

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผู้วิจัยได้ศึกษา แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำเสนอเป็นหัวข้อตามลำดับ ดังนี้

1. แนวคิดในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

- 1.1 ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 1.2 ปรัชญาการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 1.3 การดูแลสุขภาพที่บ้านในต่างประเทศ
- 1.4 การดูแลสุขภาพที่บ้านในประเทศไทย
- 1.5 รูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน
- 1.6 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

- 2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 2.2 ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 2.3 เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 2.4 ทฤษฎีพื้นฐานการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน
- 2.5 ผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

3. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

- 3.1 ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล
- 3.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช
- 3.3 แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

4. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช

- 4.1 ความสามารถในการปฏิบัติวัตรประจำวันและการประเมินความสามารถ
- 4.2 ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช
- 4.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช
- 4.4 การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช
- 4.5 ผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัว

5. บทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

- 5.1 บทบาทของพยาบาล
- 5.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดในการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.1 ความหมายการดูแลสุขภาพที่บ้าน

แนวทางการบริการสาธารณสุขในประเทศไทยในปัจจุบัน ได้พัฒนาไปอย่างมากโดยเฉพาะในช่วง 20 ปีที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแนวการให้บริการจากโรงพยาบาลมาเป็นการบริการในชุมชนมากขึ้น และให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพที่บ้านมีผู้ศึกษาและให้ความหมายของการดูแลสุขภาพที่บ้านไว้ดังนี้

Moyer (1985, อ้างถึงใน รุจา ภูโพบูลย์, 2538) ให้ความหมายว่า เป็นการดูแลสุขภาพอย่างเบ็ดเสร็จที่บ้านของผู้รับบริการ มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุน และดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย เรื่องต่างๆ ที่อาจใช้ระยะเวลายาวนานในการดูแลในบางรายอาจเป็นการดูแลตลอดชีวิต

A department of health and human service (Stanhope and Lancaster, 1984) ให้ความหมายว่า เป็นวิธีการบริการสุขภาพแก่ประชาชนอย่างหนึ่ง ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความต่อเนื่องของการบริการสาธารณสุข แบบผสมผสานที่ให้บริการแก่บุคคลและครอบครัว ณ ที่อยู่อาศัยของประชาชน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ และเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเอง ลดภาวะการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น และดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขตามอัตภาพ หรือถ้าตายก็ให้ตายอย่างสงบสมศักดิ์ศรีเป็นการให้บริการสุขภาพที่เหมาะสมตรงกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวมีการวางแผนการให้บริการโดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพ

Keating and Kelman (1988) ให้ความหมายว่า เป็นการบริการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ต้องการดูแลเป็นพิเศษทางการแพทย์ที่บ้านแก่สมาชิกในครอบครัวที่มีปัญหาทางด้านสุขภาพ เช่น ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยระยะพักฟื้น ผู้ป่วยเรื้อรังที่พิการ ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพจิต โรคจิต โรคประสาท รวมถึงผู้ป่วยระยะสุดท้าย การบริการมุ่งเน้นการบริการที่ต่อเนื่อง เมื่อมีการส่งต่อ ผู้ป่วยให้อยู่ในความดูแลของชุมชนโดยให้การบริการเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว

Rovinski and Zantocki (1989:1) ได้กล่าวถึงการบริการการพยาบาลที่บ้านว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบเป็นบริการที่เตรียมให้ผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านเพื่อการรักษาพยาบาล การป้องกันภาวะแทรกซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพ เป็นการดูแลต่อเนื่องจากการเจ็บป่วย หรือมีความพิการซึ่งบริการที่จัดให้เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยแต่ละคน

มุกดา สำนวนกลาง (2534: 2) ให้ความหมายว่าเป็น การให้บริการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้านหรือที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เป็นการให้บริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง แบบผสมผสาน เพื่อส่งเสริมสุขภาพ

ภาพและเพิ่มระดับการพึ่งพาตนเองซึ่งลักษณะการให้การบริการสุขภาพ ดำเนินการภายใต้ความรับผิดชอบของทีมสุขภาพ เป็นผู้คอยสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งตนเองได้อย่างอิสระและดำรงชีวิตได้ตามปกติมากที่สุด

มนัสสินิตย์ บุญยธรรม (2536 : 9) ให้ความหมายว่า เป็นการบริการดูแลรักษาพยาบาล ณ ที่อยู่อาศัย หรือบ้านของผู้รับบริการ โดยมุ่งเน้นการบริการอย่างต่อเนื่อง เพื่อช่วยบรรเทาความพิการและความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยให้การสนับสนุนช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้ช่วยเหลือตนเองได้ โดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาสุขภาพ โดยให้บริการทั้งด้านการรักษาพยาบาล การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสุขภาพให้เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน เพื่อตอบสนองความต้องการพื้นฐานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขตามอัตภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ลักษณะ จิตดีโพบลีย์ (2538:10) ให้ความหมายว่าเป็น การดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องถึงที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยทุเลาหรือหายจากการเจ็บป่วยปราศจากโรคแทรกซ้อน หรือประสพความพิการเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเน้นการจัดบริการเพื่อตอบสนองความต้องการการบริการสุขภาพแก่สมาชิกทุกคนในครอบครัวที่เป็นโรคเรื้อรัง หรือมีปัญหาด้านสุขภาพอนามัยโดยการให้การดูแลในด้านการรักษาพยาบาล การฟื้นฟู การส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันโรค ทั้ง ผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัวยังสามารถดูแลตนเองภายใต้การสนับสนุนช่วยเหลือของทีมสุขภาพทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การควบคุมโรค และการแนะนำการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเป็นสุข

วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ่มตระกูล (2538) ให้ความหมายว่าเป็น บริการสุขภาพที่จัดให้บุคคลที่เจ็บป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ที่ต้องการพักฟื้น หรือผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ให้ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดยบุคลากรในทีมสุขภาพจะส่งเสริมและสนับสนุน การมีส่วนร่วมของบุคคลและครอบครัว ให้ดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีและความเป็นอิสระในการพึ่งตนเอง

สรุปได้ว่าการดูแลสุขภาพที่บ้าน หมายถึง การให้การบริการการดูแลที่สมบูรณ์แก่ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งเน้นให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของผู้ป่วย เพื่อเป็นการช่วยเหลือสนับสนุนและดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย โดยการจัดบริการต้องตรง กับความต้องการของผู้ป่วย และครอบครัว มีการวางแผนการให้บริการที่มีรูปแบบที่ชัดเจน โดยอาศัยความร่วมมือจากทีมสุขภาพ ผู้ป่วยและครอบครัว

1.2 ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับปรัชญาการดูแลที่บ้านไว้หลายท่าน ดังนี้

Ringsven and Jorenby (1988: 68) กล่าวถึง แนวคิดเบื้องต้นของการดูแลที่บ้าน ว่าเป็น การให้บริการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ซึ่งผู้ป่วยและครอบครัวจะเป็น ผู้ควบคุมการดูแลตามสภาพแวดล้อมของพวกเขาว่าพยาบาลจะอยู่ในฐานะแขกที่ไปเยี่ยมบ้าน และเป็นเพียงผู้ให้ความช่วยเหลือสนับสนุนให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวซึ่งสมาชิกในครอบครัว จะเป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้ให้การดูแล

Rice (1996: 14-15) กล่าวถึง ปรัชญาของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็นการ ส่งต่อผู้ป่วยเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพในการให้การพยาบาลในสภาพแวดล้อมที่บ้านของ ผู้ป่วยในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยจะต้องคำนึงถึง องค์ประกอบเหล่านี้ คือผู้ให้การดูแลหรือครอบครัวของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย รวมทั้งแหล่งสนับสนุน ในชุมชน ดังนั้นจุดสำคัญในการประเมินของผู้ป่วย ผู้ให้การดูแล จะต้องครอบคลุมทั้งองค์รวมและ ต้องเน้นสภาพแวดล้อมภายในบ้านเป็นหลัก

วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และประยงค์ ลิ้มตระกูล (2538:3) กล่าวถึง หลักการให้บริการสุขภาพที่บ้าน ว่าเป็นการพยาบาลเฉพาะสาขาที่อยู่ในช่วงของการพัฒนา เพื่อให้มีความเชี่ยวชาญและมีความ สมบูรณ์ยิ่งขึ้น ผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยเหล่านี้บางครั้งยังต้องการ การดูแล อย่างต่อเนื่อง พยาบาลเป็นผู้นำทีมในการจัดการบริการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องพิจารณา ประเมินความเหมาะสมในการให้การดูแลรักษาพยาบาล เพื่อดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและ ครอบครัว

นฤมล เพียรเจริญ (2539 : 13) กล่าวถึง หลักของการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพที่บ้านว่าเป็น แนวทางในการจัดให้มีการใช้จ่ายอย่างมีประสิทธิภาพ ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีคุณภาพและมีความพึงพอใจมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งผู้ป่วย/ผู้ให้การดูแล จะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกี่ยวกับสุขภาพด้วยตนเอง และประสบผลสำเร็จในการจัดการดูแลตนเองที่บ้าน

จากที่กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการปฏิบัติต่อผู้ป่วยโดยให้ ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เป็นการดูแลที่ครอบคลุมทั้งองค์รวมโดยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้มีส่วนร่วมใน การวางแผนในการดูแล พยาบาลจะเป็นผู้ช่วยเหลือสนับสนุนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยสมาชิกในครอบครัว เป็นการให้การดูแลในสภาพแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วย และแหล่งสนับสนุนในชุมชนการดูแล สุขภาพที่บ้านนี้จะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความสุข และเสียค่าใช้จ่ายน้อยกว่าโรงพยาบาล

1.3 การดูแลสุขภาพที่บ้านในต่างประเทศ

ตั้งแต่สมัยที่มีสโนติงเกล ให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน โดยเป็นการให้บริการ การดูแลสุขภาพ มารดาและทารก (Ham and Chamings, 1983) ต่อมา Lillian Wald ได้บุกเบิกการดูแลชุมชนโดยการเยี่ยม ผู้ป่วยที่บ้าน ในกรุงนิวยอร์ก (Hampfrey, 1989) ในการเยี่ยมบ้านนี้เป็นการดูแล โดยเน้น การสอนให้บุคคลและครอบครัว สามารถป้องกันสุขภาพตนเองได้ สามารถปรับตัวเข้ากับ สิ่งแวดล้อมได้ และช่วยประสานงานโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวกับสุขภาพจิตและสวัสดิการสังคม ช่วย ให้ชุมชนพัฒนาแหล่งประโยชน์ด้านสุขภาพขึ้นในชุมชนของตนเอง แนวทางการให้บริการจึงเป็น แนวทางที่สอดคล้องกับการปฏิบัติงานของพยาบาลสาธารณสุขในสมัยนั้น

ในประเทศอังกฤษ การดูแลสุขภาพที่บ้านได้มีมาเป็นเวลานาน ซึ่งเดิมเน้นการบริการทาง สังคมมากกว่าสุขภาพ เช่น การเยี่ยมเพื่อให้กำลังใจ บริการช่วยงานบ้าน ในการประเมินความ ต้องการของผู้รับบริการ ต่อมาได้ขยายบริการให้ครอบครัวที่มีสมาชิกเจ็บป่วยหรือเข้าโรงพยาบาล ตลอดจนจัดบริการสำหรับผู้สูงอายุ จนกระทั่งปี พ.ศ.2533 ได้เริ่มนำแนวคิดการให้ชุมชนมีส่วนร่วม ในการจัดบริการการดูแลสุขภาพ และบริการทางสังคมในรูปแบบต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อ ความต้องการของประชาชนในชุมชนโดยให้บุคคลมีโอกาสเลือกใช้บริการตามความสมัครใจ

ในประเทศสหรัฐอเมริกาภายใต้การนำของพยาบาลได้มีการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน มาเป็นเวลายาวนาน ตั้งแต่ ค.ศ.1800 ใน ค.ศ. 1983 เมื่อระบบการเบิกจ่ายค่ารักษาตามการวินิจฉัยโรค Diagnostic Related Groups หรือ DRG ถูกนำมาใช้ทำให้ผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะเจ็บป่วยต้องถูก จำหน่ายกลับบ้านทั้งที่ยังมีความต้องการการดูแลเฉพาะด้าน (Skilled Nursing Care) หรือต้อง อาศัยเทคโนโลยีพิเศษ จึงมีผลทำให้การดูแลสุขภาพที่บ้านถูกพัฒนาขึ้นเพื่อตอบสนองต่อปัญหา และความต้องการดังกล่าวโดยคำนึงถึงค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการอยู่โรงพยาบาล

ในประเทศแคนาดา ได้เริ่มจัดบริการครั้งแรกเมื่อปี ค.ศ. 1977 ณ หน่วยงานบริการท้องถิ่น ของเมือง Montreal และต่อมาได้มีการพัฒนาขยายไปสู่เมือง Alberta และเมืองอื่นๆ อย่างรวดเร็ว โดยเป็นบริการที่รัฐจัดให้ผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ซึ่งมีวัตถุประสงค์ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล สุขภาพ มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี และมีอิสระที่บ้านของตน และยังช่วยลดระยะเวลาในการอยู่ โรงพยาบาลและลดค่าใช้จ่าย

1.4 การดูแลสุขภาพที่บ้านในประเทศไทย

ในประเทศไทยได้เริ่มเมื่อประมาณ 40 ปี โดยจัดบริการเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนใหญ่จะเน้น ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อ การสอนสุขศึกษา การเยี่ยมมารดาและทารกหลังคลอดและการดูแล ผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งก็ได้ดำเนินการต่อเนื่องเรื่อยมา

ปัจจุบันประชาชนไทยมีความต้องการบริการดูแลสุขภาพที่บ้านมากขึ้น ซึ่งอาจเนื่องมาจาก การเปลี่ยนแปลงในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการบริการสุขภาพอนามัย โดยส่วนรวมสูงขึ้นเพราะประชาชนมีระดับ การศึกษาสูงขึ้นมีความเข้าใจและเอาใจใส่สุขภาพมากขึ้น
2. ลักษณะของครอบครัวเปลี่ยนจากครอบครัวขยายเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้ขาด ผู้ดูแลช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยที่บ้าน
3. แบบแผนของโรคและความเจ็บป่วยเปลี่ยนแปลงจากโรคติดต่อเป็นการเจ็บป่วย จากโรคไร้เชื้อ โรคติดต่อ โรคจากพฤติกรรม และโรคเรื้อรัง การเจ็บป่วยดังกล่าวไม่สามารถ รักษาให้หายขาดได้ในระยะเวลาที่จำกัด หรือโรงพยาบาลไม่มีเตียงเพียงพอที่จะรับไว้รักษาเป็น ระยะเวลาอันยาวนานอีกทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นจำนวนมากการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านจะช่วยประหยัด ค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยจะมีความพึงพอใจในสภาพครอบครัวและสิ่งแวดล้อมตามธรรมชาติ
4. แบบแผนการรักษาและเทคโนโลยีทางการแพทย์ เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากความ ก้าวหน้าด้านเทคโนโลยี และการแพทย์ ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงขึ้น
5. สภาพการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งอาจเปลี่ยนจากเกษตรกรรมไป สู่อุตสาหกรรม มีการนำเทคโนโลยีมาใช้แทนกำลังคนมากขึ้น การเกิดอุบัติเหตุจากการ ประกอบอาชีพมีมากขึ้น ทำให้เกิดความพิการหรือเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องการฟื้นฟูสภาพเป็นระยะ เวลานานประกอบกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น บุคคลในครอบครัวต้องออกไปทำงานนอกบ้านทำให้ไม่มี ผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรังหรือพิการจากการเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมาแล้ว ความต้องการดูแลสุขภาพที่บ้าน จึงมีความจำเป็นต้องจัดให้มีขึ้นในระบบบริการสาธารณสุขของไทย

1.5 รูปแบบของการดูแลสุขภาพที่บ้าน

1.5.1 รูปแบบของการดูแล

รูปแบบของการดูแลโดยทั่วไปจะเป็นการรวมกิจกรรมต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน Brown (cited in Leininger, 1981) ได้กล่าวถึงรูปแบบการดูแลไว้ 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลที่แสดงออกถึงความรู้ ทักษะและการเฝ้าระวังเชิงวิชาชีพรูปแบบนี้ มักพบในการดูแลที่เกิดขึ้นเมื่อต้องการการดูแลในทันที เป็นความต้องการที่ต้องตอบสนองอย่างรวดเร็ว

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่ตระหนักถึงคุณค่าความต้องการ และเอกลักษณ์ของบุคคล โดย มุ่งที่เวลาที่ได้รับบริการ รูปแบบนี้ไม่ใช่การปฏิบัติที่ต้องกระทำทันที จำเป็นต้องมีปฏิสัมพันธ์ และ มีการสร้างสัมพันธภาพ โดยมุ่งให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจด้วยตนเอง จึงต้องใช้เวลาในการดูแลไม่ว่าจะ

ให้การดูแลใดๆแก่ผู้รับบริการจะต้องใช้รูปแบบการดูแลทั้งสองรูปแบบนี้ร่วมกันจึงจะสมบูรณ์ตามศาสตร์ของการดูแล (รุจิพร พงษ์สวัสดิ์, 2538: 44)

Blattner (1981, อ้างถึงใน พวงรัตน์บุญญาอนุรักษ์, 2538:53-54) ได้เสนอรูปแบบของการดูแลไว้ 3 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 การดูแลตนเอง (Interpersonal Caring) คือความเอาใจใส่ต่อตนเอง ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและวิญญาณ ปัจจุบันการดูแลเป็นเป้าหมายสำคัญด้านสุขภาพอนามัยโดยมุ่งให้คนพึ่งตนเองทางสุขภาพได้กระบวนการดูแลตนเองเกิดขึ้นได้จากการเคารพตนเอง รู้คุณค่าของตน และเชื่อมความสัมพันธ์ของตนเองกับสิ่งแวดล้อมได้ด้วยดี ทางด้านสุขภาพเป็นการสร้างความเชื่อในการดูแลตนเองทางสุขภาพสามารถดูแลตนเองให้หายจากความเจ็บป่วย ได้อย่างถูกต้องกล้าหาญและอดทน ผู้ที่ทำหน้าที่ให้การบริการสุขภาพจะต้องสามารถดูแลตนเองได้ดีเสียก่อนจึงจะดูแลผู้อื่นต่อไปได้

รูปแบบที่ 2 การดูแลที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล (Interpersonal Caring) เป็นการดูแลที่เกิดขึ้นผ่านทางสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ต้องอาศัยปัจจัยหลายประการเช่นการสัมผัส (touch) และการให้การสนับสนุน (support)

รูปแบบที่ 3 การดูแลโดยชุมชน (Community Caring) เป็นการช่วยเหลือเกื้อกูลกันภายในชุมชน โดยใช้ความช่วยเหลือจากภายนอกน้อยที่สุด ในเรื่องของสุขภาพอนามัย การพึ่งตนเองในชุมชนเป็นเป้าหมายสำคัญ เป็นอีกแนวทางหนึ่งของการดูแลตนเองที่สำคัญในการสร้างคุณภาพชีวิต ทั้งนี้จะต้องได้รับการดูแลหรือเยี่ยมเยียนจากบุคคลทางสุขภาพซึ่งทำงานเป็นทีม (Home health care term) มีภารกิจหลักคือ การให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุน และให้ความสะดวก เพื่อให้ระบบการสนับสนุนเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ที่สุด

รูปแบบที่กล่าวมาทั้งหมดนี้ตรงกับที่วัตสัน ได้กล่าวว่า รูปแบบของการดูแลในการปฏิบัติการพยาบาลนี้ได้มาจาก การเข้าถึงวิชาชีพพยาบาลในองค์การสุขภาพเป็นพื้นฐานและสร้างสำหรับสุขภาพที่สัมพันธ์กับผลลัพธ์ซึ่งได้แก่การเปลี่ยนแปลงในรูปแบบการดำรงชีวิต การตระหนักถึงตนเอง การควบคุมตนเอง และการดูแลตนเอง ในด้าน คุณค่าของรูปแบบนี้รวมทั้ง คุณค่าทางวิทยาศาสตร์ และคุณค่าทางมนุษยศาสตร์ การคงไว้ซึ่งความสุจริต มีอิสระในการเลือกความสำเร็จในการทำงานในระดับสูง ความเจริญงอกงามส่วนบุคคล การอยู่รอด และความสำเร็จในชีวิต

1.5.2 รูปแบบการดูแลที่บ้าน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการที่มีรูปแบบที่มุ่งการตอบสนองให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องจากการดูแลในโรงพยาบาล ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 รูปแบบ คือ (นฤมล เพ็ชรเจริญ, 2539:16)

1. การให้บริการโดยองค์กรหรือบริษัทธุรกิจ เป็นสมาคมพยาบาลเยี่ยมบ้าน ประจำเมืองและรัฐต่างๆ ในอเมริกา เป็นองค์กรเอกชนที่รับติดตามการเยี่ยมผู้ป่วย เพื่อให้การดูแลสุขภาพที่บ้าน หลังจากได้รับการส่งต่อผู้ป่วยมาจากโรงพยาบาล สามารถเบิกจ่ายค่ารักษาได้จากระบบประกันสุขภาพที่ผู้ป่วยมีอยู่ หรือองค์กรเอกชนซึ่งเรียกว่า Proprietary Agency ซึ่งในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบดังกล่าว

2. การให้บริการโดยโรงพยาบาล (Hospital Based Program) จัดตั้งโดยโรงพยาบาล ซึ่งมี 2 รูปแบบ มีหน่วยงานเฉพาะในโรงพยาบาลติดตามให้การพยาบาลผู้ป่วยที่บ้าน และหรือไม่มีหน่วยงานเฉพาะแต่จะมีพยาบาลในหอผู้ป่วยติดตามการพยาบาลที่บ้าน เช่นโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ โรงพยาบาลรามาธิบดี และ โรงพยาบาลสาธารณสุขที่ดำเนินการอยู่

