยธรรมชาติแล้วการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความสุขอย่างมากที่ได้รับ การดูแล เพราะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านที่แวดล้อมด้วยญาติพี่น้อง การจัดระบบนี้ สามารถสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการได้ทั่วโลก และจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นในอนาคต

Boardman และคณะ (1999) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ วิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการ ทางจิตรุนแรง โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งเข้ารับการรักษาใน หอผู้ป่วย 2 แห่ง วิธีการโดยการ Admit ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงไปยังหอผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน (n = 110) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่ Admit ที่ Acute Wards ทำการ ประเมินผลอาการทางคลินิก และทางสังคม โดยประเมินทุก 6 และ 12 เดือน สำหรับการวัดความ พึงพอใจในบริการที่ได้รับ จะทำการประเมินเมื่อครบ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในชุมชน เกิดผลดีต่ออาการของผู้ป่วย มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความ พึงพอใจในบริการที่ได้รับดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Langle และคณะ (2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชหลายโรค โดยการดูแลรักษาอยู่บนพื้นฐานของ ความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งได้พัฒนารูปแบบนี้มานานกว่า 4 ปี เป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลัง จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลทางด้านจิตเวชในขณะที่อยู่ที่บ้าน โดยการ ประเมินความต้องการและให้การบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจในด้านการลดค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ยจำนวนวัน ในการอยู่รักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมากกว่า 3 ปี ลดลงเหลือ 206 วัน และค่าใช้จ่ายในการ ดูแลรักษาลดลงจาก 70,000 เหรียญสหรัฐต่อปี เหลือเพียง 8,000 เหรียญสหรัฐต่อปี จากผล การศึกษาเพียง 1 ราย เป็นสิ่งที่เกิดความหวัง ในการผลักดันให้มีการพัฒนาการประเมินการวาง แผนการรักษาพยาบาลอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

