



เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษากิจกรรมการพยาบาล โดยการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด ผู้วิจัยได้ศึกษาจากตำราเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และได้รวบรวมแนวคิดนำมาเสนอ คือ การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด และการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

ประวัติการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

การใช้ห้องแยกเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชมาตั้งแต่สมัยโบราณ โดยภายในโบสถ์ของประเทศกรีก จะมีการอุทิศห้อง ๆ หนึ่งไว้สำหรับให้ผู้ป่วยจิตเวชนอนพักรักษาตัว จนกระทั่งอาการดีขึ้น ซึ่งต่อมาในศตวรรษที่สองก่อนคริสต์ศักราช Soranus (quoted in McCoy and Garritson, 1983) ได้กล่าวถึงลักษณะของสภาพห้องแยกในรูปแบบสมัยใหม่ว่า ควรเป็นห้องที่มีแสงสว่างปานกลาง เยียบสงบ อบอุ่น และไม่มีเครื่องตกแต่งห้องจนเกินจำเป็น และไม่ควรมีคนเข้าไปรบกวนผู้ป่วยในห้องแยกบ่อย นอกจากนี้ควรมีการพูดให้กำลังใจผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ในการปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสม และต่อมาเมื่อมีการสร้างสถานที่สำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเป็นแห่งแรก ใน ค.ศ. 1547 ซึ่งเรียกว่า Bethlehem Asylum ในกรุงลอนดอน ประเทศอังกฤษ ปรากฏว่าสภาพที่อยู่ของผู้ป่วยมีลักษณะสกปรก ขณะเดียวกันผู้ป่วยก็ยังได้รับการทรมานจากการดูแลโดยการกักขัง ล่ามโซ่ และไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่เรื่องความสะอาดร่างกาย ในระยะต่อมาเมื่อมีการยอมรับแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีมนุษยธรรมของ Phillipe Pinel (ค.ศ. 1745 - 1826) การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยทางด้านร่างกายในรูปแบบต่าง ๆ ก็ค่อย ๆ ลดลง โดยในประเทศสวิสเซอร์แลนด์ได้มีจิตแพทย์ชื่อ Adolf Meyer (ค.ศ. 1866-1950) ได้เสียสละทุ่มเวลาของตนให้กับการปรับปรุงสภาพความเป็นอยู่ของผู้ป่วยจิตเวชทุกวิถีทางที่คิดว่าเหมาะสมและเป็นไปได้ (ปานัน บุญ-หลง, 2527) ซึ่งการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้มีการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นตลอดมาตั้งแต่ศตวรรษที่ 20 จนกระทั่งยุคปัจจุบัน

ในระยะต่อมา แม้จะมีการค้นพบวิธีการรักษาใหม่ ๆ ในรูปแบบต่าง ๆ กัน เช่น การ
ใช้ยา การช็อคไฟฟ้า (Electro convulsive therapy) พฤติกรรมบำบัด (Behavior
therapy) และการทำจิตบำบัด (Psychotherapy) เป็นต้น แต่การใช้ห้องแยกก็ยังเป็นสิ่ง
จำเป็น โดยใช้เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยวิธีสุดท้าย เมื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีอื่น ๆ เช่น
การสนทนา การใช้ยาไม่ประสบผลสำเร็จ (Soloff, 1979 quoted in Kirkpatrick,
1989) ผู้ป่วยไม่อยู่ในสภาพที่จะสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้ ดังจะพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรม
แตกต่างกันออกไปก่อนถูกแยก อันได้แก่ สับสน วุ่นวาย ก้าวร้าว ทำอันตรายผู้อื่นหรือสิ่งของ เป็นต้น
เมื่อพยาบาลไม่ประสบผลสำเร็จในการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลงด้วยวิธีการอื่น ๆ การใช้
ห้องแยกเพื่อการบำบัดถือว่าการจำกัดพฤติกรรมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีอาการสงบลง สามารถควบคุม
พฤติกรรมของตนได้มากขึ้น ช่วยให้สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยสงบ ซึ่งการจำกัดพฤติกรรมโดยห้องแยก
ถือเป็นส่วนหนึ่งของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Milieu Therapy) และเป็นส่วนหนึ่งของ
โครงสร้างหอผู้ป่วย นอกจากนี้ระหว่างที่ผู้ป่วยถูกแยก กิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยได้รับมี
อิทธิพลต่อความรู้สึก นึกคิด ของผู้ป่วย ผู้ป่วยก็จะมี การรับรู้ในทางที่ติดต่อการใช้ห้องแยก แต่ถ้การ
ปฏิบัติการพยาบาลมุ่งที่ความสำเร็จของงานมากกว่าการคำนึงถึงความต้องการของผู้ป่วย ผู้ป่วยก็
จะมีความรู้สึกหรือการรับรู้ในทางลบต่อการใช้ห้องแยก ทั้งนี้การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลใน
ลักษณะใดขึ้นอยู่กับ การรับรู้ของพยาบาลต่อการใช้ห้องแยก เพื่อการบำบัดว่าเป็นไปในลักษณะใดใน
ทางบวกหรือทางลบ และถ้การรับรู้ของผู้ป่วยและพยาบาลสอดคล้องกันก็จะเป็นการส่งเสริมให้
การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดประสบผลสำเร็จตามจุดมุ่งหมายของการใช้ห้องแยก

สำหรับในประเทศไทย เมื่อมีการตั้งโรงพยาบาลคนเสียสติที่ปากคลองสาน เมื่อวันที่ 1
พฤศจิกายน 2532 การดูแลผู้ป่วยจิตเวชระยะแรกยังใช้ห้องขัง ซึ่งมีลูกกรง ถ้ผู้ป่วยมีอาการคลุ้ม
คลั่งมากก็จะถูกล่ามโซ่ตรวน มีการรักษาบ้างเป็นครั้งคราว โดยใช้แพทย์แผนโบราณประกอบด้วย
ยาต้ม ยานัตต์ ตามความรู้ของแพทย์ในสมัยนั้น จนกระทั่ง พ.ศ. 2455 ได้มีการเปลี่ยนแปลงวิธี
การดูแลรักษาจากการคุมขัง และการรักษาแผนโบราณมาเป็นการรักษาด้วยยาตามแบบสมัยใหม่
เลิกการล่ามโซ่ตรวนอย่างแต่ก่อน และมีการพัฒนาวิธีการบำบัดรักษาแบบตะวันตกมากขึ้น ต่อมาใน
ปี พ.ศ. 2485 บริการทางด้านสุขภาพจิตได้มีการปรับปรุงอย่างมาก เพื่อให้ภาพของสถานที่กักขัง
ผู้ป่วยโรคจิตได้ตายไปจริง ๆ ซึ่งปีนี้เป็นปีที่ ศาสตราจารย์ นายแพทย์ ฝน แสงสิงแก้ว เป็น
ผู้อำนวยการโรงพยาบาลโรคจิตธนบุรี และมีความตั้งใจที่จะเปลี่ยนแปลงสภาพที่คุมขังคนบ้า ให้
เป็นโรงพยาบาลรักษาคนไข้อย่างแท้จริง บริการสุขภาพจิตด้านบำบัดรักษาในรูปแบบต่าง ๆ ได้

พัฒนาลมบูรณ์แบบตามอารยะประเทศตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา แต่อย่างไรก็ตามการใช้ห้องแยกในปัจจุบันนี้ก็ยังเป็นทางเลือกที่เป็นประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมลึบสน วุ่นวาย หากได้มีการใช้อย่างเหมาะสม ทั้งในเรื่องวิธีการและระยะเวลาที่ใช้ (Morrison, 1990)

จะเห็นได้ว่า การใช้ห้องแยกได้มีประวัติการใช้มาช้านานทั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ เริ่มตั้งแต่การแยกในลักษณะกักขัง ล่ามโซ่ตรวนร่วมด้วย ได้มีการพัฒนารูปแบบของการใช้ห้องแยกเรื่อย ๆ มา จนกระทั่งปัจจุบันนี้ก็ยังมีการใช้ห้องแยกในลักษณะของการดูแลผู้ป่วยอย่างมีมนุษยธรรมมากขึ้น โดยใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดเป็นวิธีสุดท้าย หลังจากใช้วิธีการดูแลรักษาวิธีต่าง ๆ ไม่ได้ผล

ความหมายของการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

มีผู้ให้ความหมายของการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดไว้ต่าง ๆ กัน เช่น Gutheil (1978) ได้ให้ความหมายว่า เป็นกระบวนการนำผู้ป่วยจิตเวชเข้าไปอยู่ในห้องแยกช่วงระยะเวลาหนึ่ง โดยที่ผู้ป่วยสมัครใจหรือไม่ก็ตาม โดยห้องแยกจะมีลักษณะเป็นห้องเดี่ยวเล็ก ๆ ที่มีเครื่องตกแต่งห้องน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย สอดคล้องกับ Kaplan และ Sadock (1989) ซึ่งกล่าวว่า การแยกผู้ป่วยเป็นวิธีการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยการนำผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในห้องที่ปราศจากเครื่องประดับห้อง เพื่อป้องกันเหตุการณ์ฉุกเฉิน อันเป็นผลมาจากพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรงของผู้ป่วยต่อตนเองหรือผู้อื่น ดังจะพบได้ว่าห้องแยกเป็นส่วนหนึ่งของหอผู้ป่วยจิตเวช ที่พบได้ในหอผู้ป่วยจิตเวชเป็นจำนวนมาก (Mattson and Sacks, 1978)

Kilgalen (1977) กล่าวว่า การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดเป็นการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วยด้วยสิ่งแวดล้อมภายนอก (External Control) โดยการนำผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในห้องแยกที่มีลักษณะเป็นห้องเดี่ยว ปิดประตูตลอดเวลา มีเครื่องตกแต่งห้องที่จะทำให้เกิดอันตรายต่อผู้ป่วยที่ถูกแยกน้อยที่สุด

สำหรับ Kirkpatric (1989) กล่าวว่า เป็นการจัดให้ผู้ป่วยได้อยู่ตามลำพังในห้องที่ปิดประตูตลอดเวลา ซึ่งจัดไว้โดยเฉพาะสำหรับเป็นห้องแยกและผู้ป่วยที่ถูกแยกจะได้รับการสังเกตอย่างใกล้ชิดจากเจ้าหน้าที่ที่อยู่นอกห้องทางหน้าต่างตลอดเวลา นอกจากนี้การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดถือได้ว่าเป็นวิธีการบำบัดที่เจตนาแยกผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมปกติในการดำรงชีวิตประจำวันในหอผู้ป่วย (Perko and Kreigh, 1988) ซึ่งในการวินิจฉัยสั่งการการแยกผู้ป่วยนั้นจะเน้นเพื่อการบำบัดรักษาเป็นสำคัญ (McCoy and Garritson, 1983)

จากความหมายดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด หมายถึง การนำผู้ป่วยออกจากสิ่งแวดล้อมปกติเข้าไปอยู่ในห้อง ๆ หนึ่ง ซึ่งจัดไว้โดยเฉพาะให้มีเครื่องประดับห้องน้อยที่สุดหรือไม่มีเลย เพื่อลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยทำอันตรายตนเอง ผู้อื่นหรือสิ่งของ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อการบำบัดเป็นสิ่งสำคัญ

การใช้ห้องแยกเป็นส่วนหนึ่งของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดในหอผู้ป่วย เพราะการนำผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้ เข้าไปอยู่ในห้องแยกเป็นการช่วยให้สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยขณะนั้นสงบสุข ในขณะที่เดียวกันสิ่งแวดล้อมภายในห้องแยกที่เงียบสงบ ลดการกระตุ้นจากสี แสง เสียงของห้องแยก ก็ช่วยให้ผู้ป่วยที่ถูกแยกมีอาการสงบ สอดคล้องกับความเชื่อที่ว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสม จะช่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม (สุวณีย์ เกียรติกิงแก้ว, 2532) ทั้งนี้เนื่องจากการจัดโครงสร้างของสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ทั้งทางด้านสัมผัสภาพและด้านกายภาพ ก็เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยทางจิต ส่งเสริมการหยั่งรู้ (Insight) และการตอบสนองทางด้านบวกของผู้ป่วย (Norris et al., 1987)

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

มีผู้ให้ความหมายของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดไว้ว่า เป็นการจัดสิ่งแวดล้อมโดยอาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงบุคลิกภาพของผู้ป่วย (Cumming and Cumming, 1962) สอดคล้องกับ Saifnia (1988) ที่กล่าวว่า การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นการวางแผนในการจัดหอผู้ป่วย โดยอาศัยหลักทางวิทยาศาสตร์ในการจัดสิ่งแวดล้อมที่มีจุดมุ่งหมายเพื่อการบำบัดรักษา ส่วน Garritson (1988) มีความเห็นว่าการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นเจตนาที่จะนำเอาคน ทรัพยากร และเหตุการณ์ต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมปัจจุบันของผู้ป่วย มาช่วยส่งเสริมการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย รวมทั้งความสามารถในการจัดการกับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

จากความหมายดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดเป็นการจัดสภาพสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย โดยการนำเอาหลักทางวิทยาศาสตร์มาช่วยในการนำเอาทรัพยากรต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหอผู้ป่วยทั้งด้านสัมผัสภาพ และทางกายภาพมาช่วยส่งเสริมในการปรับปรุงพฤติกรรมของผู้ป่วยให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นการส่งเสริมบรรยากาศของการบำบัดรักษานั้น จะต้องม
ลักษณะของแบบแผนการจัดและมีจุดมุ่งหมายชัดเจนในการช่วยผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ ดังสรุปได้ว่า จุดมุ่งหมาย
ของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด คือ

1. การจำกัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย อันได้แก่ ก้าวร้าว สับสน วุ่นวาย เป็น
อันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น
2. เพื่อคุ้มกันให้ผู้ป่วยอยู่ในสภาพที่ปลอดภัยและได้รับการยอมรับจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง
3. เพื่อเสริมสร้างความแกร่งของ Ego ของผู้ป่วย และช่วยให้ผู้ป่วยเกิดสุขภาพจิตที่ดี
4. เพื่อพัฒนาบุคลิกภาพเสริมสร้างศักดิ์ศรีให้แก่ตัวเองของผู้ป่วย

