

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่รุนแรงทำให้เกิดความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ การรู้จักตนเอง พฤติกรรม การตัดสินใจ ร่วมกับความบกพร่องทางหน้าที่การงานและสังคม (WHO, 2006) สำหรับในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 23.34 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2550) การป่วยด้วยโรคจิตเภทมีลักษณะการเจ็บป่วยที่เรื้อรังและค่อยเป็นค่อยไป จนกระทั่งอาการรุนแรงและมีความพร่องในการทำหน้าที่ของตนเอง และมีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 จากสถิติกรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุขในปี 2550 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชส่วนหนึ่งเป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เข้ามารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของกรมสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยปี 2547-2551 มีผู้ป่วยจำนวน 36,313 , 37,252 , 35,262 , 37,871 และ 37,903 รายตามลำดับ (กรมสุขภาพจิต, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับสถิติของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเวชที่มารับการรักษาแบบผู้ป่วยในที่สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ นั้น เป็นโรคจิตเภทมากที่สุด โดยสถิติผู้ป่วยที่รักษาแบบผู้ป่วย ตั้งแต่ปี 2547 ถึงปี 2551 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 2,906 , 2,706 , 2,600 , 2,785 , 2,823 ราย ตามลำดับ และมีผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ามารับการรักษาและมีอาการแสดงเป็นอาการทางลบถึง 90% (รายงานประจำปี สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์, 2551)

American Psychiatric Association (APA, 1994) ระบุว่าโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคเป็น 3 ระยะ คือระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ส่วนมากจะเริ่มด้วยการแยกตนเองทางสังคมขาดความสนใจสุขวิทยาส่วนบุคคล การทำหน้าที่ด้านการงานหรือการเรียนบกพร่อง อาการมักค่อยเป็นค่อยไปอยู่ประมาณ 1 ปี และจะรุนแรงขึ้นจนกระทั่งเข้าสู่ระยะอาการชัดเจน (active phase) ซึ่งเป็นระยะที่อาการแสดงของโรคจิตเภทปรากฏชัดเจน เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน บางรายอาการอาจรุนแรงถึงขั้นทำร้ายตนเอง ทำร้ายผู้อื่นหรือทำลายสิ่งของ อาการรุนแรงในระบายนี้อาจจะทำให้ญาติเดือดร้อน และตัดสินใจพาผู้ป่วยมารับการรักษา ระยะที่สาม ระยะอาการหลงเหลือ (residual) phase) หลังจากได้รับการบำบัดรักษาแล้ว อาการจะยังไม่หมดไป ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการคล้ายระยะแรก แต่ผู้ป่วยจะมีความเสื่อมทางจิตใจและการทำหน้าที่ทางสังคมมากกว่า เช่น ไร้อารมณ์ เฉื่อยชา ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และอาจมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ความผิดปกติทางจิตที่หลงเหลืออยู่ ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลฟื้นฟูอย่างดี มักจะกลายเป็นผู้ที่เป็โรคจิตเภทเรื้อรัง (Tandon. R., and Jibson, M., 2002)

อาการแสดงที่สำคัญของโรคจิตเภท แบ่งออกเป็น 2 แบบ (Taylor, 1994 & John, 1993) คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ ผู้ป่วยอาการทางบวก มีความผิดปกติทางความคิด ทั้งเนื้อหาและความ

เชื่อมโยงของความคิด ร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ อากาศที่เด่นชัด คือ หลงผิด ประสาทหลอน พุดจาัสบสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว และมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แปลกไปจากเดิมเป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการทางลบที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม หรือเฉยเมย ซึ่งเกิดจากการมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ (เกษม ดันติผลลาชีวะ, 2536 ; Taylor, 1994) ซึ่งจากอาการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรค ก่อให้เกิดความเสื่อมสภาพของร่างกายหลายด้านและมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว สังคมและประเทศชาติ โดยในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็น โรคจิตเภท เป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ที่เป็น โรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2550)