โรงพยาบาลจิตเวชที่มีการให้บริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยภายหลังผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายกลับไปรับการดูแลที่บ้าน เช่น โรงพยาบาลศรีธัญญา จ.นนทบุรี โรงพยาบาลสวน สราญรมย์ จ.สุราษฎร์ธานี เป็นต้น

3. รูปแบบการบริการอื่นๆ ซึ่งมีการให้การดูแลแบบ Case management หรืออาจเป็นรูปแบบที่รวมการดูแลสิ่งแวดล้อมด้วย และจัดผู้ช่วยเหลือประจำบ้าน เช่นการบริการของโรงพยาบาลเอกชนบางโรงพยาบาล เป็นต้น

1.6 การดูแลผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

เนื่องจากอาการเจ็บป่วยทางจิตส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะตกอยู่ในสภาพที่ป่วยเรื้อรังต้องการ การดูแลเป็นระยะเวลานาน ภายหลังจากที่ผู้ป่วยอาการทุเลา หรือหายจากการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยอาจหลงเหลือพยาธิสภาพของโรค หรือความเสื่อมลง อาจกลับเป็นซ้ำเป็นๆหายๆได้ดังนั้นการดูแลอย่างต่อเนื่องจึงเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยที่ตกอยู่ในสภาพเรื้อรัง

1.6.1 ความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่อง

ได้มีผู้ให้ความหมายของการดูแลอย่างต่อเนื่องไว้ดังนี้

Clemen and others (1981, อ้างถึงใน จุฬารัตน์ ศรีลิขิตตานนท์, 2537: 24) ได้ให้ความหมาย ของการดูแลอย่างต่อเนื่องไว้ว่า เป็นบริการด้านสุขภาพอนามัยแบบผสมผสานครอบคลุม และสมบูรณ์แบบตั้งอยู่บนพื้นฐานของการติดต่อสื่อสารระหว่างทีมสมาชิกในทีมสุขภาพกับผู้ป่วยและ

ครอบครัว แหล่งประโยชน์ในชุมชน หรือองค์กรในชุมชนโดยมีองค์ประกอบ คือ การวางแผน การจำหน่ายและการส่งต่อผู้ป่วย

Glemen and Susan (1987, อ้างถึงใน จุฬารัตน์ ศรีลิขิตตานนท์, 2537: 24) กล่าวถึงการดูแลอย่างต่อเนื่องว่า เป็นกระบวนการที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา ตั้งแต่การประเมินความต้องการของผู้ป่วย การวางแผน และการตอบสนองความต้องการ

Kelman and Keating (1988) กล่าวว่า การดูแลอย่างต่อเนื่องเป็นแผนการให้บริการ บริการทางสุขภาพของสถานบริการที่จัดให้แก่ผู้รับบริการในระยะเวลาที่ประสบปัญหาสุขภาพ ตลอดจนถึงระยะพักฟื้น ระยะฟื้นฟูสภาพ หรือระยะสุดท้ายอย่างต่อเนื่องหลายสถานตามที่ตามความต้องการของผู้รับบริการ

1.6.2 ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นบริการพยาบาลที่สมบูรณ์แบบและเป็นเป้าหมายของระบบบริการสุขภาพเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลกลับไปสู่ชุมชนโดยให้มีอุปสรรคน้อยที่สุด การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพจะต้องประกอบด้วย การวางแผน การจำหน่าย และการส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่นอนในโรงพยาบาลนั้นๆ การดูแลนั้นเป็นการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยเมื่อจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลแล้ว ผู้ป่วยจะต้องพึ่งตนเองได้มากที่สุด และสามารถปฏิบัติตนได้ถูกต้อง โรคนั้นอาจหายขาดหรือเข้าสู่สภาพปกติลดจำนวนการกลับเข้ามาในโรงพยาบาลอีก และครอบครัวผู้ป่วยก็จะมีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยด้วย (พรณทิพา ศิลป์ประสิทธิ์, 2532) และผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ก็คือการดูแลตนเอง และการช่วยเหลือเกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัว

สรุปได้ว่าการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีที่สามารถนำมาให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่ต้องการการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านได้โดยมีเป้าหมายสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ไม่ต้องเป็นภาระแก่ครอบครัวหรือชุมชน หรือ ถ้าต้องเป็นภาระก็สามารถทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองได้ที่บ้าน

2. แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.1 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านเป็นการจัดให้บริการพยาบาลถึงที่บ้านของผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องพยาบาลจิตเวชจะคอยติดตามผลของการดูแลจนผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสมที่บ้าน ซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงแนวคิดในการดูแลไว้ ดังนี้

กรมสุขภาพจิต ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยมีแนวคิดว่า ครอบครัวเป็นสถานที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย การดำเนินนโยบายในเรื่องนี้จึงเน้นการผลักดันให้ครอบครัวเป็นแกนหลักในการจัดการผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีบุคลากรทางการแพทย์เป็นทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือครอบครัว และมุ่งขยายบริการทางการแพทย์ และบริการสนับสนุนอื่น ๆ ไปให้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถทำงานและดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้

ฝน แสงสิงแก้ว (2524) ได้เสนอแนวความคิดว่าหากญาติของผู้ป่วยจิตเวชได้ร่วมมือใกล้ชิดกับแพทย์ ได้รับฟังความคิดเห็น และได้สังเกตการดูแลรักษาตามเทคนิคที่ถูกต้องแล้วญาตินำเอาวิธีการไปปฏิบัติไปใช้ที่บ้านช่วยดูแลผู้ป่วยต่อถ้าจำเป็นก็กลับมาปรึกษาและรักษาเป็นครั้งคราวจะได้ผลดีและช่วยป้องกันการป่วยซ้ำได้อย่างมาก

ชะอุทธิ์ พงศ์อนุตรี (2530) กล่าวว่า การที่ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดกำลังใจต่อชีวิต มีความหวัง รู้สึกอบอุ่น รู้สึกมีคุณค่ามีคนต้องการ มีคนห่วงใย เข้าใจ มีความเชื่อมั่นในตนเองยิ่งขึ้น

จุภา ภูโพนุลย์ (2538) กล่าวว่า ความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะปกติที่บ้าน ได้รับการยอมรับทั่วไปว่ามีประสิทธิภาพและประหยัด เมื่อเทียบกับการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล แต่การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตที่บ้าน ยังได้รับความสนใจน้อยกว่าผู้ป่วยประเภทอื่น

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีมาช้านานเห็นได้จากแนวคิดของ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว (อ้างถึงใน นันทนา รัตนกร ,2536) บิดาแห่งวิชาจิตเวชศาสตร์ ได้เสนอ "โครงการสุขภาพจิต ซึ่งสามารถปฏิบัติได้ในประเทศไทย" แก่รัฐบาลตั้งแต่ปี 2510 โดยมีแนวคิดที่พอสรุปได้ดังต่อไปนี้

1. จัดตั้งศูนย์สุขภาพจิต (Mental Health Center) ให้มีทั่วประเทศหากยังจัดไม่ได้ให้ผสมผสานเข้ากับสถานีอนามัยชั้นหนึ่งและชั้นสอง
2. มีกอบรมพนักงานสุขภาพจิต และส่งออกไปทำงานในศูนย์/หน่วยสุขภาพจิตนั้น
3. จัดให้มีศูนย์สุขภาพจิตใหญ่ 1 แห่งในแต่ละภาค รับเป็นที่ปรึกษา และศูนย์การศึกษาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต่างๆ
4. จัดให้มีกลุ่มชุมชน ประกอบด้วย ชาวบ้าน บิดา มารดา ครูอาจารย์ และผู้นำท้องถิ่น ช่วยกันแก้ปัญหาสุขภาพจิตเสื่อมของชุมชน
5. ให้ชุมชนช่วยจัดการให้ผู้ป่วยจิตเวชได้อาศัยอยู่กับครอบครัวโดยสมาชิกในครอบครัวจัดที่อยู่อาศัยและจัดหางานในท้องถิ่นให้ทำ ซึ่งผลที่คาดว่าจะได้รับคือ
6. ลดจำนวนเตียงในโรงพยาบาลจิตเวช

7. เพิ่มบริการที่ดีในครอบครัวและชุมชน
8. ศูนย์สุขภาพจิตชุมชนจะกรองงานและทำงานในชุมชนได้ดีคือ
 - 8.1 คัดกรองโรคจิตเวชเฉียบพลัน (Acute Psychosis) ให้โรงพยาบาลจิตเวช
 - 8.2 คัดกรองผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง (Chronic Psychosis)ในชุมชน
 - 8.3 ดูแลปัญหาเรื่องยาเสพติด
 - 8.4 ดูแลปัญหาเรื่องติดเหล้า
 - 8.5 ดูแลปัญหาเรื่องผู้สูงอายุ
 - 8.6 ดูแลและแก้ปัญหาเรื่องเด็กที่มีปัญหาต่างๆ

งานสุขภาพจิตในประเทศไทยได้มีการดำเนินการตามนโยบายของรัฐบาล โดยยึดแนวทางขององค์การอนามัยโลก ดังนี้

1. ผสมผสานงานสุขภาพจิตเข้ากับงานสาธารณสุขมูลฐาน ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของงาน สาธารณสุขมูลฐาน และได้เริ่มดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน
2. จัดรูปแบบการดำเนินงานอีกรูปแบบหนึ่ง โดยจัดตั้งฝ่ายจิตเวชขึ้นในโรงพยาบาล ทั่วไป บางแห่ง และโรงพยาบาลศูนย์ทุกแห่งทุกแห่ง
3. จัดทำโครงการสำรวจความต้องการการบริการสุขภาพจิต (Monitoring of Mental Health Need) ขึ้นที่จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการงานบริการสุขภาพพอสมควร
4. จัดทำโครงการระบบรายงานรูปสามเหลี่ยม (Trivial Record System) เน้นให้แพทย์เห็นความสำคัญของการดูแลรักษาผู้ป่วยทั้งคน ซึ่งประกอบด้วย กาย จิต สังคม
5. ลดจำนวนเตียงของโรงพยาบาลจิตเวช และขยายเตียงของโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป

นอกจากนี้ยังเน้นปัจจัยทางจิตสังคม (Psychosocial Factor) ประสานงานกับหน่วยงานอื่นในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขโดยการจัดทำคู่มือปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เน้นให้มีการให้คำปรึกษา (Counseling) ในเรื่องของการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต จะเน้นให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และจะให้ชุมชนเป็นที่รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแทนการป่วยอยู่ในโรงพยาบาลนานๆ

จากแนวคิดที่ได้กล่าวมา พบว่าการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกำลังเป็นแนวคิดที่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัว และใช้โรงพยาบาลเป็นฐาน ในการเยี่ยมผู้ป่วยที่ออกจากโรงพยาบาลให้สามารถดูแลสุขภาพต่อที่บ้านได้ รูปแบบการดูแลที่บ้านนี้ให้ผลดีกับผู้ป่วยทั้งทางด้านจิต ใจและเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว

2.2 ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

ปรัชญาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมีดังต่อไปนี้ (Finkelman, 1997: 92 - 93)

1. การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยจิตเวชอาจจะเข้าออกโรงพยาบาล เนื่องจากผู้ป่วยต้องการได้รับการดูแลที่ครอบคลุมสำหรับปัญหาทางจิตที่ซับซ้อน
2. การดูแลรักษาต้องมีความคงที่ สามารถทำนายได้ และตรงกัน
3. จุดมุ่งหมายของการดูแลมีความยืดหยุ่นตามอาการแสดงของโรค
4. ผู้ป่วยควรมีที่อยู่อาศัยที่แน่นอน
5. ทักษะของกลไกการแก้ปัญหาของผู้ป่วยถูกกำหนดและพัฒนาจากความต้องการ
6. การบริการพยาบาลและการฟื้นฟูได้รับในส่วนของระบบโรงพยาบาล หรือการดูแลหลังการเจ็บป่วย
7. เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ ต้องการที่จะอยู่กับครอบครัวหรือชุมชน ควรได้รับการอนุญาต
8. ผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยทางจิตจะมีปัญหาที่ซับซ้อน ทั้งทางจิตใจและทางกาย
9. การบริการพยาบาลควรจะได้รับ การประยุต์และเชื่อมโยง
10. เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าโรงพยาบาล ต้องมีความชัดเจน
11. ขอบเขตของผู้ป่วย ครอบครัว เจ้าหน้าที่พยาบาลต้องมีโครงสร้างที่ชัดเจน
12. ผู้ป่วยจำนวนมากจะมีประสบการณ์การกลับเป็นซ้ำ ไม่ได้ถือว่าเป็นความล้มเหลวพยาบาลควรจะได้มีการเตรียมการช่วยเหลือ ผู้ป่วย ครอบครัว จัดการกับกรกลับเป็นซ้ำด้วยการยอมรับ
13. การรักษาจะไม่มุ่งทำให้เกิดความเป็นไปได้ในปัจจุบันทันที ผู้ป่วยจำนวนมากจะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต
14. ผู้ป่วยทุกคนและครอบครัวจะได้รับการปฏิบัติด้วยความเคารพ
15. พยาบาลจะเป็นแขกในบ้านของผู้ป่วย
16. เป้าหมายของความร่วมมือได้รับการพัฒนาโดยผู้ป่วย และครอบครัวตามสมควร
17. สิทธิของผู้ป่วย คือ ข้อที่ควรพิจารณาตลอดเวลา

จากปรัชญาที่กล่าวมาแล้วจะเห็นได้ว่ามีปัจจัยหลายๆด้านที่มีผลต่อปรัชญาของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เช่น มาตรฐานการพยาบาล กฎระเบียบ ความต้องการของชุมชน

Reif and Martin (1997: 10) กล่าวว่า การรักษาทางการแพทย์มีผลกระทบต่อปรัชญาของการดูแลซึ่งได้มีการกำหนดวิธีและการนำไปปฏิบัติในการให้การดูแลผู้รับบริการและครอบครัวมีชนิดของการบริการให้เลือกน้อย และบางครั้งเป็นการให้บริการกับผู้แทนที่ดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยจึงไม่ได้รับการดูแลโดยตรง

Trimbath and Brestensky (1990: 1-8) กล่าวว่า การดูแลที่บ้านต้องไม่มองข้ามในส่วนที่จะมีผลต่อการรักษาอาการทางจิต ครอบครัวและชุมชนควรจัดเตรียมสภาพแวดล้อมที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมได้ การยอมรับมีความสำคัญต่อการดูแลที่บ้านอย่างมาก พยาบาลจิตเวชจะต้องสามารถทำประโยชน์จากการให้การดูแลที่บ้าน โดยที่การพยาบาลจิตเวชไม่ได้แสดงชัดเจนเหมือนการพยาบาลฝ่ายกาย แต่สามารถอธิบายรูปแบบของการปฏิบัติได้คือ

1. มีความเข้าใจบทบาทของเจ้าหน้าที่ บทบาทของผู้ป่วย และครอบครัว
2. มีการปฏิบัติการพยาบาล และมีเหตุผลในการปฏิบัติ
3. กรอบแนวคิดสามารถอธิบายถึงคุณภาพการดูแลที่จะสนับสนุนประคองผู้ป่วยได้
4. การสนับสนุนนั้นพิสูจน์จากผลที่เกิดกับผู้ป่วย
5. สามารถแสดงให้เห็นถึงความเกี่ยวเนื่องในการพยาบาลที่มีมาตรฐาน

2.3 เป้าหมายการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

Pelletier (1997: 23) กล่าวถึงเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไว้ ดังนี้

1. เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพและความร่วมมือของผู้ให้บริการด้านสุขภาพทั้งหมด
2. เป็นการเตรียมการดูแลโดยเจ้าหน้าที่ที่มีคุณสมบัติในการให้การพยาบาลจิตเวช
3. เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและพยาบาลวิชาชีพ
4. มีการจัดเตรียมการดูแลที่ครอบคลุมกว้างขวาง มีหลายทางเลือก ที่อยู่ในระบบของโรงพยาบาลหรืออยู่ในชุมชน และใช้ทรัพยากรของชุมชน
5. มีการเปลี่ยนจากการดูแลรักษาจากโรงพยาบาลมาสู่บ้าน
6. มีการให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว ในประเด็นของการให้ยา การรับประทาน อาหาร การดูแลตนเอง สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะทางสังคม วิธีการแก้ปัญหาส่วนบุคคล
7. ช่วยลดอาการแสดงและเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง มีความเชื่อมั่นในตนเอง และการควบคุมตนเอง

Mc Farmland และ M. Thomas (1991: 898) กล่าวถึงความสัมพันธ์ของเป้าหมายในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน คือ

1. ส่งเสริมการทำหน้าที่ในระดับสูง
2. ส่งเสริมการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ
3. การจัดเตรียมการดูแลเฉพาะสำหรับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
4. มีความแน่นอนในการเปลี่ยนพฤติกรรมจากการเรียนรู้จากโรงพยาบาลสู่บ้านและชุมชน
5. มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว โดยเทียบจากแผนการฝึก

ปฏิบัติทั้งหมด

2.4 ทฤษฎีพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

ทฤษฎีสำคัญที่เป็นพื้นฐานนำไปสู่ความเข้าใจในเรื่องตน พฤติกรรมของตน การเจ็บป่วยทางจิตอารมณ์ และแนวทางในการปฏิบัติเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตกลับเข้าสู่สภาวะสุขภาพจิตดี นั้น ประกอบด้วย 8 ทฤษฎีดังนี้ (Stuart and Sundeen, 1987: อ้างถึงใน รุ่งศรี ศรีสุวรรณ, 2539)

2.4.1 แนวคิดทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalysis Model)

แนวคิดนี้เชื่อว่า พฤติกรรมทุกพฤติกรรมมีความหมายและไม่ได้เกิดขึ้นโดยเหตุบังเอิญ แต่มีจิตใจส่วนหนึ่งดำเนินการสั่งการให้เกิดรูปแบบพฤติกรรมนั้นๆ ความหมายที่แฝงซ่อนเร้นอยู่เบื้องหลังพฤติกรรมนั้น มีสาเหตุมาจากความเจ็บปวดทางจิตจากประสบการณ์จากวัยต้นๆ ของชีวิต ซึ่งถูกเก็บกดฝังแน่นไว้ในจิตใจส่วนของจิตไร้สำนึก เมื่อมีเหตุมากระทบกระเทือนปรากฏการณ์ ความเจ็บปวดทางจิตใจดังกล่าวนั้นจะถูกรบกวน จะหลุดพ้นออกมาในรูปของพฤติกรรมแปลกๆ ซึ่งบางครั้งอาจออกมาในรูปของความฝัน

การช่วยเหลือจึงต้องค้นคว้าว่าอะไรเป็นสาเหตุและทำไมจึงเกิดขึ้น โดยการทำจิตวิเคราะห์ที่เรียกว่า Free Association, Dream Analysis, Interpretation of Dream and Hypnosis

2.4.2 แนวความคิดทฤษฎีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal Model)

แนวคิดนี้เชื่อว่า ประสบการณ์ด้านมนุษยสัมพันธ์ในชีวิตต้นๆ มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์ การเจ็บป่วยทางจิตอารมณ์ในบุคคลเกิดจากความขัดแย้งในการตอบสนองความต้องการ และการปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม

การช่วยเหลือเน้นในเรื่องการแก้ไขสัมพันธภาพ โดยอาศัยหลักการที่ว่าให้ผู้ป่วยได้มีประสบการณ์ในด้านสัมพันธภาพอย่างถูกต้องกับผู้รักษาเสียก่อน ซึ่งจะนำไปสู่การเรียนรู้ใหม่ในการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น

2.4.3 แนวความคิดทฤษฎีทางสังคม (Social Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่า อิทธิพลทางสังคมเกี่ยวกับมาตรฐานและค่านิยมทางสังคมมีผลต่อพฤติกรรมมนุษย์ การเจ็บป่วยทางจิตจึงเกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถหรือไม่ยอมปฏิบัติตามมาตรฐานของสังคม รวมทั้งปัจจัยทางสังคมบางอย่าง เช่น ความยากจน ความไม่มั่นคงของครอบครัวด้านความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก

การช่วยเหลือควรลดหรือขจัดสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยด้านจิตใจ ให้ความรู้ในเรื่องการส่งเสริมสุขภาพจิตแก่บุคคลทั่วไปและให้คำปรึกษาแก่ประชาชนในกลุ่มเสี่ยง ตลอดจนการให้อิสระแก่ผู้ป่วยในการเลือกวิธีการรักษาโดยไม่มีการบังคับ

2.4.4 แนวคิดทฤษฎีปรัชญาชีวิต (Existential Model)

ทฤษฎีนี้ได้รับอิทธิพลจากศาสตร์ทางด้านปรัชญามาประยุกต์ใช้กับสาขาจิตเวชโดยให้ความสำคัญกับเหตุการณ์ในปัจจุบัน (Here and Now) แนวความคิดนี้จึงเชื่อว่าพฤติกรรมแปรปรวนมีสาเหตุจากการที่บุคคลไม่รู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวเขา

การช่วยเหลือ คือ การช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองและสิ่งแวดล้อมรอบตัวขณะนั้นซึ่งมีหลายวิธีได้แก่ Gestalt Therapy, Reality Therapy, Rational – Emotion Therapy, Logo therapy and Encounter group Therapy

2.4.5 แนวความคิดทฤษฎีการสื่อความหมาย (Communication Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่า พฤติกรรมการแสดงออกของมนุษย์ทุกพฤติกรรมได้สื่อความหมายบางอย่างออกมา พฤติกรรมแปรปรวนจึงมีสาเหตุมาจากขบวนการสื่อความหมายที่ไม่ชัดเจน และมีรูปแบบที่บิดเบือนไปจากความปกติทั้งหลาย รวมทั้งการสื่อความหมาย และการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในลักษณะเกมส์ (Games)