การจัดสิ่งแวดล้อมโดยยึดจุดมุ่งหมายดังกล่าวเป็นแนวทางในการจัด จะช่วยให้ประสบ
ความสำเร็จในการบำบัดโดยวิธีนี้ แต่ถ้าประสบความล้มเหลวโดยผู้ป่วยที่อยู่ในสิ่งแวดล้อมที่จัดขึ้น
ไม่เกิดการปรับปรุงพัฒนาพฤติกรรมของตนไปในทางที่เหมาะสม ทั้งนี้เนื่องมาจากการจัดหผู้ป่วย
ไม่ได้มีลักษณะดังต่อไปนี้ คือ (Jones, 1968 Quoted in Norris et al., 1987)

1. ไม่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการติดต่อสื่อสารอย่างเปิดเผยระหว่างผู้ป่วยกับสิ่งแวดล้อม
นั้น ๆ
2. ไม่ส่งเสริมบรรยากาศที่ช่วยให้ผู้ป่วยแต่ละคนสามารถตรวจสอบความคิด ความรู้สึก
และพฤติกรรมของตนได้อย่างอิสระ
3. ไม่จำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ในขณะที่เดียวกันไม่สนับสนุน
ให้ผู้ป่วยมีแบบแผนของพฤติกรรมที่เหมาะสม
4. ไม่ได้จัดให้มีตัวแบบของพฤติกรรมและบทบาทที่เหมาะสม

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดจะต้องประกอบไปด้วยองค์ประกอบที่สำคัญ คือ

1. สิ่งแวดล้อมทางด้านวัตถุ เป็นสิ่งแวดล้อมทางด้านโครงสร้างของหน่วยรักษา ได้แก่
ห้องต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหน่วยรักษา รวมทั้งเครื่องตกแต่งห้อง และสิ่งอำนวยความสะดวกที่สามารถ
สัมผัสได้ด้วยประสาทสัมผัสทั้งห้า ซึ่งสิ่งแวดล้อมทางด้านวัตถุเหล่านี้สามารถเสริมสร้างความรู้สึกมี
คุณค่าให้กับผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพราะโครงสร้างของสถานรักษา เป็นต้นว่าสภาพทั่วไปของห้องสามารถ
สื่อทัศนคติของคนทั่วไปที่มีต่อผู้ป่วยได้ (สุนีย์ เกี่ยวกิ่งแก้ว, 2532)

ห้องแยกก็เป็นส่วนหนึ่งของโครงสร้างของหอผู้ป่วยที่มีความสำคัญในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยวิธีหนึ่ง (Oldham et al, 1983) โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมก้าวร้าว มีอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น ผู้ป่วยที่ไวต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมปกติในหอผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้เหล่านี้จะถูกนำไปไว้ในห้องแยกต่างหาก ลักษณะของห้องแยกจึงมีความสำคัญในการส่งเสริมบรรยากาศของการบำบัดรักษา โดยห้องแยกจะต้องจัดให้เป็นห้องเล็ก ๆ มั่นคงแข็งแรง มีเครื่องตกแต่งห้องน้อยที่สุด ยกเว้นเครื่องนอนที่นอนที่จำเป็น (Gibson, 1989) มีแสงสว่างภายในห้องพอสมควรและปราศจากเสียงรบกวนจากสิ่งแวดล้อมภายนอก ควรเป็นห้องที่เงียบสงบ (Soranus quoted in McCoy and Garritson, 1983) ประตูห้องสามารถปิดเปิดได้จากภายนอก และมีช่องกระจกเล็ก ๆ ที่ประตูให้พยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรมของผู้ป่วยขณะอยู่ในห้องแยกได้ตลอดเวลา ควรมีการดูแลทำความสะอาดห้องแยกอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยต้องใช้เวลาอยู่ในห้องแยกตลอดเวลา สภาพห้องแยกที่สะอาดจึงมีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมการขับถ่ายได้อย่างเหมาะสม อาจขับถ่ายเลอะเทอะและหมักหมมอยู่ในห้องแยก การมีสุขาเพื่ออำนวยความสะดวกในการขับถ่ายสำหรับผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน

2. สิ่งแวดล้อมทางด้านบุคคล อันประกอบไปด้วยคนที่อยู่ในหน่วยรักษา อันได้แก่ ผู้ป่วย และทีมผู้รักษา ซึ่งทีมผู้รักษาจะประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่หลายประเภท เช่น แพทย์ พยาบาล นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เป็นต้น

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2532) ได้กล่าวถึง ลักษณะของผู้ป่วยที่จะได้ประโยชน์จากการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด

2.1 ผู้ที่มีพฤติกรรมรุนแรงและทำลาย ผู้ป่วยเหล่านี้เป็นผู้ที่ขาดความสามารถในการควบคุมตนเอง เขาต้องการแรงควบคุมจากภายนอก การใช้สิ่งแวดล้อมจะช่วยให้ โดยช่วยควบคุมพฤติกรรมของเขาด้วยกฎระเบียบต่าง ๆ ของหน่วยรักษา ซึ่งผู้ป่วยจะหัดควบคุมตัวเองได้ภายหลัง

2.2 ผู้ที่แสดงให้เห็นว่า การประสานงานของบุคลิกภาพเริ่มบกพร่อง เริ่มมีการบิดพลิ้วในเรื่องการรับรู้ความเป็นจริงและการแก้ไขปัญหาชีวิต กำลังอยู่ในภาวะสับสนมาก บุคคลเหล่านี้จะได้รับความเอาใจใส่ดูแลและการประคับประคองจิตใจอย่างต่อเนื่อง

2.3 บุคคลที่ประสบภาวะวิกฤตการณ์ทางอารมณ์อย่างรุนแรง การเคลื่อนย้ายบุคคลเหล่านี้ออกจากสิ่งแวดล้อมเดิม อาจจะช่วยคลี่คลายภาวะอารมณ์วิกฤตลงได้ หน่วยรักษาที่ใช้สิ่งแวดล้อมบำบัดเป็นสถานที่ที่เหมาะสมสำหรับบุคคลกลุ่มนี้ เพราะเป็นสถานที่ที่มีโครงสร้างแบบแผนแน่นอน และเป็นสถานที่ที่ผู้ป่วยจะรู้สึกมั่นคงปลอดภัย

สำหรับทีมรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาล ซึ่งเป็นบุคลากรที่อยู่ใกล้ชิดให้การดูแลผู้ป่วย ตลอด 24 ชั่วโมงนั้น เป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญยิ่งสำหรับผู้ป่วย ซึ่งจะต้องมีลักษณะที่เป็นแบบอย่างของคนปกติทั่วไปให้ผู้ป่วยลอกเลียนแบบ เป็นแบบอย่างของสังคมปกติในด้านการสื่อความหมาย ด้านมนุษยสัมพันธ์ การแก้ปัญหาชีวิต รวมทั้งเป็นผู้มีทัศนคติที่ยืดหยุ่น ไม่ยึดมั่นในความคิดเก่า ๆ หรือความคิดเดิม สนใจที่จะเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ

3. สัมพันธภาพระหว่างบุคคลในหน่วยรักษา ประกอบไปด้วยสัมพันธภาพระหว่างบุคลากรในทีมผู้รักษาด้วยกัน สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรกับผู้ป่วย หรือสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้ป่วยด้วยกัน สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคคลในหน่วยรักษาจะก่อให้เกิดบรรยากาศที่เป็นมิตรส่งเสริมกระบวนการบำบัดโดยการจัดสิ่งแวดล้อม

จากองค์ประกอบในการจัดสิ่งแวดล้อมดังกล่าวแล้วนั้น อาจกล่าวได้ว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่จะก่อให้เกิดประโยชน์สามารถสนองความต้องการของผู้ป่วย และเป้าหมายในการบำบัดรักษาอย่างแท้จริงนั้น จะต้องตระหนักถึงลักษณะการดำเนินงานของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Gunderson, 1978) อันประกอบไปด้วย

1. การจำกัดขอบเขต (Containment)

หน้าที่ของการจำกัดขอบเขต เป็นการสนับสนุนสวัสดิภาวะทางด้านกายภาพให้กับผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อมขณะนั้น เช่น การสนองความต้องการทางด้านพื้นฐานเกี่ยวกับอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่พักอาศัย รวมทั้งการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นเนื่องจากพฤติกรรมรุนแรงในผู้ป่วยบางคน ซึ่งอาจมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเอง ผู้อื่น หรือวัตถุสิ่งของในขณะนั้น โดยการเตรียมพร้อมทางด้านยาที่ให้บำบัดรักษาห้องแยก เครื่องผูกมัดเพื่อใช้ในการควบคุมพฤติกรรมของผู้ป่วย เป็นต้น และสำหรับวัสดุอุปกรณ์ต่าง ๆ ที่นำมาใช้ประโยชน์ในสิ่งแวดล้อมของหอผู้ป่วยนั้นไม่ควรเป็นวัสดุที่แตกง่าย เอื้ออำนวยต่อการที่ผู้ป่วยใช้นำมาเป็นอาวุธได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในหอผู้ป่วยรับใหม่ ซึ่งมีโอกาสเกิดอันตรายจากผู้ป่วยที่

ของตนเองไม่ได้ นั่น การใช้ห้องแยกยังเป็นสิ่งสำคัญยิ่งในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง หลังจากที่ได้ใช้วิธีการรักษาอื่นแล้วไม่ได้ผล ซึ่งการจำกัดพฤติกรรมที่จัดให้มีขึ้นในสิ่งแวดล้อมนั้น จะไม่สามารถประสบความสำเร็จได้ถ้าบุคลากรกระทำขึ้นเพื่อความสะดวกสบายของบุคลากรมากกว่าความจำเป็นในการบำบัดรักษา

2. การประคับประคอง (Support)

การประคับประคองเป็นการลดระดับความรู้สึกวิตกกังวลในผู้ป่วยและเดียวกันก็ส่งเสริมความรู้สึกเชื่อมั่น ไว้วางใจในการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยกำลังได้รับอยู่ เพื่อเพิ่มความสามารถในการมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษานั้น ๆ และนอกจากนั้นการประคับประคองยังเป็นการช่วยส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยด้วย โดยบุคลากรแสดงออกถึงการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างเอาใจใส่ใกล้ชิด สนับสนุนให้กำลังใจ ไว้วางใจต่อผู้ป่วย ในกิจกรรมทุกอย่างที่จัดให้ผู้ป่วยไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การทำจิตบำบัด การฟื้นฟูสมรรถภาพหรือการทำกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ เป็นต้น แต่การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยในลักษณะใด ขึ้นกับเหตุผลที่เหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละประเภทนั้น เช่น การเอาใจใส่ใกล้ชิดจนเกินไปในผู้ป่วยหวาดระแวง จะทำให้ผู้ป่วยประเภทนี้รู้สึกถูกคุกคามได้

2. โครงสร้าง (Structure)

โครงสร้าง เป็นการจัดระบบของสิ่งแวดล้อมเกี่ยวข้องกับ เวลา สถานที่และบุคคล ซึ่งทำให้สิ่งแวดล้อมที่จัดขึ้นนั้นมีโครงสร้างที่ชัดเจน ซึ่งทำให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในการติดต่อเกี่ยวข้องกับสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น และหน้าที่ของโครงสร้างคือ การสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือแบบแผนการกระทำของผู้ป่วยที่ไม่เหมาะสม โดยใช้วิธีการต่าง ๆ เช่น การให้สิทธิพิเศษบางอย่าง การควบคุมพฤติกรรมสุขอนามัยส่วนบุคคลของผู้ป่วย การให้ยา การใช้การแยก เป็นต้น และถ้าเป็นไปได้ในทางปฏิบัติควรมีการวางแผนร่วมกันระหว่างเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยในการใช้วิธีการบำบัดรักษานั้น ๆ ให้บรรลุผลสำเร็จ

จากลักษณะการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อการบำบัดดังกล่าวในการดำเนินงานเกี่ยวกับการจำกัดพฤติกรรมถือว่าเป็นหัวใจสำคัญในการส่งเสริมและรักษาบรรยากาศของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด (Taylor, 1990) เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มักจะมี ความสับสน วุ่นวาย ไม่แน่ใจ จึงมีพฤติกรรมแปลก ๆ และมีพฤติกรรมหลายอย่างที่ไม่เป็นที่ต้องการ (สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2526) การจำกัดพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยการใช้ห้องแยก จึงเป็นสิ่งสำคัญ หลังจากการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีอื่น ๆ ไม่ประสบผลสำเร็จ โดยถือว่าการจำกัดพฤติกรรมเป็น

กระบวนการในการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ฝึงบอใจ และเป็นการจำกัดขอบเขตของ Ego ของผู้ป่วยชั่วคราว (Holmes, 1966) โดยมีเป้าหมายในการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมหรือใช้วิธีการเป็นประโยชน์ในการจำกัดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน (Patusky, 1989)

จุดมุ่งหมายของการจำกัดพฤติกรรม (Kenward, 1960 Quated in Holmes, 1966) ประกอบไปด้วย

1. เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย ในขณะที่ผู้ป่วยยังอยู่ในภาวะที่ไม่พร้อมที่จะตัดสินใจอย่างเหมาะสม
2. เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยพัฒนาความสามารถในการพึ่งพาตนเองทั้งทางความคิดและการกระทำภายใต้ขอบข่ายการทำงานที่มั่นคงปลอดภัยของเจ้าหน้าที่
3. เพื่อช่วยสอนให้ผู้ป่วยรู้จักสภาพความเป็นจริงในขณะนั้น
4. เพื่อช่วยสอนให้ผู้ป่วยสามารถเลือกวิถีทางที่จะนำไปสู่ความปรารถนาหรือความต้องการของตนได้อย่างเหมาะสม
5. เพื่อเตรียมผู้ป่วยให้มีความสามารถและความพร้อมในการปฏิเสธ การแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมอันเนื่องมาจากแรงกระตุ้นภายในของตนเอง
6. เพื่อสอนให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมในการอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างเหมาะสม
7. เพื่อสอนให้ผู้ป่วยรู้ว่าบุคลากรจะเป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถควบคุมดูแลตนเองได้

ลักษณะพฤติกรรมที่ต้องมีการจำกัด

Abram (1969) ได้กล่าวถึงลักษณะความแปรปรวนทางพฤติกรรมที่ควรได้รับการบำบัด โดยการจำกัดพฤติกรรมในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด คือ

1. พฤติกรรมทำลาย (Physically destructive behavior) เป็นพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงมากที่สุด โดยผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมออกมาในรูปทำลาย เป็นอันตรายต่อตนเอง คนรอบข้าง หรือทำลายวัตถุสิ่งของต่าง ๆ ในสภาพแวดล้อมขณะนั้น ซึ่งอาจเป็นอันตรายถึงชีวิตหรือบาดเจ็บสาหัส เจ้าหน้าที่จะต้องมีความตื่นตัว ระมัดระวังในการสังเกตพฤติกรรมผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด การจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วยด้วยวิธีต่าง ๆ เป็นสิ่งจำเป็นมาก เช่น การผูกมัด การใช้ห้องแยก เป็นต้น โดยเฉพาะการใช้ห้องแยกช่วยให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมทำลายได้มีการใช้เวลา (time out) จากสภาพแวดล้อมปกติในหอผู้ป่วยชั่วคราว จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรม

ของตนเองได้ จึงนำผู้ป่วยกลับสู่สิ่งแวดล้อมปกติในหอผู้ป่วยอีกครั้ง ขณะเดียวกันก็เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยอื่นในหอผู้ป่วยมั่นใจในความมั่นคงปลอดภัยที่ตนจะได้รับ ขณะที่มิผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ในหอผู้ป่วยนั้น

2. พฤติกรรมสับสนวุ่นวาย (Disorganized Behavior) มีลักษณะพฤติกรรมการพูดหรือการกระทำต่าง ๆ ไม่ประสมประสานกัน (Incoherent) มีการกระทำแปลก ๆ มีพฤติกรรมถดถอย ซึ่งอาจเกิดจากความหลงผิดหรือประสาทหลอน (Hallucination) ในขณะนั้นผู้ป่วยไม่สามารถมีการติดต่อสื่อสารกับสิ่งแวดล้อมในขณะนั้นได้อย่างเหมาะสม หรือสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยมีลักษณะทำอะไรที่ขัดต่อมาตรฐานสังคม และมีพฤติกรรมที่ขาดความรับผิดชอบ

3. พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากปกติ (Deviant or rule - breaking behavior) เป็นพฤติกรรมที่ผิดแปลกไปจากบุคคลทั่ว ๆ ไป ซึ่งอาจรวมถึงพฤติกรรมที่ต่อต้านขัดขืนอย่างรุนแรงในการปฏิบัติตามกฎระเบียบของหอผู้ป่วย การแสดงออกพฤติกรรมทางเพศอย่างไม่เหมาะสม และการพยายามทำร้ายตนเองอย่างไม่รุนแรงมาก พฤติกรรมเหล่านี้รวมเรียกว่า Acting out behavior คือ การที่ผู้ป่วยตอบสนองสถานการณ์ในปัจจุบันคล้ายกับว่า เป็นการตอบสนองสถานการณ์ในอดีต โดยมีภาวะการณ์บางอย่างในอดีตเป็นเครื่องกระตุ้น ซึ่งผู้ป่วยที่มีปัญหาในพฤติกรรมลักษณะนี้ส่วนมากคือ ผู้ป่วยบุคลิกภาพแปรปรวนชนิดก้ำกึ่ง (Borderline personality disorder) นอกจากนี้ Acting Out ยังมีความหมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยพยายามจะตอบสนองความต้องการหรือแรงผลักดันที่มีอยู่ภายใต้จิตใจไร้สำนึกของผู้ป่วย (ลูวินีย์ เกี่ยวกิ้งแก้ว, 2527)

4. พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความไม่สบายต่าง ๆ (Dysphoria Behavior) อันได้แก่ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมแยกตนเองจากสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีภาวะซึมเศร้า ผู้ป่วยที่คิดว่า ตนเองเจ็บป่วยทางกาย และผู้ป่วยเก็บตัวเองไม่ยอมติดต่อกับคนอื่น รวมทั้งผู้ป่วยประเภทย้ำคิด และผู้ป่วยที่มีความวิตกกังวลกลัวเกินกว่าเหตุ เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยเหล่านั้นเริ่มถอนตัวจากสังคม เลิกสนใจความเป็นจริงรอบตัวเขาจำต้องมีการจำกัดพฤติกรรม เพื่อไม่ให้ความรุนแรงของอาการถอนตัวและหนีจากความเป็นจริงมีมากขึ้น การวางข้อจำกัดให้ผู้ป่วยนั้นต้องพิจารณาความเหมาะสมของภาวะการณ์ จะไม่ใช้วิธีการที่รุนแรงทันทีทันใด แต่จะเริ่มต้นช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีการละมุนละม่อมและค่อย ๆ เพิ่มความรุนแรงขึ้น คือจะเริ่มจากส่งเสริมให้กำลังใจไปลอบประโลมใจ ให้ข้อเท็จจริงและความกระจ่าง จนถึงขั้นสุดท้ายด้วยการจำกัดพฤติกรรมที่ไม่ต้องการของผู้ป่วยเสีย

5. พฤติกรรมที่ยึดผู้อื่นเป็นที่พึ่ง (Dependent Behavior) ผู้ป่วยจะแสดงพฤติกรรมที่หลีกเลี่ยงความรับผิดชอบในการกระทำของตนเอง เรียกร้องให้ผู้อื่นดูแลเอาใจใส่ตนเองเกินขอบเขต สิ่งแวดล้อมจะถูกใช้เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการกระทำของตนเองในขณะเดียวกันก็ช่วยผู้ป่วยเผชิญ และตรวจสอบเกี่ยวกับความต้องการที่เกินขอบเขตของตน ซึ่งเป็น การส่งเสริมกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีพัฒนาการทางอารมณ์

จากการศึกษาของ Whaley และ Ramirez (1980) พบว่า พฤติกรรมที่ทำให้ผู้ป่วยถูกแยก คือ พฤติกรรมรุนแรง ความคุมตนเองไม่ได้ ส่วน Gerlock และ Solomon (1983) พบว่า พฤติกรรมของผู้ป่วยก่อนถูกแยกส่วนใหญ่ คือ พฤติกรรมวุ่นวายสับสนสอดคล้องกับการศึกษาของ Kirkpatrick (1989) ที่พบว่า มีการใช้ห้องแยกมากที่สุดภายใน 24 ชั่วโมง หลังจากผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัว และพฤติกรรมผู้ป่วยที่พบมากที่สุดก่อนถูกแยก คือ พฤติกรรมวุ่นวายสับสน แต่ไม่ใช่พฤติกรรมรุนแรง (79 %)

การใช้ห้องแยก ซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย (Baradell, 1985) มีหลักการในการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด (Gutheil, 1978) ดังนี้ คือ

1. หลักการจำกัดการเคลื่อนไหว (The Containment Principle) หลักการสำคัญในการจัดพฤติกรรมของผู้ป่วยไว้ในห้องแยก คือ การช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากการทำร้ายตนเองและผู้อื่น หรือทั้งเป็นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยเองรู้สึกผิดจากการกระทำที่ตนควบคุมไม่ได้ นอกจากนี้ยังเป็นการช่วยให้สิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วย ปลอดภัยจากการกระทำของผู้ป่วยที่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่ปกติ ซึ่งสรุปได้ว่า การจำกัดการเคลื่อนไหวเป็นการสร้างประสบการณ์ที่ดีให้กับผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด โดยห้องแยก โดยช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นใจในความปลอดภัยที่ตนเองจะได้รับ

2. หลักการแยกผู้ป่วย (The Isolation Principle) เป็นการจำกัดผู้ป่วยในการติดต่อกับสิ่งแวดล้อม โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตอย่างรุนแรง ง่ายต่อการแปลความหมายของสิ่งแวดล้อมผิดไป เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการหวาดระแวงอย่างรุนแรง (Paronoid Panic) ห้องแยกจะเปรียบเสมือนแหล่งน้ำกลางทะเลทราย (Oasis) ที่ช่วยปลดปล่อยความทุกข์ทรมานจากการติดต่อกับสิ่งแวดล้อมชั่วคราว

3. ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (Decrease in Sensory Input) หลักการนี้เน้นที่ความเจ็บปวดของห้องแยก เนื่องจากผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยรุนแรงนั้น ไม่เพียงแต่จะง่ายต่อการสูญเสียความสามารถในการควบคุมแรงกระตุ้นภายในตนเองเท่านั้น แต่ยังง่ายต่อการถูกกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก อันได้แก่ เสียง แสง กลิ่น การสัมผัส เป็นต้น

การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดจะต้องคำนึงถึงประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับเป็นสำคัญ โดยจะต้องใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดรักษาเท่านั้น (Rosen and Diagiaco, 1978, McCoy and Carritson, 1983) ไม่ควรใช้เพื่อความสะดวกสบายในการทำงานของบุคลากร ดังที่ American Psychiatric Association's Task Force ได้ระบุถึงวัตถุประสงค์ของการใช้ห้องแยก เพื่อการบำบัดไว้ในปี ค.ศ. 1982 ว่าจะต้องมีวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้ คือ (Soloff, Guthiel and Wexler, 1985)

1. เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นต่อตัวผู้ป่วยเอง หรือผู้อื่น เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้ ซึ่งช่วยให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการบำบัดรักษาในระดับวิชาชีพ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับปรุงพฤติกรรมตนเองจนสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ (Jensen, 1985 อ้างถึงใน Myers, 1990)
2. เพื่อป้องกันการรบกวนแผนการรักษาอย่างรุนแรงหรือการทำลายสิ่งแวดล้อมในขณะนั้น
3. เป็นส่วนหนึ่งของการรักษาโดยพฤติกรรมบำบัด
4. ลดสิ่งที่จะมากระตุ้นผู้ป่วยขณะนั้น
5. ใช้เมื่อผู้ป่วยขอร้อง

การนำผู้ป่วยเข้าไปพักอยู่ในห้องแยกชั่วคราวนั้น เจ้าหน้าที่จะต้องมีความรู้ความเข้าใจว่า ข้อบ่งชี้ในการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดคืออะไร เพื่อให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยวิธีนี้เป็นวิธีที่คำนึงถึงควมมีคุณค่าและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ไม่ได้กระทำไปเพื่อเป็นการลงโทษผู้ป่วย แต่เป็นการกระทำที่เต็มไปด้วยความปรารถนาดีต่อผู้ป่วย เพราะการใช้ห้องแยกที่ไม่เหมาะสม อาจทำให้เกิดผลเสียตามเช่น ผู้ป่วยรู้สึกถูกทอดทิ้ง หรือรู้สึกอับอาย เป็นปมด้วย เป็นต้น และเพื่อให้การใช้ห้องแยกเป็นวิธีการเพื่อการบำบัดอย่างแท้จริง Rosen และ Diagiaco (1978) ได้กล่าวถึงข้อบ่งชี้ในการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดไว้ดังนี้ คือ

1. ลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อควบคุมพฤติกรรมรุนแรงระหว่างการเจ็บป่วยของผู้ป่วย
3. ใช้ห้องแยกเมื่อผู้ป่วยมีอาการวุ่นวาย กระสับกระส่าย ความคิดแปรปรวนและผู้ป่วยที่มีความสับสนอย่างรุนแรง ซึ่งผู้ป่วยที่มีอาการดังกล่าวนี้ มีข้อห้ามในการใช้ยาต้านโรคจิต (Anti-psychotic) เนื่องจากข้อจำกัดของสภาพร่างกาย
4. เมื่อผู้ป่วยแสดงอาการ เคลื่อนไหวตลอดเวลา นึกนอนไม่ได้ รับประทานอาหารและดื่มน้ำน้อยลง รวมทั้งผู้ป่วยที่มีความสามารถในการตัดสินใจเสื่อมลง
5. ใช้ห้องแยกเมื่อผู้ป่วยขอร้อง

จากการศึกษาการใช้ห้องแยกในแผนกจิตเวชของโรงพยาบาล มหาวิทยาลัย โดย Wells (1972) พบว่า เหตุผลในการใช้ห้องแยก คือ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ไม่สนองต่อการติดต่อสื่อสารทางคำพูด และวิธีการรักษาโดยวิธีอื่น เช่น การฉีดยากล่อมประสาท เป็นต้น ส่วน Heyman (1978) ศึกษาพบว่า พฤติกรรมที่พบบ่อยนำมาสู่การใช้ห้องแยกในผู้ป่วยจิตเวช คือ พฤติกรรมก้าวร้าวต่อตนเอง บุคคลอื่น หรือสิ่งของ กระสับกระส่ายเดินไปมา ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเองได้

กิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด เป็นการปฏิบัติ การพยาบาลที่เป็นขั้นตอนต่อ เมื่อมิได้มุงดูแล้วผู้ป่วยจะอยู่ในห้องแยกแต่เพียงอย่างเดียว แต่มุ่ง เน้นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนถูกแยก ขณะถูกแยก และก่อนปลดปล่อย ผู้ป่วย จากห้องแยก ทั้งนี้ในทุกขั้นตอนของการดูแลผู้ป่วยพยาบาลจะต้องสามารถให้การพยาบาลที่สามารถ สมองความต้องการทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ของผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม นั่นคือ ยึด หลักการดูแลบุคคลทั้งคน ซึ่งการดูแลในลักษณะดังกล่าวจะเป็นการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลที่เป็น ไปเพื่อการบำบัดอย่างแท้จริง

ในการปฏิบัติการทางการพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ที่กระทำต่อผู้ป่วย จะต้องมีการใช้กระบวนการพยาบาลเป็นเครื่องมือในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยเช่นเดียวกับการ ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในสาขาอื่น เพราะการใช้กระบวนการพยาบาลจะช่วยให้การปฏิบัติ กิจกรรมการพยาบาลดำเนินไปอย่างมีขั้นตอน ต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ ดังเป็นที่ยอมรับกันใน