ผู้ป่วยจิตเภทที่จิตแพทย์รับไว้ในโรงพยาบาลที่ยังคงมีอาการทางลบหลงเหลืออยู่ทั้งทางด้านอาการแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง แยกตัวออกจากสังคม มีความคิดไม่ถี่ถ้วน หรือมีความคิดแบบตายตัว ถ้าผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถจัดการกับลักษณะอาการต่างๆเหล่านี้ได้ และเมื่ออาการของโรคที่เรื้อรังและเกิดอาการกำเริบได้บ่อย สุดท้ายผู้ป่วยต้องรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลต่อไปทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตประจำวันมีความยากลำบากในการอยู่ร่วมกับสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นลดน้อยลง เนื่องจากสังคมขาดความนับถือ ศรัทธา ถูกล้อเลียน และรังเกียจ (อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย และคณะ, 2542) และเกิดผลกระทบโดยตรงต่อผู้ป่วย เช่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม แยกตัวเองออกจากสิ่งแวดล้อม การดูแลตนเองลดลง การแต่งกายสกปรก แปลกประหลาด สูญเสียทักษะทางสังคมและการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม (Martin & Osvoime, 1989; Moller & Murphy, 2001) อ้างถึงใน มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) รวมทั้งไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระพึ่งพาผู้อื่นโดยเฉพะญาติ ทำให้ญาติเกิดความเบื่อหน่าย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Provencher & Meuser (1997) ที่ศึกษาถึงพฤติกรรมของอาการทางบวกและอาการทางลบกับความเบื่อหน่ายของผู้ดูแลที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท พบว่า อาการทางลบทำให้เกิดผลกระทบที่สำคัญต่อการทำบทบาทหน้าที่มากกว่าและนำไปสู่ความเบื่อหน่ายของผู้ดูแลด้วย

สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชในระดับตติยภูมิที่มีความเชี่ยวชาญทางด้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชและวิชาการด้านนิติจิตเวชและวิกฤตทางสุขภาพจิตเป็นสถานที่ที่ผู้ศึกษาสนใจในการปฏิบัติหน้าที่และความรับผิดชอบของพยาบาลจิตเวชที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยใน และดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระยะแรกเริ่ม ผู้ศึกษาได้ศึกษาสถิติในปีงบประมาณ 2551 พบว่ามีผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในมีจำนวนมากขึ้นตามที่ได้กล่าวมาข้างต้นมีผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยเรื้อรังที่เข้ามา รับการรักษาและมีอาการแสดงเป็นอาการทางลบถึง 90% ในรายงานสถิติประจำปี 2551 ของสถาบัน กัลยาณ์ราชนครินทร์ จากการสัมภาษณ์ สังเกต และเก็บข้อมูลในผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ โดยใช้

แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) มาใช้เพื่อประเมินผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจำนวน 23 ราย พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบจะมีลักษณะอาการเนื้อชาการแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่สั้นไหลอย่างต่อเนื่องและมีความคิดอย่างตายตัวอยู่ในระดับปานกลางถึงมาก โดยผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบอยู่ในระดับปานกลางจำนวน 11 ราย ในระดับมากจำนวน 12 รายและในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่กลับเข้มารักษารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากมีอาการกำเริบซึ่งเป็นระยะอาการที่หลงเหลืออยู่และมีอาการเด่นเป็นอาการทางลบ จากการเจ็บป่วยและการดำเนินของโรคก่อให้เกิดความเสื่อมสภาพของร่างกายหลายด้านและมีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยในด้านการอยู่รับการรักษาที่นานขึ้น จำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ยาวนานขึ้น ทำให้ต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ป่วยมากขึ้น(กรมสุขภาพจิต, 2550)

การบริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ในปัจจุบันมีระบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเป็น 4 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะแรกเริ่ม ระยะเร่งรัดบำบัด และระยะบำบัดระยะยาว โดยผู้ป่วยทั้ง 4 ระยะจะอยู่ร่วมกันในตึกผู้ป่วยนั้นตั้งแต่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจนถึงจำหน่ายกลับบ้าน จากการศึกษาพบว่าในประเทศไทยระยะเวลาการอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภทสั้นลง ผู้ป่วยจะใช้เวลาอยู่ในโรงพยาบาลเพียง 3-4 สัปดาห์(พิเชษฐ อุดมรัตน์และคณะ, 2541) ซึ่งระยะเวลาในการอยู่รับการรักษาตามนโยบายการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชที่ผ่านมา มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยได้รักษาตัวต่อที่บ้าน และจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลให้เร็วที่สุด โดยเน้นให้การรักษาผู้ป่วยในระยะเฉียบพลันรุนแรง และก่อให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วยและผู้อื่น โดยจะอยู่รับการรักษาในโรงพยาบาลภายใน 21 วัน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในระยะแรกเริ่มที่อยู่รับการรักษาในโรงพยาบาล ยังคงมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ทำให้ระยะเวลาการรักษานานขึ้น จำนวนวันนอนยาวขึ้น ส่งผลกระทบให้พยาบาลผู้ดูแลไม่สามารถให้การพยาบาลได้ตามระยะการดำเนินของโรคที่ยังคงมีอยู่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ปัจจุบันแนวทางการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท ของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ เน้นการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตและการปฏิบัติการพยาบาลที่มีคุณภาพ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตทุเลาลง จะผสมผสานการรักษาฟื้นฟูสภาพจิต โดยการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมบำบัดต่างๆ ในรายที่มีอาการหรือปัญหายุ่งยากซับซ้อน จะได้รับการบำบัดด้านจิตสังคมจากผู้เชี่ยวชาญ เช่น วิชาชีพพยาบาล นักจิตวิทยา สังคมสงเคราะห์ ในการบำบัดด้วย กลุ่มจิตบำบัดแบบประคับประคอง กลุ่มฝึกทักษะชีวิต กลุ่มอ่านหนังสือกลุ่มสุขภาพจิตศึกษา กลุ่มชุมชนบำบัด ส่วนแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์นั้น ควรได้รับการดูแลเรื่องสภาวะที่สมบูรณ์เชื่อมโยงกันทุกด้านทั้งมิติทางกาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ มิใช่เรื่องที่เกี่ยวข้องกับโรคและการรักษาโรคเท่านั้น แต่เป็นการรักษาพยาบาลบุคคลที่ไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆ ได้(สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพ

แห่งชาติ, 2545) จากปัจจัยต่างๆ โดยเฉพาะการรักษาพยาบาลหากผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ไม่มีประสิทธิภาพ จะทำให้ผู้ป่วยใช้ระยะเวลาบำบัดรักษาที่นานขึ้น ส่งผลให้อัตราการครองเตียงสูงขึ้น การหมุนเวียนเตียง ไม่เพียงพอความต้องการของผู้ป่วย เมื่อใช้รูปแบบการดูแลรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยสุขภาพดีขึ้น กลับบ้านได้เร็วขึ้น (Cook, 1999) ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะพยายามให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ ได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมโดยเข้าใจ ขอมรับและด้านคุณค่าของผู้ให้บริการ ในฐานะมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานสำคัญของบุคคลที่จะทำให้เกิดพลังและความสามารถที่จะดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพที่มีอยู่ต่อไปและยังส่งผลให้อาการทางลบลดลงทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นและกลับบ้านได้เร็วขึ้น

ในฐานะพยาบาลจิตเวชผู้ให้การดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดที่สุดในทีมสุขภาพ จำเป็นต้องตระหนักถึงความจำเป็นบุคคลที่มีความสามารถในการตัดสินใจเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองได้ (อรพรรณ ลือบุญ รัชชชัย, 2541) ซึ่งพยาบาลมีความแตกต่างจากวิชาชีพอื่นในทีมจิตเวช คือพยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลเพื่อพัฒนาให้ผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลแบบองค์รวม โดยใช้ศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติงาน โดยเฉพาะการดูแลช่วยเหลือ บำบัด ป้องกัน ส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยใช้กระบวนการทางการพยาบาล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนั้นปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบในปัจจุบัน คือ ปัญหาที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการพยาบาลที่เป็นแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และ ยังไม่มีการกำกับการดำเนินกิจกรรมในทุกกิจกรรมว่าผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครอบคลุมแบบ องค์รวมหรือไม่

การพยาบาลแบบองค์รวมนั้นเป็นการพยาบาลแบบคนทั้งคน เป็นการพยาบาลที่ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆได้ การให้การดูแลช่วยเหลือจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆด้านมาใช้ ด้วยการนำศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้องเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการดูแลจะครอบคลุมทั้งการช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป ด้วยการช่วยเหลือพยาบาล บำบัดรักษาบรรเทาอาการของโรค และการป้องกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมด้วย ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล และการประเมินผล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนารูปแบบการบริการให้เข้ากับสภาพปัญหา ระยะเวลาในการรักษาในปัจจุบัน ผู้ศึกษาจึงได้จัดทำ “โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม” โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ที่สร้างขึ้น

โดยอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) มาผสมผสานกันเป็นกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม มีการดำเนินกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มให้ผู้ป่วยและสามารถให้การพยาบาลฟื้นฟูผู้ป่วยระยะเร่งรัดบำบัดหรือกลับไปอยู่ร่วมกับครอบครัวและสังคมต่อไปได้

วัตถุประสงค์การศึกษา เพื่อเปรียบเทียบอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในสถาบันกัลยาณิราชนครินทร์ก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

คำถามการศึกษา ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการพยาบาล แบบองค์รวมมีอาการทางลบลดลงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมหรือไม่

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursinh for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ซึ่งผู้ศึกษาปรับปรุงจากโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทตามการศึกษาของ อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) โดยมีการให้การพยาบาลแบบองค์รวม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การพัฒนาความรู้ความเข้าใจในโรคและการรักษา การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม และการสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยมีการดำเนินการตามโปรแกรมซึ่งกิจกรรมเป็นรายบุคคลและรายกลุ่มด้วยการใช้กระบวนการกลุ่มที่เน้นการสื่อสาร เป็นการช่วยให้แต่ละคนมีโอกาสเรียนรู้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ข้อคิดเห็นระหว่างกัน เป็นการสร้างแรงจูงใจเกิดความเอื้ออาทรต่อกัน ตลอดจนช่วยให้ค้นพบแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆร่วมกัน ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สัมพันธภาพบำบัด เป็นการสนทนาแบบ 1:1ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย จำนวน 5 ครั้ง ๆละ 30นาทีระหว่างการบำบัดรายกลุ่มแต่ละครั้ง โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อให้ผู้ป่วยได้ค้นหาปัญหา ระบุปัญหา และมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทักษะคิด มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจและเกิดความพึงพอใจในชีวิต โดยอาศัยความรู้ ประสบการณ์ ทักษะเชิงวิชาชีพทั้งการใช้การสอน การให้คำปรึกษา การเป็นผู้ให้ข้อมูล การเป็นผู้นำ และผู้จัดการระบบการดูแลของพยาบาลในการดำเนินสัมพันธภาพบำบัด จากการศึกษาของไปรยา จิระอรุณ (2549) พบว่า การใช้สัมพันธภาพบำบัดมีผลทำให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วยลดน้อยลง และเป็นการสนับสนุนช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลเพื่อนำไปสู่เป้าหมายร่วมกันในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการจัดการกับการเจ็บป่วยและดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นสัมพันธภาพบำบัดจึงนับเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจกระตุ้นให้สามารถดำเนิน

ชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม มีความคิดทำกิจกรรมได้ด้วยตนเอง และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางลบลดลงได้ โดยเฉพาะอาการเฉื่อยชา เฉยเมย เก็บตัวของผู้ป่วยจะดีขึ้นกว่าเดิม

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา โดยการสอนใช้สื่อเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจง่าย เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง และเป็นการเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันได้ตามศักยภาพ เพราะความรู้ดังกล่าวจะเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติและช่วยให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ในระยะยาว ความรู้ต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับนั้นจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการตัดสินใจเพื่อการดูแลตนเองและผู้ป่วยก็จะปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความรู้ที่มีตรงกับความต้องการของผู้ป่วยก็จะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเพิ่มมากขึ้น (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531) นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษาผู้ป่วยจะทราบว่าตนเองต้องปฏิบัติตัวอย่างไรในการให้ความร่วมมือในการรักษากับแพทย์และพยาบาล และการมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยยังช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Kaplan & Sadock, 1995) รวมทั้งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้สนใจดูแลตนเองได้มากขึ้นเพื่อลดอาการทางลบ เช่น การแยกตัว เฉื่อยชา และการขาดความกระตือรือร้น