การช่วยเหลือเน้นในเรื่องการจัดการกับความยุ่งยากและปัญหาที่เกิดขึ้นจากขบวนการสื่อความหมาย ช่วยให้มีรูปแบบการสื่อความหมายที่ถูกต้องกับบุคคลทั่วไปในสังคม ลดหรือขจัดการสื่อความหมายในลักษณะเกมส์

2.4.6 แนวความคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ (Behavioral Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่า การเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงทางสติปัญญา ความคิด อารมณ์ และความรู้สึกได้ภายหลัง สาเหตุของพฤติกรรมแปรปรวนเป็นผลมาจากการที่บุคคลพยายามกระทำการเพื่อลดสิ่งกระตุ้นที่รบกวนความสงบสุขทางใจ

การช่วยเหลือมุ่งที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยไม่สนใจข้อขัดแย้งหรือเรื่องราวในอดีต โดยวิธี Reciprocal Inhibition, Assertive Training, Aversion Therapy and Token Economy

2.4.7 แนวความคิดทฤษฎีทางการแพทย์ (Medical Model)

แนวความคิดนี้เชื่อว่า การเจ็บป่วยทางจิตเป็นเรื่องเฉพาะตัวในแต่ละบุคคลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของชีวเคมีในสมอง ไม่เกี่ยวข้องกับบุคคล สังคม หรือสิ่งแวดล้อมอื่นๆ

การช่วยเหลือใช้วิธีเปลี่ยนแปลงสารเคมีในสมอง เช่น การให้ยา การช็อกไฟฟ้า (Electroconvulsive Therapy) เป็นต้น

2.4.8 แนวความคิดทฤษฎีทางการพยาบาล (Nursing Model)

ทฤษฎีทางการพยาบาลเน้นเรื่องการให้การพยาบาลคนทั้งคน (Holistic Approach) สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากความเครียดอาจเกิดจากภายในร่างกายเองหรือเกิดจากสภาวะแวดล้อมภายนอกทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม

การช่วยเหลือจึงอาศัยหลักการของกระบวนการพยาบาล(Nursing Process) 5ขั้นตอน คือ การเก็บรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผน การพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล

สรุปได้ว่าการที่จะเลือกใช้แนวคิดใดหรือการผสมผสานแนวคิดทฤษฎีควรเป็นไปเพื่อประโยชน์สูงสุดสำหรับตัวผู้ป่วย การผนวกแนวคิด พฤติกรรมการดูแลเข้ากับทฤษฎีพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช นับว่าเป็นวิธีที่ครอบคลุมเหมาะสมที่สุดสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.5 ผลของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

2.5.1 ผลดีของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การที่วงการจิตเวชได้เปลี่ยนรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจากการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล เป็นการดูแลที่บ้าน อยู่กับครอบครัว และชุมชน ของตนเอง ผู้ป่วยจะสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างมีความสุขนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง "ผู้ป่วยมีครอบครัว" (Joseph, 1991: 69 อ้างถึงใน บริห์หทัย แก้วมณีรัตน์, 2534: 6) ผู้ป่วยส่วนใหญ่ควรได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องที่บ้านภายหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาล ซึ่งถ้าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านจะก่อให้เกิดผลดีดังนี้

1) ผู้ป่วยจิตเวช การที่ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่องโดยได้รับความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน มีการยอมรับ มีการช่วยเหลือ และมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย จะทำให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจ กล้าเผชิญความจริงปรับตัวต่อสภาพแวดล้อมรอบตัวได้ การดูแลอย่างดีที่บ้านจะทำให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้นานขึ้น มีอาการทางจิตที่ดีขึ้น และลดการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยได้

2) ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจะทำให้ครอบครัวมีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว จนเกิดความเข้าใจ และการยอมรับมากขึ้น จะช่วยลดภาระในเรื่องเศรษฐกิจได้มาก เช่นค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย

ในการไปเยี่ยมไข้ การเสียเวลาไปเยี่ยมไข้ ซึ่งผู้ป่วยจะไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายเมื่ออยู่บ้าน นอกจากค่ายาเพียงอย่างเดียว นอกจากนี้ถ้าครอบครัวดูแลผู้ป่วยอย่างดี ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพ หรือทำงานช่วยเหลือครอบครัวได้

3) โรงพยาบาล การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ช่วยให้ผู้ป่วยอาการทางจิตดีขึ้น สามารถช่วยตนเองและปรับตัวอยู่บ้านได้นานขึ้น เป็นการช่วยลดภาวะการป่วยซ้ำ ซึ่งสามารถช่วยเหลือโรงพยาบาลที่มีความจำกัดในเรื่องจำนวนเตียง และงบประมาณ ซึ่งในแต่ละปีต้องนำมาเป็นค่าช่วยเหลือค่ารักษาพยาบาลฟรี ค่าอาหารผู้ป่วย ค่ายาฟรี และการส่งเคราะห์อื่นๆ สามารถประหยัดงบประมาณเพื่อนำไปใช้เป็นประโยชน์ในส่วนอื่นๆได้

นอกจากนี้ ไพจิตร กสิวัฒน์ และพภาณี สิตกะลิน (2538: 306-309) ได้กล่าวถึงประโยชน์การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเพิ่มเติมไว้ ดังนี้

1) ประโยชน์ต่อตนเองทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยทุเลาจากการเจ็บป่วยหรือหายป่วยเร็วขึ้น ความวิตกกังวล ความหวาดกลัว และความกังวลใจลดน้อยลง ด้านร่างกายผู้ป่วยจะรู้สึกอิสระได้พักผ่อนเต็มที่สามารถทำงานต่างๆ ที่ไม่ขัดต่อโรคและความเจ็บป่วยได้เช่น ช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ในบ้าน นอนเฝ้าบ้าน ดูแลและลูกหลานจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนเองมีประโยชน์ มีความสบายใจขึ้น รู้สึกตนเองมีคุณค่า

2) ประโยชน์ต่อครอบครัวจะช่วยเพิ่มสัมพันธภาพภายในครอบครัวเกิดความร่วมมือร่วมใจ เห็นอกเห็นใจกัน มีความรัก ความห่วงใยต่อผู้ป่วยซึ่งผู้ป่วยจะได้รับความอบอุ่นใจ อีกทั้งประหยัดค่าใช้จ่าย เป็นการเพิ่มทักษะการดูแลแก่สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ดูแลเป็นการประหยัดเวลา ในการเดินทางมาเยี่ยมผู้ป่วยในโรงพยาบาล ผู้ป่วยยังสามารถทำประโยชน์ให้กับครอบครัว เช่น ฝ้าบ้าน

3) ประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติคือช่วยสงวนเตียงของโรงพยาบาลไว้สำหรับผู้ที่มอาการหนักมากกว่า และช่วยลดค่าใช้จ่ายของรัฐบาล

2.5.2 ผลเสียของการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

Martinson and Widmer (1989, อ้างถึงใน นฤมล เพียรเจริญ, 2539: 19) กล่าวถึงผลเสียของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านว่าจะเพิ่มภาระ ความวิตกกังวลในการดูแลรักษาผู้ป่วยของบุคคลในครอบครัวเป็นการเพิ่มความเบียดเบียนให้ครอบครัว ครอบครัวเสียความเป็นส่วนตัว ขาดความมีอิสระ ในกรณีฉุกเฉินจะไม่มีเจ้าหน้าที่ให้การช่วยเหลือได้ทัน เนื่องจากบุคลากรไม่เพียงพอ

3. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบันมุ่งเน้นการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมากกว่าการรักษาในโรงพยาบาล การช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถดูแล ผู้ป่วยจิตเวชได้ที่บ้าน นับเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลจิตเวช การจำหน่ายผู้ป่วยจิตเวชออกจากโรงพยาบาล พยาบาลจะต้องเป็นผู้เตรียมความพร้อมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตที่บ้านได้อย่างมีความสุขและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติเช่นเดิมให้มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชเมื่ออยู่ที่บ้าน ครอบครัวมีความสำคัญที่สุดต่อ ผู้ป่วย ครอบครัวจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ ความเข้าใจ และยอมรับสภาพของผู้ป่วย พยาบาลจึงควรศึกษาถึง ปัญหาของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ดังนี้

3.1 ปัญหาของผู้ป่วยหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ผู้วิจัยได้ศึกษาปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชหลังการจำหน่ายจากโรงพยาบาลจิตเวชโดยได้ร่วมเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชกับหน่วยงานสุขภาพจิตและจิตเวชชุมชนโรงพยาบาลศรีธัญญา และการศึกษาดูงาน เรื่องการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่โรงพยาบาลสวนสราญรมย์ โรงพยาบาลกาญจนดิษฐ์ จ. สุราษฎร์ธานี และโรงพยาบาล ประสาทสงขลา จ.สงขลา รวมถึงได้สอบถามข้อมูลจากพยาบาลจิตเวชที่ทำการเยี่ยมบ้านของผู้ป่วยจิตเวชหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล สรุปปัญหาด้านต่างๆของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ได้ดังนี้

- 1) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หลังจากผู้ป่วยได้รับการจำหน่ายจากโรงพยาบาลในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ สามารถปฏิบัติกิจวัตรของตนเองได้ เนื่องจากได้รับการฝึกการปฏิบัติหรือการเตรียมผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ที่มีความอิสระ ผู้ป่วยมักไม่ยอมช่วยเหลือตนเอง และเรียกร้องความช่วยเหลือจากครอบครัว เป็นภาระที่หนักใจของครอบครัว
- 2) สัมพันธภาพผู้ป่วยและครอบครัว ครอบครัวมีการปรับตัวเข้ากันใหม่ ภายหลังจากผู้ป่วยออกจากสัมพันธภาพโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายมักแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้าพูดคุยหรือบางรายมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น ครอบครัวยังมองว่าผู้ป่วยยังมีอาการป่วยอยู่ตลอดเวลา ทำให้ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพเฉพาะญาติผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น
- 3) ผู้ป่วยและครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม แม้จะได้รับคำแนะนำการเตรียมตัวก่อนกลับบ้านแล้ว เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านยังมีปัจจัยที่ เกี่ยวข้องอีกมากมาย เช่น สถานที่ และบุคคล ผู้ป่วยและครอบครัวไม่สามารถจัดการตามคำแนะนำที่ได้รับได้ จนบางครั้งเกิดเป็นปัญหาที่คับข้องใจ

4) สภาวะเศรษฐกิจของครอบครัว เนื่องโรคทางจิตเวช ต้องการการรักษาอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวผู้ป่วยต้องรับภาระการดูแลเพิ่มขึ้นทั้งค่าใช้จ่ายส่วนตัวค่ายาและค่ารักษาอื่นๆ ครอบครัวของผู้ป่วยส่วนใหญ่มีฐานะยากจนแต่เดิม จึงทำให้ปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นที่สำคัญอีกปัญหาหนึ่งของครอบครัว

จากปัญหาทั้งหมดที่ได้กล่าวมาเป็นปัญหาที่มีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชเป็นอย่างมาก สอดคล้องกับการศึกษาของ จารุวรรณ ต. สกุล (2524) ที่ได้ศึกษา ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวช พบว่า ญาติส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเภท ทำให้ไม่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมเป็นเหตุให้ผู้ป่วยร้อยละ 63.33 ไม่พอใจ สะท้อนใจ อับอายและมีปมด้อย แม้ในส่วนตัวผู้ป่วยพอใจพบว่าเป็นความพอใจที่ได้รับจากการปฏิบัติจากญาติที่ไม่เหมาะสมกับวุฒิภาวะของผู้ป่วย เช่น การเอาใจใส่ปกป้อง ดูแลเหมือนเด็ก ในเรื่องการยอมรับร้อยละ 60 ของผู้ป่วยได้รับการเคารพ ยกย่องนับถือจากญาติหรือบุคคลในครอบครัวลดลงกว่าเดิมหรือไม่มีเลย นอกจากนี้ยังพบว่าคำตอบอื่นๆ ของญาติแสดงให้เห็นว่ามีการกระทำที่สะท้อนของการไม่ยอมรับผู้ป่วยได้แก่คอย ติดตามอยู่เสมอมีกการกักบริเวณให้ผู้ป่วยอยู่ และอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลตลอดไป ส่วนญาติร้อยละ 78.79 เห็นว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาของครอบครัวที่จะต้องคอยดูแล

จากปัญหาทั้งหมดที่ได้กล่าวมา สรุปได้ว่าปัญหาของผู้ป่วยหลังได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เป็นปัญหาที่เกิดจาก การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน สัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ความไม่สามารถในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และจากสภาพเศรษฐกิจของครอบครัว ซึ่งปัญหาเหล่านี้พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านต้องคำนึงถึงและวางแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างครอบคลุมเหมาะสม เพื่อให้เกิดการดูแลที่บ้านอย่างมีประสิทธิภาพ

3.2 รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช

พันธศักดิ์ วราธศวปติ (2540:10) กล่าวถึง รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชหลังจากการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช ว่าสามารถแบ่งได้ตามประเภทของที่พักอาศัยและกิจกรรมที่จัดได้เป็น 4 ประเภท ดังนี้

1. The Integrated Home and Service Center Model รูปแบบที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในบ้านของตนเองโดยครอบครัวและสังคมจะยอมรับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วยความสบายใจ ในชุมชนต้องมีศูนย์ใกล้บ้าน ให้บริการต่างๆ ที่ช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านสุขภาพและสังคม รูปแบบนี้เหมาะกับผู้ป่วยที่เดินทางไปด้วยตนเอง ระหว่างบ้านและศูนย์บริการหรือมีผู้มารับ จากบ้านไปที่ศูนย์ได้ ลักษณะของศูนย์จะอยู่ในรูปของเครือข่าย(Net Work)ที่จัดให้เปลี่ยนไปตามความต้องการของ ผู้ใช้บริการ เช่น บริการสันหนากการต่างๆ การให้ความรู้ ให้คำปรึกษา การตรวจสุขภาพบริการบางอย่างจัด

ให้ที่บ้าน เช่นการจัดการอาหาร การดูแลสุขภาพที่บ้านรูปแบบนี้ผู้ป่วยจะเสียค่าใช้จ่ายค่อนข้างถูกและผู้ป่วยจะรู้สึกสะดวกสบายคุ้นเคยและมีอิสระเพราะได้อยู่บ้านตนเอง

2. The Congregate Service Model เป็นการดูแลที่รูปแบบของที่พักอาศัยที่มีระบบมากขึ้น ผู้ป่วยจะอยู่รวมกันใช้บริการ และได้รับความช่วยเหลือต่างๆ ร่วมกันมีตารางกิจกรรมกำหนดไว้แน่นอน บริการที่จัดให้ เช่น การจัดการอาหาร การพาไปที่ต่างๆ สันทนาการ เป็นต้น สำหรับผู้ที่พึ่งตนเองไม่ได้ก็จะมีบริการอื่นๆ เพิ่มเติม การดูแลในรูปแบบนี้ครอบครัวจะมีบทบาทต่อผู้ป่วยน้อยกว่ารูปแบบแรกเพราะสถานที่พักจะเป็นผู้รับผิดชอบความเป็นอยู่และจัดบริการในสิ่งที่จำเป็น รูปแบบการดูแลนี้ ได้แก่ บ้านผู้สูงอายุ บ้านอุปถัมภ์ เป็นต้น

3. The Home Care Model เป็นการดูแลผู้ป่วยที่เสนอบริการพื้นฐานต่างๆ ให้ผู้ป่วยแต่ละคนที่บ้าน ผู้ป่วยประเภทนี้ ได้แก่ ผู้พิการ ผู้ป่วยเรื้อรัง ผู้สูงอายุที่อ่อนแอซึ่งมักจะอยู่คนเดียวและไม่สามารถไปร่วมกิจกรรมนอกบ้านได้ ผู้ป่วยจะทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อย และไม่ค่อยติดต่อกับสื่อสารกับสังคมนอกบ้าน นอกจากจัดบริการจัดการอาหาร การทำงาน การดูแลสุขภาพ ยังมีบริการโทรศัพท์ฉุกเฉินให้เพื่อนบ้านมาเยี่ยมเยียนและติดต่อกับญาติพี่น้องด้วย เพื่อป้องกันไม่ให้ ผู้ป่วยรู้สึกเหงา ว้าเหว่

4. The Institutional Care Model เป็นการดูแลผู้ป่วยในสถานพักฟื้น หรือศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้มักจะอยู่ในระยะฟื้นฟูสมรรถภาพหรือเพ็ญหาย หลังจากอยู่ในสถานบันเหล่านี้สักพักหนึ่งก็จะกลับบ้านไปในที่พัก เช่นนี้ผู้ป่วยจะมีความเป็นอยู่ได้รับบริการทุกอย่างที่ต้องการแต่ไม่ค่อยเป็นอิสระ ต้องปฏิบัติตามกฎเกณฑ์ ตามกำหนด

รูปแบบการดูแลดังกล่าวเป็นรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่ใช้กันในประเทศ โดยเฉพาะทางตะวันตก ในประเทศไทยยังไม่มีรูปแบบการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เนื่องจากกำลังอยู่ในช่วงของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ที่เป็นการศึกษาวิจัยแบบการวิจัยการ (action research) ปฏิบัติควบคู่กับโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่ได้รับทุนจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) โดยดำเนินการร่วมกับสำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จะดำเนินการโดยทีมจิตเวชที่ประกอบด้วย พยาบาลจิตเวช นักสังคมสงเคราะห์ และนักจิตวิทยา โดยมีกรดำเนินการ ดังนี้คือ

1. ทีมจิตเวชประชุมวางแผนการดูแลผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับอำเภอคือ สสม.รพช.และระดับตำบลคือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย กำหนดวัน เวลา และพื้นที่ดำเนินการให้เป็นแผนระยะยาว

2. ทีมจิตเวชพบเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ตามวัน เวลา และพื้นที่ที่กำหนดไว้ในการประชุม
ปรึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเฉพาะราย โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยไปประสานกับ อสม.
ค้นหาและเตรียมผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าแล้ว

3. พบ อสม. หรือผู้นำชุมชน แล้วเดินทางไปเยี่ยมบ้าน โดยการนำของอสม.หรือผู้นำชุมชน
ร่วมให้บริการที่บ้านของผู้ป่วย

4. ให้บริการผู้ป่วยและญาติเป็นรายบุคคลให้บริการปรึกษาครอบครัว ให้การบริการทาง
การพยาบาล ทางจิตวิทยาและการช่วยเหลือทางสังคมในรายที่จำเป็น สนับสนุนให้ญาติและ ชุมชน
ให้ดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเชื่อมโยงผู้ป่วยติดตามรับบริการต่อไปได้จากองค์กรในชุมชน

5. มีการประชุมประเมินผล หลังการเยี่ยมบ้าน

6. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอสม. ในชุมชนวางแผนติดตามผู้ป่วยต่อไป

ในการเยี่ยมบ้านนี้ จะติดตามเยี่ยมผู้ป่วย 2 เดือน / 1 ครั้ง / 1 ราย กิจกรรมในการดูแลที่บ้าน
ผู้ป่วยแต่ละครั้งพยาบาลจิตเวชจะมีบทบาทสำคัญในการที่จะสอน แนะนำ สาธิต ให้ผู้ป่วยและ
ญาติได้มีความรู้ ความเข้าใจวิธีการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านซึ่งจากการสัมภาษณ์
พยาบาลจิตเวชที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชและจากการสังเกตการณ์ของผู้วิจัยในการเยี่ยมบ้านพบว่า
มีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย โดยพยาบาลจะคุ้นเคยกับผู้ป่วยในขณะที่ผู้ป่วยพัก
รักษาอยู่ในโรงพยาบาล เมื่อพยาบาลไปให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยและครอบครัวจะให้ความ
ร่วมมือดีมาก พยาบาลจะสามารถประเมินผู้ป่วยได้โดยง่ายจากการสังเกต สัมภาษณ์ผู้ป่วย
และครอบครัว

2. การประสานเรื่องยาและการรักษาอื่นๆ บางครั้งพยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านจะนำยาทาง
จิตเวชที่จำเป็นไปให้กับผู้ป่วยที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ในรายที่พบว่าผู้ป่วยมี
อาการทางจิตและไม่ยอมมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

3. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การให้ความรู้จะเป็นวิธีการแนะนำความรู้
จากการใช้คู่มือ การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเล่มที่ 1,2 และ 3 ของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขภายหลัง
การประเมินสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชแล้ว และจัดประเภทผู้ป่วยคือ ถ้าผู้ป่วยประเภทอาการรุนแรงจะได้รับ
คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเล่มที่ 1 ให้แก่ญาติของผู้ป่วย ผู้ป่วยประเภทอาการทุเลาปานกลาง ญาติจะได้
รับคู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเล่มที่ 2 และผู้ป่วยประเภทอาการทุเลามาก ญาติได้รับคู่มือการดูแลผู้ป่วย
จิตเวช เล่มที่ 3

4. การให้คำปรึกษาแนะนำเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ตามปัญหาที่พบในการ
เยี่ยมบ้านแต่ละครั้ง

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าในปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้รับการพัฒนาไปเป็นลำดับ โดยมีเป้าหมายที่จะให้ ครอบครัวและชุมชน สามารถพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวชให้สามารถดำเนินชีวิตที่บ้านและในชุมชนได้ตามปกติแต่เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชนั้น เป็นผู้ป่วยที่มีความแตกต่างจากผู้ป่วยฝ่ายกาย ที่ต้องการการปฏิบัติการพยาบาลที่มีลักษณะเฉพาะของโรค ซึ่งเป็นไปตามลักษณะพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกในขณะที่ให้การดูแลผู้ป่วย ดังนั้นพยาบาลผู้ให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านจึงควรมีแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่ชัดเจนและมีการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ก่อนการเยี่ยมบ้านทุกครั้ง

3. แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

จากปัญหาของผู้ป่วยภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ดังที่กล่าวมาแล้ว ผู้วิจัยมีความคิดว่าถ้าพยาบาลจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความสามารถในการจัดการดูแลที่บ้านด้วยตนเองกิจกรรมนั้นเน้นความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรม น่าจะเป็นการลดหรือแก้ไขปัญหาที่ได้พบได้เป็นอย่างดี ผู้วิจัยจึงได้สร้างแบบแผนการดูแลที่บ้านโดยแบบแผนนี้เป็นกิจกรรมการพยาบาลจิตเวชทั้งหมด ดังนี้

- 3.2.1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช
- 3.2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช
- 3.3.3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตครอบครัว
- 3.3.4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว
- 3.3.5 การป้องกันภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช

3.2.1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช

1.) ความหมายของการสร้างสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หมายถึง ประสพการณ์หรืออนุกรมของประสพการณ์ที่เกิดขึ้นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย หรือสมาชิกคนใดคนหนึ่งในครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล สัมพันธภาพเช่นนี้มีลักษณะพิเศษ คือความต้องการทางการพยาบาล (Nursing Needs) ของผู้ป่วยหรือของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยได้รับการตอบสนอง (Travelbee, 1966: 58) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยเป็นสัมพันธภาพที่พยาบาลวิชาชีพเจตนาสร้างขึ้น และดำรงรักษาความสัมพันธ์ไว้เพื่อเป้าหมายการบำบัด

2.) องค์ประกอบของการสร้างสัมพันธภาพ

สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย มีองค์ประกอบหลัก 4 ประการ (Wilson and Kneis,1979:129)

2.1) มีความเข้าใจร่วมตรงกัน (Mutual definition) หมายถึง ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยจะต้องรับรู้และเข้าใจร่วมตรงกันว่า ความสัมพันธ์ที่จะดำเนินต่อไปนั้น เป็นความผูกพัน ที่ทั้งคู่เจตนาร่วมกันสร้างขึ้น และเป็นไปตามกรอบ ตามเป้าหมายที่ได้ตกลงร่วมกัน พยาบาลจะต้องทำความเข้าใจตรงกับผู้ป่วยในเรื่องที่เกี่ยวกับเป้าหมายของการช่วยเหลือ สถานที่ เวลาพบกัน ตลอดจนข้อกำหนดในการปฏิบัติตัวต่อกันทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสะดวก

2.2) มีความร่วมมือระหว่างกัน (Mutual Collaboration) เมื่อพยาบาลและผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กัน ต่างฝ่ายต่างก็ปฏิบัติต่อกันด้วยความประนีประนอม ลดศักดิ์ศรี ลดเกียรติของตนเองลง โดยต่างก็นำความสามารถและพลังในตัวเท่าที่แต่ละคนจะมีอยู่มาร่วมมือกัน ในส่วนของพยาบาลก็มีกลวิธีการช่วยผู้ป่วย ซึ่งก็ไม่ใช่เป็นผู้รับผิดชอบพฤติกรรมและปัญหาทั้งหมดของผู้ป่วย

2.3) มีเป้าหมายเป็นสิ่งที่กำหนดทิศทาง (Goal - directed) สัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจะต้องมีเป้าหมายเป็นสิ่งบ่งชี้ ว่าความสัมพันธ์ เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการวางแผนและเลือกรูปแบบ เลือกกลวิธีการพยาบาลหรือการบำบัด ที่จะนำมาสู่การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยหรือนำไปสู่เป้าหมายการบำบัดในที่สุด

2.4) ความสัมพันธ์อยู่ในขอบเขตของวิชาชีพ (Professional relationship) สัมพันธภาพเพื่อการพยาบาลจัดได้ว่าเป็นสัมพันธภาพของผู้ประกอบวิชาชีพให้การช่วยเหลือ หรือให้การบำบัด

3.) เป้าหมายของพยาบาลในสัมพันธภาพ

เป้าหมายในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยแต่ละครั้งจะเป็นตามสภาพการณ์ที่เกิดขึ้น ได้แก่

3.1) ช่วยผู้ป่วยให้สามารถรับมือกับปัญหาปัจจุบัน เน้นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใกล้ๆ ที่เรียกว่า "ที่นี่และเวลานี้" (Here and now) เท่านั้นจะไม่ทำการสืบค้นลงไปลึกซึ่งปัญหาซ่อนเร้นในอดีต หรือไม่ค้นหาความขัดแย้งที่ผู้ป่วยเก็บกดสะสมไว้ในจิตไร้สำนึก

3.2) ช่วยผู้ป่วยให้เข้าใจปัญหาของตน ผู้ป่วยส่วนมากไม่รู้ว่าตัวเองมีปัญหาอะไร แต่ว่ามีความทุกข์ มีความยุ่งยาก สับสนและวิธีแก้ปัญหามักเป็นแบบก่อปัญหาต่อไปเป็นลูกโซ่ กิจกรรมการพยาบาลในสัมพันธภาพ คือ การให้ความกระจ่างแก่ผู้ป่วย โดยวิเคราะห์จากข้อมูลต่างๆ ของผู้ป่วย พยาบาลจะปฏิบัติตัวเสมือนกระจกเงาที่เอื้อผู้ป่วยโดยพิจารณาตนเองในแต่ละช่วงเวลาว่าปัญหาของตนคืออะไร อุปสรรคและข้อจำกัดในการแก้ปัญหาอยู่ตรงไหน

3.3) ช่วยผู้ป่วยให้ตระหนักถึงการมีส่วนร่วมกับสาเหตุและการแก้ไขปัญหาเป้าหมาย เรื่องนี้ในทางปฏิบัติค่อนข้างเป็นไปได้ยากแต่ถ้าสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยก้าวหน้า จนผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจพยาบาลก็อาจใช้วิธีแนะและนำผู้ป่วยย้อนกลับไปสำรวจความเป็นจริงที่เกิดขึ้นกับตัวเองในแง่มุมต่างๆ ทั้งนี้เป็นการช่วยผู้ป่วยให้เผชิญและเรียนรู้ว่าตนแสดง พฤติกรรมต่อผู้อื่นอย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยก็ควรได้รับการส่งเสริมให้รู้สึกว่าตนก็มีชีวิตจิตใจและมีความซาบซึ้งในความเป็นตัวเอง แม้ตนจะเป็นอย่างไรก็ตาม

3.4) ช่วยผู้ป่วยให้เผชิญปัญหาตามสภาพความเป็นจริง ความไว้วางใจผู้ป่วยที่มีต่อพยาบาล จะเอื้อให้ความจริงทุกอย่างชัดเจนขึ้น เมื่อถึงชวณนั้นพยาบาลก็ควรเอื้ออำนวยให้เกิดสถานการณ์ที่ผู้ป่วยจะได้ทดสอบความจริงพยาบาล อาจจะมีคำถามนำให้ผู้ป่วยย้อนกลับไปมองประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแง่มุมต่างๆ และใช้คำถามนำให้เกิดการพิจารณาตรวจสอบความรู้สึกรู้สึกของตนเองอีกครั้ง เพื่อทดสอบว่าความรู้ของตนกับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นจริงตรงกันมากน้อยเพียงใด

3.5) ช่วยผู้ป่วยให้มองเห็นแนวทางแก้ไขปัญหากิจกรรมการพยาบาล เพื่อบรรลุเป้าหมายนี้ ได้แก่ การตั้งคำถามให้ผู้ป่วยตอบตามแนวคิดของเขา หรือพยาบาลอาจจะช่วยผู้ป่วยสำรวจแสวงหาและเสนอทางเลือกที่คาดว่าจะคลี่คลายปัญหา ได้หลายๆแนวทางและกระตุ้น ผู้ป่วยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตัวเอง โดยไม่พยายามให้ผู้ป่วยติดอยู่กับแนวใดแนวหนึ่ง

3.6) ช่วยผู้ป่วยให้มีโอกาสลองพฤติกรรมใหม่เมื่อผู้ป่วยตระหนักในปัญหาของตนเอง และมีแนวทางคลี่คลายปัญหาแล้ว พยาบาลก็ควรมีโอกาสให้ผู้ป่วยทดลองทางเลือกนั้นว่าให้ผลอย่างไร ในสถานการณ์จริง การทดลองทางเลือกหรือพฤติกรรมใหม่นี้ ถ้าประสบผลสำเร็จผู้ป่วยจะมีความเชื่อมั่นมากขึ้น และกล้าเสี่ยงที่จะลองพฤติกรรมใหม่ๆต่อไปอีก นอกจากพยาบาลจะหาโอกาสให้ผู้ป่วยลองพฤติกรรมใหม่แล้ว ยังต้องให้กำลังใจ ประดับประดา และสร้างความมั่นใจให้มากที่สุด

3.7) ช่วยผู้ป่วยให้สื่อความหมายชัดเจนตรงตามความต้องการ ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตและอารมณ์ส่วนมากมักจะขาดทักษะการสื่อความต้องการของตัวเองจึงทำให้ความต้องการของตนเองไม่ได้รับการตอบสนอง พยาบาลควรกระตุ้นแนะ และเป็นตัวอย่างในการพูด การบอกกล่าว การแสดงออก เพื่อให้ผู้อื่นรับรู้ เข้าใจความต้องการของตนเองชัดเจนยิ่งขึ้น

3.8) ช่วยเพิ่มทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น การกระตุ้น การชักจูง การสอนวิธีการอยู่ร่วมกับ ผู้อื่นและการสร้างบรรยากาศให้ผู้ป่วยได้มีกิจกรรมทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นมากขึ้น และเมื่อมีทักษะเช่นนี้ผู้ป่วยก็ไม่จำเป็นต้องหนีหรือเลี่ยงจากการอยู่ในสังคม ทั้งนี้การอยู่ร่วมกับผู้อื่นเป็นทางหนึ่งที่ผู้อื่นจะได้รับการสนองตอบต่อความต้องการ โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยเรียนรู้การแสวงหาในวิถีทางที่เหมาะสมตามสภาพสังคมนั้นๆ

3.9) ช่วยผู้ป่วยหาความหมายจากประสบการณ์ ความเจ็บปวด ความทุกข์ระทม และความทรนทางจิตใจ แม้จะส่งผลในทางลบแก่ผู้ป่วยก็ตาม แต่เมื่อผู้ป่วยเข้าสู่สาเหตุ ความเป็นมาและไม่มองแต่ในแง่ลบอย่างเดียว เป็นการเตรียมตัวเพื่อใช้ชีวิตต่อไป

3.2.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

1.) ผู้ป่วยจิตเวช

1.1) ความหมายของผู้ป่วยจิตเวช

สุวณีย์ เกียรติงิ้วแก้ว (2525) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่มีปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยไม่สามารถที่จะสร้างคุณค่าหรือหาความหมายให้แก่ชีวิต การดำเนินชีวิตจึงเป็นไปอย่างไร้จุดหมาย ความขมขื่นของชีวิต ทำให้เขาหนีออกไปจากความเป็นจริงมีการตอบสนองต่อบุคคลรอบตัวในลักษณะที่ไม่มีความแน่นอน พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจึงไม่อยู่ในขอบข่ายที่สังคมยอมรับได้ทำให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในครอบครัว สังคม จำเป็นต้องได้รับการช่วยเหลือจากบุคลากรทางจิตเวช

สมศรี เชื้อนิรันดร(2532)ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเวชว่า หมายถึง ผู้ที่มีความบกพร่องหรือเจ็บป่วยทางจิต หรือสุขภาพจิตไม่ดี (Mental Illness) ผู้มีปัญหากับสังคมเป็นการแตกแยกไปจากกลุ่ม ไม่สามารถหรือบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน การเจ็บป่วยทางจิต คือ การปรับตัวในชีวิตประจำวันล้มเหลว เกิดผลเสียในความคิด ความรู้สึก และปฏิกิริยาในแต่ละบุคคล

ยาใจ สิทธิมงคล (2538) กล่าวถึงผู้ป่วยจิตเวชว่า เป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนมากมักจะตกอยู่ในสภาพที่ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท (Schizophrenia) พบประมาณร้อยละ 25 เท่านั้น ที่เมื่อได้รับการรักษาแล้วได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลรวมทั้งครอบครัวจนตลอดชีวิต ส่วนที่เหลือ ร้อยละ 50 นั้น มักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ

1.2) สาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิต

จากการศึกษาได้มีผู้อธิบายสาเหตุของการเจ็บป่วยทางจิตไว้หลายท่าน ดังนี้

สุวทนา อารีพรอด (2524 :11) ได้อธิบายถึงสาเหตุการเจ็บป่วยทางจิตว่ามีสาเหตุมาจากปัจจัยต่างๆ แบ่งได้เป็น 4 ปัจจัย คือ

(1) ปัจจัยทางชีววิทยาแบ่งเป็น

(1.1) ด้านกรรมพันธุ์และองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษาค้นพบว่า ความผิดปกติในGene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวพันทางสายเลือด ยิ่งใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเท่าใดจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตมากขึ้น

(1.2) ชีววิทยาของของร่างกายสรีระวิทยาของสมองและชีวเคมีของสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโตและระดับฮอร์โมนของร่างกายมีผลต่อการเปลี่ยนแปลง อารมณ์และจิตใจ

(2) กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic) ที่มีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจ (Motivation) ของคน เป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่ทำให้คนเกิดปัญหาทางจิตใจ

(3) สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ ปัญหายาเสพติด ปัญหาการติดสุรา ปัญหา การติดสุรา ปัญหาทางเพศบางประการ การอบรมเลี้ยงดู

(4) การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วยได้มีประสบการณ์การเรียนรู้ บางอย่างที่ทำให้เกิดผลเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ การได้รับสิ่งเร้าแรงเสริมหรือการลอกเลียน พฤติกรรมที่ทำให้มีบุคลิกลักษณะที่ไม่เหมาะสม

วีระ ไชยศรีสุข (2533) แบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของความผิดปกติทางจิตออกเป็น 3 กลุ่มใหญ่ๆ คือ

(1) ปัจจัยทางชีววิทยา ได้แก่ พันธุกรรม ความผิดปกติของโครโมโซม โครงสร้าง ทาง ร่างกาย ความผิดปกติของต่อมไร้ท่อ การขาดอาหาร และการขาดออกซิเจน

(2) ปัจจัยทางสังคม ได้แก่ ความมั่นคงในครอบครัว การทำมาหาเลี้ยงชีพ ที่อยู่อาศัย โรงเรียน การติดต่อสื่อสาร เชื้อชาติ ศาสนา ค่านิยม ความขัดแย้งในสังคมและ วัฒนธรรม และปัญหาทางเศรษฐกิจ

(3) ปัจจัยทางจิตใจ ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างแม่กับทารก บทบาทของพ่อ ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ระดับสติปัญญา ความคิด และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเอง

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ได้สรุปสาเหตุของโรคจิต ออกเป็น 3 สาเหตุใหญ่ๆ คือ

(1) สาเหตุทางด้านร่างกาย ได้แก่

(1.1) กรรมพันธุ์

(1.2) ความผิดปกติของสารเคมีในสมอง

(1.3) การได้รับพิษจากสิ่งเสพติด เช่น เหล้า กัญชา ยาบ้า กระทั่ง กาว

ผงขาว

(2) สาเหตุทางด้านจิตใจ ได้แก่

- (2.1) ความผิดหวัง เช่น ในเรื่องการเรียน การทำงาน ความรัก
- (2.2) ความสูญเสีย เช่น ตกงาน สูญเสียทรัพย์สินเงินทอง
- (2.3) ความคิด และความรู้สึกเกี่ยวกับตนเองในทางลบ
- (3) สาเหตุทางด้านครอบครัว และสังคม ได้แก่
 - (3.1) ขาดการอบอุ่นจากการอบรมเลี้ยงดูตั้งแต่วัยเด็ก
 - (3.2) ความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัวไม่ดี
 - (3.3) ปัญหาทางเศรษฐกิจ
 - (3.4) สภาพสังคมที่บีบคั้น

จากที่ได้กล่าวมาแล้ว สรุปได้ว่า สาเหตุของโรคจิตแบ่งออกได้เป็นสาเหตุหรือปัจจัยใหญ่ๆ ได้ 3 ด้าน คือ ด้านร่างกายหรือด้านชีววิทยา ด้านสังคม และด้านจิตใจ ซึ่งไม่สามารถสรุปได้แน่นอนว่าเกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงด้านเดียว ซึ่งอาจเกิดจากสาเหตุทั้ง 3 ด้านรวมกันก็ได้

1.3) อาการของโรคจิต

จากการศึกษาได้มีผู้กล่าวถึงอาการของโรคจิตไว้ดังนี้

มาโนช หล่อตระกูล (2539) ได้แบ่งอาการของโรคจิตออกเป็น 6 ประเภทดังนี้

- (1) มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ เช่น การเสียการรับรู้ในด้านเวลาสถานที่ และบุคคล มีภาวะงุนงง สับสน กระสับกระส่าย รู้สึกตัวน้อยหรือไม่ค่อยรู้สึกตัว
- (2) มีความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว เช่น เคลื่อนไหวมากผิดปกติ วุ่นวาย ทำลายข้าวของ เคลื่อนไหวน้อยผิดปกติหรือไม่เคลื่อนไหว โยกตัวไปมา
- (3) มีความผิดปกติของอารมณ์ เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ วิตกกังวลมาก เฉื่อยชา เฉยเมย อุนเฉียว โมห่ง่าย
- (4) มีความผิดปกติของความคิด เช่น หลงผิด มีความคิดหลายๆอย่างเกิดขึ้นในเวลาอันรวดเร็ว มีความเชื่อที่ปราศจากเหตุผล ย้ำคิด
- (5) มีความผิดปกติของความรับรู้ เช่น ประสาทหลอน แปรภาพผิด
- (6) ขาดความสัมพันธ์กับโรคภายนอก มักแฝงตัวอยู่ลำพัง ไม่พูดจากับใคร ไม่สนใจความสะดวกสบายของตนเอง

โรงพยาบาลศรีธัญญา (2537) ได้แบ่งการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชน โดยได้แบ่งผู้ป่วยจิตเวชตามอาการ เป็น 3 ประเภท คือ

- (1) ผู้ป่วยอาการรุนแรง หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และรบกวนความสงบของผู้อื่น หรือเป็นผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร

(2) ผู้ป่วยอาการทุเลาปานกลาง หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตเหลืออยู่บ้าง

(3) ผู้ป่วยอาการทุเลามาก หมายถึง ผู้ที่พึ่งตนเองได้ หรือ ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้ และอาจช่วยเหลือผู้อื่นได้

1.4) การดำเนินโรค

ความผิดปกติของพฤติกรรมในผู้ป่วยโรคจิต มีการดำเนินโรคได้ 3 แบบ คือ (โรงพยาบาลศรีธัญญา, 2537)

(1) เป็นครั้งเดียวแล้วไม่อยากเป็นอีกเลย เช่น พฤติกรรมผิดปกติที่ทราบสาเหตุแน่ชัดและได้รับการรักษาสาเหตุแล้ว โรคจิตเภทบางราย โรคจิตกลุ่มหวาดระแวงบางราย ฯลฯ

(2) เป็นแล้วหาย แต่มีโอกาสกลับเป็นได้อีก เช่น พฤติกรรมผิดปกติจากพิษสุรา หรือ สารก่อให้เกิดพฤติกรรมผิดปกติ หากกลับไปเสพอีกก็เป็นอีก อารมณ์แปรวนแปร โรคจิตเภทบางราย ฯลฯ

(3) เป็นแล้วไม่หาย กลายเป็นโรคเรื้อรัง เช่น พฤติกรรมผิดปกติจากสาเหตุทางกายที่รักษาไม่หาย โรคจิตเภทบางราย

2.) การดูแลเกี่ยวกับยาทางจิตเวช

การดูแลเกี่ยวกับยาทางจิตเวช ควรปฏิบัติดังนี้

2.1) อธิบายผู้ป่วยและครอบครัวทราบถึงความจำเป็นจะต้องรับประทานยาต่อไป เพื่อควบคุมอาการทางจิตไม่ให้กลับเป็นอีก และไม่ควรหยุดรับประทานยาเองเพราะถ้าหยุดรับประทานยาจะทำให้มีอาการทางจิตกลับมาได้ ควรปรึกษาแพทย์ก่อนหยุดยา

2.2) แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทราบถึงตัวยา ขนาดของยา และเวลารับประทานยาให้ถูกต้อง

2.3) แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้นได้ และอธิบายถึงวิธีป้องกันและแก้ไขเมื่อมีอาการข้างเคียงของยาเกิดขึ้น

2.4) แนะนำผู้ป่วยให้รับผิดชอบตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยาตามเวลา

2.5) แนะนำญาติของผู้ป่วยให้ช่วยสนับสนุนผู้ป่วยให้รับผิดชอบในการรับประทานยาเพื่อจะส่งเสริมความรู้สึกในการควบคุมตนเองได้ของผู้ป่วยและการที่ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองให้รับประทานยาตามเวลาได้ จะทำให้มีการพัฒนาความเชื่อมั่นในตนเอง การเคารพนับถือ ตนเอง และทำให้ต้องพึ่งพาคนอื่นน้อยลง

2.6) แนะนำญาติเกี่ยวกับอาการทางจิตของผู้ป่วยที่อาจกลับมาใหม่ เช่น นอนไม่หลับ แยกตนเอง ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง และถ้าญาติพบพฤติกรรมเช่นนี้ควรนำผู้ป่วยมาพบแพทย์

3.3.3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตภายในครอบครัว

1.) ความหมายของการจัดสิ่งแวดล้อม

มีผู้ให้ความหมายของการจัดสิ่งแวดล้อมทางการพยาบาล ไว้ดังนี้

เจียมจิตต์ จุฑานุตร (2539) ให้ความหมายของการจัดการกับสิ่งแวดล้อมว่าเป็น กิจกรรมของพยาบาลที่ได้จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลดีในการรักษาให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม ซึ่งจะรวมถึงแต่สิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวผู้ป่วย จนถึงตัวผู้ป่วย

นงนุช แทนบุญไพรัช (2540) ให้ความหมายของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดว่าเป็น กิจกรรมการพยาบาลที่แสดงถึงการจัดสิ่งแวดล้อม โดยเริ่มตั้งแต่การจัดสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว ผู้ป่วย จนถึงตัวผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้เกิดผลดีในการรักษาผู้ป่วย และฟื้นฟูสมรรถภาพให้สมบูรณ์ดังเดิม

2.) คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเวช

การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านมีความสำคัญสำหรับผู้ป่วย ครอบครัวควรมีการเตรียม ก่อนที่ผู้ป่วยจะกลับมาอยู่บ้าน สิ่งแวดล้อมที่บ้านจะประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

2.1) การจัดสิ่งแวดล้อมที่เป็นทางกายภาพ ได้แก่ ห้องนอน ห้องน้ำ และบริเวณทั่วไปในบ้าน พร้อมทั้งสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับผู้ป่วยตามความเหมาะสม โดยการจัดมีลักษณะ ดังนี้

2.1.1) สะดวก สะอาด ปลอดภัย และเอื้อประโยชน์ต่อผู้ป่วยมากที่สุด ให้ผู้ป่วยมีส่วนรับผิดชอบในส่วนของตนเองมากที่สุดและป้องกันไม่ให้อาการป่วยกลายเป็นคนช่วยเหลือตนเองไม่ได้ เนื่องจากอ้างความเจ็บป่วย

2.1.2) ต้องมีความเป็นส่วนตัว (Privacy) เช่นเดียวกับสมาชิกคนอื่นภายในบ้าน ได้แก่ เครื่องนอน ตู้สำหรับเก็บข้าวของส่วนตัว เครื่องใช้ประจำตัว เช่น แปรงสีฟัน ผ้าเช็ดตัวและเสื้อผ้า ความเป็นส่วนตัวไม่ใช่จัดสถานที่แยกไว้ไม่ให้ยุ่งเกี่ยวกับผู้อื่น หรือเป็นที่กักขัง ผู้ป่วย เพราะการปฏิบัติของครอบครัวต่อผู้ป่วยจะเป็นการช่วยเหลือ หรือลดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย

2.1.3) ปรับกฎเกณฑ์ ระเบียบต่างๆภายในบ้าน ให้มีเท่าที่จำเป็นเท่านั้น และบอกผู้ป่วยเข้าใจถึงระเบียบที่ควรปฏิบัติ เช่น การทำเสียงรบกวนผู้อื่น การนำของผู้อื่นไปใช้โดยไม่ได้รับอนุญาต

2.1.4) ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดสิ่งแวดล้อมร่วมกับสมาชิกภายในบ้าน

2.2) การจัดสิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคล ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วย และสมาชิกทุกคนในครอบครัว มีส่วนสำคัญในการเสริมสร้างบรรยากาศ มีผลต่อความรู้สึก และอารมณ์ของผู้ป่วย การสร้างบรรยากาศภายในบ้านควรมีลักษณะดังนี้

2.2.1) มีความอบอุ่นเป็นมิตร ผู้ป่วยมีอิสระในการพูดหรือกระทำทุกอย่างตามความเหมาะสมโดยไม่เป็นอันตรายต่อผู้ป่วยเอง และผู้อื่น

2.2.2) ครอบครัวให้ความสนใจผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งคำพูดและการกระทำ ด้วยความยกย่องนับถือว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลคนหนึ่ง

2.2.3) รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย พบปะพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ

2.2.4) ให้ความเคารพยกย่องผู้ป่วยตามบทบาททางสังคม

การสร้างบรรยากาศภายในบ้านตามที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นจะช่วยเสริมสร้างกำลังใจเพิ่มความเชื่อมั่นในตนเองให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยจะสามารถเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสมจนสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข

3.3.4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว

พยาบาลจะช่วยเหลือให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้สำรวจปัญหารวมถึงพฤติกรรมแบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด และปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตน พยาบาลจะเป็นช่วยในการค้นหาทางเลือกที่สร้างสรรค์กว่าเดิม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตและปรับตัวอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

1.) กระบวนการให้การปรึกษา

พยาบาลต้องปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนและขั้นตอนนั้นต้องมีความสัมพันธ์กัน ดังต่อไปนี้

1.1) การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพเป็นขั้นตอนแรก โดยมีจุดประสงค์ที่สำคัญเพื่อสร้างความคุ้นเคย แสดงความไว้วางใจระหว่างกัน ชัดความแปลกหน้าของกันและกัน พยาบาลจะต้องสร้างบรรยากาศของความผ่อนคลายแสดงความจริงใจ และความปรารถนาที่จะช่วยเหลือ ผู้ป่วยและครอบครัว การสร้างสัมพันธภาพมีขั้นตอนการปฏิบัติดังนี้

1.1.1) การทักทาย ต้อนรับ พยาบาลต้องเป็นผู้เริ่มสร้างสัมพันธภาพทั้งด้วยวาจา และท่าทางที่พร้อมจะให้การพยาบาล โดยแสดงพฤติกรรมดังนี้

(1) ยิ้มแย้มแจ่มใส

(2) ทักทายด้วยการเรียกชื่อด้วยน้ำเสียงของการยอมรับในความเป็นบุคคล
ของ ผู้ป่วยและครอบครัว

(3) แสดงท่าทีที่เป็นกันเอง อาจสัมผัสที่มือ หรือแขน ตามความเหมาะสม
สมอย่างเป็นธรรมชาติ

(4) ขณะสนทนาแสดงท่าทางท่าทีเปิดเผย ไม่กอดอก วางมือตามสบาย
อาจเข้าใกล้ตามความเหมาะสม

(5) จัดบริเวณให้มีความเหมาะสม รู้สึกสบายตลอดการสนทนา

(6) ประสานสายตาตามธรรมชาติ

1.1.2) การเริ่มต้นสนทนาเพื่อสร้างความสนใจ เริ่มสนทนาโดยพูดเรื่องทั่วไป
ก่อน แล้วจึงค่อยพูดถึง สิ่งที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและครอบครัว ที่เป็นสิ่งแวดล้อมหรือผู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้
เพื่อแสดงว่าพยาบาลให้ความสนใจอย่างจริงจัง

1.1.3) การแสดงท่าทีที่สนใจ ในระหว่างการสนทนาต้องแสดงท่าทีที่สนใจการ
สนทนาตลอดเวลาอย่างจริงจัง ด้วยการแสดงดังต่อไปนี้

(1) การสบตาที่เหมาะสม

(2) ท่าที่นั่งที่ผ่อนคลายและแสดงความตั้งใจ

(3) สีหน้าสอดคล้องกับเนื้อหาที่กำลังสนทนา

(4) การรักษาระยะห่างระหว่างบุคคล

(5) พยักหน้าเป็นครั้งคราวแสดงการรับฟังอย่างสนใจ

(6) ใช้คำพูดแสดงความสนใจ รับฟัง และแสดงการอยากฟังเรื่องต่อ

(7) แสดงการรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้วยการแสดงออกทั้งที่เป็นคำพูด

หรือเป็นท่าทาง

1.1.4) การกำหนดวัตถุประสงค์ในการให้คำปรึกษาครั้งนี้ ซึ่งต้องเป็นความ
พยายามร่วมกันทั้ง 2 ฝ่ายขั้นตอนนี้จะเกิดหลังจากการมีความไว้วางใจแล้ว การกำหนดวัตถุประสงค์
จะต้องกระตุ้นให้เกิดการหาข้อสรุป เกี่ยวกับความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว อาจใช้ประโยค
ในการเริ่มต้นดังนี้

" เราจะคุยอะไรกันดีคะ "

" ตอนนี้คุณบอกได้ไหมคะว่าจะให้ดิฉันช่วยเหลือเรื่องอะไร "

" มีอะไรที่ทำให้ไม่สบายใจ และต้องการจะบอกให้ดิฉันทราบ "

1.2) การสำรวจปัญหา เป็นขั้นตอนที่มีความสำคัญ โดยต้องกำหนดให้ได้ว่า ปัญหา
คืออะไร ทั้งสองฝ่ายต้องเข้าใจตรงกันอย่างชัดเจนว่า ปัญหาที่เกิดขึ้นและต้องการการแก้ไข คืออะไร

พยาบาลต้องใช้เทคนิคต่างๆ ในการกระตุ้นการสำรวจปัญหา แยกแยะปัญหาที่แท้จริง ต้องระวังปัญหาที่ไม่ใช่ปัญหาที่แท้จริง ทักษะสำคัญที่ใช้ในการสำรวจปัญหา มีดังต่อไปนี้

1.2.1) การถาม เป็นการให้ผู้ป่วยและครอบครัวสำรวจปัญหาของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวกับอารมณ์ ความทุกข์ ความต้องการ ความสนใจ ประสบการณ์ ความเชื่อ จุดเด่น และจุดด้อย ลักษณะคำถามที่ควรใช้คือ

(1) คำถามปลายเปิดเป็นคำถามที่ช่วยให้ผู้ตอบ มีโอกาสแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก การเรียงลำดับเหตุการณ์ตามที่เกิดขึ้นจริง คำถามที่ใช้เช่น

“ ครอบครัวของคุณเป็นอย่างไรบ้างคะ ”

“ เล่าความรู้สึกตอนนั้นให้ฟังหน่อยสิคะ ”

(2) คำถามเจาะเรื่อง เป็นคำถามนำหรือ ควบคุมทิศทางของการสำรวจปัญหา ให้ความชัดเจนขึ้น และยังช่วยตรวจสอบความเข้าใจของทั้งสองฝ่ายว่าเข้าใจตรงกัน คำถามที่ใช้ เช่น

“ ช่วยเล่าเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นให้ฟังหน่อยสิคะ ”

“ เรื่องที่เกิดขึ้นทำให้คุณเดือดร้อนอย่างไร ”

“ คุณรู้สึกอย่างไรที่เพื่อนไม่สนใจคุณเท่าที่ควร ”

ไม่ว่าจะเป็นการใช้คำถามแบบใด พยาบาลต้องพยายามให้ผู้ป่วยหรือครอบครัวได้ระบายมากที่สุด นอกจากการกระตุ้นด้วยคำพูดแล้ว อาจกระตุ้นด้วยพฤติกรรมที่ไม่ใช่คำพูด เช่น การพยักหน้า

1.2.2) ฟังและทวนคำถาม การฟังที่ดีจะช่วยให้รับรู้ข้อมูล ที่เกี่ยวกับปัญหาอย่างครอบคลุม และการทวนความ จะช่วยในการตรวจสอบข้อมูลที่กล่าวถึงให้ตรงกัน

1.2.3) การสะท้อนความรู้สึก เป็นทักษะที่ใช้การตีความ ที่เป็นความรู้สึก แสดงออกทางพฤติกรรม ร่วมกับการเล่าเหตุการณ์ที่แฝงอยู่ในเนื้อหาที่พูด โดยมักขึ้นต้นด้วย “ คุณรู้สึก.....” หรือ “ คุณรู้สึกเหงา ” หรือ “ ตลอดเวลาคุณรู้สึกเหมือนถูกทอดทิ้ง ”

1.2.4) การสรุปความ เป็นการพูดเรื่องที่สนทนาทั้งหมดให้เป็นประโยคเดียวที่ ครอบคลุมทั้งเนื้อหาและความรู้สึก โดยต้องไม่สรุปจากความคิดและความรู้สึก หรือประสบการณ์ของพยาบาลเป็นพื้นฐาน

1.3) การแก้ปัญหา เป็นขั้นตอนที่ช่วยให้ผู้ป่วย หรือครอบครัวได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหาที่เหมาะสมที่สุด การแก้ปัญหามีจุดมุ่งหมายสำคัญคือการสร้างพฤติกรรมใหม่ หรือปรับพฤติกรรมเก่าให้ดีขึ้น ซึ่งผู้ป่วยหรือครอบครัว

ต้องเป็นผู้ตัดสินใจ และลงมือกระทำด้วยตนเอง พยายามทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือเท่านั้น อาจช่วยโดยวิธีการ ดังต่อไปนี้

1.3.1) การให้ข้อมูล เป็นข้อมูลที่แน่ใจว่าผู้ป่วยหรือครอบครัวยังไม่รู้และเป็นข้อมูลที่สำคัญซึ่งนำไปสู่การตัดสินใจ และการสร้างพฤติกรรมใหม่

1.3.2) การประคับประคอง เป็นการให้กำลังใจมากขึ้น

1.3.3) การคาดการณ์ด้วยเหตุผล เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วย หรือครอบครัวใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุด ในการสำรวจปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลที่เกิดขึ้น ในเหตุการณ์ต่างๆ หรือวิธีการแก้ปัญหา หรือการแสดงพฤติกรรมใหม่

3.3.5 การป้องกันภาวะวิกฤต และฉุกเฉินทางจิตเวช

1.) ความหมาย

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช (Psychiatry emergency) หมายถึง ปัญหาทางจิตเวชที่เกิดขึ้นทันทีทันใด เป็นความผิดพลาดทางจิต ในระดับที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อชีวิต และทรัพย์สินของตนเองและผู้อื่น ดังนี้

(1) เป็นอันตรายต่อชีวิตผู้ป่วย เช่น ในรายซึมเศร้ามากๆ อาจทำร้ายตนเองหรือฆ่าตัวตาย หรือจากการติดสารเสพติดคั่งค้างทำร้ายตัวเอง เป็นต้น

(2) เป็นอันตรายต่อชีวิตและทรัพย์สินผู้อื่น เช่น ในรายที่มีอาการหวาดระแวงมากๆ อาจจะทำร้ายญาติและผู้ใกล้ชิด หรือในรายที่มีพฤติกรรมหลงผิดมากๆ อาละวาด อาจทำร้าย ผู้อื่น และทรัพย์สิน เผาบ้านเรือน โดยเฉพาะปัจจุบันยาบ้าก่อปัญหาในสังคม และเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดพฤติกรรมคั่งค้างทำร้ายทรัพย์สินและทำร้ายผู้อื่น

2.) เป้าหมายของการป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช

เป้าหมายของการป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช มีดังต่อไปนี้

(1) เพื่อขจัดเหตุการณ์รุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยเร็ว

(2) ลดภาวะความเครียด ความคับข้องทางอารมณ์ของผู้ป่วย

(3) ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น ตลอดจนทรัพย์สิน

3.) แนวทางการสัมภาษณ์ทางจิตเวชในผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

การสัมภาษณ์ทางจิตเวช แตกต่างจากการซักประวัติการเจ็บป่วยทางกาย พยาบาลต้องสังเกตลักษณะอารมณ์ของผู้ป่วย ท่าทาง กระบวนการและเนื้อหาความคิด รวมถึงข้อมูลประวัติของผู้ป่วย

3.1) วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ทางจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน

วัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์ทางจิตเวชในภาวะฉุกเฉิน มีดังนี้

- (1) เพื่อประเมินปัญหาเร่งด่วนทางจิตเวช
- (2) เพื่อประเมินการปรับตัวต่อสภาพชีวิตความเป็นอยู่โดยทั่วไปของผู้ป่วย
- (3) เพื่อประเมินปัญหาทางจิตเวชของผู้ป่วยที่มีอยู่เดิม/ที่เคยเป็นมาก่อน
- (4) เพื่อสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยยอมรับการรักษาหรือคำแนะนำ

3.2) ประเด็นสำคัญในการสัมภาษณ์ทางจิตเวช

ควรมีประเด็นสำคัญ ดังนี้

- (1) อะไรคือปัญหาที่เกิดขึ้น
- (2) ก่อนหน้าที่ผู้ป่วยมีอาการอย่างนี้ ผู้ป่วยมีลักษณะเป็นอย่างไร
- (3) คุณต้องการให้เราช่วยเหลืออะไรบ้าง
- (4) พุดคุยกับผู้ป่วยว่าในวันนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลช่วยเหลืออะไรบ้าง

3.3) ทักษะที่พยาบาลควรใช้ในการสัมภาษณ์ทางจิตเวช

เนื่องจากการสัมภาษณ์ทางจิตเวชมีความสำคัญ พยาบาลจิตเวชจะต้องฝึกฝนทักษะต่างๆที่จะสังเกตผู้ป่วย โดยมีทักษะที่จำเป็นและสำคัญ ดังนี้

(1) การฟัง เป็นทักษะที่สำคัญมากในการสัมภาษณ์ ทำให้ได้ข้อมูลต่างๆเพิ่มขึ้น โดยพยาบาลต้องฟังอย่างใส่ใจ การแสดงออกทางอารมณ์ของผู้ป่วยทั้งคำพูดและท่าทาง มองประสานสายตา ซักถามประเด็นที่สงสัย ไม่แทรกหรือขัดจังหวะ แสดงสีหน้าตอบสนอง

(2) การเงียบ พยาบาลใช้ทักษะการเงียบเพื่อเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดได้คิด หรือเป็นการให้โอกาส ให้กำลังใจ เป็นการแสดงถึงความเข้าใจที่มีต่อผู้ป่วย ขณะเดียวกันพยาบาลต้องเรียนรู้ที่จะอดทนกับความวิตกกังวล ที่เกิดจากความเงียบในขณะที่สนทนากับผู้ป่วย

ข้อควรระวัง การเจ็บที่เกิดขึ้นขณะสนทนา จะต้องไม่เป็นความเจ็บที่เกิดขึ้นจากการต่อต้าน หรือการไม่เห็นด้วยของผู้ป่วย เพราะจะทำให้สัมพันธภาพ ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยไม่ราบรื่น

(3) การสังเกต เป็นการมองด้วยตาและรับฟังด้วยหูเพื่อรับรู้สิ่งที่ผู้ป่วยแสดงออก คำพูดและท่าทาง เช่น ท่าทาง การเคลื่อนไหวของทั้งมือ สีหน้า สายตา น้ำเสียงและการเปล่งความหมายสิ่งเหล่านั้นเป็นคำพูด ให้ผู้ป่วยได้รับรู้และเข้าใจตนเองมากขึ้น พยาบาลใช้ทักษะการสังเกต เพื่อแสดงความเข้าใจถึงความคิด และความรู้สึกของผู้ป่วยอย่างลึกซึ้ง ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจเพิ่มมากขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พูดต่อในสิ่งที่ประเด็นสำคัญๆ

4.) การป้องกันและช่วยเหลือภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช

ภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชที่พบได้เสมอ คือ ผู้ป่วยจะมีการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรม อากาหร หรือความคิดของผู้ป่วย โดยรู้สึกว่าคุณป่วยต้องการการดูแลช่วยเหลืออย่างเร่งด่วน เป็นช่วงภาวะวิกฤตในชีวิตของผู้ป่วย ที่ทำให้รู้สึกแย่ไปหมดทุกอย่างทั้งตนเอง และสิ่งแวดล้อม

ผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน จะถูกญาติ เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ นำส่งโรงพยาบาล เนื่องจากมีอาการอะอะ วุ่นวาย สับสน ควบคุมอารมณ์และจิตใจตนเองไม่ได้ บางรายทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น

4.1) ผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินทางจิตเวช

ผู้ป่วยที่มีปัญหาฉุกเฉินทางจิตเวช ได้แก่ผู้ป่วยต่อไปนี้

4.1.1) ผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

(1) ผู้ป่วยที่กระทำโดยอารมณ์รุนแรงหุนหันพลันแล่น นึกอยากตายอย่างกะทันหัน โดยไม่มีการวางแผนไว้ก่อน มีสาเหตุมาจาก ความโกรธหรือความไม่พอใจ

(2) ผู้ป่วยที่เคยป่วยเป็นโรคประสาทหรือโรคจิต

ผู้ป่วยเป็นโรคซึมเศร้า ผู้ป่วยมักมีอาการหดหู่ ซึมเศร้าอยู่นาน จนกระทั่งท้อแท้ สิ้นหวัง ต่ำหนืดตนเอง มองว่าตนเองไร้ค่าเบียดชีวิต และคิดอยากฆ่าตัวตาย หรือไม่คิดอยากมีชีวิตอยู่ต่อไป

ผู้ป่วยเหล่านี้มักจะวางแผนไตร่ตรองถึงวิธีที่จะตายมาก่อน และมักจะฆ่าตัวตายสำเร็จ

ผู้ป่วยจิตเภท อาจฆ่าตัวตายเพราะได้ยินเสียงแว่ว หรือมีประสาทหลอนทำให้เกิดอาการหวาดกลัว และกังวลมากจนทนไม่ไหว หรือได้ยินเสียงแว่วให้ทำร้ายตนเอง

ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการประสาทหลอน มักเห็นภาพที่หน้ากลัว หรือเห็นภาพหลอนว่าคนจะมาทำร้าย จึงทำร้ายตนเองก่อนเพื่อหนีภาพหลอนนั้น

4.1.2) ผู้ที่มีอาการทางประสาทเฉียบพลัน เช่น Acute anxiety attack ได้แก่ อาการ Panic ผู้ป่วยมีอาการกังวล หวาดกลัว กลัวตาย กระสับกระส่าย บางคนมีความรู้สึกเหมือนจะควบคุมตัวเองไม่ได้ และรุนแรงขึ้นอะอะวุ่นวาย สับสน ควบคุมตนเองไม่ได้

4.1.3) ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต เอะอะวุ่นวาย คลุ้มคลั่ง ผู้ป่วยกลุ่มนี้มักจะมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งเกิดจากสาเหตุ 2 ประการคือ

(1) ความผิดปกติของสมอง สมองสูญเสียหน้าที่การทำงาน มีการแสดงออกเห็นชัดเจนในการเสียประสาทการรับรู้ การแสดงออกหรือพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม มีโรคแทรกซ้อนเป็นผลตามมา เช่นโรคลมชัก ความจำเสื่อม

(2) ความผิดปกติทางจิตใจ ได้แก่ โรคจิตเภทชนิดเฉียบพลัน เป็นโรคที่อันตรายมาก ผู้ป่วยอาจมีอาการหูแว่วที่ได้ยินคำสั่งให้ฆ่าตัวตาย

กลุ่มอาการหลงผิดส่วนมากมีความคิดว่า มีคนมาปองร้าย ถูกกลั่นแกล้ง ทรยศนอกใจ หรือมีผู้วางแผนคิดร้าย ความหลงผิดแบบนี้ค่อนข้างแน่นอน ไม่เปลี่ยนแปลงฟังดูจะเป็นเรื่องเป็นราว โอกาสที่ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่รุนแรงเป็นอันตรายพบได้เสมอ ควรได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด

Mania ผู้ป่วยจะมีลักษณะคลั่ง พุดไม่หยุด การเคลื่อนไหวเร็ว ไม่หลับไม่นอน เอะอะวุ่นวาย มีความหลงผิดแบบGrandeur ใช้จ่ายเงินเปลือง การรู้ตัวเอง การตัดสินใจเสีย ผู้ป่วยมักไม่ร่วมมือในการดูแลรักษา เพราะคิดว่าตนไม่ได้เป็นอะไร อารมณ์จะหงุดหงิด โกรธง่าย ขาดการควบคุมอารมณ์ ชอบทะเลาะ วิวาท มักก้าวร้าว และมีพฤติกรรมที่รุนแรงเป็นอันตราย ลักษณะดังกล่าวจะทำให้เกิดอันตรายต่อคนรอบข้าง และต่อตัวผู้ป่วยเอง

4.1.4) ผู้ป่วยหวาดระแวง พบได้บ่อยในพวกผู้ป่วยที่ติดยา เช่นยาบ้า อันตรายจากความหวาดระแวงนี้อาจเกิดกับผู้ป่วยซึ่งกลัวเรื่องที่ตนระแวง จนทนไม่ได้ต้องทำร้ายตนเองก่อน หรือมีเสียงแว่วสั่งให้ทำร้ายตนเอง

4.1.5) ผู้ที่คิดอยากฆ่าผู้อื่น หรือฆ่าผู้อื่นตาย เช่นกรณีแม่ฆ่าลูกและฆ่าตัวเองตาย เพราะสงสัยว่าลูกจะไม่มีผู้ดูแลต่อ หรือฆ่าผู้เป็นที่รักของผู้ที่เราโกรธแค้น เช่น แม่ฆ่าลูกเพราะแค้นเคืองสามี เพื่อให้สามีต้องทนทุกข์กับการตายของลูกตนเอง หรือผู้ที่มีประสาทหลอนได้ยินเสียงสั่งให้ฆ่า เห็นภาพหลอน หลงผิด คิดระแวง ต้องได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

4.1.6) ผู้ป่วยที่ติดยาเสพติด ในระหว่างที่มีการถอนยา ในปัจจุบันพบได้บ่อยในกลุ่มที่ติดยาบ้า ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตร่วมด้วย

4.1.7) ภาวะฉุกเฉินอื่นๆ ได้แก่ โรคจิตที่เกิดภายหลังการคลอดบุตร ส่วนมากเกิดภายใน 3 วันหลังคลอด สาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมน หรือความไม่ต้องการบุตร ผู้ป่วยมีความสับสนเล็กน้อย และทำอะไรรุนแรง ขาดความยับยั้งชั่งใจ ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น

4.2) แนวทางการประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

การประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเป็นการประเมินภาวะอารมณ์ ความรู้สึกของผู้ป่วย ที่แสดงออกมาเป็นพฤติกรรม ซึ่งพฤติกรรมที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว หรือจากบุคลากรพยาบาลอย่างใกล้ชิด จากการศึกษาได้มีผู้ให้แนวทางการประเมินไว้ดังนี้

นิตยา ชัยวิมล (2541: 94) ได้กล่าวถึงการประเมินภาวะฉุกเฉินทางจิตเวชผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ดังต่อไปนี้

- (1) ช่มชู้ผู้อื่นหรือมีพฤติกรรมรุนแรงเป็นที่น่าหวาดกลัวต่อผู้อื่น
- (2) ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมตัวเองได้ ครอบงำผู้อื่นโดยตรงหรือทางอ้อม เช่น ร้อง ตะโกน เดินไปมาไม่หยุดนิ่ง กระวนกระวาย การแต่งกายสกปรกมีกลิ่นเหม็นมาก รุนแรง เปลือยกาย อุจาด
- (3) การแสดงออกของพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก เช่น ก้าวร้าว แล้วเจี๊ยบเฉย หรือร้องตะโกนแล้วมีอาการเซื่องซึมลง
- (4) ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการดูแลรักษา
- (5) มีอาการที่แสดงถึงการได้รับบาดเจ็บหรือกระทบกระเทือน มีอาการที่เจ็บป่วย ทางกายเฉียบพลัน หรือมีสัญญาณชีพผิดปกติ

ถ้าผู้ป่วยมีพฤติกรรมดังกล่าวข้างต้นอย่างใดอย่างหนึ่ง ควรนำผู้ป่วยเข้ารับการดูแล และตรวจรักษาที่โรงพยาบาล

เจียมจิตต์ จุฑานูตร (2539) ได้กล่าวถึง การประเมินสภาวะเมื่อเกิดภาวะวิกฤตหรือฉุกเฉินทางจิตเวชที่ควรสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ดังนี้

- (1) ลักษณะทั่วไป (Appearance) A ดูว่าผู้ป่วยอยู่ในสภาพอย่างไร การแต่งตัวเหมาะสมถูกกาลเทศะ หรือไม่ ทำทางรูปร่างบุคลิกภาพ และความสนใจต่อตนเอง
- (2) พฤติกรรมการแสดงออก (Behavior) B ดูว่าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมออกมาอยู่ในลักษณะใด เพราะพฤติกรรมที่มนุษย์แสดงออกทุกพฤติกรรม มีจุดมุ่งหมายในตัวเอง ในภาวะฉุกเฉินพฤติกรรมที่พบมากคือ วนวาย อาละวาด ก้าวร้าว คลุ้มคลั่ง ควบคุมตัวเองไม่ได้ การรับรู้ต่อสภาพแวดล้อมไม่ดี หรือบางครั้งอารมณ์ซึมเศร้า เฉยเมย
- (3) การให้ความร่วมมือ (Co-operation) C ดูว่าผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาหรือไม่ ส่วนมากผู้ป่วยทางจิตเวชที่อยู่ในภาวะวิกฤตจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ไม่รับรู้ และตอบสนองต่อการให้ความร่วมมือในการรักษา จะต่อต้านไม่ยอมรับว่าตนเองเจ็บป่วย พฤติกรรมแสดงออกจะก้าวร้าว และต่อต้านการติดต่อสื่อสารและสร้างสัมพันธภาพจะเกิดขึ้นได้ยาก

(4) การให้ยา (Drug) D การให้ยา เมื่อไม่สามารถที่จะสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยได้ การให้ยาเพื่อควบคุมพฤติกรรมผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยทั้งต่อตนเองและผู้อื่น

4.3) แนวทางการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช

เจียมจิตต์ จุฑานุตร (2539) ได้กล่าวถึงหลักการช่วยเหลือเบื้องต้นทั่วไปเกี่ยวกับภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน ว่าควรปฏิบัติ ดังนี้

- (1) แก้ไขปัญหาที่คุกคามชีวิตของผู้ป่วยก่อน
- (2) ค้นหาส่วนที่บาดเจ็บหรือเจ็บป่วยช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยตามสมควร
- (3) ทำให้สภาวะผู้ป่วย อยู่ในระดับที่ปลอดภัย

โดยหลักการดูแลในระยะวิกฤตและฉุกเฉินนี้จำเป็นต้องให้หลัก ความเข้าใจตนเอง เข้าใจสภาพของผู้ป่วย ร่วมกับความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเวช และความเมตตากรุณาที่จะช่วยดูแล ประคับประคองให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านพ้นสภาวะนี้ได้อย่างปลอดภัย

นอกจากนี้ นิตยา ชัยวิมล (2541) ยังแบ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉินตามพฤติกรรม ไว้ดังนี้

(1) การช่วยเหลือผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าวรุนแรง และเป็นอันตราย มีดังต่อไปนี้

(1.1) การผูกมัด การใช้กำลังจำเป็นต้องทำในบางรายเพื่อต้องการให้ผู้ป่วยยอมร่วมมือบ้าง ควรทำอย่างรวดเร็วแต่ไม่รุนแรง ต้องคิดอยู่เสมอว่า ผู้นั้นเป็นผู้ป่วยซึ่งต้องการความช่วยเหลือ เมื่อผูกมัดด้วยวิธีการที่ถูกต้องแล้ว รีบให้ยาเพื่อให้ผู้ป่วยสงบ

(1.2) การให้ยา กลุ่มยาที่ใช้ มีดังนี้ Barbiturates, Benzodiazepines, Antipsychotics

(1.3) พูดคุยกับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความรู้สึกความรู้สึกโกรธ พูดปลอบโยน ให้ความมั่นใจว่าทุกคนจะช่วยกันดูแลผู้ป่วยให้หาย

(1.4) การรักษาในระยะยาว ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมรุนแรงเป็นอันตราย การรักษาในระยะยาวเป็นสิ่งสำคัญ พยาบาลควรอธิบายให้ครอบครัวเข้าใจการติดตามการรักษาอย่างถูกต้อง เกี่ยวกับการรับประทานยา และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอาการกำเริบ

(2) การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่พยายามฆ่าตัวตาย

(2.1) ผู้ป่วยควรได้รับการพิจารณาเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ได้รับการดูแลใกล้ชิด ในกรณีที่ประเมินได้ว่า

(2.1.1) มีความเสี่ยงสูง

(2.1.2) ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคทางจิตเวช

- (2.1.3) ไม่แน่ใจว่าผู้ป่วยยังมีความพยายามที่จะฆ่าตัวตายอีก
 - (2.1.4) ผู้ป่วยไม่มีผู้ดูแลที่บ้าน
 - (2.2) ถ้ายังไม่สามารถพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาได้ต้องมีผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด
 - (2.3) ชี้ให้เห็นถึงความล้มเหลวในจิตใจของผู้ป่วย ระหว่างความอยากมีชีวิตอยู่ต่อไปกับความอยากตาย พยายามให้ผู้ป่วยตระหนักถึงจิตใจของตนเองที่ยังต้องการมีชีวิตอยู่
 - (2.4) ปรึกษากาทางออกต่างๆร่วมกับผู้ป่วย
 - (2.5) ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีความหวัง และให้ความมั่นใจว่า เราจะช่วยเหลือ
 - (2.6) ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง คนรอบข้าง และอนาคต
 - (2.7) แนะนำญาติในการดูแลผู้ป่วยเกี่ยวกับ การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อลดอันตรายที่อาจเกิดกับผู้ป่วย เช่น การเก็บอาวุธ หรือสิ่งของที่ผู้ป่วยอาจนำมาทำร้ายตนเองให้มิดชิด
- การให้ญาติที่ผู้ป่วยสนิทด้วยคอยเป็นผู้ดูแล สังเกตอาการที่เกิดขึ้น เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการประเมินให้ความช่วยเหลือต่อไป

5.) ความเครียดของครอบครัว ที่มีผู้ป่วยอยู่ในภาวะฉุกเฉิน

โดยทั่วไปครอบครัวของผู้ป่วยที่มีภาวะฉุกเฉิน มักจะตกใจ และวิตกกังวล พยายามจะตั้งอธิบาย และปลอบโยน ถึงสิ่งที่จะผู้ป่วยจะได้รับการช่วยเหลือดูแลในเบื้องต้น ปัจจุบันทุกๆไปที่ทำให้เกิดความเครียดในครอบครัวพิจารณาได้หลายประการทั้งในด้านโครงสร้างของครอบครัวพฤติกรรมของสมาชิกแต่ละคนในครอบครัว สมาชิกของครอบครัวได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมภายในครอบครัว และพบว่าผู้ป่วยจิตเวชเองมักจะมีผลต่อบุคคลในครอบครัวด้วย การที่สมาชิกคนหนึ่งในครอบครัวป่วยเป็นโรคจิตก็ทำให้เพิ่มความเครียดให้กับครอบครัว และพบว่าโรคจิตก่อให้เกิดความเสียหายทั้งต่อผู้ป่วยเอง และครอบครัวก็ตกอยู่ในสถานการณ์ของความเครียด

6.) พฤติกรรมการเผชิญปัญหาของครอบครัวผู้ป่วย

การเผชิญปัญหาที่มีประสิทธิภาพ คือ การที่บุคคลสามารถแก้ปัญหาโดยใช้เหตุผล และอารมณ์อย่างเหมาะสม ไม่ใช่อารมณ์มากเกินไปโดยไม่จำเป็น จะต้องเกิดความรู้สึกด้านบวก และสามารถจัดการกับความรู้สึกด้านลบที่เกิดขึ้นได้ สามารถปรับตัว แสดงบทบาททางสังคมของตนได้อย่างสมบูรณ์ ซึ่งการเผชิญปัญหาแต่ละครั้ง สามารถมีการเผชิญปัญหาหลายๆวิธีในเวลาเดียวกัน ครอบครัวจะสามารถเผชิญปัญหาได้เมื่อ

- 1.) การทำให้ร่างกายมีสุขภาพแข็งแรง มีพลัง
- 2.) ความเชื่อในทางที่ดี เช่นการนำความหวังมาใช้ร่วมด้วยเพื่อลดความวิตกกังวล
- 3.) การมุ่งแก้ไขปัญหา เป็นการค้นหาข้อมูลมาวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อเลือกทางแก้ไข

4.) การเข้าสังคมเป็นความสามารถในการติดต่อบุคคลอื่น เพื่อที่จะขอความช่วยเหลือ หรือช่วยจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น

5.) หาแหล่งประโยชน์ทางวัตถุ ได้แก่ เงิน สิ่งของต่างๆ การบริการที่ต้องใช้เงิน

6.) การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมเป็นกลไกอย่างหนึ่ง ที่ทำให้บุคคล มีการติดต่อกันด้วยความรู้สึกที่ดีต่อกันยอมรับ และรับรู้ในพฤติกรรมของกันและกัน ทำให้บุคคลแสดงออกในด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของสังคม และเกิดความรู้สึกของการเป็นเจ้าของ หรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม นอกจากนี้ ยังช่วยให้ครอบครัวมีความสามารถในการเผชิญปัญหาและความเครียดได้อย่างมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ความเหนื่อยหน่าย หรือความเครียดลดลงได้ โดยการพูดคุยกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น หรือระบายปัญหา ความคับข้องใจให้กันฟัง ช่วยให้ครอบครัวมีความเข้าใจปัญหา หรือความกดดันที่กำลังเผชิญอยู่ และพัฒนากลไกที่เกิดขึ้น และในทางกลับกันหากสัมพันธ์ภาพเป็นไปในทางลบ จะเป็นการเพิ่มความกดดันให้เกิดไม่พึงพอใจ และเกิดความเบื่อหน่ายตามมา

4. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช

ในสมัยก่อน ผู้ป่วยที่เป็นโรคทางจิตมีโอกาที่จะหายเป็นปกติน้อย แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาทั้งด้วยยาและวิธีการอื่นๆ ทำให้โอกาสหายมีมากขึ้น แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นใหม่อีกก็มีมากเช่นกัน ซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านต่างๆ เช่น การรักษาสภาพแวดล้อมในครอบครัว และตัวผู้ป่วยเอง ผู้ป่วยที่ป่วยหลายครั้งและป่วยเป็นเวลานานๆ ความผิดปกติของบุคลิกภาพจะมากยิ่งขึ้น จนเป็นปัญหาในการดำเนินชีวิต และการทำงานหรือเป็นภาระต่อญาติ พี่น้องอย่างมาก เพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานช่วยเหลือตัวเองได้

โดยทั่วไปถือว่าผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นโรคภายในเวลา 2 ปี ยังมีโอกาสรักษาให้ดีขึ้นได้ แต่ถ้าเป็นติดต่อกันนานกว่า 5 ปี โอกาสจะดีขึ้นเกือบไม่มีเลย (ภัทรา ธิรลภ, 2534)

Bleuler (อ้างถึงในภัทรา ธิรลภ, 2534) ได้ติดตามผลการรักษาผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 500 ราย ในเวลา 15 ปี ได้สรุปการดำเนินโรค โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 4 พวกๆ ละประมาณ 1 ใน 4 ดังนี้

พวกที่ 1 มีโอกาสดีขึ้นมาก หรือหายเป็นปกติ (ภายในเวลา 5 ปี)

พวกที่ 2 ดีขึ้น แต่ยังคงมีความผิดปกติของบุคลิกภาพอยู่บ้าง

พวกที่ 3 ดีขึ้นบ้าง และความผิดปกติของบุคลิกภาพอยู่บ้าง

พวกที่ 4 ไม่ดีขึ้น และเป็นเรื้อรัง

สมรรถภาพของผู้ป่วยจะสูญเสียไป ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบตัวเองได้ ต้องตกเป็นภาระในการเลี้ยงดูของครอบครัว (สมภาพ เรื่องตระกูล, 2523)

Brown, (1966, อ้างถึงใน ภัทรา ภิรลภ, 2534) ให้ความเห็นว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่เพิ่งป่วยจะมีแนวโน้มในการรักษาที่ดีกว่าผู้ป่วยที่เคยป่วยมาแล้ว มากกว่าครึ่งของผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลครั้งแรกจะมีการพยากรณ์โรคดีในช่วง 5 ปีแรก และต้องการการเอาใจใส่เพียงเล็กน้อยจากบริการดูแลทางจิตเวชหรือการฟื้นฟู พวกเขายังทำให้ญาติรู้สึกว่ามันได้ และไม่สร้างปัญหาร้ายแรงแก่ชุมชน ในทางตรงข้ามพวกเขายังมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการทำงานอาชีพหรือทำงานบ้าน และสังคมก็ยังดี

4.1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

4.1.1 ความหมายของความสามารถ

ได้มีผู้ให้ความหมายของคำว่า ความสามารถไว้ ดังนี้

White (1981,อ้างถึงใน เจียมจิตต์ จุฑานุตร,2539) กล่าวว่า ความสามารถ หมายถึง ความต้องการที่จะแสดงออกซึ่งพฤติกรรมของตนเอง ในการควบคุมสภาพแวดล้อมของตนเอง ให้อยู่ในขอบเขตทั้งกายภาพและสังคมศาสตร์ โดยความสามารถของบุคคลจะถูกสร้างขึ้นในลักษณะที่สะสมทีละน้อย

เจียมจิตต์ จุฑานุตร (2539:36) กล่าวว่า ความสามารถหมายถึงคุณภาพหรือสภาวะของการกระทำหน้าที่ใดๆ ได้อย่างเพียงพอ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ

สรุปได้ว่า ความสามารถ หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล โดยใช้กระบวนการเรียนรู้และทักษะ ความสามารถนั้นจะถูกสร้างขึ้นในลักษณะที่สะสมทีละน้อย

4.1.2 ความหมายของกิจวัตรประจำวัน

ได้มีผู้ให้ความหมายของกิจวัตรประจำวันไว้หลายท่าน ดังนี้

มยุรี เพชรอักษร (2532) กล่าวว่า เป็นกิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน รวมถึงการนั่ง การนอน การยืน และการทำสุขอนามัยส่วนตัว

นภาพรณ์ แก้ววรรณ (2533) กล่าวว่า เป็น กิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งได้กระทำเป็นประจำในแต่ละวัน เริ่มตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอน

Nair (1989, อ้างถึงใน ทศนีย์ ระย้า, 2537)กล่าวว่า เป็น ความสามารถทางด้านร่างกายในการทำกิจกรรมเพื่อการดำรงชีวิตประจำวัน เช่นการรับประทานอาหาร การอาบน้ำ

ทศนีย์ ระย้า (2537:32)กล่าวว่า เป็น การกระทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันตามความจำเป็นและความต้องการขั้นพื้นฐาน เพื่อสามารถดำรงชีวิตในการทำกิจกรรมในแต่ละวันได้ด้วยตนเอง และมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือ เพื่อให้กิจวัตรประจำวันนั้นเป็นไปได้ด้วยดี กิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การเดินและการเดินทาง การอาบน้ำ การทำความสะอาดร่างกาย การขับถ่าย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า กิจวัตรประจำวัน หมายถึง กิจกรรมต่างๆที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งกระทำต่อตนเองในชีวิตประจำวัน เป็นกิจกรรมที่มีความจำเป็นต่อการดำรงชีวิต และการตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานโดยกิจกรรมเหล่านั้นจะกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ได้

4.1.3 การประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน

การประเมินความสามารถ เป็นการวัดความสามารถ ซึ่งส่วนมากจะเป็นการวัดความสามารถทางด้านร่างกายหรือความสามารถในการทำงานของร่างกายที่จะวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (Activities of Daily Living -ADL)เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นครั้งแรกโดย Katz (1959 ,อ้างถึงใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ ,2537)เพื่อใช้วัดผู้ป่วยเรื้อรังและผู้ป่วยสูงอายุ ข้อมูลจากเครื่องมืออธิบายถึง ระดับการพึ่งพิงผู้อื่นในการทำกิจกรรมเกี่ยวกับ การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การเดินหรือการเคลื่อนไหวไปตามที่ต่างๆ ในบริเวณ และการรับประทานอาหาร ซึ่งต่อมาได้มีผู้สร้างเครื่องมือที่ใช้วัดความสามารถของผู้ป่วยขึ้นอีกหลายเครื่องมือ

มาตราส่วนประมาณค่าเพื่อวัดกิจกรรมการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL Scales)

มีเครื่องมือวัด ADL Scales หลายชนิดดังนี้

1. The index of independence in activities of daily living or Index of ADL

เป็นเครื่องมือที่สร้างขึ้นโดย Sidney Kazt (1976,ประภาศรี สุวรรณ, 2537)เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรมคือ การอาบน้ำ การแต่งตัว การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การเคลื่อนย้ายตนเอง การรับประทานอาหาร และการควบคุมระบบขับถ่าย การรวบรวมข้อมูลทำได้โดยการสังเกตและการถามจากผู้ป่วย การประเมินความสามารถทำโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่า 1-3 การสังเกตทำในช่วงระหว่าง 2 สัปดาห์

ตัวอย่างของข้อคำถามในเครื่องมือ

1) การอาบน้ำ : อาจจะเป็นอาบน้ำในอ่างอาบน้ำ ฝักบัว หรือเช็ดตัว

- () ไม่ต้องการความช่วยเหลือ(อาบน้ำได้เอง)
- () ต้องการความช่วยเหลือ(หนึ่งส่วนของร่างกาย เช่นส่วนหลัง หรือขา)
- () ต้องการความช่วยเหลือมากกว่า 1 ส่วนของร่างกาย

2) การแต่งกาย : หยิบเสื้อผ้าจากตู้เสื้อผ้าหรือลิ้นชัก รวมทั้งการใส่ชุดชั้น

- () แต่งตัวได้เอง (หยิบเสื้อผ้าและสวมได้เอง)
- () หยิบเสื้อผ้าได้เอง แต่งตัวได้เอง ยกเว้นให้ช่วยผูกเชือกผูกหูร่องทำให้
- () ต้องการความช่วยเหลือให้หยิบเสื้อผ้าให้ และแต่งตัวให้

3) การใช้ห้องน้ำ-ห้องส้วม : เข้าห้องน้ำ และใช้ห้องน้ำได้เอง ทำความสะอาดหลังการถ่าย

อุจจาระ / ปัสสาวะ และใส่เสื้อผ้าได้

- () เข้าห้องน้ำและใช้ห้องน้ำรวมทั้งการทำความสะอาดการใส่เสื้อผ้าได้เอง
- () ต้องช่วยเหลือในการช่วยพาไปห้องน้ำทำความสะอาดหลัง

ถ่ายอุจจาระ/ ปัสสาวะ และการใช้โถถ่ายบนเตียงในเวลากลางวันด้วย

- () ไปห้องน้ำไม่ได้เลย

2. The physical maintenance scale (PSMS)

เป็นเครื่องมือที่ สร้างขึ้นจากทฤษฎีพื้นฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมของมนุษย์สร้างขึ้นโดย

Lowton และ Brody (1969, ปรภาศรี สุวรรณ, 2537) เป็นเครื่องมือที่ใช้ประเมินความสามารถของผู้ป่วยใน 6 กิจกรรมคือ การใช้ห้องน้ำ ห้องส้วม การรับประทานอาหาร การแต่งตัว การดูแลร่างกาย การเคลื่อนไหวร่างกาย และการอาบน้ำ การประเมินความสามารถทำโดยใช้มาตราส่วนประมาณค่าคะแนน 1-5 โดยใช้หลักการสร้างมาตราส่วนประมาณค่าของ Guttman Scale

ตัวอย่างของข้อคำถามในเครื่องมือ ได้แก่

1) การใช้/ห้องส้วมห้องน้ำ

- 1 ใช้ห้องน้ำด้วยตนเองได้เป็นอย่างดี ควบคุม / บังคับได้
- 2 ต้องคอยเตือน ต้องช่วยในการทำความสะอาด บางครั้งบังคับการขับถ่ายไม่ได้
- 3 ถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะบนที่นอนขณะหลับ มากกว่า 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์
- 4 ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้ (ขณะตื่น) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 สัปดาห์
- 5 ควบคุมการขับถ่ายอุจจาระ/ปัสสาวะไม่ได้เลย

2) การรับประทานอาหาร

- 1 รับประทานอาหารได้เองโดยไม่ต้องมีคนช่วย

- 2 รับประทานได้เองโดยมีคนช่วยเพียงเล็กน้อย หรือช่วยในการเตรียมอาหาร หรือช่วยทำความสะอาดหลังรับประทานอาหาร
- 3 รับประทานได้เองแต่ต้องมีคนคอยช่วยเหลือ (ระดับปานกลาง)
- 4 ต้องมีคนช่วยในการรับประทานอาหารทุกมื้อ
- 5 ไม่สามารถรับประทานอาหารได้เอง

3) การแต่งตัว

- 1 แต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และเลือกเสื้อผ้าจากตู้เสื้อผ้าได้
- 2 แต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้าได้ แต่มีคนคอยช่วยเหลือบางส่วน
- 3 ต้องการความช่วยเหลือ (ระดับปานกลาง) ในการแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และเลือกเสื้อผ้า
- 4 ต้องการความช่วยเหลือ (หลายอย่าง) ในการแต่งตัว เปลี่ยนเสื้อผ้า และให้ความร่วมมือกับผู้ช่วยเหลืออย่างดี
- 5 ไม่สามารถแต่งตัวได้เอง และยังคงต้องการความช่วยเหลือด้วย

4.2 ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช

ความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชก็เหมือนกับความต้องการของบุคคลทั่วไป เพราะผู้ป่วยก็เป็นมนุษย์ที่มีชีวิต จิตใจ อารมณ์ มีความรู้สึกนึกคิด และมีความต้องการเฉพาะตนเช่นเดียวกับคนทั่วไป แต่ผู้ป่วยมีประสบการณ์ที่โชคร้ายกว่า เนื่องจากไม่สามารถบรรลุความต้องการของตนได้จนเกิดความคับข้องใจหรือเกิดเกิดความความรู้สึกขาด (Hay and Anderson, 1963 : อ้างถึงใน อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536)

Rines and Motag (1976, อ้างถึงใน อัจฉรา จรัสสิงห์, 2536) ได้แบ่งความต้องการออกเป็นด้านต่างๆ ดังนี้

1. ความต้องการทางร่างกาย เป็นความต้องการพื้นฐานเพื่อการดำรงอยู่ ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย การนอนหลับ การพักผ่อน การขับถ่าย การควบคุมอุณหภูมิที่เหมาะสม การเคลื่อนไหว ความสะอาดของร่างกายและสิ่งแวดล้อม ตลอดจนความต้องการทางเพศ
2. ความต้องการทางจิตใจเป็นความต้องการความรักความเป็นเจ้าของความมั่นคง ความเป็นอิสระ การพึ่งพาอาศัย ความสำเร็จ การยอมรับนับถือ และความภาคภูมิใจ
3. ความต้องการทางด้านวิญญาณความต้องการทางด้านนี้พัฒนามาจากสังคมแต่ละแห่งเป็นเรื่องของศาสนา ความเชื่อต่างๆ แต่ละศาสนามีพิธีการต่างๆ ซึ่งช่วยให้บุคคลบรรลุถึงเป้าหมายทางด้านวิญญาณ ความต้องการทางด้านวิญญาณเป็นแรงกระตุ้นที่มีอยู่ภายใต้พฤติกรรม

ของมนุษย์และถูกเก็บไว้ในจิตสำนึกความต้องการส่วนนี้ได้แก่ ความเชื่อ ความมีศักดิ์ศรี ความมีเหตุผลที่จะกระทำหรือเป็นตามเป้าหมายของตนเอง ความอบอุ่นใจ การปลอบใจและการมีเสรีภาพ

นอกจากนี้แล้วยังกล่าวถึงความต้องการของผู้ป่วยที่แตกต่างกันอีก 6 ประการ คือ

1. ความต้องการการปกป้อง คือผู้ป่วยต้องการสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย การประเมินความ สุขสบาย และความอยู่ดี
2. ความต้องการการประคับประคอง คือ ผู้ป่วยต้องการการช่วยเหลือเพื่อให้พ้นจากความ ไม่สุขสบาย จากความเจ็บป่วยและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ
3. การประคับประคองช่วยเหลือช่วยเหลือเป็นรายบุคคล คือผู้ป่วยต้องการความเข้าใจ การ ให้กำลังใจ ตลอดจนการพึ่งพาช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีการปรับตัวในขณะที่มีอารมณ์ต่างๆ
4. ความต้องการในการดำรงชีวิต คือ ความต้องการทางด้านร่างกายของผู้ป่วยที่ช่วยให้ ดำรงชีวิตอยู่ได้ เช่น ความต้องการอาหาร น้ำ การขับถ่ายและอื่นๆ
5. ความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพ คือ การที่ผู้ป่วยต้องการช่วยเหลือให้ตนมีความ สามารถกลับสู่สภาพเดิมหรือคงสภาพให้ใกล้เคียงกับของเดิมมากที่สุด เช่น การจัดรูปแบบการ รักษาพยาบาลที่สามารถปรับเปลี่ยน หรือแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยให้ลดลงหรือหมดไป
6. ความต้องการเพื่อน และครอบครัว ซึ่งเป็นความต้องการทางสังคมที่ต้องการการยอมรับ จากสังคมอื่น เช่น ต้องการความมั่นใจว่ามีคนรักและสนใจอยู่

มาสโลว์ ได้แยกแยะความต้องการพื้นฐานของมนุษย์ไว้เป็นลำดับขั้น ตั้งแต่ขั้นต่ำจนถึงขั้น สูงสุด เริ่มจากความต้องการด้านร่างกาย ความต้องการด้านความปลอดภัย ความต้องการความรัก และความเป็นเจ้าของ ซึ่งทั้ง 3 ขั้นตอนนี้คล้ายกับทฤษฎีของไนติงเกล และโอเรม พยาบาลจะต้อง ค้นหาคำตอบพื้นฐานและตอบสนองลำดับความต้องการขั้นสูงต่อไปคือความต้องการความภาคภูมิใจ และการตระหนักในคุณค่าของตนเอง มีการสนับสนุนกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมยกย่องชมเชย และความต้องการขั้นสูงสุด คือ ความต้องการพบความสำเร็จในชีวิต พยาบาลจะต้องช่วยให้ผู้ป่วย พบความสำเร็จในกิจกรรมที่ตนกระทำ

ความต้องการของมนุษย์หากไม่ได้รับการตอบสนองก็จะเกิดความเครียด เกิดปัญหาเกิด ความคับข้องใจ ซึ่งจะมีการแสดงออกทั้งที่เห็นได้และมองไม่เห็นเด่นชัด แต่อย่างไรมนุษย์จะมีการ ปรับตัวซึ่งเป็นไปได้ทั้งทางบวกและทางลบ พยาบาลจะต้องตระหนักว่าความต้องการขั้นต้นจะต้อง ได้รับการตอบสนองก่อน ความต้องการขั้นสูงจึงจะตามมา และจะได้รับความพึงพอใจเมื่อได้รับ การตอบสนอง

จากที่กล่าวมาสรุปได้ว่าความต้องการของผู้ป่วยจิตเวชเป็นความต้องการที่ต้องการการ ตอบสนองเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและวิญญาณรวมถึงยังมีความ

ต้องการในด้านต่างๆ เช่นการปกป้อง การประคับประคอง การช่วยเหลือเป็นรายบุคคล การดำรงชีวิต การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการมีเพื่อนและครอบครัว ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ป่วยต้องการที่จะได้รับการดูแลที่บ้าน พยาบาลจะต้องตระหนักถึงความต้องการของผู้ป่วยเพื่อตอบสนองความต้องการดังที่ได้กล่าวแล้วให้สมบูรณ์ที่สุด จนผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติและมีความสุขที่บ้าน

4.3 การดูแลตนเองของผู้ป่วย

Dean (1986,อ้างถึงใน ยุพาพิน ประสารอธิคม, 2535) กล่าวถึงการดูแลตนเองเมื่อป่วยว่า ความเจ็บป่วยเป็นการรับรู้ของบุคคลที่มีต่อตัวเขาเองว่ามีความผิดปกติไปจากเดิม ซึ่งอาจตัดสินใจด้วยตัวเขาเองหรือครอบครัว หรือเครือข่ายสังคม และจะเข้าสู่พฤติกรรมความเจ็บป่วย โดยแต่ละคนจะตอบสนองต่อความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นแตกต่างกันไป ซึ่งนักสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา สรุปว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองเมื่อเจ็บป่วยมีองค์ประกอบ 4 ระดับด้วยกัน คือ

1. การดูแลตนเองของแต่ละบุคคล (Individual self-care)
2. การดูแลตนเองของครอบครัว (Family care)
3. การดูแลสุขภาพโดยเครือข่ายสังคม (Care from the extended social network)
4. การดูแลสุขภาพโดยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งโดยช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (Mutual aid หรือ self help group)

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2529) ให้ความหมายของการดูแลตนเอง ตามทัศนะของโอเรมว่าเป็น การปฏิบัติกิจกรรมโดยบุคคล ริเริ่มโดยบุคคลเพื่อดำรงรักษาความมีสุขภาพดีของตนเอง และสวัสดิภาวะของตนเองไว้เป็นกิจกรรมส่วนบุคคลของผู้ใหญ่ที่ต้องกระทำอย่างต่อเนื่องบุคคลจะลงมือปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองเฉพาะสิ่งที่มีความหมายสำหรับตัวเขา หรือเฉพาะสิ่งที่เขาคาดว่าจะเกิดผลดีต่อตนเอง การดูแลตนเองเป็นการกระทำที่สร้างสรรค์ เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ และให้ผลในทางรักษา ดังต่อไปนี้

1. สนับสนุนขบวนการต่างๆ ของชีวิต และส่งเสริมการทำหน้าที่ต่างๆ ตามปกติ
2. ดำรงรักษาให้การเจริญเติบโต พัฒนาการและการมีวุฒิภาวะเป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม
3. ป้องกัน ควบคุมการเกิดโรคและการบาดเจ็บ รวมทั้งการบรรเทาอาการตามกระบวนการเกิดโรคด้วย
4. ป้องกันความพิการที่อาจเกิดขึ้น หรือชดเชยความพิการที่เกิดขึ้นแล้ว

นอกจากนี้ตามมโนทัศน์เกี่ยวกับการดูแลตนเองนั้น โอเรมเชื่อว่าบุคคลมีความต้องการที่จะดูแลตนเองเพื่อการดำรงชีวิต และคงไว้ซึ่งสุขภาพที่สมบูรณ์ ตลอดจนหลีกเลี่ยงจากโรคภัยที่

คุณภาพชีวิต โอโรรมได้แบ่งกิจกรรมการดูแลตนเองเป็น 3 ประเภทได้แก่ การดูแลตนเองโดยทั่วไป การดูแลตนเองตามพัฒนา และการดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองเพื่อสนองความต้องการพื้นฐานที่จำเป็นในการทำกิจวัตรของการดำเนินชีวิตประจำวัน การดูแลตนเองในลักษณะนี้ มุ่งที่การทำงานผสมผสานกันในร่างกายมนุษย์ เพื่อการมีสุขภาพดีและความผาสุกในชีวิต ซึ่งโอโรรมแบ่งไว้ 6 ประเภท คือ

- 1.1 อากาศ น้ำ อาหาร
- 1.2 การขับถ่าย
- 1.3 การออกกำลังกายและการพักผ่อน
- 1.4 การเป็นตัวของตัวเอง และกิจกรรมทางสังคม
- 1.5 การป้องกันตนเองจากอันตราย อุบัติเหตุ หรือความเจ็บป่วย
- 1.6 เป็นคนปกติในสังคม

2. การดูแลตนเองตามพัฒนาการ เป็นกิจกรรมที่แยกมาจากการดูแลตนเองทั่วไป โดยเน้นที่ขอบข่ายการพัฒนาการของมนุษย์และเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้นในระยะต่างๆ ของวงจรชีวิต แบ่งเป็น 2 ชนิด คือ

2.1 การสร้างและดำรงรักษาสุขภาพการณืของชีวิต ซึ่งสนับสนุนการดำรงชีวิตอยู่ และส่งเสริมการพัฒนาการขั้นต่างๆ ทำให้มนุษย์เจริญเติบโต และพัฒนาการต่างๆ ตามวัย

2.2 การดูแลเพื่อป้องกันอันตรายต่อพัฒนาการระยะต่างๆ ของมนุษย์รวมทั้งการลดความรุนแรงจากสถานการณ์ต่างๆ ที่มีเงื่อนไขต่อพัฒนาการของมนุษย์ เช่น การไม่ได้รับการศึกษา การมีปัญหาในการปรับตัวต่อสังคม สุขภาพไม่ดี สูญเสียญาติ เพื่อน สิ่งของหรือทรัพย์สิน สถานะทางสังคม การเปลี่ยนที่อยู่หรือสิ่งแวดล้อมโดยฉับพลัน ความเป็นอยู่ไม่ดี เจ็บหนักหรือป่วยระยะสุดท้าย

3. การดูแลตนเองเมื่อมีการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองเมื่อเกิดการเจ็บป่วยหรือในขณะที่บาดเจ็บ ซึ่งทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในโครงสร้างและหน้าที่ของร่างกายจากภาวะปกติ อันอาจมีผลกระทบถึงจิตใจ อารมณ์ เป็นเหตุให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง และก่อให้เกิดปัญหาตามมาได้ การดูแลตนเองในระหว่างมีสุขภาพเบี่ยงเบนไปจะช่วยควบคุมพยาธิสภาพของโรคมิให้ลุกลาม และป้องกันความพิการต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น บุคคลจึงต้องปรับพฤติกรรมใหม่ให้สามารถเข้ากับสภาพการเปลี่ยนแปลง และดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข ซึ่งมีกิจกรรมการดูแลตนเองแบ่งได้เป็น 6 ประการ คือ

3.1 การแสวงหาความช่วยเหลือให้ความมั่นใจและไว้วางใจ ต่อผู้ช่วยเหลือในด้านการรักษาพยาบาล อันหมายถึง แพทย์ พยาบาล ผู้ให้บริการทางสุขภาพ

3.2 ตื่นตัว มีความสนใจที่จะติดตามผลของพยาธิสภาพต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

3.3 เอาใจใส่อย่างจริงจังเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรค การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพเพื่อป้องกันความพิการ หรือความบกพร่องของหน้าที่ของร่างกาย

3.4 ตื่นตัวหรือตั้งใจในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันความไม่สบายหรืออันตรายต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้น

3.5 เปลี่ยนแปลงแก้ไขแนวความคิดเกี่ยวกับงานในด้านสุขภาพอนามัย และยอมรับแบบแผนการดูแลสุขภาพอนามัยที่เปลี่ยนแปลงไป

3.6 เรียนรู้ที่จะดำรงชีวิตอยู่ในภาวะของโรค ทั้งด้านการวินิจฉัยโรคและการรักษา จัดแบบแผนการดำเนินชีวิตใหม่ เพื่อส่งเสริมการพัฒนาการของตนเองให้ดีขึ้น

สรุปได้ว่าความเจ็บป่วยทำให้บุคคลดูแลตนเองไม่ได้ หรือมีขีดจำกัดต่างๆ ที่ทำให้ไม่สามารถดูแลตนเองได้เต็มที่ จึงต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเองเป็นบางส่วนหรือทั้งหมดแล้วแต่บุคคล

Pothier(1980, อ้างถึงในฉวีวรรณ สุตบุตร, 2525) กล่าวว่า การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชแบ่งออกได้เป็น 4 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 ผู้ป่วยหนักอาจจะไม่รู้เรื่องหรือไม่รู้สึกรู้ตัว ไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของตนเอง พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือ ดูแลเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองความต้องการพื้นฐานเพียงพอ

ระดับที่ 2 ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองได้บ้าง สามารถพบกับความต้องการพื้นฐานของตนเอง โดยการพูดหรือได้รับการช่วยเหลือ ระยะนี้ผู้ป่วยจะพยายามช่วยเหลือตัวเองแต่ยังต้องช่วยเหลือแนะนำ สนับสนุนให้ผู้ป่วยช่วยตนเอง

ระดับที่ 3 ผู้ป่วยช่วยตนเองได้ ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ แต่ยังอยู่ในความดูแลของพยาบาล พยาบาลใช้สัมพันธภาพให้เป็นประโยชน์ในการให้ผู้ป่วยปรับตัวให้ดีขึ้นให้ถึงมาตรฐานที่คาดหวังหรือตั้งไว้

ระดับที่ 4 ผู้ป่วยช่วยตัวเองได้ดี ปรับตัวเข้าสู่ระดับปกติ แต่ผู้ป่วยยังต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล ญาติ หรือ สังคม และกิจกรรมรักษาอื่น ๆ พยาบาลจะเป็นผู้สนับสนุนให้ผู้ป่วยดูแลตนเองขณะอยู่บ้าน

4.4 การทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช

นอกเหนือจากอาการทางจิตที่ยังหลงเหลืออยู่ภายหลังจากการรักษาที่พบในผู้ป่วยแล้ว ระดับของการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยก็มีการเปลี่ยนแปลงด้วยความเสื่อมของการทำหน้าที่ทางสังคมทำให้ผู้ป่วยต้องได้รับการฟื้นฟูทางสังคมอย่างมาก

Jong และคณะ (1985, อ้างถึงใน ภัทรา ภิรลภ, 2534) ได้ศึกษาความไร้สมรรถภาพทางสังคมและสภาพภายหลังได้รับการรักษาของผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 22 ราย ในเนเธอร์แลนด์ สรุปผลได้ดังนี้

1. ผู้ป่วยมากกว่า 1 ใน 3 (37%) มีสภาพภายหลังการรักษาทางด้านสังคม (Social outcome) ที่ไม่น่าพึงพอใจ (27%) ไม่น่าพึงพอใจมาก ที่เหลือ (36%) แบ่งเป็น 2 ส่วน คือ 18% น่าพึงพอใจมาก และ 18% น่าพึงพอใจซึ่งเป็นที่ปรากฏชัดว่า การเจ็บป่วยก่อให้เกิดผล ด้านลบอย่างมาก ซึ่งเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางสังคม

2. มีตัวแปรอยู่น้อยมากที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับ Outcome เช่น ผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคทางสังคมไม่ดีมีการศึกษาน้อย ในขณะที่ป่วยจะประกอบอาชีพที่ต่ำ ส่วนมากไม่ได้แต่งงาน และอาศัยอยู่กับพ่อแม่ ส่วนตัวแปรในเรื่อง เพศ อายุ ระดับอาชีพ สภาพการทำงาน การพึ่งพาสวัสดิการสังคม สภาพการสมรส สภาพการอยู่อาศัย ระดับอาชีพของพ่อแม่ และการดำเนินโรคมีความสัมพันธ์กับ Outcome ในระดับต่ำ

Friedman และคณะ (1986) ได้รายงานครอบครัวของผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรังกลุ่มเล็กๆ ว่าไม่มีการเปลี่ยนแปลงในกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยถึง ร้อยละ 55 บางส่วนลดลง ร้อยละ 25 และลดลงอย่างสังเกตเห็นได้ชัดเจน ร้อยละ 20

4.5 ผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตต่อครอบครัว

ดรูณี รุจกรกานต์ (2536) ได้กล่าวถึงผลกระทบของความเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยต่อครอบครัวว่า การมีผู้ป่วยจิตเวชในครอบครัวนั้นยังเป็นมลทินในสังคมไทยทำให้คนทั่วไป หลีกเลี่ยงที่จะมีสัมพันธภาพกับผู้ป่วยจิตเวช ครอบครัวของผู้ป่วยจะต้องรับภาระการดูแลผู้ป่วยหลีกเลี่ยงไม่ได้ และส่วนมากจะเป็นผู้ดูแลที่ปราศจากการเตรียมพร้อมในทุกๆ ด้าน โดยเฉพาะทางด้านจิตใจ เป็นที่เข้าใจกันแล้วว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในภาวะวิกฤต เป็นภาระที่ยังไม่มีแนวทางที่ ชัดเจนในการปฏิบัติตนของสังคมและสมาชิกในครอบครัว ประกอบกับความเชื่อที่ว่า ครอบครัวเป็นแหล่งของปัญหา และสาเหตุของความเจ็บป่วยทางจิต สมาชิกในครอบครัวจึงรู้สึก ผิด บาบ เกิดความเครียดทางอารมณ์ ทำให้มีผลกระทบต่อครอบครัว

4.5.1 ผลกระทบทางอารมณ์

1.) ความโศกเศร้าเป็นภาวะทางอารมณ์ที่เกิดขึ้นโดยทั่วไปในครอบครัวที่มีผู้ป่วยจิตเวช เพราะครอบครัวรู้สึกถึงความสูญเสียผู้ที่ตนเองรู้จัก และคุ้นเคย หมดสิ้นความหวัง และความฝันที่เคยมีร่วมกับผู้ป่วยการสูญเสียสมาชิกจากการเสียชีวิตเป็นเรื่องที่ครอบครัวได้รับการประคับประคองทางจิตใจจากสังคมและผู้อื่น แต่การสูญเสียของสภาพจิตปกติของสมาชิกในครอบครัวจะได้รับการตอบสนองที่แตกต่างจากสังคม เวลาอาจจะช่วยให้ครอบครัวเศร้าโศกน้อยลง แต่ต้องได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลด้วย

2.) ความรู้สึกผิดบาป พ่อแม่มักคิดว่าตนเองเลี้ยงดูถูกผิดพลาดและมักจะคุ้นคิดและยกย่อนในความคิดคำนึง เรื่องหรือสาเหตุที่ตนเองทำให้ลูกมีปัญหาทางจิต ความคิดถึงเหตุการณ์เหล่านี้ทำให้ครอบครัวรู้สึกผิดบาปมากยิ่งขึ้น และหากผู้ป่วยต้องถูกควบคุมพฤติกรรมหรือให้การรักษาพิเศษก็จะทำให้ครอบครัวรู้สึกเหมือนถูกตำหนิมากยิ่งขึ้น

3.) ความกลัว ครอบครัวรู้สึกโกรธ บางครั้งไม่ทราบว่าจะโกรธอะไรแน่ อาจโกรธผู้ป่วย แต่มักจะเป็นชั่วคราว อาจโกรธสมาชิกในครอบครัวผู้ใดผู้หนึ่งที่คิดว่าเป็นสาเหตุ หรือโกรธที่ระบบของครอบครัวหรือสังคม ความโกรธที่เกิดขึ้นในแต่ละคนอาจแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการรับรู้ของแต่ละบุคคล ทำให้การแสดงออกแตกต่างกันไป บางครั้งพบว่าความโกรธสร้างความขัดแย้งใหม่ใน ครอบครัว

4.) ความคาดหวังของครอบครัว พฤติกรรมของผู้ป่วยที่แสดงออกว่าควบคุมไม่ได้ ทำให้ครอบครัวรู้สึกเศร้าสลดใจ และโกรธที่ไม่สามารถช่วยเหลือได้ และหากอาการผู้ป่วยเรื้อรัง ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดภาวะถดถอยไร้ความสามารถ ความพยายามที่ช่วยเหลือผู้ป่วยโดยหาวิธีการต่างๆ จะยิ่งเพิ่มความรู้สึกสิ้นหวัง หากอาการผู้ป่วยไม่กระเตื้องขึ้น

5.) ความกลัว ความรู้สึกสิ้นหวัง สูญเสียความสามารถ มักจะตามด้วยความหวาดกลัว อาจกลัวผู้ป่วยที่แสดงพฤติกรรมคุกคาม สมาชิกครอบครัวที่มีความรู้สึกผิดบาปจะรู้สึกกลัวมากยิ่งขึ้น อาจเป็นสาเหตุที่หลีกเลี่ยงมาพบผู้ป่วยหรือให้การดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล การกลับบ้านของผู้ป่วยจะเพิ่มความหวาดกลัวให้แก่ครอบครัวพยาบาลจิตเวชจะต้องให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยที่จะต้องสังเกตและช่วยเหลือ

วันนี้ หัตถพนม และคณะ(2529) ได้ศึกษา ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบญาติมีความลำบากใจและมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 78.67 ญาติคิดว่าผู้ป่วยเป็นปัญหาสำคัญของญาติร้อยละ 84.00 และร้อยละ 42.67 อยากให้ ผู้ป่วยรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลต่อไป ด้านปัญหาทางเศรษฐกิจพบว่าร้อยละ 57.33 มีปัญหาทางเศรษฐกิจ

Kame (1984) ได้ศึกษาสาเหตุการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าความลำบากที่ญาติต้องประสบในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ส่วนหนึ่งมาจากญาติขาดความรู้และทักษะในการดูแลโดยเฉพาะในเรื่อง การรับประทานยา ญาติไม่สามารถบังคับให้ผู้ป่วยรับประทานยาได้

Gumption และคณะ (1967, อ้างถึงใน เขาวมาลย์ รินทระ, 2538) ได้ศึกษาพบว่ายาชนิดเดียวกัน ซึ่งรักษาผู้ป่วยได้ดีเมื่อผู้ป่วยอยู่ในโรงพยาบาล แต่กลับใช้ไม่ได้ผลเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านเพราะผู้ป่วยกลับมีอาการอื่น เนื่องจากต้องอยู่ในสิ่งแวดล้อมทางบ้านที่ไม่ดี เช่น ต้องอยู่ตามลำพังหรืออยู่กับญาติที่ไม่ได้สนใจผู้ป่วย หรือสภาพครอบครัวที่มีปัญหา จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความกดดันทางจิตใจ ปรับตัวไม่ได้ และทำให้ผู้ป่วยกลับป่วยซ้ำอีก

4.5.2 ผลกระทบทางด้านการเงิน

รจนา กุลรัตน์ (2526) รายงานว่า ญาติผู้ป่วยโรคจิตมีปัญหาเดือดร้อนในด้านความกังวลใจระดับค่อนข้างสูงในเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วย

Fadden และคณะ (1987: 287) กล่าวว่า นอกจากความจำเป็นที่ครอบครัวต้องจ่ายเงินจำนวนหนึ่งเพื่อการรักษาแล้วยังผลกระทบต่อรายได้ของครอบครัวซึ่งเป็นปัญหารุนแรงที่สุด เมื่อผู้ป่วยเคยเป็นผู้ประกอบอาชีพได้มาเลี้ยงครอบครัว หรือผลจากความเจ็บป่วยนี้เป็นอุปสรรคกับครอบครัวไม่สามารถออกไปประกอบอาชีพได้เต็มที่

Lefley (1987:1065) ได้ศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่สามารถจัดการเรื่องการเงินได้ เช่น ใช้จ่ายสุรุ่ยสุร่าย หรือทำเงินสูญหาย ซึ่งทำให้ครอบครัวเกิดความตึงเครียด

Baker (1989, อ้างถึงใน วรกช นิธิกุล, 2535) พบว่า ครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคจิตมี การเสียค่าใช้จ่ายของครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ทำให้เงินออมหมดสิ้นไป และนำไปสู่ความลำบากอย่างรุนแรง รวมทั้งครอบครัวที่ยากจน มีปัญหาเศรษฐกิจอยู่แล้ว ความเจ็บป่วยย่อมก่อให้เกิดความทุกข์ยากด้านชีวิตความเป็นอยู่และเศรษฐกิจ

4.5.3 ผลกระทบทางสังคม

Yorrow , Clousen และ Robblins (1955 ,อ้างถึงใน วรกช นิธิกุล ,2535) ได้ศึกษาพบว่า ภรรยาของผู้ป่วยเชื้ออย่างฝังใจว่า คนอื่นมองการเจ็บป่วยทางจิตว่าเป็นเรื่องน่าอับอาย ทำให้จำนวน 1 ใน 3 พยายามปกปิดเรื่องความเจ็บป่วยของสามี โดยตัดขาดการติดต่อกับเพื่อนๆ บางคนถึงขั้นย้ายไปอยู่ที่อื่นอีก 2 ใน 3 ที่เหลือ บอกเฉพาะในหมู่ญาติหรือเพื่อนใกล้ชิดที่เข้าใจปัญหาหรือตกอยู่ในสถานการณ์คล้ายๆกับพวกเขา

Creer and Wing (1974 อ้างถึงใน วรกช นิธิกุล , 2535) พบว่าญาติรู้สึกอับอายเพราะพฤติกรรมของผู้ป่วยจนไม่สามารถเชิญแขกมาบ้านได้ และไม่เคยได้รับเชิญไปบ้าน ผู้อื่นเข้ามา

กว่า 1 ครั้ง ญาติของผู้ป่วยไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมของสังคมได้เพราะสภาพผู้ป่วยไม่อาจถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพังนานได้ ทำให้ความเป็นอิสระส่วนตัวถูกจำกัด

5. บทบาทในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของพยาบาลและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช

เมื่อพยาบาลจิตเวชก้าวออกจากโรงพยาบาล มาปฏิบัติงานในชุมชนเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ย่อมจะมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม ในโรงพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม แต่การปฏิบัติงานในชุมชน บริการพยาบาลให้กับคนหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นผู้ป่วย เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสานร่วมงานบริการกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะกับทีมจิตเวชเท่านั้น เพราะเหตุนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวชจึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวช ทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ (Specialist)(อุบล นิวัติชัย,2527)

5.1 บทบาทของพยาบาล

5.1.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

1.) บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Therapist)

บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น หมายถึง การให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการที่ไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดเพื่อการส่งต่อแก่ผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อ (Short term therapy)

2.) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator)

นอกจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชนับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรมเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย มากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้พยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าเป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ให้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่นๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำได้ด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชอาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรอื่น ที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3.) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Educator)

พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้น แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่างๆทางการพยาบาล จิตเวช

4.) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker)

เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชน มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาทางจิตเวชพยาบาลจิตเวชควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5.) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator)

พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความรู้ความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดจัดลำดับความสำคัญ และวางแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ที่มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6.) บทบาทผู้นิเทศก์และผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant)

พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการสนับสนุนระดับรอง สอนบุคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางที่มุ่งสู่ เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติ เมื่อปัญหาทางสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่วไป

7.) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse)

พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่จะอาจจะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติ โดยเฉพาะในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

5.1.2 บทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

Morgan and Mc Cain (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไว้ดังนี้

1. ต้องประกันสิทธิของผู้ป่วยและมีความรับผิดชอบ
2. มีการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นและที่กำลังดำเนินอยู่และประเมินความต้องการทางจิตสังคมและอารมณ์ด้วย
3. มีการพัฒนาการวางแผนการดูแล
4. มีการประสานการดูแลของบริการทั้งหมด ในการวางแผนและนำไปใช้เป็นที่
5. มีการเตรียมการดูแลอย่างต่อเนื่อง โดย 24 ชม.ต่อวัน หรือ 7 วันต่อ 1 สัปดาห์
6. มีการพิจารณาในด้านกฎหมาย ประเด็นทางจริยธรรม หรือภาวะที่ยุ่งยากใจ
7. มีโปรแกรมประสานงานและการจัดการ
8. มีการส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม การเคลื่อนย้าย หรือการจำหน่ายผู้ป่วย

9. มีการควบคุมการติดต่อการประเมินผู้ป่วย การพัฒนาการนำนโยบายการควบคุมการติดต่อไปใช้ มีการประกันกิจกรรม

10. มีการให้ความรู้ การประชุมนิเทศน์ และการพัฒนาเจ้าหน้าที่

11. เตรียมการป้องกันการรักษา การจัดบริการพยาบาล

12. การจัดการตามความต้องการของผู้ป่วย และ ตามการดำเนินไปของโรค

13. เป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วย

14. การให้ความรู้ผู้ป่วย

15. เป็นผู้ดูแลสิ่งแวดล้อมและดูแลบุคคลและสนับสนุนการบริการ

พยาบาลจิตเวชที่ดูแลที่บ้านอาจใช้ชนิดของการช่วยเหลือแบบการสอนผู้ป่วย บางครั้งอาจจะนั่งเงียบๆ กับผู้ป่วย การพูดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา โดยที่การดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้หลาย

5.2 บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช

การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช อาจจะถูกมองจากสมาชิกของครอบครัวว่าเป็นเรื่องใหญ่ น่าตกใจและหวาดกลัว แต่จากสภาพความเป็นจริงการเจ็บป่วยทางจิตถือเป็นการเจ็บป่วยประเภทหนึ่งที่สามารถเกิดกับใครก็ได้ การเจ็บป่วยทางจิตที่เกิดขึ้นยังต้องการการบำบัดรักษา ดูแลเอาใจใส่จากครอบครัว เช่นเดียวกับกับการเจ็บป่วยทั่วไป ในอดีตมีความเชื่อกันว่าเมื่อผู้ป่วยมีการเจ็บป่วยทางจิต ผู้ป่วยจะสูญเสียความสามารถและต้องเป็นภาระของครอบครัวไปตลอดชีวิต ไม่มีทางรักษาให้หายขาด ในปัจจุบันความเชื่อเช่นนี้เริ่มมีแนวโน้มที่เปลี่ยนแปลงไป เนื่องจากมีผู้ป่วยจิตเวชประสบความสำเร็จในชีวิตโดยใช้ศักยภาพที่เหลืออยู่ สามารถช่วยเหลือตนเองให้ดำรงชีวิตอยู่ได้เหมือน หรือใกล้เคียงกับคนปกติได้ เนื่องจาก "ได้รับแรงหนุนจากครอบครัว" ให้ได้ใช้ความสามารถในการช่วยเหลือตนเอง (ปริดีห์ทัย แก้วมณีรัตน์, 2534)

การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเวชได้ตามปกติ ครอบครัวจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน มีความเมตตาตลอดจนมีความอดทนต่อผู้ป่วย ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2536) ได้กล่าวถึงเหตุที่ญาติจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วย ดังนี้

- 1.) ญาติเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด ใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานที่สุด และมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ ญาติจึงเป็นบุคคลที่รู้ปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ
- 2.) บ้านถือเป็นสังคมแห่งแรกของผู้ป่วย และเป็นบ้านหลอมพฤติกรรมที่ดีแก่ผู้ป่วยได้
- 3.) การรักษาโรคทางจิตไม่เหมือนการรักษาโรคทางกาย การรักษาโรคทางจิตจำเป็นต้องใช้กลวิธีในการช่วยลดปัญหาของผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ใน ครอบครัว

การหมั้นมาปรึกษากับแพทย์บุคลากรจะเป็นสิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นได้มากกว่าการปล่อยปัญหาทิ้งไว้เฉยๆ และอาจเป็นทางหนึ่งที่จะลดภาระความเดือดร้อนของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวได้

4.) ญาติเป็นผู้รับภาระในด้านการใช้จ่าย ของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยป่วยเรื้อรังยิ่งทำให้ญาติเดือดร้อน ในการรับภาระค่าใช้จ่าย

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

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

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ได้ศึกษา กรณีศึกษาเกี่ยวกับผลของการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชพบว่าการใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยมีผลทำให้ ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มมากขึ้น และลดภาระของครอบครัวที่เป็นผลกระทบในด้านผลที่เกิดขึ้นในการดำรงชีวิต ผลที่เกิดขึ้นทางกาย และผลที่เกิดขึ้นทางอารมณ์และความคิด

นันทนา รัตนากร (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับ ลักษณะโครงสร้าง และเศรษฐกิจของ ครอบครัวที่เกี่ยวข้องกับความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า ครอบครัวมีความพร้อม ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอยู่ในระดับมากร้อยละ 75.1 ในความคิดของญาติ คิดว่าผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวได้ร้อยละ 94.9 พร้อมที่จะรับภาระทางด้านเศรษฐกิจ ร้อยละ 85.4 คิดว่าคนในครอบครัวมีเวลาพอที่จะดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ร้อยละ 63.1 เต็มใจที่จะดูแล ผู้ป่วยที่บ้าน ร้อยละ 95.4 คิดว่าผู้ป่วยมีความสำคัญ และมีประโยชน์ต่อครอบครัว ร้อยละ 89.1 เมื่อกลับไปอยู่บ้านแล้ว

ไม่ทำให้เกิดสมาชิกในครอบครัวเกิดความเครียดหรือเดือดร้อนมากกว่าเดิม ร้อยละ 72.9 และจากการศึกษานี้ยังพบว่า การดูแลผู้ป่วยขณะที่อยู่ที่บ้านนั้นครอบครัวส่วนใหญ่ขาดความรู้และขาดการให้คำแนะนำของญาติเพื่อการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน จึงพบว่าผู้ป่วยเคยขาดยาและมารับยาไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 54.3 และคิดว่าผู้ป่วยหายแล้ว ร้อยละ 40.0 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุของการป่วยซ้ำได้

พันธ์ศักดิ์ วรวัศทวี (2540) ได้ศึกษา การพัฒนาการดำเนินงานดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการศึกษาความสามารถของผู้ป่วยจิตเวชในการช่วยเหลือตนเองภายหลังได้รับการดูแลจากญาติ และชุมชนของผู้ป่วยจิตเวชจำนวน 11 ราย พบว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ถึงร้อยละ 100 มีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของ ครอบครัวด้วยตนเองร้อยละ 90.9 มีความสามารถในการประกอบอาชีพด้วยตนเองร้อยละ 81.8 และมีความสามารถในการร่วมกิจกรรมของชุมชนร้อยละ 63.6 ซึ่งงานวิจัยนี้จะทำควบคู่ไปกับโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จ. อุบลราชธานี

ยุพาพิน ประสารอริคม (2535) ได้ศึกษาผลของการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้าน ตามแนวทฤษฎีการพยาบาลของ โฮลม ซึ่งเป็นการศึกษาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังของสมาชิกในครอบครัวและความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน โดยทดลองใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านพบว่า ภายหลังจากใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านความสามารถของผู้ป่วยเรื้อรังในการดูแลตนเองในกิจวัตรประจำวัน ในสัปดาห์ที่ 2 และ 6 สูงกว่าสัปดาห์ที่ 1 และสัปดาห์ที่ 6 สูงกว่า สัปดาห์ที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.01 นอกจากนี้ยังเสนอแนะให้หน่วยงานหรือพยาบาลที่รับผิดชอบในการเตรียมผู้ป่วยเรื้อรังก่อนกลับบ้าน ให้เวลาแก่ญาติในการเรียนรู้และฝึกหัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังจนมีความมั่นใจก่อนกลับบ้าน และการเยี่ยมบ้านโดยพยาบาลสาธารณสุขเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่บ้านมีประสิทธิภาพ

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้นำเสนอมาตามลำดับ จะเห็นได้ว่าในปัจจุบัน การดูแลผู้ป่วยที่บ้านเป็นการให้บริการพยาบาลที่มีความสำคัญและมีการพัฒนารูปแบบการให้บริการพยาบาลขึ้นตามลำดับ โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ยังต้องการการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้าน จากการศึกษาพบว่า ยังไม่มีรูปแบบการให้บริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของพยาบาลอย่างชัดเจน ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยที่ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ ซึ่งผลของการศึกษาจะเป็นแนวทางในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและในชุมชน และยังเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้สูงขึ้นด้วย

กรอบแนวคิดในการวิจัย

<p>แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช 3 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตภายในครอบครัว 4 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว 		<p>ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน <ol style="list-style-type: none"> 1.1 การดูแลสุขอนามัย 1.2 การรับประทานอาหาร 1.3 การพักผ่อนนอนหลับ 1.4 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว 1.5 การเดินทางด้วยตนเอง 1.6 การปฏิบัติตามแผนรักษา
<ol style="list-style-type: none"> 5 การป้องกันภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช 		<ol style="list-style-type: none"> 2 ความสามารถทางสังคม <ol style="list-style-type: none"> 2.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น 2.2 การควบคุมอารมณ์ 2.3 พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง 2.4 การเข้าสังคม 2.5 ความสนใจสิ่งแวดล้อม