

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา บทความ วารสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระที่สำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการดำเนินโครงการ นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก การดำเนินของโรคและการรักษา
 - 1.2 เกณฑ์การจำแนกผู้ป่วยจิตเภท
2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทของงานผู้ป่วยนอก
 - 2.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 2.2 ระบบบริการในงานผู้ป่วยนอก
 - 2.3 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าหลวง
3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 3.1 ความหมายของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
 - 3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมในการดูแลตนเอง
 - 3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 3.4 ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท
4. การพยาบาลองค์กรร่วม
 - 4.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์กรร่วม
 - 4.2 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์กรร่วม
 - 4.3 การพยาบาลองค์กรร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท
5. แนวคิดโปรแกรมการพยาบาลองค์กรร่วมสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทแผนกผู้ป่วยนอก
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยตลอดจนครอบครัวและประเทศชาติเป็นอย่างมาก การให้การช่วยเหลือ แก่ไข จำเป็นต้องทราบรายละเอียดเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ ตลอดจนการรักษาพยาบาลที่ถูกต้องก่อนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

1.1 ความหมาย สาเหตุ อาการทางคลินิก การดำเนินโรคและการรักษา

1.1.1 ความหมาย

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกตัว และความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการและปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลายาวนานอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม / การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 1994)

ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีกลุ่มอาการความผิดปกติทางอารมณ์ กระบวนการคิด พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม ความผิดปกติทางอารมณ์แสดงออกโดยผู้ป่วยตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง ความผิดปกติด้านการรับรู้สิ่งต่างๆ ที่ไม่มีความจริง เช่น ได้ยินเสียงโดยไม่มีเสียงจริง ๆ ความผิดปกติของกระบวนการคิดแสดงออกโดยผู้ป่วยมีความคิดไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมทั่วไปเช่น ความคิดหลงผิด ส่วนทางด้านพฤติกรรมและบุคลิกภาพ พบว่า มีพฤติกรรมแยกตัว พฤติกรรมถดถอย พฤติกรรมแปลกๆ (อำไพพรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

ตามความหมายของ ICD-10 ได้กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสม สติสัมปชัญญะและเชาวน์ปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536)

สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพ

1.1.2 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าโรคจิตเภทมีปัจจัยส่งเสริมหลายปัจจัยสรุปได้ดังนี้

1.1.2.1 ปัจจัยทางชีวภาพ

1) ด้านพันธุกรรม การศึกษาพันธุกรรมของผู้ป่วยจิตเภทประกอบด้วย การศึกษาครอบครัว การศึกษานุตรบุญธรรม และการศึกษาในคู่แฝด พบว่าพันธุกรรมเป็นสาเหตุสำคัญของโรคนี้ โดยการศึกษาในครอบครัวพบว่าญาติสนิทและบุตรของผู้ป่วยมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคถึงร้อยละ 5-10 สำหรับการศึกษาในบุตรบุญธรรมพบว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าบุตรบุญธรรมที่มีมารดาแท้ไม่ได้ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนการศึกษาในคู่แฝด พบว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกัน มีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบถึง 4 เท่าและมีโอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรคมกกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า

2) ด้านชีวเคมี

- สมมุติฐานเกี่ยวกับสาร Dopamine สมมุติฐานนี้เชื่อว่ามีสาร Dopamine หลั่งออกมามากในสมอง ทำให้เกิดอาการทางจิตที่มีการศึกษาที่สนับสนุนสมมุติฐานนี้ โดยพบว่าสาร Amphetamine ทำให้เพิ่มการหลั่งของสาร Dopamine มากขึ้น ซึ่งก่อให้เกิดอาการทางจิต ในขณะที่ยาด้านโรคจิต เช่น Haloperidol, Chlorpromazine มีผลต่อสารโดปามีนโดยการยับยั้งการจับกันของสาร Dopamine จึงทำให้อาการทางจิตลดลง (Kaplan & Sadock, 1998)

- สมมุติฐานทางชีวเคมีอื่น (Other Biochemical Hypothesis) จากการศึกษาพบว่าความผิดปกติของสารสื่อประสาทในสมองหลายตัวเป็นสาเหตุของโรคจิตเภทได้ เช่น Norepinephrine, Serotonin, Acetylcholine มีข้อสันนิษฐานว่าในโรคจิตเภทสมดุลของ Serotonin มีความผิดปกติ เนื่องจากยารักษาโรคจิตชนิดใหม่คือ clozapine และ risperidone มีความสัมพันธ์กับ Serotonin Receptors (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

3) ด้านสรีรวิทยา เช่น การติดเชื้อไวรัส ความผิดปกติทางด้านร่างกาย การเปลี่ยนแปลงทางเนื้อเยื่อ โรคบางอย่าง ดังจะเห็นได้จากการศึกษาสมองในผู้ป่วยจิตเภทที่เสียชีวิตแล้ว พบว่าสมองมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะคล้ายการติดเชื้อโรคบางชนิด เช่น เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อไวรัส ส่วนความผิดปกติของร่างกาย มีการศึกษาโดยใช้เอกซเรย์คอมพิวเตอร์ตรวจที่สมองพบว่า ventricular มีขนาดใหญ่ขึ้นและ cerebellar มีขนาดเล็กลง และจากการทำ MRI พบว่ามีความผิดปกติใน hippocampus, amygdala, temporal lobes, basal ganglia

1.1.2.2 ปัจจัยทางด้านจิตใจ

ในทฤษฎีจิตวิเคราะห์ เชื่อในกระบวนการคิดเริ่มแรกกว่าการคิดเพื่อฝันและเผด็จการ มีความสัมพันธ์กับกระบวนการคิดในโรคจิตเภท ซัลลิแวน (Sullivan, 1953) เชื่อว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความสัมพันธ์ระหว่างเด็ก และครอบครัวที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลสูง

ซึ่งทำให้เด็กปฏิเสธว่าไม่ใช่ฉัน (not me) แต่เป็นคนอื่นซึ่งมีผลกระทบต่อระบบความเป็นตนเอง และเป็นพื้นฐานของการเกิดโรคจิตเภท อิริคสัน (Erikson, 1963) อธิบายว่าในระยะที่หนึ่ง ความไว้วางใจแย้งกับความสงสัยในน้ำใจคนอื่น (trust versus mistrust) ถ้าพัฒนาการในระยะนี้หยุดพัฒนา ทำให้บุคคลนั้นมีลักษณะหวาดระแวง ไม่ไว้วางใจผู้อื่น แยกตัว สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นยาก ซึ่งเป็นจุดอ่อนที่ก่อให้เกิดความผิดปกติทางจิต

1.1.2.3 ปัจจัยทางครอบครัว

จากการศึกษาพบว่า การเกิดโรคจิตเภทเกี่ยวข้องกับการทำหน้าที่ของระบบครอบครัวบกพร่อง โดยเฉพาะการขัดแย้งกันของสัมพันธภาพในชีวิตคู่ ที่ก่อให้เกิดความวิตกกังวลภายในครอบครัว ทำให้เด็กเกิดความสับสนทางจิตใจ นอกจากนี้การที่ครอบครัวมีการสื่อสารแบบสองนัย ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อมีข่าวสารสองอย่างซึ่งส่งโดยบุคคลเดียวกันเวลาเดียวกันแต่ขัดแย้งกัน ข่าวสารอย่างหนึ่งมักจะเป็นคำพูดแต่อีกอย่างหนึ่งเป็นท่าทางการแสดงออก ทำให้ผู้รับสารตัดสินใจไม่ถูกว่าจะเลือกตอบสนองต่อข่าวใด ผู้รับสารที่เป็นเด็กจะเกิดความวิตกกังวล กลัวขาดความมั่นคงทางจิตใจ (Kaplan & Sadock, 1998)

1.1.2.4 ปัจจัยทางสิ่งแวดล้อม

มีการศึกษาพบว่าภาวะทางสังคมและเศรษฐกิจ เหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิต อาจเป็นสาเหตุการเกิดโรคจิตเภทได้ โดยบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจต่ำ มีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าบุคคลที่มีภาวะสังคมและเศรษฐกิจสูง (Sadock & sadock, 2000) บุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทส่วนมากจะเผชิญกับเหตุการณ์ตึงเครียดในชีวิตได้แก่ การสูญเสีย การหย่าร้าง การถูกออกจากงาน เป็นต้น

1.1.3 อาการทางคลินิก ผู้ป่วยโรคจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ความคิด พฤติกรรม และอารมณ์ อาการและอาการแสดงที่สำคัญแบ่งได้เป็น 2 แบบ (Taylor, M.C., 1994 ; Jonhson, 1993) คือ

1) อาการบ่งชี้ทางบวก (Positive symptoms/ Type I syndrome) ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการที่เด่นชัดคือ มีความผิดปกติของความคิดทั้งเนื้อหาและความเชื่อมโยงของความคิดร่วมกับมีความผิดปกติของการรับรู้ ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอาการแสดงที่เด่นชัดคือหลงผิด (Delusion) ประสาทหลอน (Hallucination) พูดจาสับสนหรือเปลี่ยนเรื่องพูดเร็ว (Disorganize speech) และมีพฤติกรรมแสดงออกที่แปลกไปจากเดิม (Bizzare behavior) เป็นพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมหรือเป็นพฤติกรรมที่ผู้ป่วยไม่เคยปฏิบัติมาก่อน

2) อาการบ่งชี้ทางลบ (Negative symptoms/ Type II syndrome) คือ การที่ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมตามปกติหรือแสดงพฤติกรรมลดลง บางรายมีอาการอยู่ท่าเดียวนาน ๆ โดยไม่มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อม (Catatonic schizophrenia or Waxy Flexibility) ซึ่งเป็นอาการเฉพาะของผู้ป่วยจิตเภท โดยเฉพาะในด้านการแสดงออกทางอารมณ์ที่พบบ่อยมักเป็นการแสดงที่ไม่เหมาะสม (Inappropriate affect) หรือเฉยชา (Blunt or Flattening) ซึ่งเกิดจากความรู้สึกต่อตนเองเปลี่ยนไป บางรายมีอาการซึมเศร้า สับสน โดยทั่วไปผู้ป่วยมีอาการเหมือนกับขาดแรงกระตุ้นหรือขาดความสนใจ

1.1.4 การดำเนินของโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินของโรคเกิดขึ้นช้าๆ ไม่สามารถรู้แน่ชัดว่าโรคเริ่มต้นเมื่อไร แต่อาการหลงผิดมักเริ่มหลังอายุ 20 ปีไปแล้ว แต่ไม่เกินอายุ 40 ปี แรกๆอาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) คือ

1.1.4.1 ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มมีอาการน้อยๆ ส่วนใหญ่การเปลี่ยนแปลงจะค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในด้านหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปไม่เหมือนคนเดิม เริ่มแรกส่วนใหญ่มักเกิดตัวมากขึ้น อาจหันไปสนใจด้านปรัชญา ศาสนา จิตวิทยา หรือเรื่องของไสยศาสตร์ มีความคิด คำพูด หรือบางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลก แต่ก็ไม่ผิดปกติชัดเจน มีบ้างที่อาจเห็นว่าผู้ป่วยเป็นคนขี้เกียจ สนใจตนเองน้อยลง มีการใช้คำพูดหรือสำนวนแปลกๆระยะนี้อาจนานเป็นเดือน ถึงเป็นปี ช่วงที่ผู้ป่วยดื่มสุราหรือเครียดจัดๆ อาจเห็นชัดว่าผู้ป่วยไม่ปกติ ในบางคนอาจไม่เห็นระยะนี้ชัดเจน พอมีเรื่องกดดันจิตใจก็เกิดอาการโรคจิตรุนแรงขึ้นมาเลยก็มี

1.1.4.2 ระยะอาการกำเริบ (active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน อาการเป็นมากขึ้นเรื่อยๆ จนถึงขั้นอาการกำเริบ ในขณะที่บางคนระยะแรกอาจนานหลายๆเดือน ก่อนที่อาการจะกำเริบ ส่วนใหญ่แล้วอาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น อาการที่พบบ่อยในระยะกำเริบมีดังนี้

1) อาการหลงผิด ได้แก่ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง และเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์หรือเหตุผลมาหักล้าง ผู้ป่วยยังคงไม่เปลี่ยนความเชื่อของตน ความหลงผิดที่พบบ่อยในโรคจิตเภทมักมีหลายรูปแบบ เช่น

- หวาดระแวง เชื่อว่ามีคนปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง

- หลงผิดว่าเรื่องต่างๆที่เกิดขึ้นรอบตัวล้วนแต่เกี่ยวข้องกับตนเอง เช่น เห็นคนคุยกันก็เชื่อว่าเขาคุยเรื่องตนเอง ดูโทรทัศน์ก็รู้สึกว่าเรื่องในโทรทัศน์เกี่ยวข้องกับตนเอง

- หลงผิดว่าตนเองเป็นเทพ เป็นเจ้า หรือเป็นคนสำคัญกลับชาติมาเกิด บางครั้งความหลงผิดอาจเป็นเรื่องของศาสนา เช่นเชื่อว่า ตนเองเป็นพระพุทธเจ้า ตนเองตรัสรู้ เป็นต้น

- หลงผิดเกี่ยวกับอาการทางกาย เช่น เชื่อว่าตนเป็นโรคใดโรคหนึ่ง หรือเชื่อว่าร่างกายตนผิดไปจากเดิม ไม่ว่าจะแพทย์จะยืนยันอย่างไรก็ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงความคิดได้

- ความหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึกพิลั่น เป็นความเชื่อที่ไม่ว่าใครได้ยืนยันก็รู้ว่าเป็นไปไม่ได้ เช่น เชื่อว่ามีคลื่นอยู่ในสมอง เชื่อว่าตนมีเครื่องดักจับวิญญาณ เป็นความหลงผิดที่ไม่ค่อยพบในโรคจิตอื่นๆ

2) อาการประสาทหลอน คือการมีการรับรู้ทั้งที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นไปกับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและการสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว ลักษณะที่พบบ่อยคือ เสียงแว่วคนพูดคุยกัน หรือวิพากษ์วิจารณ์ตัวผู้ป่วย ประสาทหลอนที่รองลงมาคือ ภาพหลอน อาจเห็นภาพคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ ร่ายละเอียดชัดเจนและมักมีหูแว่วร่วมด้วย ประสาทหลอนอื่นๆ เช่น ได้กลิ่นแปลกๆหรือลิ้นรับรู้อรสแปลกๆ อาจพบได้แต่ไม่บ่อย

3) อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะไม่เป็นเหตุเป็นผล หรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเข้าใจคนเดียว ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดให้เป็นแนวทางเดียวกันตลอดได้ ซึ่งจะแสดงออกมาโดยผ่านทาง การสนทนา เป็นการพูดที่ไม่ต่อเนื่อง พูดเรื่องหนึ่งไปอีกเรื่องหนึ่ง โดยอีกเรื่องหนึ่งไม่เกี่ยวเนื่องกับเรื่องเดิม หรืออาจเกี่ยวเพียงเล็กน้อย หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย หากเป็นหลายๆการวางคำในประโยคเองจะสับสนทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย บางคนอาจใช้คำแปลกๆที่คนอื่นไม่เข้าใจนอกจากตนเอง ผู้ป่วยทั้งหมดจะไม่คิดว่าตนเองผิดปกติไป อาการอย่างนี้ยากต่อการรักษา

4) อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปจนเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือจากความคิดแปลกๆ ของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น ไม่อาบน้ำหลายๆ วันติดกัน กลางคืนไม่นอน ทำท่าทางแปลกๆ มีพฤติกรรมก้าวร้าว ซึ่งอาการเช่นนี้มักก่อความเดือดร้อนแก่ญาติมาก จนต้องพามาพบแพทย์

5) อาการทางอารมณ์ อาจพบผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางราย อาจมีอาการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะร่วน หรือหัวเราะคิกคักคนเดียวทั้งที่ไม่มีเรื่องขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการทางจิตดีขึ้น

มีอาการอีกรูปแบบหนึ่งคืออาการทางลบ (Negative symptoms) คือผู้ป่วยขาดในสิ่งที่ควรจะมีในคนทั่วไปได้แก่

-A logia พูดน้อย ไม่ค่อยพูดเนื้อหาที่พูดมีน้อยใช้เวลานานกว่าจะตอบ

-Affective flattening การแสดงออกด้านอารมณ์ลดน้อยลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตา

-A volition-apathy ขาดความกระตือรือร้น เชื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ไม่สนใจเรื่องเรียนหรือทำงาน ผู้ป่วยอาจอยู่เฉยๆทั้งวันโดยไม่ทำอะไร

-Anhedonia-asociality ไม่มีกิจกรรมที่สนุกสนาน เก็บตัว ไม่ค่อยแสดงออก หรือไม่สนใจคบหาสมาคมกับใคร อาการด้านลบในลักษณะนี้อาจเริ่มเห็นตั้งแต่ระยะเริ่มแรกที่ยังไม่มีอาการกำเริบที่ชัดเจนในบางคนอาการเด่นจะแสดงออกมาในลักษณะนี้ โดยไม่พบอาการหลงผิด หรือประสาทหลอนที่ชัดเจนเลยก็มี

1.1.4.3 ระยะอาการทุเลา (stabilization phase) หรือ ระยะอาการคงที่ ระยะนี้เป็นระยะที่อาการต่างๆ เริ่มคงที่ หรือหากมีก็ไม่รุนแรงเท่ากับระยะอาการกำเริบ ผู้ป่วยบางรายอาจไม่มีอาการเลยในขณะที่บางรายอาการไม่ได้ออกเป็นอาการโรคจิตชัดเจน เช่น อาการเครียด หงุดหงิด วิตกกังวลง่าย หรือนอนไม่หลับเป็นครั้งคราว บางรายอาจมีอาการด้านบวกหลงเหลืออยู่บ้าง เช่น มีความคิดแปลกๆ เชื่อในเรื่องไสยศาสตร์ หรือโชคกลาง อาการด้านลบมักพบบ่อยในระยะนี้

การดำเนินของโรคในสมัยก่อนมักคาดหมายว่าจะต้องเป็นแบบเรื้อรังอย่างเดียว ซึ่งจะนำไปสู่การเสื่อมของบุคลิกภาพ แต่การรักษาในปัจจุบันพบว่า ร้อยละ 25 รักษาได้ผลดี อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆ หายๆ (ยาใจ สิทธิมงคล, 2539) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่เปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบคือ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536 ; Sadock & Sadock, 2000)

1.หายขาดโดยไม่กลับเป็นอีก

2.หายโดยกลับเป็นอีก

3.หายโดยไม่สมบูรณ์คือพอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพและต้องได้รับการช่วยเหลืออยู่

5. เรื้อรังแต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นความบ่งบอกความเรื้อรังของผู้ป่วยโรคจิต

6. มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

1.1.5 การรักษา สาเหตุของโรคจิตเภทอาจไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทำให้ยากแก่การรักษา ดังนั้นการรักษาจึงแปรเปลี่ยนไปตามอาการเด่นๆของผู้ป่วย วิธีการรักษาอาจต้องใช้การผสมผสานของวิธีการหลายอย่างร่วมกัน โดยแนวทางในการรักษาผู้ป่วยโรคจิตเภทมีดังนี้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช, 2542)

1) การรักษาด้วยยา โดยยาจะช่วยปรับแก้ความผิดปกติของการหลั่งสารสื่อประสาทที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรค มีผลทำให้ลดอาการรุนแรงของโรคลงเกือบทุกอาการโดยเฉพาะอาการทางบวก เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน เป็นต้น การรักษาด้วยยาต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล เมื่อเริ่มอาการทุเลา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การติดต่อสื่อสารจะดีขึ้น ซึ่งในระยะนี้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทจำเป็นต้องได้รับยาต่อไปจนกว่าอาการจะคงที่ โดยจะต้องรับยาต่อเนื่องประมาณ 1-2 ปี ในผู้ที่เป็โรคจิตเภทครั้งแรก เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ

2) การรักษาทางจิตสังคม เนื่องจากโรคจิตเภททำให้ ผู้ป่วยมีอาการเสื่อมเสียอย่างมากในด้านการทำงาน และการเข้าสังคมซึ่งปัญหาดังกล่าวยังคงอยู่ แม้อาการของโรคจิตจะลดลงแล้ว ดังนั้นการรักษาทางจิตสังคมจึงจำเป็นเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยร่วมมือในการใช้ยาและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเผชิญกับความเครียด ซึ่งมีหลายวิธีดังนี้

- การรักษาแบบผู้ป่วยใน ซึ่งจะลดความเครียดของผู้ป่วยและผู้ดูแล และการรักษาจะช่วยให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากประสบการณ์จริงเพื่อให้สามารถกลับไปประยุกต์ใช้เมื่ออยู่ในชุมชนของตนเองได้

- การรักษาแบบไปกลับ การรักษานี้สามารถจัดให้กับผู้ป่วยนอก โดยจัดให้ผู้ป่วยมีการเข้าสังคม การฝึกอาชีพ การทำจิตบำบัดและการให้ความรู้ในเรื่องของจิตใจ

- การทำจิตบำบัด โดยแบ่งเป็นจิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม การรักษาแบบนี้มีประโยชน์ในการช่วยผู้ป่วยแก้ไข้ปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวัน และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองให้ได้มากที่สุด

- ครอบครัวยุติบัตร มุ่งเน้นให้ความรู้แก่ครอบครัวในเรื่องธรรมชาติบำบัดของโรค และบทบาทของญาติในการป้องกันการกลับป่วยซ้ำ

- การฝึกความชำนาญในการเข้าสังคม ซึ่งจะเป็นการมุ่งเน้นเพิ่มความชำนาญในการคบหาผู้อื่น การให้ผู้ป่วยมีโอกาสฝึกฝนพฤติกรรมต่างๆ ก่อนที่จะนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน

- การจัดการรายกรณี เพื่อดูแลในเรื่องต่างๆ เช่น การดำเนินชีวิตและสุขภาพ การประสานงานต่างๆ รวมทั้งการจัดการเรื่องที่פקและการเงิน การฝึกฝนวิชาชีพและความต้องการพื้นฐานอื่นๆ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามสมควร และลดความจำเป็นในการรักษาในโรงพยาบาล

จากที่ได้กล่าวมาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด สรุปได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิด การรับรู้ อารมณ์ และ พฤติกรรม ซึ่งความผิดปกติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยมีการกระทำ/การแสดงออกที่ไม่เหมาะสม โดยมีอาการและอาการแสดงที่สำคัญ 2 แบบ คือ อาการทางบวกและอาการทางลบ การดำเนินของโรคเป็นแบบค่อยเป็นค่อยไป จัดเป็นโรคเรื้อรัง ระยะเวลาที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ คือ ระยะเวลาอาการกำเริบ สาเหตุที่ทำให้เกิดโรคยังไม่ทราบแน่ชัดปัจจุบันเชื่อว่าเกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน ทั้งทางด้านชีววิทยาและ จิตสังคม ดังนั้นการรักษาเป็นการผสมผสานระหว่างการรักษาทางยา และการรักษาทางจิตสังคม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ

1.2 เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเภทการจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวชเป็นการให้ค่าความเจ็บป่วยในรูปปริมาณตามความต้องการการดูแลของผู้ป่วยแต่ละคนโดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็นประเภทต่างๆ 5ประเภท (กรมสุขภาพจิต, ม.ป.ป. ; ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช, 2538) คือ

1) ผู้ป่วยประเภทฉุกเฉิน หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลไม่แน่นอนเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่นและ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ในเรื่องการดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องการทำให้หรือทำได้เองบางส่วน ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุย ทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากร และการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัดมีภาวะเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อชีวิต และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับอวัยวะสำคัญ (Vital organ)

2) ผู้ป่วยประเภทวิกฤต หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลไม่ถูกต้อง เป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ในเรื่องการดูแลตนเอง ผู้ป่วยต้องการการทำให้ ไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกัน การพูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อน

และบุคลากร และการมีสัมพันธภาพเชิงบำบัดมีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต และมีพยาธิสภาพเกี่ยวกับอวัยวะสำคัญ(Vital organ) และสัญญาณชีพ(Vital signs)

3) ผู้ป่วยประเภทแรกเริ่ม หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่สับสนในเรื่องเวลา สถานที่ และบุคคล มีแนวโน้มเสี่ยงที่จะเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น และ/หรือ ทำลายทรัพย์สิน ดูแลตนเองได้ โดยมีการช่วยทำให้ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันและการพูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากร ได้เป็นครั้งคราว มีความไว้วางใจพยาบาล ฟัง ได้ตอบ คิด แสดงความคิดและบอกความรู้สึกของตนเองไม่ได้ อาจมีภาวะเสี่ยงต่อชีวิต

4) ผู้ป่วยประเภทเร่งรัดบำบัด หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ และบุคคลถูกต้องในเรื่องใกล้ตัว เป็นอันตรายต่อความเป็นตนเองในส่วนบุคคลและการทำหน้าที่ ดูแลตนเองได้โดยมีการประคับประคองสนับสนุนอย่างใกล้ชิด (บอกซ้ำ) ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้โดยไม่ต้องรับผิดชอบ พูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้แต่ไม่มีการเริ่ม ไว้วางใจพยาบาล ฟัง ได้ตอบ คิด แสดงความคิด บอกความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว มีพยาธิสภาพทางกายไม่รุนแรง

5) ผู้ป่วยประเภทบำบัดระยะยาว หมายถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล ถูกต้องในเรื่องใกล้ตัวและไกลตัว การควบคุมตนเองไม่เป็นอันตรายแต่ไม่เป็นประโยชน์ (สร้างสรรค์) ต่อตนเอง ผู้อื่นและสิ่งแวดล้อม ดูแลตนเองได้โดยประคับประคองสนับสนุน สอนจัดสิ่งแวดล้อมเป็นครั้งคราว ปฏิบัติกิจกรรมการอยู่ร่วมกันได้และร่วมรับผิดชอบพูดคุยทักทายในกลุ่มเพื่อนและบุคลากรได้โดยเริ่มตนเอง ไว้วางใจพยาบาล ฟังและได้ตอบได้ แสดงความคิดเห็นและความรู้สึกของตนเองได้เป็นครั้งคราว ไม่มีพยาธิสภาพทางกาย และ Vital organ

เกณฑ์ที่ใช้บ่งชี้ความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยแต่ละประเภท พิจารณาตามสภาพและลักษณะของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วยตัวบ่งชี้ใหญ่ ๆ 3 หมวด ดังนี้

1) การรับรู้ เวลา สถานที่ บุคคล เป็นการประเมินความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอก ตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตน สิ่งแวดล้อม เช่น เวลาในอดีตและปัจจุบัน สถานที่ที่เกี่ยวข้อง บุคคลที่มีความสัมพันธ์ด้วยทั้งในลักษณะความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและไม่ใกล้ชิด

2) การจัดการกับความคิด อารมณ์ และการแสดงออกของตน เป็นกระบวนการที่เกี่ยวข้องกับวิถีคิด การควบคุมอารมณ์ และการแสดงออกของพฤติกรรม ที่ให้บรรลุเป้าหมายของตนเอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชจะรวมถึงอาการและอาการแสดงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

3) ศักยภาพส่วนบุคคล เป็นความสามารถของบุคคลที่จะดำรงชีวิตของตนได้อย่างปกติเช่นคนทั่วไป ซึ่งแบ่งเป็น 4 ด้านคือ

1. การดูแลตนเองเกี่ยวกับกิจวัตรประจำวัน เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ที่จะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานของร่างกาย เช่น การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลการเคลื่อนไหวร่างกาย การขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ ฯลฯ
2. การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม เป็นความสามารถของบุคคลที่จะมี ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง รวมถึงการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วย
3. การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นการประเมินความสามารถในการมีปฏิสัมพันธ์ในลักษณะการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการรักษาระหว่างพยาบาลและผู้ป่วย
4. สมรรถภาพทางกาย เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของอวัยวะภายในร่างกายที่จะตอบสนองให้บุคคลสามารถดำรงชีพอยู่ได้โดยอิสระตามธรรมชาติของร่างกายของบุคคลแต่ละคน

คำจำกัดความที่ใช้ในแบบประเมิน

ผู้ป่วยทางจิตหมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตหรือป่วยเป็นโรคจิต

การรับรู้ หมายถึง ความสามารถของบุคคลในการรับรู้เกี่ยวกับตนเองและโลกภายนอกตลอดจนความสัมพันธ์ระหว่างตนกับสิ่งแวดล้อม เช่น เวลา สถานที่ บุคคล เป็นต้น

การจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออกของตน หมายถึง กระบวนการคิดเกี่ยวกับ ความคิด อารมณ์ และการกระทำพฤติกรรมเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตนตลอดจนรวมถึงอาการ และอาการแสดงของโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่

ศักยภาพส่วนบุคคล หมายถึง ความสามารถของบุคคลในเรื่องการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน การดำรงชีวิตตนในฐานะสมาชิกของสังคม การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด และสมรรถภาพทางกาย

ภาวะแทรกซ้อน / ผลกระทบจากการรักษาทางชีวภาพ หมายถึง ภาวะที่ไม่พึงประสงค์ /ผลกระทบจากการรักษา จากยารักษาทางจิต การรักษาด้วยไฟฟ้าและจากการจำกัดพฤติกรรม

พยาธิสภาพทางกาย หมายถึง โรคแทรกซ้อนทางกายของผู้ป่วย เช่น โรค
ใช้สมองอักเสบ TB Advanced State ฯลฯ

มีอันตรายเสี่ยงต่อ ABC หมายถึง มีอันตราย / เสี่ยงต่อทางเดินหายใจ
(Air way) การหายใจ (Breathing) หัวใจและหลอดเลือด (Cardio Vascular)

ในการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม
โครงการใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช ประเมินอาการผู้ป่วยก่อนเข้าร่วมโครงการ
โดยคัดเลือกผู้ป่วยจิตเภทประเภทเรื้อรังเรื้อรังและเรื้อรังระยะยาว ที่ได้รับการตรวจรักษาที่งาน
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง และแพทย์ให้ยากลับไปดูแลตนเองที่บ้าน ทั้งนี้ผู้ป่วยจิตเภทใน
ชุมชนต้องใช้ศักยภาพของตนในการดูแลตนเองเพื่อปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองที่บ้าน และมา
พบแพทย์เพื่อติดตามอาการตามนัด

2. การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทของงานผู้ป่วยนอก

การให้การพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกนี้ ถือเป็นงานสำคัญยิ่งของโรงพยาบาลที่จะต้อง
ดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้
มาใช้บริการ งานบริการนี้จะครอบคลุมถึงงานรักษาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค
และงานฟื้นฟูสภาพ เพื่อให้เข้าใจเรื่อง การให้การพยาบาลแบบผู้ป่วยนอกมากขึ้นในเนื้อ
หา จะกล่าวถึงเรื่อง การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท ระบบบริการในงานผู้ป่วยนอกที่จะมีราย
ละเอียดว่างานผู้ป่วยนอกมีภาระกิจในด้านใดบ้างและจะกล่าวเชื่อมถึงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วย
นอกเป็นลำดับต่อไป ซึ่งจะครอบคลุมถึงเรื่องการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทของงานผู้ป่วยนอกของ
โรงพยาบาลท่าหลวงด้วยต่อไป

2.1 การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านความคิด การรับรู้ ด้านการสื่อความหมายและด้านการ
สังคม ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ที่ให้การพยาบาลจะต้องตรงไปตรงมา ไม่อ้อมค้อม เนื้อ
หาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริงไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถ
แยกการล้อเลียนและการพูดความจริงได้ (สุวนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2545)

2.1.1 หลักการพยาบาลทั่วไป

2.1.1.1 การพยาบาลด้านร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มี
ปัญหาด้านการดูแลตนเอง ไม่อาบน้ำเป็นเวลาหลาย ๆ วัน ไม่แปรงฟัน ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ผู้ป่วย

บางคนมีพฤติกรรมหวาดระแวงอาจจะไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ไม่รับประทานอาหาร ซึ่งอาจเกิดภาวะขาดสารอาหารได้ จึงควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขอนามัยของตนเองและดูแลให้ได้รับสารอาหารอย่างเพียงพอ

2.1.1.2 การพยาบาลด้านความคิด การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราได้รับความคิดของผู้ป่วย การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้น จะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วย ที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม (search for meaning) ได้มากขึ้น พยาบาลต้องให้ความจริงแก่ผู้ป่วย และการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง (reinforcing reality) ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่น เห็นภาพบางขณะที่พยาบาลไม่เห็น พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย โดยให้ผู้ผู้ป่วยบรรยายภาพที่เห็น ในขณะที่เดียวกันก็จะบอกว่าพยาบาลไม่เห็นภาพนั้น เป็นต้น

2.1.1.3 การพยาบาลด้านจิตใจอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านอารมณ์ ที่เห็นได้ชัดเจนคืออารมณ์ราบเรียบ ซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่นิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ไม่สบตา ภาวะนี้อาจจะทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่พอใจ และพยาบาลอาจจะเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการสนองตอบทางอารมณ์ให้ เหมาะสมกับเหตุการณ์

2.1.1.4 การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและการแยกตัวอยู่คนเดียวของผู้ป่วย การไม่สนใจผู้อื่นและการไม่สนใจกิจกรรมของสังคม เป็นปัญหาที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ที่พยาบาลต้องวางแผนแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้อาจต้องใช้ระยะเวลานานในการปรับพฤติกรรม พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วยและส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้บุคคลที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย เช่นการดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน ของตนเอง พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรมีการให้รางวัล การให้คำชมเชย เป็นต้น

2.1.2 การใช้กระบวนการพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทโดยใช้กระบวนการพยาบาลจะต้องมีการประเมินสภาพผู้ป่วยในด้านต่าง ๆ กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยพิจารณาจากปัญหาที่ได้จากการประเมิน จำแนกปัญหาที่ได้ว่าเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ในระยะสั้นหรือระยะยาว และเป็นปัญหาที่ต้องใช้เวลาในการแก้ไขตามลำดับความสำคัญก่อนหลังของปัญหา การวางแผนการพยาบาล ให้การพยาบาล และ ประเมินผลการพยาบาล

2.1.2.1 การประเมินสภาพผู้ป่วย การประเมินสภาพทั่วไปและอาการต่าง ๆ ของผู้ป่วย ประเมินความคิด การรับรู้และพฤติกรรมโดยทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย การประเมินสาเหตุทำให้ผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วยนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล

- ประเมินสุขภาพร่างกายทั่วไป ประเมินด้านการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป ด้านสุขอนามัย เพื่อดูความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินการแต่งกายว่าเหมาะสมกับสภาพการณ์หรือไม่ ประเมินความสะอาดของปากฟัน ความสะอาดของร่างกาย การได้รับอาหาร การพักผ่อนโดยสังเกตจากสีหน้า แววตา นอกจากนี้ควรประเมินว่ามีภาวะน้ำเป็นพิษหรือไม่ การรักษาผู้ป่วยจิตเภทต้องใส่ใจด้านอาการทางจิต การได้รับยาชนิดนี้ทำให้ผู้ป่วยมีอาการคอแห้งกระหายน้ำ ผู้ป่วยจะดื่มน้ำบ่อย การดื่มน้ำบ่อยทำให้ผู้ป่วยได้รับน้ำมาก ทำให้การขับถ่ายน้ำไม่ทัน เกิดภาวะน้ำเป็นพิษได้

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

- ประเมินพฤติกรรมผู้ป่วย ประเมินพฤติกรรมผิดปกติของผู้ป่วย เช่น การหนีผู้คน หลบซ่อนตัวเนื่องจากความกลัวว่าจะมีผู้คนจะมาทำร้ายนอกจากนี้ผู้ป่วยอาจจะมีพฤติกรรม มากเกินไป ทำให้ผู้ป่วยอยู่ไม่ได้ ต้องเคลื่อนไหวตลอดเวลา มีพฤติกรรมวุ่นวายอยู่ไม่นิ่ง รบกวนผู้อื่นอาจทำให้ผู้อื่นรำคาญและทำร้ายผู้ป่วยได้ หรือพฤติกรรมผู้ป่วยอาจจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่นเนื่องจากภาวะหลงผิดและประสาทหลอนได้

- ประเมินด้านสัมพันธภาพ ควรประเมินผู้ป่วยด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นผู้ป่วย มีการรบกวนผู้อื่นหรือไม่อย่างไร มีปัญหาการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นหรือไม่พฤติกรรมที่เกิดจากความคิดหลงผิดและภาวะประสาทหลอนจะทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างปกติ ถ้าการกระทำของผู้ป่วยรบกวนผู้อื่น ก็อาจจะเป็นสาเหตุทำให้ผู้อื่นรำคาญและอาจทำร้ายผู้ป่วยได้ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจิตเภทมักจะมีแนวโน้มที่จะแยกตัวอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ เพื่อที่จะช่วยผู้ป่วยในด้านการอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างราบรื่น พยาบาลควรต้องประเมินปัญหาด้าน

การอยู่ในสังคมที่ผู้ป่วยอาจจะไม่ เพื่อที่จะได้หาวิธีการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างสร้างสรรค์และมีความสุข

2.1.2.2 การวินิจฉัยการพยาบาล การวินิจฉัยการพยาบาลจะแม่นยำตรงแค่ไหน ขึ้นอยู่กับความถูกต้องในการประเมินสภาพและอาการทั่วไปที่ได้ทำในขั้นต้น การวินิจฉัยการพยาบาลเป็น แนวทางในการวางแผนการพยาบาลและการปฏิบัติการพยาบาลในขั้นต่อมา โดยทั่วไปการวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วย จิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจะสอดคล้องกับอาการของผู้ป่วยจิตเภท และจะสัมพันธ์กับอาการโดยทั่วไปของผู้ป่วยจิตเภท ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้นส่วนใหญ่จะเกี่ยวข้องกับอาการ positive symptoms ซึ่งได้แก่อาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด และอาการด้าน negative symptoms ได้แก่อาการแยกตัว อาการความพร่องด้านสังคม ซึ่งภาวะความแปรปรวนด้านความคิดและด้านสังคม จะมีผลต่อความสามารถของผู้ป่วยด้านการหาความสัมพันธ์ของเหตุและผล ด้านการแก้ปัญหา ด้านการตัดสินใจ

2.1.2.3 การวางแผนการพยาบาล แผนการพยาบาลประกอบด้วยแผนการพยาบาลระยะสั้น และแผนการพยาบาลระยะยาว ปัญหาและข้อวินิจฉัยพยาบาลบางข้อจำเป็นและต้องแก้ไขในเวลาอันสั้น ปัญหาบางปัญหาคงต้องใช้เวลาดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวางแผนการพยาบาล เป็นแผนระยะสั้นและแผนระยะยาว เพื่อที่จะได้แนวทางการประเมินผลความสำเร็จด้านการพยาบาล

2.1.2.4 การปฏิบัติการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลในขณะที่ยังผู้ป่วยได้รับเข้ารักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยอยู่ในระยะที่ควบคุมตนเองไม่ได้ และการอยู่ในชุมชนไม่มีความปลอดภัยสำหรับผู้ป่วยและคนอื่น ๆ ใน ชุมชน การมี Clinical pathway จะช่วยทำให้การปฏิบัติการพยาบาล ง่ายขึ้น สำหรับผู้ป่วยจิตเภท

2.1.2.5 การประเมินผลการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลเป็นขั้นสุดท้ายของกระบวนการพยาบาล มีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินว่าปัญหาใดได้รับการแก้ไขแล้ว ปัญหาใดยังคงมีอยู่เนื่องจากเป็นปัญหาที่ไม่สามารถแก้ไขได้ในระยะเวลาสั้น ๆ ตัวอย่างเช่น

ปัญหาเสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมรุนแรงที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น เป็นปัญหาสำคัญที่ต้องแก้ไขก่อน ถ้าผู้ป่วยสื่อให้เห็นว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ควบคุมตนเองไม่ได้ เสี่ยงที่จะมีพฤติกรรมอันตรายเนื่องจากภาวะประสาทหลอน หรือภาวะความคิดหลงผิดที่อาจจะเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น

ปัญหาความพร่องในการดูแลตนเอง เป็นปัญหาสำคัญอันดับต่อมาที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไข พยาบาลจะกระตุ้นผู้ป่วยให้อาบน้ำ เปลี่ยนเสื้อผ้า แปรงฟันหลังอาบน้ำ

ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยต้องใส่ใจในเรื่องสุขภาพอนามัยของตนเอง การกระตุ้นอย่างต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยใส่ใจในเรื่องสุขภาพอนามัยและสามารถดูแลตนเองได้ในที่สุดในการประเมินพยาบาลประเมินดูว่าผู้ป่วยสนใจดูแล ตนเองมากน้อยแค่ไหน

ปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านการรับรู้ ปัญหานี้ควรได้มีการแก้ไขก่อนที่ผู้ป่วยจะได้รับการจำหน่ายถ้าสาเหตุของปัญหาเกิดจากความไม่สมดุลทางด้านชีวเคมีในร่างกาย ภายหลังการได้รับยารักษาในระยะหนึ่ง ภาวะประสาทหลอนควรหมดไป การรับรู้ผิด ๆ ที่ปรากฏให้เห็นได้ด้วยอาการประสาทหลอนควรลดลง มีน้อยครั้งลง และไม่มีอาการประสาทหลอนในที่สุด

ปัญหาการแยกตัวและอยู่คนเดียวเป็นส่วนใหญ่ ปัญหาการแยกตัวลดลง ประเมินได้จากการที่ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้มากขึ้นควรกระตุ้นให้ผู้ป่วยอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น ในขณะที่ผู้ป่วยมีเวลาเป็นของตัวเอง ให้สังเกตว่าผู้ป่วยเริ่มมีเพื่อนที่สนิทกันและนั่งด้วยกันเป็นส่วนใหญ่ หรือผู้ป่วยยังคงแยกตัวอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลผู้อื่น

กล่าวโดยสรุปว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้และด้านต่าง ๆ ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีความละเอียดรอบคอบ ประเมินสภาพผู้ป่วยอย่างครอบคลุม ในทุก ๆ ด้าน วินิจฉัยทางการพยาบาลให้ตรงกับสิ่งที่ประเมิน วางแผนการพยาบาลและให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย ด้านความคิด ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ รวมทั้งด้านสังคมและสุดท้ายต้องมีการประเมินผลทางการพยาบาล

2.2 ระบบบริการพยาบาลในงานผู้ป่วยนอก

งานผู้ป่วยนอก (Out patient Department) หมายถึง แผนกที่ให้บริการตรวจดูแลรักษาผู้ป่วยหรือผู้ใช้บริการ ซึ่งเมื่อได้รับบริการแล้วสามารถกลับไปรับประทานยา หรือปฏิบัติตนตามที่แพทย์แนะนำที่บ้านได้ บริการนี้จึงมีหน้าที่ให้การตรวจรักษาโรคทั่วไปทุกชนิดยกเว้นผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยทั่วไปในการให้บริการมักแยกผู้ป่วยส่งตรวจในห้องตรวจของแผนกเทคนิคบริการต่าง ๆ มีการจัดคลินิกเฉพาะโรคเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับบริการอย่างต่อเนื่อง และสะดวกแก่แพทย์ในการติดตามดูแลผู้ป่วย ตลอดจนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับผลการรักษาที่ดีที่สุด และยังคงครอบคลุมไปถึงการให้บริการแก่ประชาชนทั่วไปในแง่อื่น ๆ เช่น การตรวจร่างกายเพื่อขอใบรับรองแพทย์ เป็นต้น งานผู้ป่วยนอกเป็นจุดที่มีผู้ใช้บริการจำนวนมาก ซึ่งสามารถสร้างภาพพจน์ที่ดีให้กับโรงพยาบาลได้ โดยการจัดบริการที่มีคุณภาพ คือการต้อนรับ ประชาสัมพันธ์ การคัดกรองผู้ป่วย (Screening) การจัดสิ่งอำนวยความสะดวกในด้านต่างๆ การให้คำแนะนำต่างๆ ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพของตนเองที่บ้าน อีกทั้งมีการส่งไปรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ณ โรงพยาบาลอื่น เป็นต้น

2.2.1 การบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก

กองการพยาบาล (2542) ได้ให้ความหมายการบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก ไว้ว่าเป็นการจัดบริการที่ครอบคลุมการตรวจ รักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพสำหรับผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้มีปัญหาด้านสุขภาพอนามัย ณ หน่วยงานผู้ป่วยนอก ซึ่งหน่วยที่ให้บริการนี้ส่วนใหญ่ประกอบด้วยคลินิกตรวจโรคและ คลินิกตรวจโรคเฉพาะทาง ซึ่งการมีคลินิกตรวจโรคเฉพาะทางใดบ้างนั้นขึ้นอยู่กับศักยภาพของสถานบริการสาธารณสุขแต่ละระดับ และกองการพยาบาลได้กำหนดมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยนอก มี 5 มาตรฐาน ดังนี้คือ

1. การพยาบาลในระยะก่อนตรวจ มีข้อความมาตรฐานดังนี้

1.1 พยาบาลวิชาชีพตรวจคัดกรองและประเมินอาการผู้ป่วยอย่างถูกต้องภายใต้ข้อมูลที่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ ประเมินสภาพและอาการของผู้ป่วยทันทีที่ผู้ป่วยมาถึงอาคารตรวจโรค ประเมินระดับความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย ถ้าพบผู้ป่วย จุกเงินหรือมีอาการไม่คงที่หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน ตัดสินใจให้การพยาบาลเบื้องต้น และ/หรือ ส่งต่อหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ประเมินสภาพและอาการจากข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นที่อาการสำคัญที่สุดของผู้ป่วยที่มาโรงพยาบาลโดยการใช้องค์ข้อมูลอัตนัย (Subjective) และปรนัย (Objective) ตรวจวัดสัญญาณชีพตรวจร่างกายตามปัญหา พร้อมส่งชันสูตรหรือติดตามผล ส่งตรวจทางชันสูตรตามแนวทางปฏิบัติของการตรวจคัดกรองผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ต่อการตรวจรักษาและวินิจฉัยโรค บันทึกการตรวจคัดกรอง ส่งต่อผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามแผนกที่เปิดบริการตรวจโรค สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย ให้ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับอาการ อาการแสดง แนวทางการตรวจแก่ผู้ป่วย ประเมินความพร้อมของผู้ป่วยก่อนการตรวจ จัดผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามความรุนแรงด่วนของอาการเจ็บป่วย และมีการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

1.2 พยาบาลตัดสินใจให้การพยาบาลและช่วยเหลือเบื้องต้นในผู้ป่วยที่มีอาการไม่คงที่หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลันหรือมีอาการคุกคามได้ทันเวลา โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้คือ กรณีผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลันให้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด สังเกตอาการ จัดให้พบแพทย์ทันที กรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงอย่างเฉียบพลันให้ทำการปฐมพยาบาลก่อนส่งผู้ป่วยไปยังห้องฉุกเฉินตามแนวทางการเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

2. การพยาบาลในระยะตรวจ มีข้อความมาตรฐานดังนี้ พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการหรือเฝ้าอำนวยความสะดวกให้กระบวนการตรวจรักษาเป็นไปอย่างสะดวกปลอดภัย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ จัดให้ผู้ป่วยเข้ารับการตรวจตามลำดับ ตรวจสอบเอกสารการตรวจโรคและสอบถาม

ความต้องการของตัวบุคคลผู้ป่วย (Patient identification) ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยในการเคลื่อนย้ายระหว่างการตรวจ ตามความเหมาะสมของผู้ป่วยแต่ละราย ช่วยเหลือจัดทำตรวจให้เหมาะสมกับการตรวจเฝ้าระวังและให้การช่วยเหลือผู้ป่วยขณะตรวจ จัดเตรียมและหรือตรวจสอบเอกสารต่างๆ พร้อมทั้งจะเข้ารับบริการขั้นต่อไป และมีการนิเทศงานในกรณีที่มีมอบหมายให้ผู้อื่นปฏิบัติงานแทน

3. การพยาบาลในระยะหลังตรวจ มีข้อความมาตรฐานดังนี้

3.1 พยาบาลวิชาชีพวิเคราะห์ข้อมูลหลังตรวจและช่วยเหลือให้ได้รับบริการขั้นต่อไปอย่างเหมาะสม โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาคือในโรงพยาบาลต้องแจ้งให้ผู้ป่วย/ญาติทราบเหตุผลของการรับบริการรักษาคือในโรงพยาบาลประเมินอาการและปัญหา ถ้าผู้ป่วยมีอาการไม่คงที่ หรือเสี่ยงต่อการเกิดอาการรุนแรงเฉียบพลัน จัดให้มีเจ้าหน้าที่ไปส่งยังหอผู้ป่วย ประสานงานกับพยาบาลหอผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมในการรับผู้ป่วยใหม่และดำเนินการด้านทะเบียน/เอกสารตามขั้นตอนการรับผู้ป่วยใหม่ (Admission) กรณีผู้ป่วยต้องเข้ารับการตรวจหรือวินิจฉัยเพิ่มเติม แจ้งให้ผู้ป่วย/ญาติทราบความจำเป็น อธิบายขั้นตอนการรับบริการตรวจหรือวินิจฉัยเพิ่มเติม และช่วยเหลืออำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจ/วินิจฉัยเพิ่มเติมตามแนวทางที่กำหนด กรณีผู้ป่วยนัดมาตรวจซ้ำ ต้องแจ้งกำหนดนัดตรวจให้ผู้ป่วย/ญาติทราบ เปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมในการกำหนดวันนัด มอบบัตรนัด และอธิบายความสำคัญของการมาตรวจตามนัด อธิบายวิธีปฏิบัติตน และกรณีที่ผู้ป่วยควรได้รับการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ให้ประสานงานกับหน่วยบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน

3.2 พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลตามแนวทางการรักษาอย่างถูกต้องปลอดภัย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ การตรวจสอบความต้องการของตัวบุคคลผู้ป่วย (Patient certification) ตรวจสอบความต้องการของคำสั่งการรักษา ประเมินปัญหา อธิบายให้ผู้ป่วยทราบถึงกิจกรรมการรักษายาบาล ให้การพยาบาลอย่างถูกต้องเทคนิค เตรียมพร้อมในการช่วยเหลือผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉิน สังเกตอาการภายหลังการพยาบาล เฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนหรืออาการเปลี่ยนแปลง บันทึกกิจกรรมการพยาบาล ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองที่บ้าน ให้บัตรนัดเพื่อทำหัตถการครั้งต่อไป และส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานบริการสาธารณสุขใกล้บ้านตามตามแนวทางการส่งต่อผู้ป่วย

4. การส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว มีข้อความมาตรฐานคือ

4.1 พยาบาลจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและครอบครัวโดย แนวทางปฏิบัติดังนี้ จัดโปรแกรมการให้ความรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วย/ ผู้ใช้

บริการ ในแผนกผู้ป่วยนอกเป็นประจำ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวได้ซักถามปัญหาและข้อข้องใจต่างๆ ผู้ป่วยมีโอกาสเข้าถึงกิจกรรมการรับข้อมูลด้านสุขภาพต่างๆ เช่น บริการปรึกษาพยาบาลและรายนกลุ่ม การเข้าร่วมกลุ่มสนทนากับผู้ป่วยอื่น หรือการเข้าร่วมกับหน่วยงานอื่น ๆ เพื่อจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชน

4.2 มีการส่งเสริม สนับสนุนผู้ป่วยเรื้อรังทั้งโรคติดต่อและไม่ติดต่อ ได้รับข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ ให้การปรึกษารายบุคคลโดยเฉพาะผู้ป่วยเรื้อรังรายใหม่ทุกราย จัดโปรแกรมการให้ความรู้อย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ครอบครัวมีโอกาสได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพกับผู้ป่วยที่เป็นโรคเดียวกันหรือต่างกันโดยใช้กระบวนการกลุ่ม บันทึกผลการให้ข้อมูล วิเคราะห์ผลสำเร็จในการดูแลสุขภาพตนเองของ ผู้ป่วยแต่ละราย วางแผนและจัดระบบการติดตามให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย/ครอบครัวมีส่วนร่วมในการเลือกสถานที่ที่จะรับบริการส่งต่อ ประสานงานกับหน่วยบริการ ดูแลสุขภาพที่บ้าน

5. การเคารพในศักดิ์ศรี และสิทธิของผู้ป่วย ข้อความมาตรฐาน ดังนี้
 พยาบาลวิชาชีพให้การพยาบาลโดยตระหนักและเคารพในคุณค่าของความเป็นมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล มีแนวทางปฏิบัติดังนี้ ให้การดูแลโดยยึดหลักจริยธรรม จรรยาบรรณของวิชาชีพ และให้ความเคารพในสิทธิของผู้ป่วยทุกราย โดยกำหนดมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการขัดต่อจริยธรรม การให้การรักษายาบาลผู้ป่วย เช่น การรักษาความลับ การให้ข้อมูลความเสมอภาคในการใช้บริการ การความยกย่องให้เกียรติ อธิบายให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจเหตุผลก่อนปฏิบัติการรักษายาบาลเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเลือกการรักษาพยาบาล และกระทำกิจกรรมการรักษายาบาลด้วยความนุ่มนวล ไม่เปิดเผยร่างกายผู้ป่วยเกินความจำเป็น

สรุป งานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอกเป็นงานบริการหนึ่งในระบบบริการของงานผู้ป่วยนอก ที่มีความสำคัญ เป็นการจัดการบริการที่ครอบคลุมทั้งด้านการตรวจรักษายาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคและการฟื้นฟูสภาพ โรคจิตเภทจัดเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นตามมาตรฐานการปฏิบัติการพยาบาลการบริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องได้รับการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองทั้งของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมีเป้าหมายคือผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนและสามารถดำรงชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้ตามศักยภาพโดยพยาบาลผู้ป่วยนอกต้องปฏิบัติตามบทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการพยาบาลผู้ป่วยนอก ดังนี้

1) บทบาทผู้ให้การดูแล พยาบาลจะเป็นผู้ประเมินอาการของผู้ป่วยทุกราย วิเคราะห์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละรายว่าต้องการให้การดูแลอย่างไร ซึ่งการดูแล อาจเป็นงานอิสระของพยาบาล ได้แก่ การช่วยเหลือผู้ป่วยเบื้องต้นก่อนการตรวจ การพูดคุย การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามหรือระบายความทุกข์ การให้ข้อมูลด้านสุขภาพทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การส่งเสริมให้ ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลสุขภาพตนเองทั้งยามปกติและยามเจ็บป่วย ตลอดจนการส่งเสริมให้มีการปรับตัว ยอมรับสภาพการเจ็บป่วย และมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ได้อย่างเต็มศักยภาพ งานดูแลอาจเป็นงานไม่อิสระ เช่น การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาตาม แผนการรักษา เช่น การเตรียมตรวจวินิจฉัย การให้ยา การปฏิบัติเกี่ยวกับเทคโนโลยีต่างๆ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพ หากมีหน่วยงานให้การดูแลโดยไม่พักค้างพยาบาลยัง ต้องตระหนักว่าให้การดูแลผู้ป่วยอย่างไรในช่วงเวลาอันสั้น แต่มีประสิทธิภาพที่สุดที่จะทำให้ผู้ป่วย มีความรู้ ความเข้าใจในการปฏิบัติตนทั้งก่อนมาตรวจ ระหว่างอยู่ในโรงพยาบาล รวมถึงการ เตรียมตัวผู้ป่วยให้พร้อมที่จะกลับบ้านโดยไม่เป็นโรคกลับซ้ำมาอีก บทบาทในการดูแลนี้เป็นบทบาท หลักที่พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องตระหนัก และที่จะละเลยไม่ได้คือ งานอิสระของพยาบาลในการส่งเสริม ให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง

2) บทบาทผู้ให้การปรึกษาหรือ การปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือให้ ผู้ป่วย/ ผู้มาปรึกษา มีความรู้ ความเข้าใจ ยอมรับในปัญหาที่ตนเองประสบ มีการพิจารณาแนว ทางและเพิ่มความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งพยาบาลผู้ป่วยนอกทุกคนต้องมีทักษะใน การสื่อสาร ผสมผสานกับทักษะของการให้บริการปรึกษามาใช้กับผู้ใช้บริการ มีทัศนคติที่ดีต่อ การให้บริการ ยอมรับผู้ป่วยในความเป็นปัจเจกบุคคล เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดคุยถึงสภาวะ ปัญหาเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยตามกระบวนการปรึกษา นอกจากนี้ในหน่วยงานผู้ป่วยนอกจะต้องมี พยาบาลผู้ให้การปรึกษา ซึ่งเป็นผู้ที่มีความรู้ ผ่านการฝึกทักษะทางจิตวิทยา การปรึกษาตาม หลักการและกระบวนการ รับผิดชอบให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วย ครอบครัว ผู้มาปรึกษาที่มีปัญหา ด้านสุขภาพอนามัยทั่วไป โรคเรื้อรัง รวมทั้งเอดส์ ซึ่งการปรึกษาอาจกระทำเป็นรายบุคคล กลุ่ม หรือครอบครัวก็ได้

3) บทบาทผู้นำ เป็นบทบาทของผู้นำไม่ใช่ผู้สั่งการ การเป็นผู้นำคือ ผู้มีความ สามารถในการแสดงออกที่ทำให้ผู้อื่นเชื่อถือและปฏิบัติอันจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดี ดังนั้นพยาบาล ผู้ป่วยนอกต้องเป็นผู้มีความสามารถในการสื่อสารให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกันในข้อมูลทางสุขภาพ กับผู้ป่วย สนับสนุน ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีกำลังใจในการดูแลสุขภาพตนเอง เป้าหมายเพื่อการมีสุขภาพที่ดี ของผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องสามารถนำแนวคิดด้านผู้นำนี้มาใช้ในการ แก้ สถานการณ์ต่างๆ เมื่อเกิดปัญหาและพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

นั่นคือสามารถที่จะทำให้ผู้ร่วมงานทั้งในวิชาชีพเดียวกัน ต่างวิชาชีพ และผู้ได้บังคับบัญชา มีความเข้าใจในลักษณะงานบริการพยาบาลผู้ป่วยนอก การพัฒนาคุณภาพการพยาบาล และร่วมกันพัฒนางานอันมีเป้าหมายในการพัฒนาคือ การมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วยนั่นเอง

4) บทบาทผู้จัดการ พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องมีความสามารถในการบริหารจัดการ มีเป้าหมายการมีสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลสุขภาพตนเอง ดังนั้นการบริหารจัดการจึงมีหลายลักษณะด้วยกัน สิ่งแรกที่ต้องคำนึงถึงคือ การจัดบริการพยาบาล เช่น การจัดโปรแกรมการสอนการดูแลสุขภาพตนเอง การจัดหน่วยบริการปรึกษาด้านสุขภาพ การให้บริการดูแลต่อเนื่อง การจัดระบบนัด การบริหารสิ่งแวดล้อม และจัดบรรยากาศในอาคารผู้ป่วยนอกเพื่อส่งเสริมการมีภาวะสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังเป็นการจัดการด้านบริหารการพยาบาลและเป็นการบริหารให้เกิดการปฏิบัติกระบวนการพยาบาลซึ่งพยาบาลผู้ป่วยนอกทุกคนต้องมีความสามารถเชิงบริหาร สำหรับหัวหน้าพยาบาลผู้ป่วยนอก การบริหารที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ การจัดอัตรากำลัง มอบหมายงานให้ทำงานอย่างเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละระดับ เช่น พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค พนักงานผู้ช่วยเหลือคนไข้ ส่งเสริมการทำงานเป็นทีมภายใต้ความรู้ความสามารถของเจ้าหน้าที่ทางการพยาบาลแต่ละระดับ ด้านการบริหารคนต้องมุ่งพัฒนาคนให้ปฏิบัติงานอย่างมีมาตรฐาน ให้มีขวัญ กำลังใจในการพัฒนาหน่วยงานเพื่อให้เป็นที่ยอมรับ โดยมุ่งเน้นคุณภาพของงานและความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานทุกคนในหน่วยงาน

5) บทบาทผู้ร่วมงาน พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องมีความสามารถทำงานกับสาขาวิชาชีพต่าง ๆ ได้แก่ แพทย์ นักสังคมสงเคราะห์ เทคนิคการแพทย์ นักกายภาพบำบัด โดยแต่ละสาขาวิชาชีพมีสิทธิและศักดิ์ศรีไม่แตกต่างกัน ซึ่งพยาบาลต้องชัดเจนในบทบาทหน้าที่ของตน บทบาทหน้าที่ที่ต้องปฏิบัติงานร่วมกัน โดยอาจมีเทคโนโลยีต่างๆ ที่ต้องเข้ามาเกี่ยวข้อง จึงต้องเรียนรู้เทคโนโลยีนั้น ๆ และชัดเจนว่าเทคโนโลยีนั้นเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยอย่างไร พยาบาลเกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีนั้นอย่างไรเพื่อพัฒนาทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ได้รับการตรวจรักษาด้วยเทคโนโลยี และการใช้เทคโนโลยีนั้นอย่างเหมาะสมกับขอบเขตความรับผิดชอบของวิชาชีพ

6) บทบาทที่ปรึกษา พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องประเมินปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยว่ามีความต้องการการดูแลที่พิเศษหรือไม่ โดยให้การดูแลช่วยเหลือ เป็นที่ปรึกษา และหาแหล่งประโยชน์ที่จะให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นจึงอาจต้องมีการส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานทั้งในโรงพยาบาลและนอกโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือหรือดูแลอย่างต่อเนื่องตามปัญหาและแนวทางปฏิบัติที่พยาบาลผู้ป่วยนอกกำหนดไว้สำหรับผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลผู้ป่วยนอกยังเป็นที่ปรึกษาในด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลแก่ทีมสุขภาพและผู้ร่วมงาน โดยยึดผู้ใช้

บริการเป็นศูนย์กลางในการพัฒนางาน จะเห็นว่าพยาบาลต้องเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ มีการพัฒนาตนเอง ศึกษาค้นหาความรู้ใหม่ ๆ นำผลการวิจัยมาใช้ ทำการวิจัยโดยร่วมมือกับผู้อื่น รวมถึงวิจัยด้วยตนเอง

7) บทบาทผู้นำการเปลี่ยนแปลง พยาบาลผู้ป่วยนอกต้องมีแนวคิดในการเปลี่ยนแปลงสิ่งต่าง ๆ เพื่อให้เหมาะสม สอดคล้องกับผู้ใช้บริการและสภาวะการณ์ต่างๆ ได้แก่ การปรับเปลี่ยนการจัดบริการพยาบาล เปลี่ยนสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการ และพยาบาลผู้ป่วยนอกยังต้องมีบทบาทสนับสนุนให้ ผู้ป่วย/ผู้ใช้บริการเกิดการเปลี่ยนแปลง คือ เพิ่มพูนความรู้ ทักษะ เจตคติ และอาจมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี นอกจากนี้พยาบาลผู้ป่วยนอกยังต้องมีความพร้อมที่จะพัฒนางาน เปลี่ยนแปลงระบบงานและวิธีการทำงานเพื่อเพิ่มคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย นั่นคือมีบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลนั่นเอง

สรุป การให้การพยาบาลสำหรับผู้ป่วยนอกนั้น พยาบาลมีบทบาทในด้านเป็นผู้ให้การดูแล ผู้ให้การปรึกษา เป็นที่ปรึกษา เป็นผู้ร่วมงาน ผู้จัดการ ผู้นำ และผู้นำการเปลี่ยนแปลง ทั้งนี้พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว เป็นองค์รวม

2.3 การบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง

การให้การรักษายาแบบผู้ป่วยนอกนี้ ถือเป็นงานสำคัญยิ่งของโรงพยาบาลที่จะต้องดำเนินการจัดระบบบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล เพื่ออำนวยความสะดวกรวดเร็วแก่ผู้มาใช้บริการ งานบริการนี้จะครอบคลุมถึงงานรักษายาพยาบาล งานส่งเสริมสุขภาพ งานป้องกันโรค และงานฟื้นฟูสภาพ

ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลท่าหลวง จังหวัดลพบุรี นั้นจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่แบ่งได้เป็น 3 ประเภทคือ

1) ผู้ป่วยอาการกำเริบรุนแรง ทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สิน เอะอะอาละวาด ซึ่งจะเป็นอันตรายต่อผู้อื่น

2) ผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชระยะแรก บางรายไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลจิตเวช บางรายมารับยาต่อที่โรงพยาบาลท่าหลวง ผู้ป่วยระยะนี้ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ เช่น อาการหูแว่ว หวาดระแวง มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง

3) ผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นระยะเรื้อรัง รับยาต่อที่โรงพยาบาลท่าหลวง บางราย มีความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยเหลืองานบ้านได้

แต่บางรายยังมีอาการหิวแหว่อยู่ แต่ไม่รบกวนผู้ป่วย ผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังมีปัญหาในเรื่องการดูแลตนเอง ทำให้เป็นภาระกับผู้ดูแล

สำหรับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในงานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าหลวง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน และพยาบาลวิชาชีพ 1 คนให้การดูแลด้านสุขภาพจิตและจิตเวช การให้การพยาบาลที่ปฏิบัติในปัจจุบันมีดังนี้

1) การพยาบาลในผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบ จะให้การดูแลผู้ป่วยในด้านร่างกาย เช่น ดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำเพียงพอ และดูแลการผูกมัดไม่ให้เป็นอันตรายต่อผู้ป่วย รวมทั้งการประสานโรงพยาบาลจิตเวชเพื่อส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษา และการให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ญาติในเรื่องอาการของผู้ป่วย

2) การพยาบาลในผู้ป่วยหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชและรับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอกกับโรงพยาบาลจิตเวช ผู้ป่วยกลุ่มนี้จะเป็นกลุ่มที่อยู่ในชุมชนและได้รับการดูแลโดยทีมเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลท่าหลวงกับทีมเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนและมีระบบการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ

3) การพยาบาลในผู้ป่วยเรื้อรังหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชเป็นระยะเวลานานและ รับผิดชอบต่อเรื่องทั้งงานสุขภาพจิตและจิตเวช งานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลท่าหลวง เป็นกลุ่ม ผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลเรื่องการรับประทานยาและการให้การรักษาและคำปรึกษาตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ผ่านมา ยังขาดรูปแบบการ ดูแลที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ ทำให้ผู้ป่วยและญาติต้องดูแลโดยการ ทำกิจกรรมให้ ส่งผลต่อภาระการดูแลหนักของผู้ดูแลตามมา

ในการให้การพยาบาลนั้นสิ่งที่พยาบาลควรคำนึงถึงคือ ต้องเน้นการพยาบาลแบบองค์รวม กล่าวคือ ปฏิบัติหน้าที่การพยาบาลต่อบุคคลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้รับบริการควบคู่กับการดูแลบุคคล ดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป ด้วยการบำบัดรักษา บรรเทาอาการของโรคฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพการป้องกันโรค การป้องกันสุขภาพ พยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งพบว่า บทบาทของในการให้การดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยนอกนั้นมีดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542 ; อ่ำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพคัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการ

พยาบาลผู้ป่วยและตัดสินใจทางคลินิกในการจัดระบบบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน ทำสัมพันธ์ภาพบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาล แพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องจัดการกับสถานการณ์ที่ไม่คาดคิดว่าจะเกิดขึ้น หรือภาวะวิกฤติของผู้ป่วย

2. ด้านบริหารจัดการ ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางการปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3. ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัวถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว ทักษะชีวิต การให้ความรู้และแนะนำที่เป็นประโยชน์แก่ผู้ป่วยเพื่อเป็นแนวทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและครอบครัว

4. ด้านการเป็นที่ปรึกษา เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต สำหรับครอบครัวผู้ป่วย และแก่ผู้ป่วยในกรณีที่ผู้ป่วยต้องการ

5. ด้านการวิจัย พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิต โดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

7. บทบาทของผู้บำบัด โดยวิธีจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม ให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยวิธีพฤติกรรมบำบัด พัฒนาความเข้าใจในครอบครัวซึ่งต้องอาศัยสัมพันธ์ภาพบำบัด

ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพนั้นได้จัดทำเป็นแนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทขึ้น เนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความรุนแรงและเรื้อรัง ใช้ระยะเวลาการรักษาที่ยาวนาน แนวโน้มของการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน เน้นการสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเวชได้อยู่กับครอบครัวและชุมชนให้มากขึ้น (กรมสุขภาพจิต , 2541) ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทจำนวนมากต้องใช้ชีวิตในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นผู้ที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลา มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง (เปรมฤดี ดำรักษ์, 2545) พยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคลากรที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นต้องทำความเข้าใจบทบาทหน้าที่ของพยาบาลที่จะให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้ชัดเจนเพื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยการปฏิบัติการพยาบาลมีแนวทางการปฏิบัติดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์ , 2542)

1. เน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ รวมทั้งจิตสังคมและจิตวิญญาณ

2. คำเนิ่งถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้นอกจากจะให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการแล้วยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัวด้วย รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนด้วย

3. การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องการกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาลต้องครอบคลุมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วยคือการช่วยให้การเจ็บป่วยหายไป ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษาหรือบรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การป้องกันสุขภาพ

สรุป ระบบบริการผู้ป่วยนอกสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมทั้งผู้ป่วยและครอบครัว โดยอาศัยระบบบริการที่ให้การพยาบาลอย่างต่อเนื่อง การให้การรักษายาบาลเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ผู้ป่วยได้รับบริการที่สะดวกรวดเร็ว มีการอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยทั้งในรูปแบบการส่งต่อ การให้บริการโรงพยาบาลเครือข่าย การติดตามการเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้การดูแลผู้ป่วยต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมของผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาททั้งในด้านการปฏิบัติการพยาบาล ด้านบริหาร การให้ความรู้ การทำวิจัย การเป็นที่ปรึกษา และนักบำบัด ทั้งนี้เพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งในด้านการบำบัดรักษา การฟื้นฟู การส่งเสริมป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการฟื้นฟูสภาพแก่ผู้ป่วยและครอบครัวมากที่สุด

3. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่แต่ละคนสามารถปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ในการดูแลรักษาสุขภาพอนามัย เพื่อการดำรงชีวิตที่มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง มีความเป็นอยู่ที่ดี สามารถป้องกันตนเองจากโรคภัยไข้เจ็บและป้องกันอันตรายจากการบาดเจ็บทั้งปวง ในช่วงแรกจะกล่าวถึงเรื่องความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนเพื่อสร้างความเข้าใจที่ตรงกันจากนั้นจะเป็นเรื่ององค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทตลอดจนปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและเรื่องการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเป็นลำดับต่อไป

3.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

มีผู้สนใจศึกษาและอธิบายความหมายของการดูแลตนเองไว้หลายประเด็นดังนี้

Levine (1976 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกระบวนการที่ประชาชนทั่วไปสามารถทำหน้าที่ด้วยตนเองในการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น และการรักษาเบื้องต้น นับว่าเป็นระบบขั้นพื้นฐานในระบบบริการสุขภาพ

Dean (1981 cited in John, 1985) ให้ความหมายการดูแลตนเองว่า เป็นการดูแลรักษาสุขภาพขั้นพื้นฐานในชุมชนทั่วไป ที่รวมถึงการป้องกันโรค การประเมินอาการเจ็บป่วย การดูแลรักษาตนเอง และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในวิชาชีพ

Orem (1985) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติกิจกรรมของบุคคลเพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นปกติสุข ผลิตงไว้ซึ่งการเจริญเติบโต พัฒนาการและวุฒิภาวะที่เหมาะสม การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจัง และมีเป้าหมาย มีแบบแผน มีลำดับขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพ จะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปถึงสูงสุดของแต่ละบุคคล

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

การให้ความหมายข้างต้นพอสรุปได้ว่าการดูแลตนเองหมายถึงกระบวนการที่บุคคลกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมด้วยตนเอง ด้วยความตั้งใจ สมครใจ เกิดจากแรงจูงใจในตนเองที่มีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์แก่ตนทั้งในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การวินิจฉัยโรคในระยะเริ่มต้น หรือแม้กระทั่งการรักษาโรคเบื้องต้น เพื่อพัฒนาและรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพอนามัย และสวัสดิภาพของตนเอง เป็นการเปิดโอกาสให้บุคคลและครอบครัว มีความคิดริเริ่มและกระทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถ และพัฒนาการของแต่ละบุคคล

3.2 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

จากแนวคิดการดูแลตนเองที่กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการกระทำต่อตนเองโดยตรง และไม่สามารถแยกการดูแลตนเองออกเป็นส่วน ๆ ได้ เนื่องจากการดูแลตนเองเป็นการดูแลคนทั้งคน ที่รวมทั้งกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณเข้าด้วยกันอย่างผสมผสาน ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้นำกิจกรรมการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและด้านจิตใจของ Hill and Smith (1990) ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับนำแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมาจากรายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรม การดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) มานำเสนอเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งมีองค์ประกอบดังนี้

3.2.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง การรู้จักตนเอง (self-awareness) เป็นสิ่งที่บุคคลมีมาตั้งแต่วัยเด็ก เป็นกระบวนการพิจารณาและประเมินตนเองเกี่ยวกับการที่บุคคลรับรู้ รู้สึกรู้สึกต่อตนเอง ทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด ความรู้สึก ค่านิยม จุดเด่น จุดด้อย และความรู้สึกลำบากในคุณค่าในตนเองที่เกิดขึ้นตลอดเวลา มีผลทำให้บุคคลรู้ว่าตนเองเป็นคนอย่างไร มีความคิด ค่านิยม ความเชื่อหรืออุดมการณ์อย่างไรที่เป็นสิ่งสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวันของบุคคล ทำให้บุคคลมีการปรับปรุงตนเอง ตลอดเวลา การพัฒนาการรู้จักตนเองจึงเป็นความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ การพัฒนาการรู้จักตนเองเป็นกระบวนการตลอดชีวิต ที่สามารถพัฒนาได้ บุคคลที่รู้จักตนเองได้ตรงกับความเป็นจริงจะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

3.2.2 การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การสื่อสารเป็นความจำเป็นขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตของมนุษย์ในสังคม เพราะเป็นกระบวนการที่บุคคลทำให้ผู้อื่นรับรู้ความต้องการของตนเอง และตนเองสามารถรับรู้ความต้องการของบุคคลอื่น การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ คือการติดต่อสื่อสารที่ทำให้ ผู้ส่งและผู้รับข่าวสารรับรู้ความต้องการของกันและกัน ซึ่งเป็นการสื่อสารที่ประกอบด้วย การเปิดเผยข้อมูลข่าวสาร การสนับสนุนแนวคิดและมีความรู้สึกที่ดีต่อผู้ที่เราสื่อสารด้วยและผู้สื่อสาร ทั้งสองฝ่ายมีความเท่าเทียมกันในความเป็นมนุษย์ (เวรดี ลือพงศ์ลีคณา, 2536) ปัญหาสุขภาพจิตส่วนหนึ่งมีสาเหตุมาจากการติดต่อสื่อสารที่ไม่เหมาะสม นำไปสู่การแสดงออกทางอารมณ์ที่ไม่เหมาะสมภายในครอบครัว การไม่สามารถสื่อความคิด ความรู้สึกและความเชื่อของตนเองให้ผู้อื่นรับรู้โดยตรงไปตรงมาทำให้ต้องเก็บระงับความรู้สึก ความคิดนั้นไว้ด้วยความคับข้องใจ จนกลายเป็นปัญหาสุขภาพจิต การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพนำไปสู่การมีทักษะในการดูแลตนเอง (เพชร คันธสายบัว, 2544)

3.2.3 การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ในการดำรงชีวิตประจำวัน การที่บุคคลสามารถจัดแบ่งเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์สูงสุดนั้น นอกจากจะช่วยให้บุคคลปฏิบัติงานบรรลุเป้าหมายตามที่ต้องการแล้ว ยังช่วยให้บุคคลได้มีเวลาพักผ่อนหย่อนใจเพื่อผ่อนคลายความเครียด และเสริมสร้างสุขภาพจิตของตนเอง การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพของผู้ป่วยจิตเภทเป็นกิจกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญ หากผู้ป่วยสามารถวางแผนเวลาในการทำกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละวันได้ เช่น การออกกำลังกาย การมีส่วนร่วมทำกิจกรรมทางสังคม การพักผ่อน ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจถูกละเลยได้ง่ายหากขาดประสิทธิภาพในการใช้เวลา

3.2.4 การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การเผชิญปัญหาเป็นกระบวนการที่เป็นความพยายามของบุคคลในการจัดการกับสถานการณ์ที่เป็นปัญหา เพื่อคงไว้ซึ่งดุลยภาพของตนเอง การเผชิญปัญหาในผู้ป่วยจิตเภท เป็นการจัดการกับความเครียดตลอดจนปัญหาต่างๆที่มากกระทบต่อผู้ป่วย ทั้งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ป่วยเอง และผลกระทบจากสิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอยู่ ซึ่งเป็นทักษะทางสังคมอย่างหนึ่งของผู้ป่วย การเตรียมการเผชิญกับปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นความสามารถในการดูแลตนเองอย่างหนึ่งเพื่อการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนอย่างมีความสุข เป็นความสามารถในการจัดการก่อนที่จะมีอาการทางจิตกำเริบ ผู้ป่วยสามารถประเมินและจัดการกับปัญหาต่างๆที่มากกระทบได้อย่างเหมาะสมด้วยตนเอง และทราบแหล่งประโยชน์เมื่อตนเองไม่สามารถแก้ไขหรือจัดการกับปัญหานั้นๆได้

3.2.5 การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ระบบสนับสนุนทางสังคม คือ กลุ่มคนที่มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างมีจุดมุ่งหมาย โดยมีการตอบสนองความต้องการทางด้านจิตใจ อารมณ์ และมีการช่วยเหลือด้านวัตถุสิ่งของ แรงงานและข้อมูลข่าวสารซึ่งกันและกัน แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นแหล่งประโยชน์ที่บุคคลใช้เผชิญความเครียด เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมจะช่วยบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากความเครียด โดยประเมินเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นว่าไม่รุนแรง และช่วยลดหรือขจัดปฏิกิริยาที่เกิดความเครียด นอกจากนี้ยังสามารถป้องกันพยาธิสภาพต่างๆ จากภาวะวิกฤติได้ เพชรศักดิ์สายบัว (2544) กล่าวว่า การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท เป็นการที่ผู้ป่วยจิตเภท มีการติดต่อกับบุคคลใกล้ชิด หรือหน่วยงานที่สามารถให้ความช่วยเหลือได้เมื่อมีอาการทางจิต รวมทั้งสามารถให้ความช่วยเหลือผู้อื่นได้เมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

3.2.6 การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำตามหลักความเชื่อในศาสนาที่ตนนับถือ ซึ่งทุกศาสนาต่างก็มีหลักคำสอนเพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติและเป็นหลักในการดำเนินชีวิตอย่างเป็นสุขของบุคคล รวมทั้งเป็นแบบอย่าง กฎเกณฑ์ และต้นแบบของขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม วัฒนธรรมที่ก่อให้เกิดความสงบสุขในการอยู่ร่วมกัน นอกจากนี้การมีศาสนาเป็นที่ยึดเหนี่ยวจิตใจจะทำให้บุคคลสามารถปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ในผู้ป่วยจิตเภทการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนานับเป็นการพัฒนาการรู้จักตนเอง ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา รับรู้ถึงการเปลี่ยนแปลง และหากมีอะไรทำให้ไม่สบายใจ ก็สามารถที่จะขจัดสิ่งเหล่านั้นออกไปได้ รู้จักปล่อยวาง ยอมรับและตระหนักถึงสภาพความเป็นจริง พร้อมทั้งจะแก้ไขปัญหาได้อย่างมีสติ ซึ่งสามารถส่งผลให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตในสังคมได้

3.2.7 การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดี ซึ่งกายและจิตไม่สามารถแยกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงด้านจิตใจด้วย บุคคลที่มีสุขภาพกายดีนั้นจึงจะมีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหาที่มา

กระทบจิตใจได้ ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรงสมบูรณ์จึงเป็นสิ่งควบคู่ไปกับการดูแลด้านจิตใจ Hill and Smith (1985) กล่าวว่า การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกาย และมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแลร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพเพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต และการดูแลตนเองเป็นทักษะที่มีความสัมพันธ์กันทุกช่วงของบุคคล ที่มีการพัฒนาตามระยะพัฒนาการและเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพ

3.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท

ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ ทำให้มีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มีการดำเนินโรคแบบโรคเรื้อรังจึงมีการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ซึ่งส่งผลกระทบต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน การรักษาผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันเน้นการส่งเสริมการดูแลตนเอง ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม ส่งผลให้การรักษาในโรงพยาบาลใช้ระยะเวลาสั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจำนวนมากต้องออกไปดำเนินชีวิตในชุมชน จากการศึกษาทบทวนเอกสาร วรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยจำแนกตามพฤติกรรมการดูแลตนเอง ทั้ง 7 ด้าน ดังนี้

3.3.1 การพัฒนาการรู้จักตนเอง จากการศึกษาประสบการณ์จริงของผู้ป่วยของ พันธุ์ภา กิตติรัตนไพบูลย์ (2540) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชนประสบกับปัญหา คือเมื่อบุคคลอื่นรู้ว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตคนทั่วไปจะพยายามหลีกเลี่ยง ไม่พูดคุยด้วย ไม่ยอมรับ มีความรู้สึกรังเกียจผู้ป่วยบางครั้งแสดงท่าทีออกมาให้ผู้ป่วยเห็น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ากลายเป็นคนที่ไม่น่าเชื่อถือ ไร้วางใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต้องให้ญาติช่วยเหลือทั้งด้านความคิด และการตัดสินใจ เช่นเดียวกับ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) กล่าวว่าไว้ว่า การเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครัวไม่ยอมรับสังคมรังเกียจ

ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยรับรู้ปัญหาจริงที่เกิดขึ้นจริงค้นพบความสามารถที่มีอยู่จริงในตนเอง และเชื่อว่าตนเองสามารถดูแลตนเองได้ตามศักยภาพที่มีอยู่ เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถเป็นผู้ที่มีความผาสุกได้เช่นกัน

3.3.2 การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มีการศึกษาจำนวนมากเกี่ยวกับประสิทธิภาพในการสื่อสารของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ดังในการศึกษาของจันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) เรื่อง พฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท พบว่า ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง ผู้ป่วยร้อยละ 26.9 ไม่พูดคุยเล่าทุกข์สุขกับคนใกล้ชิด ร้อยละ 24.3 ไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้าน และร้อยละ 10.4 ใช้เวลาอยู่คนเดียวในช่วงกลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมงหรือไม่พูดคุยกับใคร

เลยในแต่ละวัน สอดคล้องกับการศึกษาของ นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสมน สุยะชีวัน (2536) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนไม่กล้าถามบุคลากรทางสุขภาพเกี่ยวกับวิธีการดูแลตนเอง รวมทั้งเมื่อมีข้อสงสัยหรือไม่เข้าใจคำแนะนำของบุคลากร และจากการศึกษาของสุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้านสัมพันธภาพคือ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมที่รบกวนผู้อื่น มีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลหรือบุคคลใกล้ชิดเพียงคนและสองคนเท่านั้น

3.3.3 การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ ขาดการวางแผนในการดำเนินชีวิต หรือปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ นอกจากนั้นยังขาดความใส่ใจที่จะปฏิบัติ ทั้งนี้สาเหตุจากการที่สังคมมองว่าผู้ป่วยเป็นผู้ไร้ความสามารถ ไม่ยอมรับในการกระทำของผู้ป่วย ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยมักมีพฤติกรรมแยกตัว ไม่ร่วมกิจกรรมของสังคม ดังเช่นจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการพักผ่อน นันทนาการและการออกกำลังกายน้อยกว่าปกติ เชื่องซึม ขาดความกระตือรือร้น เชื่อยชา นิ่งเฉยๆ ทั้งวัน โดยไม่ทำอะไร (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ, 2545) และพบว่าบ่อยครั้งที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่ยอมนอนในเวลากลางคืน แต่นอนในเวลากลางวันแทน (สมภพ เรื่องตระกูล, 2533) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 32.40 ไม่ปฏิบัติกรออกกำลังกายสัปดาห์ละ 2-3 ครั้งนานครั้งละ 20-30 นาที

3.3.4 การเตรียมการเผชิญปัญหา ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่มีระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน จะมีอาการด้านลบมากขึ้นทำให้มีความยากลำบากในการดำเนินชีวิต เกิดความเครียดได้ง่าย มีปัญหาการปรับตัวที่บ้าน มีการแสดงออกทางอารมณ์อย่างรุนแรงต่อบุคคลอื่น (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2542) และจากการศึกษาเรื่องพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่กลับมารับการรักษาในโรงพยาบาลของปรีวัตร ไชยน้อย (2546) พบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 26.93 มีการปฏิบัติต่างๆ ครั้งเมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะหาที่ปรึกษาหรือระบายให้คนอื่นฟัง ร้อยละ 24.64 ที่ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อโกรธจะระงับความโกรธหรือเก็บไว้คนเดียวไม่บอกใคร และร้อยละ 20.35 ปฏิบัติบ่อยครั้งเมื่อโกรธจะทำลายข้าวของหรือทำร้ายคนอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของ Crawford as cited in Gafoor & Rassool (1998) อังในเพลิน เสี่ยงโชคอยู่ (2548) พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะติดสุรามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่า โดยให้เหตุผลว่าใช้เพื่อลดอาการข้างเคียงของยา ลดอาการซึมเศร้า และลดอาการวิตกกังวล ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยสามารถเตรียมการเผชิญปัญหาที่เหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตในสังคมชุมชนได้ และลดปัญหาการป่วยซ้ำ

3.3.5 การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีการรับรู้ที่ผิดปกติ จากอาการประสาทหลอนทางหูแสดงออกโดยการพูดคนเดียว คิดหมกมุ่นในเรื่องของตนเอง ไม่สนใจ สิ่งแวดล้อม บุคลิกภาพบกพร่อง การดูแลตนเองลดลง การแต่งกายสกปรก แผลงประหลาด ก่อให้เกิดการถูก รังเกียดและถูกตีตราจากสังคมว่าเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ จากการศึกษาของ รัชนิกร อุปเสน (2541) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมไม่เหมาะสมในชุมชน รื้อค้นเสื้อผ้าผู้อื่นมาใส่ บางครั้งเดินออกจากบ้านโดยไม่สวมใส่เสื้อผ้า ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยต้องดูแลตนเองทั้งที่ยังมีความบกพร่องและต้องการการสนับสนุนช่วยเหลือ

3.3.6 การปฏิบัติตนตามหลักความเชื่อในศาสนา ผู้ป่วยจิตเภทยังขาดสิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ขาดที่พึ่งทางใจ นอกจากนี้ยังมีความเชื่อของของญาติบางส่วนหรือบางชุมชน ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากผีทำ ผีเข้า การทำไสยศาสตร์ เชื่อว่าโรคจิตก่อให้เกิดความเดือดร้อน ไม่ให้เกียรติ ไม่ยอมรับ ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดความหวัง ความศรัทธาในการทำความคิด

3.3.7 การดูแลตนเองโดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่างๆได้เหมือนบุคคลทั่วไป ไม่สนใจรับประทานอาหารเช้า รับประทานอาหารไม่เพียงพอ ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย แต่พบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบางส่วนมีปัญหาในการรับประทานอาหารเช้า ปฏิเสธอาหารจากภาวะของโรค เช่น หวาดระแวง หลงผิด ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายขาดสารอาหารส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกายและความเครียดได้

จากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าวเป็นเครื่องชี้ให้เห็นถึงพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ไม่เหมาะสม ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอยู่ในชุมชนได้ โดยการดูแลตนเองและสามารถพึ่งพาตนเองได้ในระยะยาว จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง

3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

การดูแลตนเองเป็นสิ่งสำคัญ และจำเป็นต่อการคงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของบุคคล โดยการปรับรูปแบบการใช้ชีวิตให้สอดคล้องกับความต้องการขั้นพื้นฐาน การป้องกันอันตรายและภาวะแทรกซ้อนจากพยาธิสภาพจากโรคหรือการรักษา จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้รับบริการพบว่ามียอดประกอบหลายประการทั้งในด้านความรู้ ทักษะ แรงจูงใจ แรงสนับสนุนทางสังคม ความเชื่อด้านสุขภาพ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยพื้นฐาน ได้แก่ เพศ อาชีพ ระดับการศึกษา รายได้ครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับโรค การรับรู้ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นต้น (ทิวาร วงศ์หงส์กุล , 2534) ซึ่งความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลตนเองไม่

ได้เป็นแบบเชิงเหตุผล (causal relationship) แต่เป็นการอธิบายว่า การพิจารณาความสามารถในการดูแลตนเองจะต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ในการศึกษาครั้งนี้ จากการศึกษาทบทวน ตำรา เอกสาร งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ป่วยโรคจิตเภท พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท และผลกระทบจากความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยสามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้ดังนี้

3.4.1 ความรู้ ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชน การปฏิบัติกิจวัตร

ประจำวัน การสังเกตอาการนำก่อนการป่วยซ้ำ ประโยชน์ของการรับประทานยาต่อเนื่อง ฯลฯ ความรู้ต่างๆเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังการศึกษาของอำไพนิษฐ สมานวงศ์ไทย (2544) เรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อการรับยาสม่ำเสมอของผู้ป่วยจิตเภท กรณี : โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า ความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 เช่นเดียวกับ วัชนิ หนัดถพนม (2539) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติโรคจิตเภทพบว่า ญาติและผู้ป่วยที่ได้รับการศึกษามีจำนวนครั้งของการมารับยามากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการศึกษา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาผู้ป่วยโรคจิตเภทเกี่ยวกับการดูแลตนเองในเรื่องการจัดการกับอาการด้วยตนเองโดยให้แยกอาการเตือนหรืออาการกำเริบพบว่า ถ้าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการจัดการที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยป้องกันความรุนแรงของโรคได้ (Baker, 1995) และมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่สามารถจัดการกับอาการของตนเองได้ และมีการรับรู้อาการอย่างมีประสิทธิภาพในการจัดการกับอาการด้วยตนเอง จะลดอาการป่วยซ้ำ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบอยู่ในชุมชนได้นานกว่าผู้ที่ไม่สนใจดูแลจัดการกับอาการของตนเอง (Kennedy, Schepp, & O' Conner, 2000) การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีอำนาจในการดูแลตนเอง เป็นการส่งเสริมให้ความร่วมมือดีขึ้น เนื่องจากผู้ป่วย รู้สึกว่าสามารถควบคุมชีวิตของตนเองได้มากขึ้น (Schofield, 1985) จากการศึกษาดังกล่าวแสดงว่าความรู้เกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการเตือนและการจัดการกับอาการเบื้องต้น การหลีกเลี่ยงจากการใช้สารเสพติด การสังเกตอาการข้างเคียงของยา การมีความรู้ความเข้าใจในพยาธิสภาพและการดำเนินของโรค การดูแลตนเองด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ฯลฯ ความรู้ด้านต่างๆเหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.4.2 ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เป็นการพยายามอธิบายและทำนายพฤติกรรมสุขภาพ โดยเน้นที่ทัศนคติและความเชื่อของบุคคลในการอธิบายถึงการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดโรค รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคต่างๆที่เกิดขึ้นจากการรักษา (Cohen and Wills, 1985) ดังนั้นหากผู้ป่วยรับรู้ถึงประโยชน์ความเสี่ยงอุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกัน

การป่วยซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็จะทำให้เกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง จากผลการศึกษาของอูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษาของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่าการรับรู้ ต่อการป่วยซ้ำมีผลต่อพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา และในการศึกษาของ สอดคล้องกับ เพชรคันธสายนว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอำนาจจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

3.4.3 แหล่งสนับสนุนทางสังคม จัดเป็นแหล่งประโยชน์อย่างหนึ่งของบุคคล

(Hanucharunkul, 1988) บุคคลที่ได้รับแรงสนับสนุนจากสังคมอย่างเพียงพอจะมีการดูแลตนเองที่ดี (Orem, 2001) โดยแรงสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมให้บุคคลมีพฤติกรรมดูแลตนเองในสองแนวทาง แนวทางที่หนึ่งเป็นการสนับสนุนโดยตรง คือการสนับสนุนหรือช่วยเหลือด้านวัตถุ สิ่งของและบริการต่างๆซึ่งจะช่วยให้บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการดูแลตนเองได้ดีขึ้น ในอีกแนวทางหนึ่งคือ เมื่อบุคคลได้รับการสนับสนุนโดยอาจเป็นความรัก ความเอาใจใส่จากบุคคลอื่น เช่น บุคคลในสังคมเป็นต้น การเป็นที่ยอมรับของสังคม ส่งผลให้บุคคลรู้สึกตนเองมีคุณค่า มีความมั่นใจซึ่งจะช่วย ส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดี (Mulen Kemp & Sayles, 1986) ซึ่งสอดคล้องกับ คอบบ์ (Cobb, 1976) ที่กล่าวว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมอย่างเพียงพอจะทำให้บุคคลรู้สึกว่ามีคุณค่าในตนเอง มีกำลังใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฑารัตน์ กมลศรีจักร (2546) พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ด้านวัตถุและด้าน ข้อมูล ข่าวสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคเรื้อรังอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เช่นเดียวกับ Chine et al. (2003) กล่าวว่า การฝึกทักษะทางสังคมเข้าไปในระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วยเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท จะสามารถช่วยให้ ผู้ป่วยมีกำลังใจและแรงจูงใจที่จะริเริ่มและพยายามปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง

สรุป ความรู้ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแหล่งสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ซึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยดังกล่าวพบว่าครอบคลุมความเป็นองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้ป่วย ดังนั้น ปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริม สนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม จึงต้องจัดกิจกรรมการพยาบาลแบบองค์รวม

การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีความสำคัญมากต่อการฟื้นฟูของโรค แต่สิ่งที่สำคัญนั้นขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทแต่ละบุคคล ซึ่งในปัจจุบันแนวคิดการดูแลรักษาผู้ป่วยได้เปลี่ยนจุดเน้นมาที่ตัวบุคคล ในการรับผิดชอบต่อภาวะสุขภาพและความผาสุกของตน ในการศึกษาครั้งนี้ศึกษาใช้แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเองของเพชรี คันธสายบัว (2544) ซึ่งพัฒนาขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและการดูแลตนเองด้านจิตใจของฮิลและสมิท (Hill and Smith, 1990) ตลอดจนการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับนำแนวคิดของพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมาจากรายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลางของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) โดยใช้ประเมินในผู้ป่วยจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอก ซึ่งมีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างแบ่งพฤติกรรมการดูแลตนเองออกเป็น 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเองของผู้ป่วยจิตเภท การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ การใช้เวลาว่างอย่างมีประสิทธิภาพ การเตรียมการเผชิญกับปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

4. การพยาบาลองค์รวม

การพยาบาลองค์รวม เป็นกระบวนการใหม่ในแง่มุมมองสุขภาพ โดยมองบุคคลในลักษณะเน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์ เน้นการผสมผสานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณเข้าด้วยกัน สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA, 1933 อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวมว่า หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย และให้ความสำคัญขององค์รวมเป็น 2 ประเด็น คือ องค์รวมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง กาย จิต และจิตวิญญาณของบุคคล มองส่วนรวมมากกว่าการรวมส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ประเด็นที่ 2 มองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก การพยาบาลแบบองค์รวมต้องใช้นวัตกรรมทั้ง 2 ประเด็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การให้การพยาบาลบุคคลโดยมองบุคคลเป็นองค์รวม ผสมผสานกาย-จิต-จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่

4.1 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

การพยาบาลองค์รวมเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยที่ศาสตร์ทางการพยาบาลต้องการข้อมูลความรู้ในระดับลึก ซึ่งความรู้ประกอบด้วย กายวิภาคสรีระวิทยา พยาธิวิทยา กระบวนการดูแลแบบองค์รวม การบำบัดแบบดั้งเดิมและการรักษา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนศิลป์ทางการพยาบาล คือการสร้างความรู้สึกลึกซึ้งอย่างแรงกล้า การแสดงออกอย่างมีศิลป์ ก็คือการฟื้นฟู

หาย ส่วนการที่พยาบาลตอบสนองต่อเสียงเรียกให้บริการนั้นก็คือจิตวิญญาณและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแบบองค์รวมต้องไวที่จะปรับให้เกิดความสมดุลระหว่างศาสตร์และศิลป์ ระหว่างการคิดอย่างมีวิจารณญาณกับทักษะความรู้สึกที่เกิดขึ้นในใจ รวมทั้งมีโอกาที่จะเลือกวิธีต่าง ๆ ที่สามารถนำมาส่งเสริมให้เกิดความสมดุล และกลมกลืนของระบบพลังในตัวบุคคล มองชีวิตมนุษย์เป็นเสมือนธรรมชาติของประสบการณ์ที่ซับซ้อนเป็นหน่วยเดียว

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมประเทศสหรัฐอเมริกา (AHNA อ้างใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่สนใจและให้การบริการพยาบาลแบบองค์รวม ได้ดำเนินถึงข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาล องค์รวม 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 พยาบาลต้องมีความสามารถในการผสมผสานการดูแลตนเอง (Self care) ในการปฏิบัติพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องรับผิดชอบดูแลตนเองให้ดี การพัฒนาตนเอง จะทำให้การปฏิบัติพยาบาลพัฒนาขึ้น พยาบาลองค์รวมต้องดำเนินถึงประสบการณ์มนุษย์ การผสมผสานร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณในการปฏิบัติพยาบาลในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้งโรงพยาบาล บ้าน ชุมชน หรือ สถานพยาบาลอื่นๆ พยาบาลจะต้องเป็นผู้นำในการผสมผสานวิธีการรักษาทางเลือก และการรักษาเสริม เช่น การคลายเครียด การรักษาโดยการสัมผัส ฯลฯ

ประการที่ 2 การพยาบาลองค์รวม จะต้องกำหนดทิศทางการปฏิบัติ โดยกลุ่มผู้ปฏิบัติร่วมกันจัดตั้งองค์กร เพื่อศึกษาติดตาม ตรวจสอบ มโนทัศน์ วิธีปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม การดูแลผู้ป่วยในการปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิก ตลอดจนสืบค้นบทบาทของพยาบาลในการศึกษาวิธีการปฏิบัติทางเลือก และการผสมผสานการรักษาในระบบสุขภาพที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ประการที่ 3 การปฏิบัติพยาบาลจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการพยาบาลแบบองค์รวม

เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การดูแลบุคคลในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติในการพยาบาลแบบองค์รวม นั้นพยาบาลจะต้องดำเนินถึง (Inga Newbeck, 1986 อ้างในทัศนาศา นุญทอง, 2531) คือ

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบต่อผู้รับบริการทั้งมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสม และดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวเท่านั้นที่จะว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหา โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษารบรรลุเป้าหมาย ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

4.2 การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

พยาบาลส่วนใหญ่มักจะเคยชินกับการกระทำกิจกรรมให้กับผู้รับบริการ แต่เมื่อใช้การพยาบาลแบบองค์รวม พยาบาลต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากการเป็นผู้กระทำ มาเป็นผู้กระทำกับ เมื่อต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์แบบนี้ สิ่งสำคัญก็คือผู้รับบริการต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากผู้ถูกกระทำมาเป็นผู้ร่วมกระทำด้วย จึงจะสามารถบรรลุเป้าหมายสุขภาพขององค์รวม

การปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมใช้แนวคิดต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, นพรัตน์ ไชยธานี, 2547)

1) แนวคิดมนุษย์เป็นหน่วยเดียว จุดเน้นคือความเป็นปัจเจกบุคคล โดยพยาบาลต้องแยกแยะว่า บุคคลมีมุมมองอย่างไรเกี่ยวกับตนเอง โรค การเจ็บป่วย และสุขภาพ บุคคลตอบสนองความต้องการในแต่ละมิติอย่างไร ซึ่งการตอบสนองของแต่ละบุคคลจะแตกต่างกัน ดังนั้นพยาบาลจึงต้องประเมินว่าเขาต้องการอะไร เมื่อรู้ความต้องการแล้วพยาบาลจึงตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ และการตอบสนองไม่ใช่ทำเป็นมาตรฐานกิจกรรมการพยาบาลเนื่องจากบุคคลเป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะของตนเองแตกต่างจากบุคคลอื่น

2) แนวคิดสุขภาพและการเจ็บป่วยในบริบทของผู้รับบริการ จุดเน้นคือ ความเชื่อพฤติกรรม ความสนใจ การรับรู้ด้านสุขภาพ และแหล่งข้อมูลด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลแตกต่างกัน ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีอิทธิพลต่อสุขภาพ ดังนั้นพยาบาลต้องใช้มุมมองของสุขภาพในบริบทของผู้รับบริการจึงจะทำให้พยาบาลเข้าใจ รู้ว่าผู้รับบริการมีประสบการณ์ด้านสุขภาพอย่างไร มีปฏิกิริยาตอบสนองต่อสุขภาพอย่างไร ทำไมจึงตอบสนองเช่นนั้น เป็นต้น เมื่อพยาบาลเข้าใจพยาบาล ก็สามารถแยกแยะ พัฒนาสุขภาพแต่ละบุคคลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม โดยที่กระทำกิจกรรมพยาบาลในลักษณะบุคคลเป็นปัจเจกบุคคล

3) แนวคิดการเจ็บป่วยเป็นเหมือนโอกาส จุดเน้นคือเมื่อเจ็บป่วยทำให้ต้องควบคุมชีวิต พร้อมทั้งแสวงหาหนทางที่จะอยู่กับความเจ็บป่วยนั้นได้ ดังนั้นผู้รับบริการจึงตั้งเป้าหมายในชีวิตและเปลี่ยนชีวิตใหม่ เพื่อที่จะเรียนรู้และสามารถพัฒนาการเจริญเติบโตต่อไปได้ พยาบาลจะ

มีบทบาทในการสร้างความรู้สึกที่มีพลังอำนาจให้เกิดกับผู้รับบริการ พยาบาลจะสงบและทำที่การพูดแบบเชิงบวก

4) แนวคิดการเป็นหุ้นส่วนหรือเป็นคู่ขาของพยาบาลและผู้รับบริการ จุดเน้นคือความสัมพันธ์อย่างกระตือรือร้น และการมีส่วนร่วมในความเป็นหุ้นส่วน โดยต้องแบ่งปันความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพ พยาบาลจะต้องสร้างสถานการณ์ให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู โดยเริ่มต้นที่การประเมินผู้รับบริการเกี่ยวกับระบบความเชื่อ แบบแผนชีวิต การให้ความหมาย และการตอบสนองต่อการเจ็บป่วย พยาบาลกระทำบทบาทผู้อำนวยการอำนวยความสะดวก พยายามแยกแยะสิ่งเร้า แบ่งปันข้อมูล เคารพประสบการณ์ของผู้รับบริการ และกระตุ้นให้ผู้รับบริการเกิดการตระหนักรู้ด้วยตนเอง ในขณะที่ผู้รับบริการกระทำบทบาทผู้ตัดสินใจ ผู้แสวงหาข้อมูล สร้างพลังอำนาจให้เกิดในตัวรู้ว่าตัวเองเป็นใคร จะสร้างสัมพันธ์ภาพกับบุคคลอื่นอย่างไร พึงระลึกเสมอว่าผู้รับบริการไม่ใช่ผู้ถูกกระทำหรือผู้หมดทางช่วยเหลือ

5) แนวคิดการดูแลตนเอง จุดเน้นคือความรับผิดชอบของผู้รับบริการในการดูแลสุขภาพ ส่งเสริมสุขภาพ โดยที่พยาบาลจะเป็นผู้ให้ข้อมูล สารความรู้ โดยคำนึงถึงความต้องการและระดับความรู้ของผู้รับบริการ

6) แนวคิดการส่งเสริมสุขภาพและกระบวนการของสุขภาพ จุดเน้นคือ ทุกสิ่งทุกอย่างมีผลต่อสุขภาพ การที่จะบรรลุสุขภาพดีมีสุขภาพะได้ ผู้รับบริการต้องตระหนักรู้ด้วยตนเองที่จะเปลี่ยนวิถีชีวิตที่มีผลเสียต่อสุขภาพ ต้องปฏิบัติพฤติกรรมในด้านการส่งเสริมสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยที่พยาบาลเป็นเพียงผู้แนะนำ และผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

จากแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมพอสรุปได้ว่า การพยาบาลแบบองค์รวมพยาบาลจะต้องเปลี่ยนกระบวนทัศน์จากเป็นผู้กระทำให้มาเป็นผู้กระทำกับ โดยเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัว เข้าใจในผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการได้ตั้งเป้าหมายในชีวิตและเป็นผู้ตัดสินใจเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ เพื่อที่จะได้เรียนรู้ และสามารถพัฒนาตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สร้างให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู อำนวยความสะดวกและเป็นผู้แนะนำ และผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

4.3 การพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

การปฏิบัติการพยาบาล เป็นการปฏิบัติวิชาชีพโดยพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการอย่างมีระบบและมีขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือ สอน ให้คำแนะนำและให้การปรึกษา ที่มุ่งให้ผู้รับบริการรักษาการมีสุขภาพดี ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ก่อให้เกิดข้อจำกัดในการดำเนินชีวิต และยังมีผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน ดังนั้นการปฏิบัติการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยจิตเภทจึงใช้แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชโดยการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมดังนี้

4.3.1 พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพันต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรม เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข

4.3.2 พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้ และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความ สุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายใต้ครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง

4.3.3 พยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

1) วินิจฉัยปัญหาหรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิดไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาลอย่างรอบคอบ

2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้นๆ

3) กำหนดวิธีปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดจากการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงและผลลัพธ์อื่นๆตามมา

5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาลจากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่นที่เกิดขึ้นต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

6) จัดระบบบริการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข

สิ่งสำคัญของการพยาบาลคือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคนในลักษณะเป็นหน่วย

เดียวที่มีองค์ประกอบทั้งด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่รวมกันอย่างผสมผสานแยกกันไม่ได้

สรุปได้ว่า การพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทคือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและมีขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดีในแนวองค์รวม

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะปฏิบัติงานใน 3 ลักษณะคือ การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระ คือต้องให้การบำบัดรักษาตามคำสั่งทางการแพทย์ การปฏิบัติหน้าที่กึ่งอิสระ คือการปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือการพยาบาลและการบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะ และประสบการณ์ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

5. แนวคิดโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทงานผู้ป่วยนอก

การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยจิตเภท งานผู้ป่วยนอก ผู้ศึกษาใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตที่ปกติสุข ของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2547) เป็นแนวคิดการพยาบาลองค์รวมที่มุ่งตอบสนองความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไป 4 ประเภทคือ ความต้องการเพื่อความอยู่รอด ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ซึ่งความต้องการดังกล่าวครอบคลุมความเป็นองค์รวม การดูแลแบบองค์รวมนั้นเป็นการดูแลแบบคนทั้งคน ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆได้ และแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ที่กล่าวถึงวิธีการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง กล่าวคือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป ซึ่งแบ่งความต้องการดังนี้

1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival need) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function need) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และ บทบาททุติยภูมิ คือ บทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองของความ ต้องการเพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติ บทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นและไม่มี ความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบ สอนแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ พึงพอใจ มีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ ศักดิ์ศรีในตน

4) ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการ ตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประการ ดังกล่าว จะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาที่คำนึง ถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกัน ดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1. ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือ ความต้องการ เพื่อความอยู่รอด
2. ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical needs) คือความต้องการเพื่อการทำหน้าที่
3. ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) คือ ความ ต้องการด้านสัมพันธภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน
4. ความต้องการด้านจิต-สังคม และจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจ เพื่อความสุข ความสงบของจิตใจ

การที่บุคคลจะรับรู้ความต้องการของตนเอง หรือรับรู้เป้าหมายชีวิตของตนได้ชัดเจนหรือไม่ นั้น ขึ้นอยู่กับความมีสติหรือรู้จักตนเอง (Self awareness) และสมาธิ หรือความใส่ใจ จดจ่อ (Attention) กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ บุคคลรู้จักตนเอง และสามารถควบคุมกระบวนการคิดและการกระทำของตนเองได้

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติวิชาชีพ เน้นการใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง บุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การลงมือ ปฏิบัติกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของบุคคลโดยตรง ให้คำแนะนำ และให้การปรึกษา

ระดับประคองร่างกายและจิตใจ สอน หรือจัดสภาพแวดล้อมของผู้ใช้บริการ โดยมีจุดมุ่งหมายสำคัญที่ผู้ใช้บริการมีชีวิตปกติสุข ซึ่งก็คือการที่ผู้ใช้บริการสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกตน ที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการตอบสนองความต้องการของตน และผลลัพธ์ทางการพยาบาลข้างต้นจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลหรือผู้ให้การดูแล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการรับรู้ว่าตนเองมีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

ดังนั้นการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมได้จะต้องให้การพยาบาลอย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้ ดังนั้นจึงต้องมีแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ที่กล่าวถึง การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเอง 7 ด้าน คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เมื่อพิจารณาถึงการส่งเสริมพฤติกรรมดังกล่าว จะสามารถให้การพยาบาลได้อย่างครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จะเห็นว่าการดูแลตนเอง เพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆ ได้ ดังนั้นการพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 7 ด้านดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาพฤติกรรมและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ป่วย

จากแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมทั้งสองแนวคิด เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจึงควรใช้กิจกรรมกลุ่มโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ซึ่งมีหลักสำคัญ 5 ประการคือ (กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข, 2541)

- 1) เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์เดิมของผู้เรียน
- 2) ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ที่ท้าทายอย่างต่อเนื่อง และเป็นการเรียนรู้เชิงลึก
- 3) มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน
- 4) ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่มีอยู่ออกไป

อย่างกว้างขวาง

5) มีการสื่อสารด้วยการพูดหรือเขียนเป็นเครื่องมือในการแลกเปลี่ยน การวิเคราะห์และสังเคราะห์ความรู้

และมอดัลดของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอนของการสอนดังนี้

1) การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ป่วยนำประสบการณ์ของตนเองตามสาเหตุของปัญหาทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ จากนั้นใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผู้ป่วย

2) การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็น และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้ป่วยรับรู้ประโยชน์ และรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลตนเอง

3) สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือการที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ป่วยร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทางวิธีการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการดูแลตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้นำทางและให้ผู้ผู้ป่วยได้สานต่อในบางครั้ง จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4) การทดลองและตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ผู้ป่วยได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ป่วย โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้าน การแสดงพฤติกรรมหรือให้เวลาแก่ผู้ป่วยในการนำเสนอแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผลงานวิจัยต่างประเทศเกี่ยวกับการดูแลตนเอง

Lebrun, Singh & Luke (1991) ศึกษาถึงการจัดกลุ่มให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 100 คน โดยจัดกลุ่มครั้งละ 8 คน จำนวน 6 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที หัวข้อที่ให้ความรู้ประกอบด้วยความรู้เรื่องโรคจิตเภท การรับประทานยาต้านโรคจิต การสังเกตอาการกลับเป็นซ้ำ การอยู่กับผู้อื่นในสังคม การจัดการปัญหาต่างๆ ในชีวิต และแหล่งช่วยเหลือในชุมชน พบว่า หลังจากจบกลุ่มผู้ป่วยเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยของตนเอง มีกำลังใจและมีพลังในการที่จะดูแลตนเอง ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา และสนใจสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองด้วย

Hochberger & James (1992) ศึกษาการจัดกลุ่มสำหรับผู้ป่วยจิตเวชก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล มีการเข้ากลุ่มสัปดาห์ละ 1 ครั้ง มีการอภิปรายกันภายในกลุ่ม การแสดงบทบาทสมมติและร่วมกันแก้ปัญหาภายในกลุ่ม มีการให้ความรู้เกี่ยวกับการยินยอมรับการรักษาด้วยยา การทำงาน ที่อยู่อาศัย การอยู่โดยไม่มีญาติดูแล การดูแลหลังจากออกจากโรงพยาบาล และความกลัวความล้มเหลวในการกลับเข้าสู่ชุมชน ซึ่งสามารถช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจที่จะกลับเข้าสู่ชุมชน และดูแลตนเองได้

Bostelman (1994) ศึกษาโครงการสุขภาพชุมชนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตซึ่งมีความเสี่ยงสูงที่จะกลับมารักษาซ้ำหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยมีการให้การพยาบาลในโครงการ 4 กิจกรรมคือ การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโดยเน้นที่การให้ความรู้เกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วย การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับยาที่แพทย์สั่งเพื่อใช้ในการรักษา การให้ความรู้แก่ครอบครัวเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและการสื่อสารกับผู้ป่วย โดยใช้เวลา 48 ชั่วโมง ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมในโครงการมีการยินยอมปฏิบัติตามแผนการดูแลหลังออกจากโรงพยาบาล

2. งานวิจัยและโครงการศึกษาอิสระเกี่ยวกับการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

สมจิต ปทุมานนท์และคณะ (2541) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพมหานคร และที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระ เป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน พบว่า ภายหลังได้รับการบริการพยาบาล 6 เดือน ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการปฏิบัติในการรักษาทางเลือก/การรักษาเสริม ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตของตัวอย่างในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิผลรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิต มีค่าร้อยละ 71.0 และร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

นพรัตน์ ไชยขำนิ (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการ

รักษาเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คนและกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากการดูแลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

เพลิน เสียงไชค้อย (2548) โครงการศึกษาอิสระ ศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมสำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่ม ต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มงานผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมเหมาะสมมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. งานวิจัยและโครงการศึกษาอิสระที่เกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) โครงการศึกษาอิสระ ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลลพบุรี จำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการดูแลสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีความสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5

สุมนทนา บุญชัย (2545) ศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จำนวน 49 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้าน พบว่ามีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับสูงทุกด้านคือการดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำ ร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่ายร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ร้อยละ 67.35

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ศึกษาการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการดูแลตัวแบบสัญลักษณ์ พบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมในระยะก่อนการทดลองไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่หลังการทดลองพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทกลุ่ม

ทดลองมีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของกลุ่มทดลองหลังการทดลอง มากกว่าคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองก่อนการทดลอง

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มาใช้บริการที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อน นันทนาการ การออกกำลังกายและด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

โปรยทิพย์ กสิพันธ์ (2541) ศึกษาผลของการใช้กลุ่มช่วยเหลือตนเองต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จำนวน 36 คน เป็นกลุ่มทดลอง 18 คน เป็นกลุ่มควบคุม 18 คน ภายหลังได้รับการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองเป็นเวลา 3 สัปดาห์พบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนได้รับการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองหลังการเข้ากลุ่มช่วยเหลือตนเองในผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่.05

กรอบแนวคิดในการจัดทำโครงการศึกษาอิสระ

โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม

ประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ

กิจกรรมที่ 1. สัมพันธภาพบำบัด มี 4 ระยะคือระยะเริ่มต้น
ระบุนปัญหา, แก้ไขปัญหา, และระยะสุดท้าย

กิจกรรมที่ 2. การสร้างความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรค
และการรักษา
-ให้ความรู้เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ การรักษา
-อาการข้างเคียงจากการใช้ยา/การแก้ไข
-อาการกำเริบ/ป่วยซ้ำ

กิจกรรมที่ 3. การให้ความรู้ด้านการ
ดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน
-การดูแลสุขภาพ อาหาร การพักผ่อน
-การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

กิจกรรมที่ 4. การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย
-ความเครียดและวิธีการคลายเครียด

กิจกรรมที่ 5. การสร้างแรงจูงใจและ
พัฒนาความมีคุณค่าในตนเอง
-การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยทางจิต
-การรู้จักตนเอง
-การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์

กิจกรรมที่ 6. การส่งเสริมความผาสุกทางใจ
และจิต วิญญาณ
-การสร้างความสุขทางใจ

พฤติกรรมการดูแลตนเอง

1. การรู้จักตนเอง
2. การติดต่อสื่อสาร
3. การใช้เวลา
4. การเผชิญปัญหา
5. การพัฒนาระบบ
สนับสนุนทางสังคม
6. การปฏิบัติกิจกรรม
ทางศาสนา
7. การดูแลตนเองโดย
ทั่วไป