ปัจจุบันนี้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลที่จะทำให้ผู้รับบริการได้อย่างสูงสุด จะต้องนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ เพราะถ้าไม่มีกระบวนการพยาบาลจะทำให้เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติการพยาบาลได้ ซึ่ง Atkinson (1983) ได้กล่าวว่าความสำคัญของกระบวนการพยาบาลก็คือ ใช้เป็นเครื่องมือในการปฏิบัติการพยาบาล ทำให้แน่ใจว่าการปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ ถ้าพยาบาลไม่ใช้กระบวนการพยาบาลก็จะทำให้เกิดการล้มเหลว การปฏิบัติซ้ำซ้อน เมื่อใช้กระบวนการพยาบาลปัญหาเหล่านี้ก็จะหมดไป

จินตนา ยูนิพันธ์ (2527) กล่าวว่า การนำกระบวนการพยาบาลไปใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจะให้ประโยชน์ดังต่อไปนี้

1. ทำให้การปฏิบัติการพยาบาลตั้งอยู่บนพื้นฐานแก่ความรู้ในวิชาพยาบาล
2. ช่วยให้มีการพัฒนาแผนการพยาบาลของผู้ป่วยเป็นรายบุคคล
3. ช่วยให้ผู้ป่วยได้มีการเปลี่ยนแปลง ซึ่งจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้
4. เป็นเครื่องมือที่ดีในการติดต่อสื่อสารระหว่างสมาชิกในทีมพยาบาล รวมทั้งสมาชิกอื่น

ในทีมอีกด้วย

การให้การพยาบาลผู้ป่วยในห้องแยกนั้น เป็นงานท้าทายความสามารถของพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช กล่าวคือ พยาบาลต้องมีความสามารถในการควบคุมระดับพฤติกรรมของผู้ป่วยและ ในขณะเดียวกันก็ยังรักษาความมีศักดิ์ศรีคุณค่าของผู้ป่วยไว้ด้วย การที่พยาบาลจะสามารถปฏิบัติได้พร้อม ๆ กัน ทั้งสองอย่างดังกล่าวนี้ พยาบาลจะต้องมีความสามารถในการประเมินอย่างแม่นยำ การวางแผนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ และการจัดระบบในการให้การพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ซึ่งมีการบ่งชี้ว่า กระบวนการในการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดล้มเหลวนั้น เนื่องจากพยาบาลล้มเหลวในการที่จะช่วยเหลือได้ในลักษณะของการบำบัดอย่างแท้จริง (Suzza, 1967 Quoted in Kilgalen, 1977) ดังนั้น การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวชนั้นเป็นสิ่งสำคัญยิ่งที่จะช่วยให้การปฏิบัติการพยาบาลต่อการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดนั้นมีประสิทธิภาพ เพราะสามารถนำความรู้ทางการพยาบาลจิตเวช ซึ่งส่วนใหญ่ประยุกต์มาจากศาสตร์ สาขาพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์ มาใช้กับกระบวนการพยาบาลได้อย่างเหมาะสม ปฏิบัติการพยาบาลอย่างมีระบบและขั้นตอนต่อเนื่อง

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นวิธีการที่ปรับมาจากกระบวนการแก้ปัญหา (Problem-Solving Process) ซึ่งเป็นกระบวนการที่นำพื้นฐานหลักการทางวิทยาศาสตร์มาใช้ในการแก้ไขปัญหา ตั้งแต่การค้นหาสาเหตุ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน และการประเมินผล ซึ่งการที่จะปฏิบัติตามขั้นตอนต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น จะต้องอาศัยการตัดสินใจที่ดีและการคิดอย่างมีเหตุผล และเช่นเดียวกับกระบวนการแก้ปัญหา กระบวนการพยาบาลประกอบด้วยขั้นตอนต่าง ๆ 4 ขั้นตอน คือ

1. การประเมิน (Assessment)

การประเมินเป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยโดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งสามารถรวบรวมข้อมูลได้จากการสังเกตของพยาบาลเอง (Objective Data) เช่น พฤติกรรม อารมณ์ และการกระทำของผู้ป่วยที่พยาบาลสามารถสังเกตได้ขณะนั้น รวมทั้งจากการบันทึกรายงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลยังสามารถเก็บรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการบอกเล่าของผู้ป่วยหรือญาติโดยตรง (Subjective Data) เกี่ยวกับความต้องการ ความรู้สึก หรือความคิดของผู้ป่วย ซึ่งพฤติกรรมของผู้ป่วยแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไป อันได้แก่ กระสับกระส่าย เคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา เอะอะโดยวาย ทำอันตรายตนเองหรือผู้อื่น เป็นต้น และจากการศึกษาของ Kirkpatrick (1989) เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด พบว่า พฤติกรรมที่พบบ่อยรองลงมา คือ พฤติกรรมจู่โจม ทำอันตรายบุคคลหรือสิ่งของ (Campbell, 1982) ซึ่งการประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วยอย่างถูกต้องแม่นยำเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยการตัดสินใจใช้จำนวนบุคลากรได้อย่างเหมาะสมในการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างปลอดภัยและเป็นลักษณะของการบำบัด

ในขั้นตอนการประเมินนอกจากจะเก็บรวบรวมข้อมูลแล้ว ยังต้องนำข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้มาจัดเรียง และวิเคราะห์ข้อมูลโดยอาศัยทักษะ ประสบการณ์ความรู้ทางทฤษฎีเพื่อให้ความหมายของข้อมูลที่ได้และเป็นแนวทางในการให้ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ซึ่งขั้นตอนนี้จะเป็นขั้นตอนที่ระบุปัญหาของผู้ป่วย ดังที่ Stuart และ Sundeen (1987) ได้กล่าวถึง การวินิจฉัยการพยาบาลว่า เป็นข้อความที่บ่งชี้ถึงปัญหาและความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย ซึ่งรวมทั้งปฏิบัติการตอบสนองที่เหมาะสมและไม่เหมาะสมของผู้ป่วย และสิ่งที่เป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดความเครียดกับผู้ป่วย ดังนั้นข้อวินิจฉัยการพยาบาลจึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้ขั้นตอนอื่น ๆ ที่ตามมา อันได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลถูกต้อง และสนองความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วย

เหมาะสมหรือไม่ ถ้าการวินิจฉัยการพยาบาลผิดพลาด กระบวนการพยาบาลในขั้นตอนต่อมาก็จะผิดพลาด และไม่ประสบผลสำเร็จในการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วย นอกจากนี้ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาล ควรเป็นข้อความที่สั้น กระชับ ได้ใจความชัดเจน เช่น ผู้ป่วยไม่มีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด ผู้ป่วยทำอันตรายผู้ป่วยอื่นเนื่องจากมีความคิดหลงผิด และผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา เป็นต้น

2. การวางแผน (Planning)

การวางแผนเป็นขั้นตอนที่ต่อเนื่องมาจากการวินิจฉัยการพยาบาล โดยขั้นตอนนี้พยาบาลจะต้องสามารถกำหนดเป้าหมายการพยาบาลได้อย่างถูกต้อง โดยเป้าหมายนี้จะ เป็นผลที่คาดหวังเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วย ซึ่งจะสอดคล้องกับการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่กำหนดไว้ เช่น

การวินิจฉัยทางการพยาบาล

เป้าหมาย

- | | |
|---|---|
| 1. ผู้ป่วยขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ห้องแยก | 1. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับกระบวนการในการแยกผู้ป่วย |
| 2. ผู้ป่วยทำอันตรายบุคคลอื่น | 2. ผู้ป่วยไม่ทำอันตรายบุคคลอื่น |
| 3. ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำไม่เพียงพอเนื่องจากเคลื่อนไหวร่างกายตลอดเวลา | 3. ผู้ป่วยได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ และมีการเคลื่อนไหวร่างกายลดน้อยลง |

ในขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล นอกจากการกำหนดเป้าหมายของการพยาบาลแล้ว พยาบาลจะต้องสามารถเลือกแผนการปฏิบัติการพยาบาลให้เหมาะสม โดยให้สอดคล้องกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ได้ให้ไว้ และใช้เป้าหมายของการพยาบาลเป็นหลัก ซึ่งพยาบาลจะเลือกวิธีการปฏิบัติโดยใช้ความรู้ต่าง ๆ ที่สังเคราะห์ไว้แล้วหรือจะต้องทำการค้นคว้าต่อไป

3. การปฏิบัติตามแผนการพยาบาล (Implementation)

การปฏิบัติตามแผนการพยาบาลทางจิตเวชนั้นถือเป็นการทำงานของพยาบาลอย่างมีขั้นตอนในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถเผชิญปัญหา แก้ปัญหา ปรับตัวต่อปัญหา ลดและยับยั้งป้องกันสภาวะเครียดต่าง ๆ ในผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สภาพเดิมทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (อรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2532) ซึ่งในการปฏิบัติการพยาบาล โดยการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการจำกัดพฤติกรรม ซึ่งเป็นพยาบาลที่เสี่ยง

ต่อการคุกคามศักดิ์ศรี และควมมีคุณค่าของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ถ้าพยาบาลไม่ปฏิบัติในลักษณะของการช่วยเหลือที่มุ่งที่ตัวผู้ป่วยเป็นสำคัญ แต่กลับไปมุ่งที่ความสำเร็จของงาน ซึ่งลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดนั้น จะเป็นตามลำดับขั้นตอนอันประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลก่อนการใช้ห้องแยก ขณะใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด และภายหลังจากปลดปล่อยผู้ป่วยออกจากห้องแยกตามลำดับดังต่อไปนี้ คือ

3.1 กิจกรรมการพยาบาลก่อนการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

ในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย ก่อนที่จะมีการใช้วิธีการบำบัดโดยห้องแยกมีหลายวิธี ซึ่งแต่ละวิธีเป็นการช่วยเหลือเพื่อลดพฤติกรรมรุนแรง ก้าวร้าว วุ่นวาย สับสน ของผู้ป่วยให้ลดลง แต่ถ้าเมื่อช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีต่าง ๆ แล้ว ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมเหมือนเดิม จึงจะใช้วิธีการบำบัดโดยห้องแยกเป็นวิธีสุดท้าย วิธีต่าง ๆ ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยมีดังต่อไปนี้

3.1.1 การใช้คำพูด (Verbal Intervention) เป็นการลดพลังงานความกดดันอันก่อตัวมาจากความวิตกกังวลของผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงออกถึงความรู้สึก ความต้องการของตนทางคำพูด เช่น การบอกผู้ป่วยที่กำลังโกรธด้วยการทำลายข้าวของเครื่องใช้ว่า "คุณอาจแสดงความโกรธของคุณทางคำพูดได้ แต่ว่าจะแสดงความโกรธด้วยการทำลายข้าวของเช่นนั้นไม่ได้" เมื่อผู้ป่วยยังไม่สามารถจะหยุดยั้งการกระทำได้ ก็บอกผู้ป่วยถึงสิ่งที่จะเกิดขึ้นกับเขาต่อไป เช่น บอกว่า "ถ้าคุณโกรธและควบคุมอารมณ์ของคุณไม่ได้เช่นนั้น เราอาจจะต้องควบคุมคุณไว้ในห้องแยกจนกว่าคุณจะสงบและควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่านี้" (ลูวีย์ เกียวกิงแก้ว, 2527)

3.1.2 การใช้ยา เป็นการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาลับๆ รุนแรงด่วนในขณะนั้น โดยพยาบาลต้องชี้แจงให้ผู้ป่วยทราบถึงความจำเป็นการรับประทานหรือการฉีดยาว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมของตนเองได้มาก ป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยเองหรือบุคคลอื่นในหอผู้ป่วย

3.1.3 การใช้กลุ่มกิจกรรมบำบัด โดยเฉพาะกลุ่มอาชีพบำบัด เพราะจะทำให้อาการผู้ป่วยสงบลง รู้จักตัวเองและสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ได้ระบายออกซึ่งอารมณ์ ความคับข้องใจออกมากับผลงาน (Cubbin, 1970)

3.1.4 การใช้การผูกมัด (Physical Restraint) ในผู้ป่วยบางประเภท แม้จะได้มาสงบประสาทแล้ว แต่ก็ยังไม่สามารถพักผ่อนนอนหลับได้ การผูกมัดผู้ป่วยให้อยู่กับเตียง จะเป็นวิธีที่ดีสำหรับผู้ป่วยประเภทนี้ แต่ถ้าผู้ป่วยยังไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้ดีขึ้น ก็ต้องเปลี่ยนมาใช้วิธีการบำบัดโดยห้องแยก เพราะถ้าผูกมัดผู้ป่วยนานเกินไป จะไม่ก่อให้เกิดผลดีแก่ร่างกาย เพราะเป็นการจำกัดการเคลื่อนไหว ทำให้การไหลเวียนโลหิตไม่สะดวก

จากการศึกษาของ Kirkpatrick (1989) พบว่า การปฏิบัติการพยาบาล ก่อนการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดส่วนใหญ่เป็นการใช้คำพูด 65 % และรองลงมาคือ การใช้ยา 56 % ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลในการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดนั้น มักจะใช้เป็นวิธีการสุดท้ายในการช่วยเหลือผู้ป่วยให้สามารถควบคุมพฤติกรรมตนเอง (Mattson and Sacks, 1978) หลังจากการบำบัดด้วยวิธีอื่น ๆ ดังกล่าวข้างต้นไม่ได้ผล

วิธีการในการนำผู้ป่วยเข้าห้องแยก

วิธีการในการนำผู้ป่วยเข้าห้องแยกเป็นสิ่งสำคัญมากในการที่จะเลือกวิธีการที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย Tolbott และคณะ (1988) กล่าวถึงวิธีการต่าง ๆ ในการนำผู้ป่วยเข้าห้องแยกต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่สอบถามความสมัครใจของผู้ป่วยในการเดินเข้าห้องแยกเอง ถ้าผู้ป่วยไม่ต่อต้านชัดเจน เจ้าหน้าที่นำผู้ป่วยเข้าห้องแยกโดยไม่มีการยึดเหนี่ยวร่างกายของผู้ป่วย หรือในกรณีที่เจ้าหน้าที่ไม่แน่ใจอาจใช้วิธียึดแขนผู้ป่วยไว้ข้างลำตัวทั้งสองข้างแล้วเดินขนานพาผู้ป่วยเข้าห้องแยก

2. ในกรณีที่ผู้ป่วยต่อต้านชัดเจนรุนแรงเพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ ควรใช้วิธีให้เจ้าหน้าที่ยึดแขนขาผู้ป่วยแล้วค่อย ๆ ประคองผู้ป่วยให้นอนลงกับพื้น และมีเจ้าหน้าที่อีกคนหนึ่งประคองศีรษะผู้ป่วยไว้ เพื่อป้องกันการไขก๊วกับพื้นจากการสะบัดศีรษะไปมาของผู้ป่วย หลังจากนั้นค่อย ๆ หามผู้ป่วยเข้าห้องแยก

จากการสำรวจโดยการสอบถามเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า มีวิธีการอีกหนึ่งวิธีในการพาผู้ป่วยเข้าห้องแยก นอกเหนือไปจากตามที่ Tolbott และคณะ กล่าวถึงคือ การพาผู้ป่วยเข้าห้องแยกโดยการยึดแขนผู้ป่วยไว้ข้างหลัง แล้วพาผู้ป่วยเข้าห้องแยก

4.2 กิจกรรมการพยาบาลขณะใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

การปฏิบัติการพยาบาลก่อนการบำบัดโดยห้องแยกเป็นสิ่งสำคัญในการจะช่วยลดระดับความรุนแรงของพฤติกรรม หรือช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมตัวเองได้มากขึ้น แต่เมื่อใช้วิธีการพยาบาลต่าง ๆ ดังกล่าวไม่ประสบผลสำเร็จ พยาบาลจำเป็นต้องให้การช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยห้องแยก ซึ่งการช่วยเหลือผู้ป่วยด้วยวิธีนี้มีลักษณะเป็นขั้นตอนต่อเนื่องกันไป ดังที่ Baradell (1985) ได้แบ่งขั้นตอนของการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้คือ

4.2.1 Initiation เป็นระยะเริ่มต้นที่จะมีการใช้ห้องแยก จะเริ่มต้นระยะนี้เมื่อมีการตัดสินใจใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด โดยเป้าหมายที่สำคัญในระยะนี้ คือ การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการช่วยเหลือโดยการให้ห้องแยกเพื่อการบำบัด วางแผนในการให้การดูแลผู้ป่วยระหว่างถูกแยก และลดการกระตุ้นผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมภายนอก การที่เป้าหมายดังกล่าวจะบรรลุวัตถุประสงค์ จะยึดหลักของการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดโดยห้องแยก (Gunderson, 1978) อันประกอบไปด้วย Containment, Support และ Structure

การทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดควรเริ่มตั้งแต่การบอกผู้ป่วยถึงวัตถุประสงค์ของการช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการให้ห้องแยก เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ยอมรับ และให้ความร่วมมือ นอกจากนี้ควรบอกผู้ป่วยถึงสภาพของห้องแยกและการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับการลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย เช่น การบอกผู้ป่วยว่า "คุณจะอยู่ในห้องที่เงียบสงบ มีเครื่องตกแต่งห้องน้อยที่สุด" หรือบอกว่า "จะมีเจ้าหน้าที่คอยดูแลให้ความช่วยเหลือคุณอยู่นอกห้องแยกตลอดเวลา" และในการปฏิบัติถ้าเป็นไปได้ ในแต่ละเวรควรมีพยาบาลที่รับผิดชอบผู้ป่วยที่อยู่ในห้องแยกโดยเฉพาะ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดต่อเนื่องตลอดเวลา ในขณะเดียวกันก็เป็นการช่วยส่งเสริมการพัฒนาการ การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดระหว่างผู้ป่วยที่ถูกแยกและพยาบาลที่ดูแล นอกจากนี้พยาบาลที่ให้การดูแลผู้ป่วยยังเป็นบุคคลสำคัญในการทำงานร่วมกับบุคลากรอื่นในทีมสุขภาพจิต โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วยระหว่างถูกแยกที่สังเกตพบ แล้วนำมาช่วยกันระบุประเด็นที่เป็นปัญหาที่พบในขณะนั้น เพื่อสามารถเลือกกิจกรรมการพยาบาลที่ปฏิบัติได้เหมาะสมกับปัญหาของผู้ป่วยขณะนั้น

การดูแลผู้ป่วยในแต่ละเวร พยาบาลที่ได้รับมอบหมายให้ดูแลผู้ป่วยที่ถูกแยกจะเป็นผู้วางแผนตารางกิจกรรมการพยาบาลที่จะจัดให้ผู้ป่วย เพราะจะสามารถวางแผนได้เหมาะสมกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในขณะนั้น โดยที่บุคลากรอื่นในทีมสามารถมีส่วนร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้นอย่างเหมาะสม และสำหรับผู้ป่วยที่ถูกแยกก็ควรมีสำเนาตารางกิจกรรม

ให้ผู้ป่วยรับทราบด้วย ซึ่งผู้ป่วยมีสิทธิที่จะแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพยาบาลที่จัดขึ้น โดยในการดูแลผู้ป่วยในระยะ 48-72 ชั่วโมงแรกที่ถูกแยก ควรจัดกิจกรรมการพยาบาลที่ลดการกระตุ้นผู้ป่วย (Sensory Input) แต่เน้นการสนองความต้องการทางด้านชีวภาพมากที่สุด เช่น การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การขับถ่าย และการทำความสะอาดร่างกาย เป็นต้น และในกรณีที่ผู้ป่วยที่ถูกแยกได้รับการรักษาทางยาด้วย ควรมีการตรวจสอบสัญญาณชีพ (Vital Signs) และประเมินผลข้างเคียงจากการแพ้ยาด้วย (Extrapyramidal effect) และสิ่งสำคัญที่จะต้องตระหนักถึงอย่างมากในการดูแลผู้ป่วย เพื่อมิให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง คือ การแสดงออกถึงการยอมรับ (Acceptance) ยอมรับว่าผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีคุณค่าและศักดิ์ศรี พฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก เนื่องมาจากความเจ็บป่วย การแสดงออกถึงการยอมรับผู้ป่วยอาจแสดงออกทางสีหน้า ท่าทาง โดยโต้ตอบการแสดงออกของผู้ป่วยด้วยความสุภาพ สงบ ตอบคำถามหรือให้ข้อมูล ผู้ป่วยที่ผู้ป่วยต้องการทราบอย่างชัดเจน และเมื่อผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก พยาบาลควรรับฟังคำพูด คำขอร้องของผู้ป่วยอย่างตั้งใจ แสดงความกระตือรือร้นที่จะให้ความช่วยเหลือ นอกจากการยอมรับแล้ว สิ่งที่พยาบาลต้องตระหนักอีกอย่างหนึ่งคือการสนับสนุนให้กำลังใจ (Reassured) พยาบาลสามารถให้กำลังใจผู้ป่วยที่ถูกแยกได้โดยบอกให้ผู้ป่วยทราบว่า การแยกผู้ป่วยเป็นการแยกเพียงชั่วคราว ต้องบอกถึงพฤติกรรมที่เหมาะสมที่จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการปลดปล่อย

การสื่อสารกับผู้ป่วยในระยะนี้ควรจะใช้คำพูดที่สั้น ชัดเจน แต่อ่อนโยน เพราะผู้ป่วยมีขีดจำกัดเกี่ยวกับการมีสมาธิในการสื่อสาร ไม่ควรจะสอบถามเพื่อสำรวจความรู้สึก ความขัดแย้งของผู้ป่วยในขณะนี้ การเสนอแนะให้ผู้ป่วยทราบถึงพฤติกรรมที่เป็นที่ยอมรับในสังคม ควรจะกระทำด้วยลักษณะท่าทางที่ประคับประคองสนับสนุน ไม่ใช่การออกคำสั่งให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติตาม การที่บุคลากรจะแสดงออกถึงลักษณะของการประคับประคองได้ขึ้นอยู่กับความสามารถในการควบคุมความวิตกกังวลของตนในขณะที่สื่อสารกับผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยด้วยการตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะ ๆ ในระยะแรกของการแยกผู้ป่วย สามารถทำได้อย่างสะดวกโดยการสังเกตผู้ป่วยด้วยการใช้การเยี่ยมชมอง (Visual Contact) ขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก ทุก 15-30 นาที และบางครั้งขณะตรวจเยี่ยมสังเกตผู้ป่วยพยาบาลควรประเมินสภาวะทางจิตของผู้ป่วยอย่างสั้น ๆ เช่น การรู้จักกาล สถานที่ บุคคล อารมณ์ ความคิด และการเคลื่อนไหวร่างกาย เป็นต้น และเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยใน

ระยะเริ่มต้น จะบรรลุประสพผลสำเร็จได้ เมื่อผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือระหว่างอยู่ในห้องแยกไม่ถูกทอดทิ้ง และรู้สึกมั่นใจว่าการแยกนี้เป็นเพียงชั่วคราว เมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้ก็จะได้รับการอนุญาตกลับคืนสู่สิ่งแวดล้อมปกติในห้องผู้ป่วย

การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยการให้ห้องแยกเพื่อการบำบัดที่ไม่ประสพผลสำเร็จ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือและต่อต้าน เนื่องจากพยาบาลปฏิบัติกรพยาบาลในลักษณะมุ่งที่ความสำเร็จของงานมากกว่าการพยาบาลโดยยึดผู้ป่วยเป็นจุดศูนย์กลาง ทำให้การช่วยเหลือโดยการให้ห้องแยกไม่เป็นในลักษณะของการบำบัด พยาบาลที่ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลโดยมุ่งที่ความสำเร็จของงานจะแสดงพฤติกรรมพยาบาลในลักษณะต่าง ๆ กัน ได้แก่ รับผิดชอบปฏิบัติงานให้เสร็จตามกำหนดเวลา แสดงความเบื่อหน่าย ไม่กระตือรือร้นในการให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยหรือยุติการสนทนาในขณะที่ผู้ป่วยยังไม่พร้อม เป็นต้น ซึ่งจากการศึกษาเชิงบรรยายเรื่องการให้ห้องแยกเพื่อการบำบัดของ Kirkpatrick (1989) พบว่า กิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับระหว่างอยู่ในห้องแยกเป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 38 % การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล 23 % เมื่อพิจารณากิจกรรมการพยาบาลทั้งหมดที่ผู้ป่วยได้รับจากการช่วยเหลือโดยห้องแยก พบว่า มีการดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยา 91 % รองลงมาคือ การมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล 70 %

4.2.2 Reintegration Phase การช่วยเหลือให้การดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ ยังมีความสัมพันธ์ต่อเนื่องจากการดูแลผู้ป่วยในระยะเริ่มต้น โดยยังใช้หลักการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดในเรื่อง containment structure และ support เหมือนกับการดูแลกิจกรรมการพยาบาลในระยะแรกที่ผู้ป่วยถูกแยก แต่ก็ได้เพิ่มหลัก Involvement และ Validation รวมเข้าไปกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในระยะนี้ด้วย

Gunderson (1978) ได้กล่าวถึงหลักการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดอีก 2 ข้อ ต่อจาก Support ดังนี้

1. Involvement เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มความเข้มแข็งของ Ego ในตัวผู้ป่วย โดยเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ในห้องผู้ป่วย เช่น กลุ่มบำบัดต่าง ๆ หรือการให้ผู้ป่วยได้ระบายถึงความรู้สึกเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ของผู้ป่วยได้อย่างอิสระ เป็นต้น ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าตนมีความสามารถและได้รับการยอมรับจากสังคม

2. Validation เป็นกระบวนการดำเนินงานของบุคลากรในหอผู้ป่วยในการแสดงถึงการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคนที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างกันออกไป โดยการให้ความสนใจในกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดให้ในผู้ป่วยแต่ละคน ในขณะที่เดียวกันก็ยอมรับในสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย เมื่อผู้ป่วยต้องการอยู่ตามลำพัง หรือต้องการเก็บรักษาความลับบางอย่างของตน

เป้าหมายของการพยาบาลผู้ป่วยในระยะปรับปรุงพฤติกรรมประกอบไปด้วย

1. ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนโดยเกิดจากการหยั่งรู้ของตนเอง (Internal Control)
 2. ช่วยเพิ่มความสามารถในการพึ่งพาตนเอง (Independence) และความตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Self-esteem) ของผู้ป่วย
 3. จัดให้มีการกระตุ้นผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง
- การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้จะเน้นการสนองความต้องการทางด้านจิต-สังคมของผู้ป่วย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่า สามารถพึ่งพาตนเองได้ และสามารถจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลและความรู้สึกสูญเสียที่เกิดขึ้นได้ ในขณะที่เดียวกันการวางแผนกิจกรรมการพยาบาลต่าง ๆ ยังคงคำนึงถึงการสนองความต้องการด้านชีวภาพของผู้ป่วยอยู่ ดังตารางตัวอย่างกิจกรรมการพยาบาลที่จัดให้ผู้ป่วยในระยะนี้

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตัวอย่างตารางกิจกรรมการพยาบาล
(ปรับจากแนวคิดของ Baradell, 1985)

ตารางกิจกรรมการพยาบาลของนายแก้ว ระยะ Reintegration Phase วันอังคารที่ 16 ตุลาคม 2534 เวลา 04.30-12.30 น. พยาบาลที่รับผิดชอบ จินดา			
เวลา	กิจกรรม	สถานที่	ผู้รับผิดชอบ
04.30-05.30 น.	ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง	ห้องแยก	สุดา
05.30-06.30 น.	ดูแลเรื่องความต้องการขับถ่าย/ Check Vital Signs/ ดูแลการรับประทานยาฉีดยา	ห้องแยก	ถมยา
06.00-06.30 น.	ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง	ห้องแยก	ถมยา
06.30-07.00 น.	สนทนากับคุณจินดา	ห้องโถง	จินดา
07.00-07.30 น.	ดูแลการรับประทานอาหาร	ห้องอาหาร	สุชาดา
07.30-08.00 น.	กิจกรรมสนทนาการ/ดูแล เรื่องความต้องการในการ ขับถ่าย	ห้องโถง	สุชาดา
08.00-08.30 น.	ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง	ห้องแยก	สุชาดา
08.30-09.00 น.	ทำความสะอาดร่างกาย	ห้องแยก	ถมยา
09.00-09.30 น.	ผู้ป่วยอยู่ตามลำพัง	ห้องแยก	ถมยา
09.30-10.00 น.	ดูแลเรื่องความต้องการใน การขับถ่าย สนทนากับคุณจินดา	ห้องโถง	จินดา
10.30-11.35 น.	Vital Sign/ดูแลการ รับประทานยา	ห้องโถง	กันยา
12.00-12.30 น.	พักผ่อน	ห้องแยก	สุดา

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้ ควรจัดให้มีการกระตุ้นผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมในระดับปานกลาง เพื่อป้องกันการกระตุ้นผู้ป่วยมากเกินไป หรือขาดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม (Deprivation) โดยการเพิ่มความสามารถในการทนทานต่อการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมทีละเล็กละน้อย เริ่มจากการให้ผู้ป่วยออกมามีกิจกรรมนอกห้องแยก 15 นาที หลังจากอยู่ในห้องแยก 45 นาที หลังจากนั้นเพิ่มเวลาให้ผู้ป่วยมีกิจกรรมนอกห้องแยกเป็นเวลา 30 นาที 45 นาที ตามลำดับ และสถานที่ที่ผู้ป่วยออกมามีกิจกรรมนอกห้องแยกควรอยู่ใกล้ ๆ บริเวณห้องแยก กิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดให้ผู้ป่วยควรเริ่มจากการสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์หนึ่งต่อหนึ่งกับพยาบาลก่อน โดยการจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสสนทนากับพยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วย และเลือกกิจกรรมอื่น ๆ ที่เหมาะสมกับการใช้เวลาในห้องแยก (Time out) ของผู้ป่วย เช่น การทำงานอาชีพบำบัดในรูปแบบต่าง ๆ เป็นต้น

พยาบาลที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่ถูกแยกจะเป็นผู้ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น สามารถจัดการกับความรู้สึกวิตกกังวลและความรู้สึกสูญเสียของตนเองได้ การสนทนากับผู้ป่วยพยาบาลควรหลีกเลี่ยงการสำรวจถึงสาเหตุของการควบคุมตนเองไม่ได้ โดยใช้คำถามหลอกล่อต่าง ๆ เช่น "ทำไมคุณถึงควบคุมตัวเองไม่ได้" แต่พยาบาลควรให้ความสำคัญเน้นที่สิ่งซึ่งผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามตารางกิจกรรมที่จัดให้ โดยสังเกตว่าผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตามกิจกรรมอะไรได้บ้างในเวลานั้น ๆ (Cumming and Cumming quoted in Baradell, 1985)

ในระยะแรกของการแยกผู้ป่วยพยาบาลจะเป็นผู้วางแผนการพยาบาลในลักษณะที่ผู้ป่วยยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ต้องพึ่งพาผู้อื่นตลอดเวลา แต่ในระยะนี้พยาบาลควรให้ผู้ป่วยมีสิทธิเลือกกิจกรรมบางอย่างที่ผู้ป่วยสนใจและสามารถทำได้ เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น ในขณะที่เดียวกันผู้ป่วยก็จะได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือให้พิจารณาถึงสาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยต้องถูกแยกจากคนอื่น รวมถึงการสำรวจความรู้สึกของผู้ป่วยเกี่ยวกับการถูกจำกัดจากสิ่งแวดล้อม เช่น ความรู้สึกโกรธ ความรู้สึกกลัวในการสูญเสียความสามารถในการควบคุมตัวเอง และความรู้สึกต่าง ๆ ที่มีความสัมพันธ์กับการถูกแยก รวมทั้งการให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับรู้ถึงพฤติกรรมของตนที่ทำให้ผู้ป่วยอื่น ๆ ในหอผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงปลอดภัย เพราะการช่วยให้ผู้ป่วยทราบถึงเรื่องพฤติกรรมของตนที่มีอิทธิพลต่อผู้ป่วยอื่น ๆ ในหอผู้ป่วยจะช่วยเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของตน

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะปรับปรุงพฤติกรรมนี้อาจเป็นระยะสั้น ๆ 24 ชั่วโมง หรือยาวนาน 2-3 สัปดาห์ และการพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้จะบรรลุได้ก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และการกระทำของตนได้

4.2.3 Reincorporation การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้มีเป้าหมายเพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถกลับเข้าไปดำรงชีวิตในสิ่งแวดล้อมปกติของหอผู้ป่วย ไม่จำเป็นต้องอยู่ใกล้ ๆ บริเวณห้องแยกเหมือนกับในระยะการปรับปรุงพฤติกรรม โดยเริ่มจากให้ผู้ป่วยกลับเข้าไปอยู่ในสภาพแวดล้อมปกติของหอผู้ป่วย 15 นาที หลังจากนั้นให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสระบายถึงความรู้สึก ขณะกลับไปอยู่ในห้องแยกกับพยาบาลที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย แล้วนำผู้ป่วยกลับเข้าห้องแยกจะมีการเพิ่มระยะเวลาให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สิ่งแวดล้อมปกติในหอผู้ป่วยเหมือนกับระยะปรับปรุงพฤติกรรม จนกระทั่งผู้ป่วยสามารถกลับเข้าไปสู่สภาพแวดล้อมปกติของผู้ป่วยได้

การพยาบาลผู้ป่วยในระยะนี้ ผู้ป่วยส่วนมากสามารถจัดการกับตัวเองได้ โดยไม่ต้องอาศัยตารางกิจกรรมเหมือนกับในระยะที่ 2 ของการถูกแยก ยกเว้นในผู้ป่วยบางประเภท เช่น ผู้ป่วยที่มีอาการแปรปรวนทางอารมณ์ประเภทคุ้มคลั่ง (Manic) ยังต้องใช้ตารางกิจกรรม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมเวลาของตนในระหว่างอยู่ในห้องแยกและนอกห้องแยกได้ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจะบรรลุวัตถุประสงค์ได้ เมื่อผู้ป่วยไม่รู้สึกหวาดหวั่นวิตกกังวลจากการกลับเข้าไปสู่สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วย แต่รู้สึกว่าตนได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยอื่น ๆ ในหอผู้ป่วย

ข้อบ่งชี้สำหรับการปลดปล่อยผู้ป่วยออกจากห้องแยก Gutheil (1978) กล่าวว่า ควรปลดปล่อยผู้ป่วยออกจากห้องแยก เมื่อการควบคุมพฤติกรรม (Internal Control) ด้วยตนเองของผู้ป่วยกลับคืนมา ผู้ป่วยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่นต่อไป ส่วน Whaley และ Ramirez (1980) กับ Rosen และคณะ (1985) ได้กล่าวถึงเกณฑ์ในการพิจารณาปลดปล่อยผู้ป่วยออกจากห้องแยก ดังนี้

1. มีอารมณ์มั่นคงไม่เปลี่ยนแปลงง่าย
2. มีการรับรู้กาลเวลา สถานที่ และบุคคลตามปกติและมีความสนใจในสิ่งแวดล้อม
3. มีความสามารถในการตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม
4. สามารถรับประทานอาหาร น้ำ และยาได้ตามปกติ และพักผ่อนได้ตามปกติ

5. มีความดันโลหิตปกติ
6. ไม่กระสับกระส่าย และมีความวิตกกังวลลดลง

การช่วยเหลือผู้ป่วยหลังจากปลดปล่อยจากห้องแยก

เมื่อผู้ป่วยปลดปล่อยออกจากห้องแยกแล้วพยาบาลต้องให้การดูแล

ผู้ป่วยดังต่อไปนี้

1. กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายถึงความรู้สึกเกี่ยวกับประสบการณ์ที่ได้รับจากการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด
2. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย
3. สนับสนุนให้ผู้ป่วยวางแผนร่วมกับพยาบาลในการจัดการกับสิ่งที่จะมาเป็นสาเหตุของการควบคุมพฤติกรรมตนเองไม่ได้
4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับอาหาร น้ำ และยาตามปกติ

5. การประเมินผลการพยาบาล (Evaluation)

เป็นขั้นตอนของการประเมินคุณภาพและประสิทธิภาพของกิจกรรมการพยาบาลที่ให้กับผู้ป่วย การประเมินการพยาบาลจะกระทำโดยการเปรียบเทียบข้อมูลพฤติกรรมของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นภายหลังจากการได้รับการพยาบาลกับพฤติกรรมคาดหวังที่กำหนดไว้ในเกณฑ์ประเมินผล (Outcome criteria) เช่น "ผู้ป่วยไม่แสดงพฤติกรรมทำอันตรายตนเอง" "ผู้ป่วยไม่มีพฤติกรรมกระสับกระส่าย" เป็นต้น

ประเภทของการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

Perko และ Kreigh (1988) ได้จำแนกประเภทของห้องแยกตามลักษณะการใช้ออกเป็น 2 ประเภท คือ

1. Partial Seclusion เป็นการแยกผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมปกติในหอผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยไปอยู่ในบริเวณที่กำหนดไว้สำหรับผู้ป่วย ซึ่งมีลักษณะเงียบสงบ ปราศจากการกระตุ้นรบกวนของสิ่งแวดล้อม เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด และสามารถพักผ่อนได้

2. Complete Seclusion เป็นการแยกผู้ป่วยจากสิ่งแวดล้อมปกติในห้องผู้ป่วยโดยนำผู้ป่วยไปอยู่ในห้อง ๆ หนึ่ง ซึ่งจัดไว้ให้ผู้ป่วยโดยภายในห้องจัดให้มีเครื่องประดับห้องน้อยที่สุด จัดให้มีเครื่องนอนน้อยกว่าปกติหรืออยู่ในระดับปกติ ระหว่างที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกจะปิดประตูตลอดเวลา เพื่อป้องกันการรบกวนหรือกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมภายนอก

สุนีย์ เกียวกิ่งแก้ว (2532) ได้กล่าวถึงลักษณะของห้องแยกไว้ 2 ประเภท คือ

1. มีลักษณะเป็นหน่วยรักษาเล็ก ๆ หน่วยหนึ่งจัดไว้เป็นพิเศษ ซึ่งหน่วยรักษาี้จะมีลักษณะปิดตลอดเวลา ทั้งผู้ป่วยและทีมผู้รักษาจะอยู่ภายในหน่วยรักษาที่ประตูเข้าออกหน่วยจะปิดตลอดเวลา ผู้ป่วยจะไม่ได้รับอนุญาตให้ออกจากหน่วยรักษา ทีมผู้รักษาเท่านั้นจะมีกุญแจสำหรับปิดประตูเวลาเข้าออกจากหน่วยนี้โดยเสรี หน่วยรักษาประเภทแยกกักกันนี้ จะมีผู้ป่วยหลายคนเป็นผู้ป่วยที่ต้องรับการรักษานิดให้แยกและกักกัน

2. มีลักษณะเป็นห้องเดี่ยว ๆ มีประตูปิดแข็งแรง จัดไว้สำหรับการกักขังผู้ป่วยครั้งละหนึ่งคน ผู้ป่วยที่ได้รับไว้ในห้องแยกนี้ ผู้ป่วยที่ได้รับไว้ในห้องนี้มักเป็นผู้ป่วยประเภททำร้ายคนอื่น การปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ปะปนกับคนอื่น ๆ อาจทำให้ผู้อื่นได้รับอันตราย การให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกจะช่วยป้องกันผู้ป่วยคนอื่น ๆ ไม่ให้ได้รับอันตรายจากการถูกทำร้ายได้

สำหรับการใช้ห้องแยกในประเทศไทย มีลักษณะการใช้ห้องแยก แบ่งออกเป็น 2 ประเภทใหญ่ ๆ คือ

1. การให้ผู้ป่วยหลายคนรวมอยู่ในห้อง ๆ เดียวกัน ซึ่งจะเป็นห้องที่ปิดประตูตลอดเวลา โดยอาจให้ผู้ป่วยพักอยู่ในห้องตลอดเวลาทั้งเวลากลางวันกลางคืน หรืออาจแยกผู้ป่วยเฉพาะในเวลากลางวัน ส่วนเวลากลางคืนให้กลับขึ้นไปนอนที่ห้องนอนรวมตามปกติก็ได้ ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดด้วยห้องแยกรวมต้องเป็นผู้ป่วยที่ไม่เป็นอันตรายต่อบุคคลอื่น เช่น ผู้ป่วยที่เดินเรื้อยเปื้อยหรือผู้ป่วยที่พยายามหลบหนีจากโรงพยาบาลตลอดเวลา เป็นต้น เนื่องจากมีห้องผู้ป่วยบางแห่งที่มีผู้รักษาไม่ได้อยู่ภายในหน่วยรักษาที่ปิดประตูเข้าออกตลอดเวลา การปล่อยให้ผู้ป่วยที่เดินเรื้อยเปื้อยหรือพยายามหลบหนีออกจากโรงพยาบาลสามารถออกมาปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือนักผ่อน ในสิ่งแวดล้อมปกติของหอผู้ป่วย อาจทำให้ผู้ป่วยพยายามหลบหนีออกจากโรงพยาบาลและได้รับอันตราย

ในบางกรณีผู้ป่วยอยู่ในสภาวะมีนงง สับสนระหว่างได้รับการบำบัดทางยา หรือการรักษาไฟฟ้า การแยกผู้ป่วยไว้ชั่วคราวช่วยให้พยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด

2. การให้ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกตามลำพัง หรือการแยกเดี่ยว ผู้ป่วยจะได้รับการบำบัด โดยให้ผู้ป่วยเข้าไปอยู่ในห้องแยกที่มีขนาดเล็กเหมาะสม สำหรับผู้ป่วยหนึ่งคน โดยจะปิดประตูห้อง ตลอดเวลา เพื่อให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างสงบปราศจากการกระตุ้นของสิ่งแวดล้อมภายนอก ผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโดยห้องแยกเดี่ยวจะ เป็นผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อบุคคลอื่นหรือตนเอง การแยกให้ผู้ป่วยอยู่ตามลำพังชั่วคราวจะช่วยให้พยาบาลสามารถสังเกตพฤติกรรม และให้การพยาบาล ผู้ป่วยได้อย่างใกล้ชิดต่อเนื่องตลอดเวลา

ผลกระทบจากการใช้ห้องแยก

การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดเป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยวิธีสุดท้าย สำหรับผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนได้หลังจากได้รับการบำบัดด้วยวิธีอื่นแล้ว ถึงแม้การใช้ห้องแยกจะเป็นวิธีที่ทีมผู้รักษาพยาบาลตระหนักและยอมรับว่าเป็นวิธีการบำบัดที่เหมาะสมที่สุดแล้ว สำหรับการช่วยเหลือผู้ป่วยในขณะนั้น แต่ก็อาจเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ห้องแยกได้ดังที่ Gutheil (1978) กล่าวถึงผลข้างเคียงที่จากการใช้ห้องแยก ดังต่อไปนี้

1. Seclusion envy อาจมีผู้ป่วยอื่นบางคนรู้สึกอิจฉาผู้ป่วยที่ถูกแยก เนื่องจากเข้าใจว่าการที่ผู้ป่วยได้รับการบำบัดด้วยห้องแยกเป็นการบำบัดที่จะทำให้ผู้ป่วยที่ถูกแยกได้รับการดูแลมากที่สุดและเป็นสัญลักษณ์ว่า ใกล้สิ้นสุดการบำบัดรักษาแล้ว ในขณะที่ตัวผู้ป่วยจะมีความรู้สึกว่าตนไม่ได้รับความยุติธรรมในการดูแล

2. Lasting anathema ในบางโอกาสผู้ป่วยบางคนรู้สึกว่า การบำบัดด้วยห้องแยกเป็นวิธีการบำบัดที่ทำให้ถูกดูถูกเหยียดหยามและน่าอับอาย และรู้สึกว่า เป็นวิธีที่ไม่มีประโยชน์ใด ๆ ไม่ว่าจะมีส่วนในการดูแลอย่างไร

3. Abandonment ในกรณีที่มีการใช้ห้องแยกที่ไม่เหมาะสม นับตั้งแต่การจัดให้ห้องแยกอยู่แยกไกลออกไปจากสถานที่ทำงานของพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกถูกทอดทิ้งมากกว่า เป็นการป้องกันผู้ป่วยจากกระตุ้นของสิ่งแวดล้อม และการใช้ห้องแยกเพื่อเป็นการลดเวลาที่พยาบาลจะต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด ก็เป็นการใช้ห้องแยกอย่างผิด ๆ ผลที่ตามมามีแต่ผลเสียมากมาย เช่น ผู้ป่วยที่ถูกแยกรู้สึกถูกคุกคามต่อคุณค่าความเป็นมนุษย์ รู้สึกคุณค่าตนเองลดลง และถูกตัดขาดจากการกระตุ้นของสิ่งแวดล้อม เป็นต้น ซึ่งความรู้สึกเหล่านี้จะทำให้อาการของผู้ป่วยแย่ลงมากกว่าจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับปรุงพฤติกรรมของตนได้ดีขึ้น

การรับรู้ต่อการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

ในทางจิตวิทยาการรับรู้เป็นสภาวะการณ่ที่เกิดขึ้นภายในตัวบุคคล ไม่สามารถสังเกตเห็นได้โดยตรง เป็นขบวนการทางสมองในการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัสโดยประสาทสัมผัสต่าง ๆ เช่น ตา หู จมูก เป็นต้น

ได้มีผู้ให้ความหมายของการรับรู้ไว้ ดังนี้ คือ

จำเนียร ช่วงโชติ และคณะ (2525) กล่าวว่า การรับรู้ หมายถึง การตีความตามความรู้สึกในด้านข่าวสารเกี่ยวกับสิ่งใดสิ่งหนึ่ง โดยเรื่องที่จะรับรู้ นั้นจะตรงกับความเป็นจริงหรือไม่ก็ได้ เพราะการรับรู้ นั้นอาจจะขึ้นอยู่กับตัวแปรต่าง ๆ เช่น ผลจากประสบการณ์ ความคาดหวัง ในขณะนั้น สิ่งแวดล้อมและสิ่งเร้าที่จะรับรู้ ซึ่งกระบวนการของการรับรู้จะเกิดขึ้นได้ ต้องประกอบด้วย การสัมผัสชนิด หรือธรรมชาติของสิ่งที่มาเร้า การแปลความหมายจากการสัมผัสและการใช้ความรู้เดิมหรือประสบการณ์เดิม เพื่อทำความเข้าใจ ซึ่งสอดคล้องกับ Barry (1988) ที่กล่าวว่า การรับรู้ เป็นความสามารถของ Ego ในการวิเคราะห์พิจารณาสิ่งแวดล้อมรอบตนผ่านทาง การรับรู้ ความรู้สึกจากการสัมผัสทางการมองเห็น การได้ยิน ได้สัมผัสทางผิวหนัง การได้กลิ่น และการรับรส เช่นเดียวกับเพ็ญทิพย์ ชัยพัฒน์ (2528) ซึ่งได้ให้ความหมายของการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการสัมผัสว่า การรับรู้ คือ การสัมผัส (Sensation) ที่มีความหมายโดยอาศัยประสบการณ์เดิมที่มีอยู่ ถ้าไม่มีประสบการณ์เดิมการสัมผัสนั้นก็ยังไม่มีความหมายและยังไม่เกิดการรับรู้

จากแนวคิดดังกล่าวพอสรุปได้ว่า การรับรู้หมายถึง ความรู้สึกและความเข้าใจของบุคคล โดยอาศัยกระบวนการตีความหมายต่อสิ่งเร้าที่มากระตุ้นประสาทสัมผัสต่าง ๆ จากการใช้ความรู้ ความจำ และประสบการณ์เดิมในอดีตเพื่อแปลความหมาย

องค์ประกอบของการรับรู้

การรับรู้จะเกิดขึ้นในบุคคลได้จะต้องมีองค์ประกอบที่สำคัญ 4 ประการ คือ (ลิขิต กาญจนานาถ, 2533)

1. สิ่งเร้า สิ่งเร้าที่เป็นต้นกำเนิดให้เกิดการรับรู้จะอยู่ในรูปของวัตถุหรือพลังงานต่าง ๆ เช่น เสียง แสง อุณหภูมิ สี กลิ่น กรณีที่เราจะรับรู้ได้หรือไม่ั้น ส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับพลังงานปฏิกิริยาหรือความเข้มของสิ่งเร้าที่จะไปกระทบต่อระบบประสาทสัมผัส หากความเข้มของสิ่งเร้ามีน้อยเกิน

กว่าที่ระบบประสาทสัมผัสจะรับความรู้สึกได้ เราก็ไม่สามารถรับรู้ถึงการมีอยู่ของวัตถุนั้น ๆ ในสิ่งแวดล้อม

2. ตัวกลางสื่อ ก่อนที่สิ่งเร้าจะเข้าไปกระทบระบบประสาทสัมผัส ตัวกลางหรือสื่อก็ได้เข้ามามีอิทธิพลในลักษณะที่จะทำให้การรับรู้สัมผัสนั้นดีขึ้นหรือเลวลงได้ ตัวกลางหรือสื่อเหล่านี้ ได้แก่คลื่นแสง คลื่นเสียง อุณหภูมิ หรือปัจจัยทางกายภาพทั้งหลายในสิ่งแวดล้อมนั้น ๆ ที่จะทำให้เกิดการรับสัมผัสดีขึ้น

3. เซลล์ประสาทสัมผัส ประสาทรับสัมผัสประกอบด้วย เซลล์ตัวรับสัมผัสจำนวนมาก ซึ่งมีอยู่ในบริเวณพื้นผิวรอบนอกของอวัยวะต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น บริเวณผิวหนัง ลิ้น ตา หู จมูก เซลล์ประสาทเหล่านี้มีหน้าที่รับความรู้สึกหรือคอยจับการเปลี่ยนแปลงทั้งหลายในสิ่งแวดล้อม เมื่อมีพลังงานต่าง ๆ จากสิ่งแวดล้อมเข้ามากระทบต่อประสาทสัมผัส ๆ ก็จะไปเปลี่ยนพลังงานที่กระทบเหล่านี้ให้เป็นพลังงานเคมี ไฟฟ้า (Electrochemical energy) รับและส่งถ่ายความรู้สึกไปเป็นทอด ๆ ต่อไปจนถึงระบบประสาทส่วนกลาง คือ สมอง

4. ระบบประสาทส่วนกลาง ระบบประสาทส่วนกลางหรือสมองมีบทบาทในการรับรู้ ข้อมูลการรู้สึกที่ส่งเข้ามา สมองทำหน้าที่บันทึกและลงรหัสสิ่งเร้าเหล่านั้น มีการประเมิน ตีความต่อข้อมูลการรู้สึกเหล่านั้น ในการที่จะทำเช่นนี้ได้ ระบบประสาทส่วนกลางจะต้องอาศัยการเรียนรู้ ความทรงจำเดิม ประสบการณ์ต่าง ๆ ประมวลกันเข้ามาเพื่อจัดระบบการรับรู้ใหม่ ให้เป็นการรับรู้ปัจจุบันเมื่อตีความแล้วก็จะพัฒนาเป็นการรับรู้

การเรียนรู้ของคนจะเกี่ยวข้องกับความแตกต่างระหว่างบุคคลอย่างมาก เพราะแต่ละคนจะรับรู้สิ่งต่าง ๆ ตามทัศนะของตนสุดแล้วแต่การเรียนรู้ประสบการณ์ที่ผ่านมาในอดีต ความจำ เจตคติ และค่านิยมต่าง ๆ ที่บุคคลมีต่อบุคคลหรือสภาพแวดล้อมในขณะนั้น ทั้งนี้การเรียนรู้ในสิ่งเดียวกันที่แตกต่างกันออกไปของบุคคลอาจขึ้นอยู่กับ อิทธิพลจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล อันได้แก่ คุณสมบัติของผู้รับรู้ เช่น ความต้องการ หรือแรงขับ คุณค่า ความสนใจ เป็นต้น และอิทธิพลขององค์ประกอบภายนอก ได้แก่ ความยึดมั่น ความเชื่อถือ คำบอกเล่า คำสอนที่ได้รับต่อมา เป็นต้น (จำเนียร ช่วงโชติ, 2525)

กระบวนการรับรู้

องค์ประกอบของการรับรู้ดังกล่าวจะมีการทำงานเป็นกระบวนการอย่างต่อเนื่องในการแปลความหมายของข้อมูลที่ได้จากการสัมผัส ทำให้เราทราบว่าสิ่งเร้าที่เราสัมผัสนั้นเป็นอะไร มีลักษณะอย่างไร และมีความหมายอย่างไร

ลิตธิโชค วรานุสันติกุล (2524) อธิบายว่า กระบวนการรับรู้ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นที่ 1 การเลือก (Selection) เป็นการเลือกเพื่อที่จะรับรู้สิ่งเร้าบางอันจากบรรดาสสิ่งเร้าทั้งหลาย

ขั้นที่ 2 การจัดระบบ (Organization) โดยทั่วไปคนเรามักจะจัดระบบสิ่งเร้าภายนอกออกเป็น 2 วิธี คือ

1) ภาพและพื้น (Figure and Ground) คนเรานั้นเมื่อเลือกที่จะรับรู้สิ่งเร้าแล้วยังแยกสิ่งเร้าที่เลือกสรรมานั้นออกเป็นส่วน ๆ โดยเรียกส่วนที่สนใจเป็นพิเศษว่าภาพ (Figure) และส่วนอื่น ๆ ของสิ่งเร้าที่เราไม่สนใจว่าพื้น (Ground)

2) การทำให้ง่ายขึ้น (Simplification) โดยการจัดสิ่งเร้านั้นให้อยู่ในรูปที่ง่ายขึ้นตัดสิ่งที่เป็นรายละเอียดซับซ้อนและสับสนทิ้งไป

ขั้นที่ 3 การแปลความ (Interpretation) เป็นขั้นตอนสุดท้ายในกระบวนการรับรู้ ในขั้นนี้ คนเราจะอาศัยคุณสมบัติที่อยู่ภายในตัวเอง เช่น ทักษะคิด ประสบการณ์ ความต้องการ ค่านิยม ฯลฯ มาช่วยในการพิจารณาสิ่งเร้าภายนอก เพื่อผสมผสานให้เข้ากับคุณสมบัติภายใน ดังนั้น การแปลความจึงเป็นเรื่องที่ขึ้นอยู่กับความรู้สึคนึกคิด ของผู้รับรู้ว่าสิ่งเร้าอย่างเดียวกันนี้กระทบต่อบุคคลต่าง ๆ กัน บุคคลเหล่านั้น จะแปลความหมายแตกต่างกันออกไป

กระบวนการรับรู้ดังกล่าวสอดคล้องกับ วารินทร์ สายโอบเอื้อ และสุนีย์ จีรดากร (2522) ที่สรุปว่าการรับรู้มีกระบวนการดังต่อไปนี้ คือ เมื่อมีสิ่งเร้ามากระทบตัวบุคคลทางอวัยวะรับสัมผัสต่าง ๆ ในระดับที่เหมาะสม ประสาทสัมผัสจะรับสิ่งเร้าเหล่านั้นแล้วส่งไปยังสมองเพื่อให้สมองแปลความหมายออกมา และที่บุคคลนั้นมีประสบการณ์เดิมเกี่ยวกับเรื่องนั้นก็อาศัยประสบการณ์เดิมแปลความหมายนั้นออกมา