กิจกรรมที่ 3 การสอนการดูแลสุขภาพร่างกายแก่ผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญต้องทำควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพราะกายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจะมีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจด้วยเสมอ ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์ จะทำให้ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่ของตนเองในการดูแลกิจวัตรประจำวันด้านต่างๆได้ด้วยตนเอง เช่น การดูแลสุขภาพส่วนบุคคล การรับประทานอาหารน้ำที่ส่งเสริมสุขภาพ การพักผ่อน และการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ จันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) พบว่าการให้ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคและการรักษาจะมีการดูแลสุขภาพร่างกายได้อย่างเหมาะสมและทำให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่อยู่ และได้ใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ของตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีจิตใจที่สดใส และมีพลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ หากมีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทุกวันจะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจด้วย

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคมเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคมช่วยสร้างสรรค์และรักษาความสัมพันธ์ของชีวิตในสังคมให้คงอยู่ต่อไปการติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ เป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นได้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น (อัญชติ ศรีสุวรรณ, 2547) การสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทนับว่าเป็นสิ่งสำคัญที่จะเป็นประโยชน์กับตัวผู้ป่วยเองไม่ว่าจะเป็นการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ

จะทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องตรงกัน ทั้งนี้เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มีอาการไม่เข้าสังคม นอนมาก ขาดความคิดริเริ่ม ไม่พูด ซึ่งเป็นปัญหาที่ญาติรู้สึกลำบากใจการแก้ไข (Runion, 1983) การพัฒนาทักษะในด้านนี้ทำให้ผู้ป่วยได้มีการรู้จักพูดคุยกับผู้อื่นก่อนและรู้จักหาแนวทางแก้ปัญหาของตนเองในปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ โดยการมีการบอกกล่าวสิ่งที่ตนเองมี ปัญหาหรือบอกถึงสิ่งที่ตนเองต้องการให้กับผู้อื่นได้ ทำให้ได้รับการช่วยเหลืออย่างทันที่

กิจกรรมที่ 5 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยให้ผู้ป่วยได้บอกถึงความรู้สึกต่อการเจ็บป่วย เป็นการจูงใจให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงการรับผิดชอบ ตัดสินใจ ในการเลือกแนวทางการดูแลสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Gibson, 1991 อ้างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) และทำให้ผู้ป่วยกล้าเปิดเผยตนเอง เข้าใจตนเองได้ รวมทั้งทำให้มองเห็นถึงข้อดีและข้อเสียของตน ยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตน ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในตน มีพลังและความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997 อ้างใน สุทธิณี พัดวิสัย, 2545) เป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Roger, 1961 อ้างใน สุกัญญา พิรพรรณ, 2541) และเป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่จะทำให้บุคคลตัดสินใจและสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bunduru, 1986) และทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไปในทางที่ดีขึ้น ผู้ป่วยจะมีความกระตือรือร้น มีแรงจูงใจที่อยากจะพูดระบายให้ผู้อื่นรับฟัง เพราะรู้สึกว่าตนเองได้รับความสนใจ ได้รับการยกย่องจากผู้อื่น ทำให้อารมณ์ทางลบในส่วนนี้ลดลง

จากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งช่วยให้ส่งเสริมถึงการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองเพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือการสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และการเสริมสร้างความสงบสุขในจิตใจ มาผสมผสานกันเป็นโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมโดยมีกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม โดยการจัดกิจกรรมเป็นการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่มแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบที่มารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถานกัลยาณิราชนครินทร์ โดยปฏิบัติกิจกรรมรายบุคคลจำนวน 5 ครั้ง ๆละ 30 นาทีและกิจกรรมรายกลุ่มกิจกรรมละ 45-60 นาที เป็นเวลา 2 สัปดาห์ กิจกรรมเน้นให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมมีการแสดงออก และแลกเปลี่ยนความคิด ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถพัฒนาตนเองให้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

และทำให้มีอาการทางลบที่มีลักษณะอาการเฉื่อยชา การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม ปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่ลื่นไหลอย่างต่อเนื่องและมีความคิดตายตัว ลดลงจากแนวคิดเหตุผลผู้ศึกษาจึงได้ตั้งสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ดังนี้

ผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการพยาบาลแบบองค์รวมมีอาการทางลบลดลงกว่าก่อนได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลัง(The One-Group Pretest-Posttest Design) เพื่อผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่ออาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้

1. การศึกษาครั้งนี้ทำการศึกษา ณ แผนกผู้ป่วยใน หอผู้ป่วยจิตเวช ชายและหญิง สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

2. ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่มีอายุ 20-59 ปี ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ ว่าเป็นโรคจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ โดยผู้ศึกษาได้ใช้แบบประเมินอาการทางลบพบว่ามียกระดับคะแนนอาการทางลบในช่วง 7-11 คะแนน

3. ตัวแปรที่ศึกษาในการศึกษา

ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ตัวแปรตาม คือ อาการทางลบ

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล โดยใช้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ที่เข้ารับการรักษาในตึกผู้ป่วยใน ตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) โดยในโปรแกรมประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม คือ สัมพันธภาพบำบัด การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตน มีการดำเนินกิจกรรมเป็นการบำบัดรายบุคคลและการบำบัดรายกลุ่ม กลุ่มละ 10 คน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้ทำกิจกรรมซึ่งประกอบด้วย 5 กิจกรรม คือ

1. สัมพันธภาพบำบัดเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลด้วยการสนทนาแบบ 1:1 ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 2 สัปดาห์ โดยพบกันรวมจำนวน 5 ครั้งละ 30 นาที ลักษณะ

ของกิจกรรมเป็นการที่ให้ผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยศักยภาพของตนเองและบุคคลใกล้ชิดจัดการกับปัญหา ร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษาเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การรักษาที่แพทย์ให้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อการรักษาและให้ผู้ป่วยแต่ละคนพูดคุยถึงการรักษาของที่ได้รับให้กลุ่มทราบ โดยพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนให้กำลังใจในการรักษาและนำความรู้ที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้กับตนเอง

3. การสอนการดูแลสุขภาพร่างกายเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกัน ในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองทางด้านร่างกายที่ครอบคลุมความต้องการของบุคคล ส่งเสริมและสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยได้ดูแลตนเองและมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองโดยใช้พลังของกลุ่ม

4. การพัฒนาทักษะทางด้านสังคมเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยการสนับสนุนและสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ เมื่อเริ่มมีอาการเตือน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้พูดบอกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับทราบและมีการฝึกปฏิบัติทักษะในการสื่อสารด้วยตนเอง

5. การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมีคุณค่าในตนเป็นการปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที โดยการให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดีข้อเสียของตัวเอง จากการที่ได้ฟังกรณีศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง โดยจะทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นและรับรู้ถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเองได้ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นถึงการพัฒนาตนเองได้ โดยพยาบาลและกลุ่มสร้างความเชื่อมั่นว่าผู้ป่วยสามารถจะพัฒนาตนเองได้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่า โดยพยาบาลเป็นผู้ที่ส่งเสริมความรู้สึกที่เป็นบวกของผู้ป่วยและนำไปสู่การมีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้สามารถดูแลตนเอง รวมทั้งประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดของผู้ป่วย

อาการทางลบ หมายถึง อาการที่แสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษยสัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นเองอย่างเป็นธรรมชาติและไม่สิ้นไหลอย่างต่อเนื่อง และการคิดอย่างตายตัว ซึ่งประเมินโดยใช้แบบประเมินอาการทางลบของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ซึ่งมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-13 โดย 10-13 ถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางลบมาก 5-9 ถือว่าเป็นผู้ที่มีอาการทางลบปานกลาง และ 0-4 ถือว่ามีอาการทางลบน้อย

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช ICD-10 และเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยในทั้งเพศชายและเพศหญิงและเป็นผู้ที่ได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในหอผู้ป่วยระยะแรกรับที่สามารถดูแลตัวเองได้โดยมีการช่วยเหลือสนับสนุนอย่างใกล้ชิดจากพยาบาล พุดคุยกับผู้อื่นได้แต่ไม่เป็นฝ่ายเริ่มต้นก่อนและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมการอยู่ร่วมกันแต่ไม่สม่ำเสมอ การพุดคุยครั้งแรกอาจพุดทักทายแต่ครั้งต่อไปอาจไม่พุดเลยก็ได้ และหรือเป็นผู้ป่วยที่กลับมารักษาช้า

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการพัฒนาปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบได้อย่างครอบคลุมด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านตามกำหนดและสามารถปรับตัวอยู่ร่วมกับครอบครัวได้อย่างมีความสุข รวมทั้งลดอัตราการกลับมาป่วยซ้ำของผู้ป่วย
2. เป็นแนวทางการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้ทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช