

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันบริบทด้านสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรมของประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบถึงภาวะสุขภาพของประชาชนรวมถึงภาวะสุขภาพจิต ทำให้ประชาชนเกิดความเครียด และเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวชต่างๆ การเจ็บป่วยทางจิตนั้นจึงมีความสัมพันธ์กับระบบสังคมโดยรวม ตามแนวคิดทฤษฎีระบบทั่วไป (General system theory) ร่วมกับแนวคิด ด้านสังคม (Social model) บทบาทของพยาบาลจึงเริ่มเคลื่อนไหวยจากโรงพยาบาลเข้าสู่ชุมชน มุ่งเน้นให้ประชาชนมีความตระหนักและสามารถดูแลตัวเอง ชี้ดหลักการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวให้เร็วที่สุด เน้นการรักษาในชุมชนมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล (ยาใจ สิริธมมงคล,2539) จากสถิติข้อมูลเปรียบเทียบการรับบริการผู้ป่วยนอกกรมสุขภาพจิตของประเทศไทย ปีพ.ศ. 2546-2548 พบว่าโรคจิตเวชมีอัตราเพิ่มขึ้นร้อยละ 21.4, 26.8 และ 39.3 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลอ่างทองด้านบริการงานผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลอ่างทองในปี พ.ศ.2543-2546 มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 225, 1539, 1851 และ 1632 รายต่อปี (กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง, 2547) กรมสุขภาพจิตจึงได้มีนโยบายในแผนปี พ.ศ.2548-2551 ให้ประชาชนที่เจ็บป่วยด้วยโรคจิตได้รับบริการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 23 เป็นร้อยละ 30 ลดอัตราผู้ป่วยจิตเวชกลับเข้ามารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน ลดอัตราป่วยด้วยโรคจิตของประชาชนไทยลงจากเดิมร้อยละ 1.8 ให้เหลือไม่เกินร้อยละ 1.7 เมื่อสิ้นแผนพัฒนาสาธารณสุขฉบับที่ 9 (กรมสุขภาพจิต, 2549)

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร พฤติกรรม และอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ เป็นโรคที่รุนแรง เรื้อรังและมีโอกาสกลับเป็นซ้ำได้สูงร้อยละ 70 (สมภพ เรื่องตระกูลและคณะ,2544) ซึ่งมีผลกระทบต่อผู้ป่วยมากในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พฤติกรรมการดูแลตนเอง การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น การเผชิญปัญหา เป็นต้น ญาติต้องคอยให้ความช่วยเหลือ ทำให้เกิดความเบื่อหน่ายไม่ยอมรับผู้ป่วย และผู้ป่วยเองก็เกิดความรู้สึกท้อแท้ สิ้นหวัง ไร้ค่า ทำให้ไม่สามารถอยู่ในชุมชนและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เท่าที่ควร จึงต้องกลับมาได้รับการรักษาซ้ำและถ้าผู้ป่วยบ้างยังมีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น (Sadock&Sadock,2000)การรักษาจึงต้องใช้เวลาและต้นทุน

มากขึ้นถ้าระยะเวลาการดำเนินของโรคที่ยาวนานทำให้เกิดการเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ต่างๆของร่างกายลดลงเรื่อยๆ(Breier,Schreiber,Dryer,and Pickar,1991)

จากการศึกษาดังเช่น ของ ดวงดา อุทุมพฤษพร(2534) ,สุวิมล สมัตตะ(2541) และทิพวรรณ น่วมทอง(2547) ที่พบปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล คือ ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ สามารถดูแลตนเองปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพผู้ป่วยมักจะไม่แยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย อาจมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น มีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลตามคำแนะนำได้ ซึ่งสอดคล้องกับ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี(2536) ได้กล่าวไว้ว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้นครอบครัวมีส่วนสำคัญที่ดูแลผู้ป่วย ทั้งยังสามารถส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ขณะอยู่ที่บ้านในระยะยาวและประกอบกับการมีบุคลากรทางจิตเวชให้ความช่วยเหลือคราวที่จำเป็นอีกจะทำให้มีการพัฒนาพฤติกรรมในการดูแลตนเอง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ลดการป่วยซ้ำ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวในชุมชนได้อย่างมีความสุข

การดูแลตนเองเป็นพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับมนุษย์ทุกคน ไม่ว่าจะบุคคลนั้นจะอยู่ในภาวะปกติหรือเจ็บป่วยก็ตามOrem(1991)กล่าวถึงการดูแลตนเองว่า เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจ มีแบบแผน มีการเรียนรู้ถึงการกระทำและผลจากการกระทำนั้นๆ โดยพฤติกรรมดูแลตนเองประกอบด้วย 1)การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป ซึ่งเป็นการดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการพักผ่อนนันทนาการ ด้านการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ด้านการป้องกันอันตรายต่อชีวิต และด้านการส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการ2)การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการเป็นการดูแลตนเองที่เกิดจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ ได้แก่พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ สนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการให้บุคคลเข้าสู่ภาวะในวัยต่างๆได้ ทั้งดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคล และ 3) การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยหรือได้รับอันตรายที่มีพยาธิสภาพหรือทุพพลภาพหรือบุคคลที่เจ็บป่วยซึ่งด้วยโรคและอยู่ระหว่างการรักษาได้แก่ การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษาและฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพ การรับรู้ การสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและ

การรักษา การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพOrem (1995) ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านก็ต้องเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเอง ฟังพาดตนเองให้ได้มากที่สุดภายใต้ขีดจำกัดที่เกิดจากภาวะของโรคทางจิตเวช

ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self care deficit) ซึ่งเป็นความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลตนเองกับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic self care demand) คือผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ให้ตอบสนองความต้องการที่มีอยู่ในขณะนั้นได้Orem (2001) ในการศึกษาของเพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ (2539) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนและความสามารถเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆร่วมกับสมาชิกในครอบครัวสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริพร ทองบ่อ และคณะ (2542) ที่ศึกษาประสบการณ์ชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทพบว่าการฟังพาดตนเองในเรื่องกิจวัตรประจำวันการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลผู้ป่วยทำได้เองทุกเรื่อง แต่ด้วยคุณภาพ หากผู้ป่วยได้มีการพัฒนาการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ปัญหาการป่วยซ้ำและการเป็นภาระแก่ญาติย่อมลดลงอย่างแน่นอน ดังเช่นการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่กลับเป็นซ้ำ มีพฤติกรรมการเล่นปัญหา พฤติกรรมการใช้ยา การรักษาอย่างต่อเนื่องและมีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติ เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำที่ดี สอดคล้องกับ จันทรฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่กล่าวไว้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอิทธิพลต่อการกำเริบและการกลับป่วยซ้ำอยู่ไม่น้อย ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคทางจิตเวชมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง

โรงพยาบาลอ่างทองเป็นโรงพยาบาลทั่วไปขนาด 326 เตียง ซึ่งจากสถิติการสำรวจประชากรในจังหวัดอ่างทอง ทั้งหมดมีประชากร 290,687 คน เป็นชาย 140,549 คน และหญิง 150,138 คน พบว่าอัตราป่วยด้วยปัญหาสุขภาพจิต คิดเป็น 385.9 ต่อประชากรแสนคน และจากข้อมูลงานเวชสารสนเทศกลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพของโรงพยาบาล โดยจำแนกตามรายกลุ่มโรคประจำปีงบประมาณ 2547 จากสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตพบอยู่ใน 10 อันดับแรก มีจำนวน 2,771 รายคิดเป็นร้อยละ 3.586 เป็นอันดับที่ 9 ของโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บในประเทศไทย โดยเป็นกรณีนี้ชี้วัดปัญหาสุขภาพแบบใหม่หรือเรียกว่าการสูญเสียปีสุขภาวะหรือ DALYS (Disability Adjusted Life Years) พบว่าปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชอยู่ใน 20 อันดับของโรคที่เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีภาวะ การป้องกันหรือการลดการสูญเสีย จึงมีความจำเป็นที่ต้องบำบัดผู้ป่วยทางจิตอย่างถูกต้องและรวดเร็วเพื่อไม่ให้เจ็บป่วยเรื้อรัง ซึ่งทำให้ยากแก่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับเป็นปกติได้

ปัญหาผู้ป่วยที่มาใช้บริการมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในปีงบประมาณ 2547 มีผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 24 คนจากผู้ป่วยทั้งหมด 56 คน ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 42.86 มีปัญหาด้านการกลับเป็นซ้ำและมีอาการกำเริบบ่อย เมื่อพยาบาลได้สอบถามถึงสาเหตุที่ทำให้มีอาการกำเริบ ก็พบว่า ส่วนใหญ่เป็นสาเหตุที่เกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย และความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคจิตเภทของญาติ คือผู้ป่วย 6 รายรับประทานยามากเกินกว่าที่แพทย์สั่ง เนื่องจากคิดว่าการรับประทานยามากๆนั้น จะทำให้ตนหายเร็วขึ้น ผู้ป่วย 13 ราย มารับยาตามแพทย์นัดไม่สม่ำเสมอเนื่องจาก รับประทานเฉพาะเวลามีอาการ และญาติไม่เห็นความสำคัญของการพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ ทำให้ผู้ป่วยได้รับยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ป่วยอีก 4 ราย ไม่ค่อยรับประทานยา เนื่องจากรู้สึกไม่สบายจากการรับประทานยา เช่น ปวดเมื่อยตามร่างกาย ง่วงซึม คิดอะไรได้ช้ากว่าปกติ และผู้ป่วยบางรายเมื่อรับประทานยาไปนานๆเกิดความรู้สึกเบื่อหน่ายในโรคที่ตนเองเป็นอยู่ สำหรับญาตินั้นเมื่อผู้ป่วยไม่รับประทานยาก็ไม่ทราบว่าจะอย่างไรให้ผู้ป่วยทานยาได้ จึงทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ผู้ป่วย 3 รายเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับใคร ไม่สนใจดูแลตนเอง สุขภาพร่างกายทรุดโทรม และญาติไม่ทราบว่า จะแก้ปัญหาในเรื่องความพร้อมในพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างไร (กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง, 2547)

จากการศึกษาเอกสารและทบทวนวรรณกรรมวิจัยต่างๆ เพื่อค้นหาแนวทางที่เหมาะสม ในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท ที่พบในชุมชนเมืองอ่างทอง การพยาบาลแบบให้ความรู้และระดับประคองเป็นวิธีการพยาบาลหนึ่งใน 3 ของระบบการพยาบาลของ Orem(1995) ซึ่งเชื่อว่าเป็นวิธีที่เหมาะสมในบุคคลที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเองแต่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง รวมทั้งขาดการสนับสนุนหรือระดับประคองในการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ กลุ่มผู้ป่วยจิตเภทจึงมีปัญหาเรื่องความพร้อมด้านการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพตามแนวคิดของOrem(1991)โดยมีสาเหตุมาจากผู้ป่วยและญาติไม่รู้และไม่เข้าใจในภาวะโรคและการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับบ้าน (กลุ่มงานพัฒนาระบบบริการสุขภาพโรงพยาบาลอ่างทอง, 2547) เมื่อผู้ศึกษาได้กลับมาวิเคราะห์ในเรื่องของการให้ความรู้ พบว่าการให้ความรู้มีข้อจำกัดหลายประการ เช่นมีผู้ป่วยจำนวนมากมารับบริการที่โรงพยาบาล ทำให้มีเวลาในการให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติน้อยลง ไม่เพียงพอต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น อีกทั้งไม่ได้พบเห็นสภาพความเป็นอยู่ที่แท้จริงของผู้ป่วย ทำให้การประเมินปัญหาและอาการของผู้ป่วยจากคำบอกเล่าของผู้ป่วยและญาติอาจมีความผิดพลาดไป ทำให้มีการแก้ปัญหาที่ไม่ตรงกับความต้องการ ปัญหาจึงยังคงอยู่ ถ้าหากมีการส่งเสริมให้ความรู้และสนับสนุนในเรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอาจทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองลดการป่วยซ้ำได้

ซึ่งวิธีการให้ความรู้และประคับประคองนั้นยังมีการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมการเรียนรู้ รวมทั้งติดตามให้การชี้แนะสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง โดยใช้หลายวิธีผสมผสานกันนั้นก็จะประกอบด้วย การสอน การชี้แนะ การสนับสนุน และการจัดสิ่งแวดล้อม ผู้ศึกษาจึงนำมาประยุกต์ให้ มีความเหมาะสมที่จะนำมาใช้แก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมืองอ่างทอง เป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก โปรแกรมดังกล่าว เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัว อย่างเป็นขั้นตอน (สุวิมล สมัตถะ , 2541) บนพื้นฐานข้อมูลที่ได้จากการประเมินสภาพอาการและปัญหาที่เกิดขึ้นจริงๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย โดยมีแนวคิดว่าการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเวช ที่มีอาการทุเลาพอที่จะอยู่บ้านและในสังคมเดิม โดยมีญาติดูแลและมีบุคลากรทางการแพทย์ไปให้ความรู้และประคับประคองที่บ้านเพื่อติดตามให้การรักษาพยาบาลฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่งเสริมสุขภาพจิต และป้องกันการกลับเป็นซ้ำอีก รวมทั้งเป็นทรัพยากรหลักที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย(ฉวีวรรณ สัตยธรรม ,2539) สอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ลุประสงค์และคณะ(2538)ที่พบว่าผู้ป่วยหลังเข้าโครงการ การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 100 และจากการศึกษาของจันทรา ธีระสมบุรณ์ (2542) พบว่าผู้ป่วยจิตเวชในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านร้อยละ 73.10 สามารถดูแลตนเองได้ในระดับสูง เช่นเดียวกับ การศึกษาของ สมณฑา บุญชัย (2545) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ ร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง

แนวคิดเรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านที่กล่าวมานั้น ได้มีการคิดค้นรูปแบบในการดูแลสุขภาพจิตที่เหมาะสม คຸ້ມທຸນ และให้ผู้ให้บริการพึงพอใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านหลายวิธี ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะให้การพยาบาลแบบให้ความรู้และประคับประคองผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน โดยได้แนวคิดการดูแลตนเองของOrem(1991) มาใช้แก้ปัญหาที่พบในชุมชนเมืองอ่างทองเพื่อช่วยให้บุคคลได้รับข้อมูลและตัดสินใจกระทำพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งOrem(1995) ได้กล่าวไว้ว่า“การสอนเป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลหรือผู้รับบริการที่ต้องการคำแนะนำและการสอนเพื่อนำไปพัฒนาความรู้ ทักษะ จนทำให้เกิดการเรียนรู้”โดยผู้ศึกษาได้ประยุกต์โปรแกรมของ สุวิมล สมัตถะ (2541)ร่วมกับทิพวรรณ น่วมทอง (2547) มาปรับให้มีความเหมาะสมกับสภาพปัญหาในชุมชนเมืองอ่างทอง โดยมีเนื้อหาเน้นการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาให้กับผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วย โดยมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพครอบครัวเกิดการเรียนรู้ และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้

ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข ป้องกันการป่วย และการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการดูแลด้าน กาย จิต และวิญญาณ โดยตั้งอยู่บนพื้นฐานของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน(basic principles of psychosocial home care)ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลมีทั้งหมด 5 กิจกรรม คือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำและคำปรึกษาแบบประทับประคองแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช โดยผู้ศึกษาใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) เป็นแนวทางในการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ทั้งก่อนและหลังได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน ที่ครอบคลุมทั้ง 3 ลักษณะตามแนวคิดของOrem (1991) ได้แก่ การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลรักษาความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้าน ได้ถูกต้องและเหมาะสมตามศักยภาพของตนเองและครอบครัว ช่วยลดภาระในการดูแลของครอบครัว และลดการกลับเป็นซ้ำ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนจังหวัด
อ่างทอง ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองที่บ้าน

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีผลอย่างยิ่งต่อ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วย จากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน คือ ความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การป้องกันและจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวชและการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งปัจจัยต่างๆเหล่านี้มีผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความพร้อมในพฤติกรรมดูแลตนเอง ซึ่งตามแนวคิดของ Orem ก็คือการดูแลตนเองที่ครอบคลุม 3 ลักษณะ Orem (1991) ดังนั้นหากพัฒนาให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้ตามแนวคิดนี้แล้ว ผู้ป่วยก็จะมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่

เหมาะสม สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนอย่างมีความสุข ลดการป่วยซ้ำ และผลกระทบต่างๆ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการนำโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองตามแนวคิดของOrem มาประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของสุวิมล สมัตตะ (2541) ร่วมกับทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ที่ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม คือ การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช มีการดำเนินการตามโปรแกรมโดยเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบรายครอบครัวที่บ้าน โดยดำเนินการ 3 ครั้ง ครั้งละ 1 สัปดาห์

ผู้ศึกษาเป็น ผู้ปฏิบัติด้วยตนเองร่วมกับพยาบาลคลินิกจิตเวช เพื่อติดตามผู้ป่วยเป็นรายครอบครัวที่บ้าน ครั้งที่ 1 หลังจากปฏิบัติตามกิจกรรมที่ 1 คือการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวแล้วผู้ช่วยผู้ศึกษาจะทำการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่สร้างโดย พวงเพ็ญ เจียมปัญญารัช และคณะ (2542) โดยวิธีการสังเกต การสอบถามจากผู้ป่วยโดยตรง และการสอบถามจากญาติ

ซึ่งกิจกรรมที่ 1(การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว) และกิจกรรมที่ 2 (การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว) ผู้ศึกษาจะปฏิบัติทุกครั้งที่มีการติดตามเยี่ยม และในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านครั้งที่ 1 เป็นกิจกรรมที่ 1, 2 และ3 (การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท)การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านครั้งที่ 2 จะเป็นกิจกรรมที่ 1,2และ4(การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว) การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านครั้งที่ 3 จะเป็นกิจกรรมที่ 1,2และ 5(การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช) โดยลักษณะของกิจกรรมเป็นดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวเป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น สามารถให้ความร่วมมือในการดำเนินสัมพันธภาพได้โดยที่ผู้ป่วยและครอบครัวร่วมค้นหาปัญหาของผู้ป่วยและตนเอง มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ โดยที่ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของผู้ป่วยและบุคคลใกล้ชิดจัดการกับปัญหาร่วมกันแก้ปัญหา ทั้งด้านสุขภาพและปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ในการสร้างสัมพันธภาพนี้ พัฒนาร่วมกันตามสมมติฐานของ

การเจ็บป่วยทางจิตที่ว่า สาเหตุของความผิดปกติทางจิตที่แสดงออกทางพฤติกรรมของบุคคล มาจากความล้มเหลวในการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การปฏิบัติกรพยาบาลจิตเวช พยายามที่จะช่วยเหลือให้ผู้ป่วยได้สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้เป็น การสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย พยาบาลกับครอบครัวของผู้ป่วย และผู้ป่วยกับครอบครัว และถ้าพยาบาลสามารถสร้างสัมพันธภาพที่มีประสิทธิภาพได้ จะทำให้ผู้ป่วยเรียนรู้และรู้จักตนเองในทางที่เป็นจริงมากขึ้นยอมรับตนเองและข้อจำกัดของตนเอง ตระหนักในความสามารถและศักยภาพของตนเอง อย่างที่เป็นจริง มีภาพพจน์เกี่ยวกับตนเองที่เป็นจริงและไม่บิดเบือนมีบุคลิกภาพที่เข้มแข็ง หากผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นแล้ว ก็จะเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองในด้านการปฏิบัติสัมพันธ์กับผู้อื่น มีสัมพันธภาพที่ดีสามารถปรับตัวได้เหมาะสม ลดปัญหาการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้บุคคลได้เข้าใจว่าผู้ป่วยสามารถช่วยดูแลตนเองอะไรได้บ้าง เพื่อป้องกันการเกิดการเจ็บป่วย หรือการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือการเผชิญกับภาวะวิกฤตต่างๆในชีวิต โดยเฉพาะปัญหาด้านความรู้สึกละแวม (พันซ์ศักดิ์ วราธศวกปติ,2541) ผู้ศึกษาจะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว โดยได้สำรวจปัญหารวมถึงพฤติกรรม แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตน พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยในการค้นหาทางเลือกที่สร้างสรรค์กว่าเดิมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข(สุวิมล สมัตถะ,2541) ซึ่งเป็นวิธีการช่วยเหลือที่เหมาะสมในกรณีที่ผู้รับบริการสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง หรือสามารถจะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ แต่ถ้าหากขาดการชี้แนะจะไม่สามารถปฏิบัติได้ โดยวิธีการนี้จะใช้ในสถานการณ์ที่ผู้รับบริการต้องตัดสินใจเลือกระหว่างสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยพยาบาลช่วยชี้แนะผู้รับบริการในการตัดสินใจ ทั้งนี้ผู้รับบริการเองจะต้องมีแรงจูงใจและมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะผสมผสานกระบวนการให้คำปรึกษา ไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ รวมทั้งเป็นการช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้ออกไปซึ่งความพยายาม และช่วยปกป้องไม่ให้เกิดการล้มเหลว/ภาวะพร่อง หรือช่วยหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่พึงเกิดหรือช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง การสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สัมพันธภาพที่สร้างขึ้น เป็นการเปิดโอกาสให้มีการสนับสนุนประคับประคองท่ามกลางความไว้วางใจ และการเปิดเผยข้อมูลหรือความรู้สึกทั้งในด้านการกระทำ ความคิด และความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน เป็นการปฏิบัติการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนและ

ต่อเนื่องเป็นระบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กัน โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้หากการให้คำแนะนำและการให้คำปรึกษาที่ผู้ศึกษาได้ให้กับผู้ป่วยและครอบครัวประสบความสำเร็จก็จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพครอบคลุมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน ตามแนวคิดการดูแลตนเองของOremเพื่อช่วยลดการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่บ้านได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทที่บ้าน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของญาติผู้ดูแลในครอบครัว การให้ความรู้จะช่วยให้ญาติเข้าใจในตัวผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญ รวมทั้งความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการรักษาของผู้ป่วยและญาติ ยังสามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Kaplan & Sadock , 1995) อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างเหมาะสม

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมจะช่วยผู้ป่วยให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสมได้ มีความสามารถเผชิญความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย โดยมีความเชื่อว่าจิตใจที่พัฒนาดีแล้วของบุคคล จะทำให้การติดต่อกับผู้อื่นดีขึ้น อีกทั้งยังเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อภาวะสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การได้รับอากาศบริสุทธิ์ และการพักผ่อนที่เพียงพอ อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และการดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช ภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทาง จิตเวชเป็นภาวะที่พบได้ในผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อารมณ์ หรือ ความคิด ผู้ป่วยต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน เป็นช่วงเวลาวิกฤติในชีวิตที่ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกขำแย่ไปหมดทุกเรื่อง ไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตินั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิม คือมีภาวะจิตใจใน

ระดับสมดุ และเกิดการเรียนรู้ในการปรับตัวมากยิ่งขึ้น หลักในการช่วยเหลือภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน ได้แก่ การประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้รับรู้เหตุการณ์ในชีวิตที่ทำให้ทุกข์ทรมาน ในทางที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง พยาบาลจะต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจ ทั้งทางตรงและทางอ้อม เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถใช้ศักยภาพของตนแก้ไขปัญหา หรือได้เรียนรู้แบบแผนการแก้ไขแบบใหม่ ทั้งนี้เพราะแบบแผนที่มีอยู่เดิม ไม่สามารถช่วยให้เผชิญปัญหาได้ หากผู้ป่วยและญาติมีแนวทางในการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวชแล้ว ก็จะช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม ลดการป่วยซ้ำได้

หลังจากนั้นในสัปดาห์ที่ 5 ผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษาดูตามผู้ป่วยที่บ้านอีกครั้ง เพื่อทำการประเมินพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยให้ผู้ช่วยผู้ศึกษาเป็นผู้ประเมินให้ ภายหลังเสร็จสิ้นการดำเนินงานตามโครงการโดยใช้แบบประเมินชุดเดิม และดำเนินการกำกับการทดลอง เพื่อเป็นการตรวจสอบความรู้ที่ผู้ป่วยและญาติได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ โดยการ ใช้แบบทดสอบความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคจิตเภทเพื่อวัดความรู้ของผู้ป่วยจำนวน 20 ข้อ ซึ่งผู้ป่วยต้องผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ 75% หรือคิดเป็น 15 คะแนน และแบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับญาติ เพื่อวัดความรู้ของญาติจำนวน 28 ข้อ ซึ่งญาติต้องผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ 75% เช่นกัน หรือคิดเป็นคะแนนความรู้ 21 คะแนน หากผู้ป่วยและญาติไม่ผ่านเกณฑ์คะแนนความรู้ที่ตั้งไว้ ผู้ศึกษาจะเข้าไปทบทวนความรู้ในส่วนที่ผู้ป่วยและญาติขาดไป จนกระทั่งผู้ป่วยและญาติมีคะแนนความรู้ตามเกณฑ์ที่กำหนด จึงจะถือว่าเป็นการปฏิบัติตามโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน ครบตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

การส่งเสริมพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแนวทางที่เหมาะสมแนวทางหนึ่ง เน้นการให้ความรู้และประคับประคอง โดยการปฏิบัติการพยาบาลที่บ้านซึ่งจากแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้สนใจที่จะนำ โปรแกรมนี้ มาประยุกต์ใช้แก้ปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่พบในชุมชน จังหวัดอ่างทอง และในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ให้การพยาบาลดูแลตามโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้าน โดยมีบทบาทดังนี้คือ 1) บทบาทการให้บริการหรือนักปฏิบัติ (Clinician) จากการเป็นผู้ตรวจประเมินอาการของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การวางแผนการพยาบาลและการส่งเสริมสุขภาพ ด้วยตนเอง 2) บทบาทผู้ให้ความรู้ (Educator) จากการเป็นผู้ให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 3) บทบาทผู้ให้การปรึกษา (Consultant) จากการให้คำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว และการให้คำปรึกษาด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนกับทีมสุขภาพจิตที่ติดตามเยี่ยมผู้ป่วยด้วยกัน 4) บทบาทผู้วิจัย (Researcher) จากการที่ได้นำ โปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองตามแนวคิดของ Orem

(1995) มาพัฒนาประยุกต์ใช้กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ สุวิมล สมิตตะ (2541) ร่วมกับ ทิพวรรณ น่วมทอง(2547) เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจังหวัดอ่างทอง จาก แนวเหตุผลดังกล่าวข้างต้น ผู้ศึกษาจึงได้กำหนดสมมุติฐานของการศึกษา ดังนี้ คือการให้ความรู้ และปรับแก้ประคองที่บ้าน เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม ในส่วนของญาติการให้ความรู้จะช่วยให้ญาติเข้าใจในตัวผู้ป่วยและภาวะสุขภาพที่ผู้ป่วยต้องเผชิญรวมทั้ง ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน นอกจากนี้การมีความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถช่วยให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวลต่อความเจ็บป่วยและการรักษา (Kaplan & Sadock ,1995) อีกทั้งยังเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยสนใจดูแลตนเองมากขึ้น อันจะส่งผล ให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ได้เหมาะสม โดยตั้งสมมุติฐานในการศึกษา ดังนี้

สมมุติฐานการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชนจังหวัดอ่างทองจะสูงกว่า ก่อนได้รับการดูแลตาม โปรแกรมการให้ความรู้และปรับแก้ประคองที่บ้าน

ขอบเขตโครงการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับแก้ประคองที่บ้านต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยทำการศึกษาที่ชุมชนเมืองอ่างทอง โดยมีขอบเขตการศึกษา ดังนี้ คือ

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่มีภูมิลำเนาในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง จำนวน 20 คน ตามเกณฑ์คุณสมบัติที่ผู้ศึกษาได้กำหนดไว้

2. ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับแก้ประคองที่บ้าน

ตัวแปรตาม คือ พฤติกรรมดูแลตนเอง

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยใช้รหัสการจำแนกโรค ตามบัญชีจำแนกโรคระหว่างประเทศ (ICD-10) คือ F20 มีอายุตั้งแต่ 20-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอ่างทอง มีประวัติว่าเคยมีปัญหาในกรณีใดกรณีหนึ่ง หรือทุกๆกรณี ดังนี้ คือ ขาดน้ดเกิน 2 เดือน มีอาการกำเริบภายใน 3 เดือน และ/หรือมีประวัติเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลภายใน 3 เดือน (กรมสุขภาพจิต, 2546) ไม่เคยได้รับการพยาบาล ตามโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านมาก่อน อาการสงบ สมัยครใจและยินยอมให้ความร่วมมือตามกิจกรรมการพยาบาลในโปรแกรมได้

โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน หมายถึง เป็นวิธีการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อบุคคลหรือผู้รับบริการ ผู้ซึ่งต้องการคำแนะนำและการสอนเพื่อนำไปพัฒนาความรู้ ทักษะจนก่อให้เกิดการเรียนรู้ การให้ความรู้ช่วยชี้แนะผู้รับบริการในการตัดสินใจทั้งนี้ผู้รับบริการเองจะต้องมีแรงจูงใจและมีความสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำแนะนำหรือคำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ที่ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะผสมผสานกระบวนการให้คำปรึกษา ไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ รวมทั้งเป็นการช่วยเหลือ ส่งเสริม ให้อ้างไว้ซึ่งความพยายามและช่วยปกป้องไม่ให้เกิดการล้มเหลว/ภาวะพร่อง หรือช่วยหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่ไม่พึงเกิดหรือช่วยในการตัดสินใจในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองตาม โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านตามแนวคิดของ Orem (1995) มาประยุกต์กับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) ร่วมกับ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวอย่างเป็นขั้นตอน โดยมุ่งให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้วิธีการดูแลการอยู่ร่วมกัน การช่วยเหลือและระดับประคองผู้ป่วยจิตเภทให้มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้าน อย่างถูกต้องครอบคลุมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้านตามแนวคิดของ Orem ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม ในแต่ละกิจกรรมจะมีความต่อเนื่องกัน ซึ่งจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยและครอบครัวเป็นรายครอบครัวที่บ้านของผู้ป่วยเอง ใช้ระยะเวลาในการติดตามเยี่ยมครั้งละ 60-90 นาที/ครอบครัว รวม 3 ครั้ง ในการติดตามเยี่ยมครั้งที่ 1-3 นั้น ดำเนินการเยี่ยม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง จนกระทั่งครบตามโปรแกรมในสัปดาห์ที่ 3 หลังจากนั้น อีก 2 สัปดาห์ผู้ศึกษากับผู้ช่วยศึกษาจะติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยอีก 1 ครั้ง เพื่อทำการประเมินผล กิจกรรมและขั้นตอนของโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านมีรายละเอียดดังนี้ คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาพยาบาลจิตเวชได้เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วย ไปทำความรู้จักผู้ป่วยและครอบครัวจนเกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับและให้ความร่วมมือในการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้าน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาและผู้ช่วยศึกษาพยาบาลจิตเวชจะปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและครอบครัวในทุกๆครั้งที่เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 2 การให้คำแนะนำและคำปรึกษากับผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล ที่ผู้ศึกษาได้สนทนา รับฟังปัญหา และความวิตกกังวล ของผู้ป่วย และครอบครัวที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านและชุมชนเพื่อหาแนวทางการแก้ไข เป็นแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้และสามารถส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีความสุข เป็นกิจกรรมที่จะปฏิบัติแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ในทุกๆครั้งที่เข้าไปที่บ้านของผู้ป่วย เช่นกันซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวลดความวิตกกังวล สามารถจัดการกับปัญหาได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้ใช้กลวิธี การให้ข้อมูล ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสอน แนะนำ สาธิต การใช้คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยและคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติหรือผู้ดูแล เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภทแก่ผู้ป่วยและครอบครัว โดยเป็นกิจกรรมจะปฏิบัติในครั้งที่ 1 ใช้เวลา 60-90 นาที เนื้อหาในคู่มือการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยและคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสำหรับญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท ได้แก่ ความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินของโรค และการรักษา
2. การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม และการดูแลทั่วไป
3. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้แก่ การส่งเสริมผู้ป่วยในการดูแลตนเองด้านต่างๆ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การดูแลด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคมและการดูแลทั่วไป ซึ่งกิจกรรมนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการดูแลตนเองและการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้เข้าไปสังเกต สนทนา แนะนำ และส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้เวลา 60-90 นาที เพื่อให้เอื้อต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านเป็นกิจกรรมที่จะปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ศึกษาได้สังเกต สอบถาม และประเมินภาวะวิกฤติและฉุกเฉินของผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งหาวิธีการป้องกันโดยให้ความรู้ แนะนำวิธีการช่วยเหลือ และวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดภาวะเครียด และการป้องกันภาวะวิกฤติฉุกเฉินโดยใช้เวลา 60-90 นาที เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน เป็นกิจกรรมจะปฏิบัติในการเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 3

พฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเมืองอย่างทองกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก โดยครอบคลุมการดูแลตนเองทั้ง 6 ด้าน คือ การดูแลตนเอง ด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ประเมินโดยใช้แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของ พวงเพ็ญ เจริญปัญญารัช และคณะ (2542) ที่ได้สร้างขึ้นตามแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้น สามารถปฏิบัติตนในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ดีขึ้นมีอัตราการป่วยซ้ำลดลง
2. พยาบาลสามารถนำรูปแบบการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านมาเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงเพื่อให้การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น โดยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุมจากสถานพยาบาลสู่ชุมชน
3. เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว โดยสามารถนำรูปแบบการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านไปประยุกต์ใช้ในงานบริการสุขภาพจิตและจิตเวชอื่นได้ ทั้งยังเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษา วิจัย ในประเด็นที่เกี่ยวข้องต่อไป