เนื่องจากคนเราต้องพบกับสิ่งแวดล้อมหลาย ๆ อย่างในขณะเดียวกัน การรับรู้สิ่งแวดล้อมต่าง ๆ นั้น บุคคลมิได้รับรู้ทุกสิ่งทุกอย่างทั้งหมด แต่จะเลือกรับรู้เฉพาะบางสิ่งบางอย่าง และในขณะเดียวกัน ก็จะมีการจัดหมวดหมู่ของกลุ่มสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่รับรู้เป็นกลุ่มก้อน เป็นส่วนรวมเพื่อ

ให้ง่ายต่อการแปลความหมายของกลุ่มสิ่งเร้าต่าง ๆ ที่รับรู้ นั้นเป็นกลุ่มก่อน เป็นส่วนรวมเพื่อให้
 ง่ายต่อการแปลความหมายออกมา ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าบุคคลจะมีการรับรู้สิ่งหนึ่งสิ่งใดได้สมบูรณ์หรือ
 ไม่เพียงใดก็ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคลที่ทำให้บุคคลมีการรับรู้แตกต่างกัน
 กันไป อันได้แก่ การตั้งใจที่จะรับรู้หรือสนใจที่จะรับรู้ การเตรียมที่จะรับรู้ ทักษะสติ ประสิทธิภาพ
 และคุณค่าของสิ่งเร้า เป็นต้น คนยังมีประสิทธิภาพในการดำรงชีวิตมากย่อมจะสามารถแปลความ
 จากการสัมผัสต่าง ๆ ได้มาก และใกล้เคียงกับความเป็นจริง การรับรู้ นั้นจะเป็นสิ่งที่สัมพันธ์กับ
 การเรียนรู้และจะต้องเกิดความคึกกันไป กล่าวคือ อาจจะมีการรับรู้เกิดขึ้นก่อนแล้วมีการเรียนรู้
 หรือเพราะมีการเรียนรู้แล้วจึงทำให้เกิดการรับรู้ได้ง่าย เร็วและถูกต้องก็ได้

การรับรู้ต่อการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

จากความหมายและแนวคิดเกี่ยวกับการรับรู้ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การรับรู้ของบุคคล
 เป็นกระบวนการที่สำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดการสร้างความประทับใจในบุคคลนั้น ซึ่งผลที่ได้จาก
 การรับรู้จะนำไปสู่การประเมินคุณค่าของวัตถุ เหตุการณ์ และบุคคล ซึ่งการปฏิบัติการพยาบาลโดย
 การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดนั้น การรับรู้ของบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการบำบัดผู้ป่วยด้วยวิธีนี้ไม่ว่าจะ
 เป็นเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจิตหรือผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดโดยห้องแยก จึงมีความสำคัญที่จะส่งผลให้
 การบำบัดผู้ป่วยด้วยห้องแยกประสบความสำเร็จอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะที่เดียวกันก็เกิดความ
 ประทับใจทางบวกเป็นผลตามมา

การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดเป็นวิธีการที่ยังมีการโต้เถียงว่ามีการใช้ในลักษณะของ
 การบำบัดเพียงไร ถึงแม้ว่าจะมีการใช้กันอย่างแพร่หลายในแผนกต่าง ๆ ของหอผู้ป่วยจิตเวช
 เนื่องจากทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยต่างมีความรู้สึกทั้งทางบวกและลบต่อการบำบัดโดยวิธีนี้ ในทางลบ
 การใช้ห้องแยกเป็นการรับรู้ว่าเป็นการปฏิบัติที่ปฏิเสธความมีสิทธิส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยใช้วิธีการ
 บำบัดที่เป็นการควบคุม และลงโทษผู้ป่วย และในขณะที่เดียวกันก็เป็นประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความ
 วิตกกังวลทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ ส่วนในทางบวกนั้น การใช้ห้องแยกถูกรับรู้ว่าเป็นวิธีการบำบัดที่
 ช่วยลดการกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อมในผู้ป่วยที่อยู่ในสถานะที่กระสับกระส่าย เคลื่อนไหวร่างกายมาก
 นึกนอนไม่ได้ เป็นวิธีการที่ช่วยก่อให้เกิดความปลอดภัย ทั้งตัวผู้ป่วยเองและสิ่งแวดล้อมภายในหอ
 ผู้ป่วย (Binder, 1979)

ในการปฏิบัติการพยาบาล ถ้าพยาบาลมีการรับรู้ต่อการใช้ห้องแยกว่า เป็นวิธีการบำบัดที่จำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งในผู้ป่วยบางประเภท ที่ได้รับการบำบัดด้วยวิธีอื่นแล้วไม่ประสบผลสำเร็จ และเข้าใจว่าการบำบัดด้วยห้องแยกเป็นการบำบัดที่ช่วยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเอง ไม่แสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม พยาบาลก็จะปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความนุ่มนวล ให้เกียรติ ไม่คุกคามต่อความมีศักดิ์ศรีและคุณค่าของผู้ป่วย ทั้งนี้ เพราะการที่พยาบาลจะแปลความหมายของการบำบัดด้วยห้องแยกไปในลักษณะใด (สิทธิโชค วรานุสันติกุล (2524) พยาบาลจะต้องอาศัยคุณสมบัติที่มีอยู่ในตัวเอง เช่น ทักษะ ประสิทธิภาพ ความต้องการ ค่านิยม ซึ่งคุณสมบัติต่าง ๆ ดังกล่าว มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคล ดังที่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) กล่าวว่า "การปฏิบัติหรือพฤติกรรมแสดงออกที่สังเกตได้กับทัศนคติที่มีความสัมพันธ์และมีผลซึ่งกันและกัน ทัศนคติมีผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมบุคคล และขณะเดียวกันการแสดงออกหรือการปฏิบัติของบุคคลก็มีผลต่อทัศนคติของบุคคลนั้นด้วย" ในขณะเดียวกันการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการบำบัดโดยห้องแยกนั้น ก็เป็นผลสืบเนื่องมาจาก ประสิทธิภาพของผู้ป่วยขณะได้รับการบำบัดด้วยวิธีนี้ พฤติกรรมการปฏิบัติที่ช่วยเหลือของเจ้าหน้าที่ จึงมีผลต่อการรับรู้ของผู้ป่วยที่ถูกแยก ถ้าการปฏิบัติการพยาบาลโดยห้องแยก มีลักษณะของการบำบัดผู้ป่วยก็จะมีการรับรู้ในทางบวก ดังนั้น การตระหนักถึงการรับรู้ของผู้ป่วยต่อการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด จึงเป็นสิ่งสำคัญและจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาปรับปรุง วิธีการบำบัดโดยห้องแยกให้เหมาะสมและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

จากแนวคิดและความหมายเกี่ยวกับการรับรู้ ผู้วิจัยได้ให้ความหมายของการรับรู้ต่อใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดว่า เป็นความคิด ความเข้าใจและความรู้สึกที่เกิดขึ้นเกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด โดยแปลความหมายจากประสิทธิภาพ ความรู้ ความจำที่เคยสัมผัสกับวิธีการบำบัดด้วยห้องแยก

การรับรู้เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดที่สำคัญเป็นการรับรู้ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลที่ผู้ป่วยได้รับโดยการให้ห้องแยก ผลที่ได้รับจากการใช้ห้องแยกและสภาพของห้องแยก เพราะการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดที่เกี่ยวข้องเรื่องดังกล่าว เป็นสิ่งที่ทั้งพยาบาลและผู้ป่วยมีประสบการณ์ร่วมกัน ถ้าผู้ป่วยและพยาบาลมีการรับรู้ในทางบวกเกี่ยวกับการพยาบาลโดยการให้ห้องแยก และประโยชน์ที่ผู้ป่วยได้รับ แสดงว่า การพยาบาลผู้ป่วยโดยวิธีนี้เป็นสิ่งที่มีความ

สำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วย ไม่เป็นการคุกคามต่อคุณค่า ความมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วย และในขณะเดียวกันการรับรู้เกี่ยวกับสภาพของห้องแยกก็เป็นการสะท้อนออกมาของความคิดและความรู้สึกเกี่ยวกับสภาพของห้องแยกในปัจจุบัน ว่ามีสภาพอย่างไร สามารถนำไปสู่การปรับปรุงสภาพของห้องแยกให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

ความสำคัญของการรับรู้ต่อการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด

การรับรู้ทั้งของพยาบาลและผู้ป่วยจิตเวชที่ถูกต้องและตรงกับความเป็นจริง เป็นสิ่งสำคัญต่อการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยจิตเวช ถ้าพยาบาลและผู้ป่วยมีการรับรู้ที่สอดคล้องกันในเรื่องการบำบัดด้วยห้องแยกที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาล ผลของการบำบัดโดยห้องแยกและสภาพของห้องแยก ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลก็สามารถที่จะวางแผนร่วมกันเพื่อให้การบำบัดด้วยห้องแยกบรรลุตามวัตถุประสงค์ของการบำบัดนั้น โดยผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามหรือมีส่วนร่วมตามแผนการรักษาพยาบาลอย่างเต็มที่ ในขณะที่พยาบาลก็สามารถวางแผนการให้การพยาบาลได้สอดคล้องตรงกับการรับรู้และความต้องการของผู้ป่วย

เนื่องจากองค์ประกอบของการรับรู้เกี่ยวข้องกับความคิดและความรู้สึก ซึ่งทั้งความคิดและความรู้สึกดังกล่าวเป็นส่วนหนึ่งขององค์ประกอบทัศนคติ ทำให้ไม่สามารถที่จะแยกการรับรู้และทัศนคติออกจากกันได้อย่างเด็ดขาด การที่บุคคลมีทัศนคติต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งในลักษณะทางบวกหรือทางลบ ก็จะทำให้บุคคลมีแนวโน้มการรับรู้ไปในทางเดียวกันกับทัศนคติด้วย ดังที่ ประภาเพ็ญ สุวรรณ (2526) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของทัศนคติเป็นสามองค์ประกอบด้วยกัน คือ องค์ประกอบทางด้านพุทธิปัญญา (Cognitive Component) องค์ประกอบทางด้านท่าทีความรู้สึก (Affective Component) และองค์ประกอบทางด้านการปฏิบัติ (Behavioral Component) ซึ่งจากการศึกษางานวิจัยเกี่ยวกับการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดยังไม่พบว่ามีผู้ใดศึกษา แต่พบว่า เป็นการศึกษาทัศนคติต่อการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด ดังที่ ปิยะรัตน์ ภัทรภูวาล (2532) เปรียบเทียบทัศนคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฆ่าตัดเปลี่ยนลิ้นหัวใจของผู้ป่วยและพยาบาล โดยสอบถามจากผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนหัวใจ จำนวน 47 คน และพยาบาลที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยคล้ายกรรมหัวใจ จำนวน 52 คน พบว่า พยาบาลมีทัศนคติต่อการรักษาพยาบาลผู้ป่วยฆ่าตัดลิ้นหัวใจดีกว่าผู้ป่วย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เช่นเดียวกับที่ Soliday (1985) ได้เปรียบเทียบทัศนคติต่อการใช้ห้องแยกระหว่างผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 28 คน บุคลากรในทีมรักษา จำนวน 37 คน ซึ่งประกอบไปด้วยเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 19 คน พยาบาล 2 คน

นักนันทนาการบำบัด 3 คน นักสังคมสงเคราะห์ 7 คน นักจิตวิทยา 4 คน และจิตแพทย์ จำนวน 2 คน ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่มีทัศนคติแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยผู้ป่วยมีความคิดเห็นต่อการแยกในทางลบคือ คิดว่า การแยกเป็นการคุกคามต่อศักดิ์ศรีความเป็นบุคคล รู้สึกว่าถูกทำโทษ และถูกแยกนานเกินไป ส่วนเจ้าหน้าที่มีความคิดเห็นในทางบวกต่อการใช้ห้องแยกว่า การแยกผู้ป่วยแสดงถึงความเอาใจใส่ดูแลของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อผู้ป่วย ช่วยทำให้สิ่งแวดล้อมในหอผู้ป่วยปลอดภัย ผู้ป่วยที่ถูกแยกปลอดภัย และมีอาการสงบลง

Heyman (1987) ได้ศึกษาทัศนคติต่อการใช้ห้องแยกของผู้ป่วยจิตเวช เปรียบเทียบกับพยาบาลจิตเวชในหน่วยจิตเวชของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเคเนแลนด โดยให้พยาบาล 32 คน และผู้ป่วยจิตเวช 30 คน ตอบแบบสอบถามเกี่ยวกับ 1) ความคิดเห็นด้านสภาพการใช้ห้องแยก 2) ความเชื่อเกี่ยวกับการแยก 3) ความรู้สึกที่มีต่อการแยก และความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการใช้ห้องแยก ผลการศึกษาพบว่า ทั้งผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชมีความคิดเห็นสอดคล้องกันว่า การใช้ห้องแยกเป็นวิธีการรักษาที่มีประโยชน์ ส่วนระยะเวลาที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยกมากกว่า 8 ชั่วโมงนั้น ผู้ป่วยมีความคิดเห็นว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่นานเกินไป ในขณะที่พยาบาลมีความคิดเห็นว่าเป็นระยะเวลาที่เหมาะสมแล้ว พฤติกรรมก่อนถูกแยกนั้นทั้งผู้ป่วยและพยาบาลมีความเห็นสอดคล้องว่า ได้แก่ พฤติกรรมก้าวร้าวเป็นอันตรายต่อตนเอง คนอื่น และสิ่งของ ควบคุมตนเองไม่ได้ กระสับกระส่ายและเดินไปมา ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าการใช้ห้องแยก มีทั้งผลดีและผลเสีย ขณะอยู่ในห้องแยกผู้ป่วยมีความรู้สึกโกรธ ไม่ได้ได้รับความช่วยเหลือ ถูกลงโทษ และข่มเข้ร่า ส่วนพยาบาลมีความรู้สึกพึงพอใจที่สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ แต่ก็มีความรู้สึกผิดในการแยกผู้ป่วยไปในห้องแยก ส่วนความคิดเห็นเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงการใช้ห้องแยก ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นแตกต่างกันอย่างมีนัยทางสถิติ โดยเฉพาะในเรื่องความสะดวกสบายของห้องแยกและการดูแลของพยาบาลในขณะที่ผู้ป่วยอยู่ในห้องแยก

โดยสรุป การใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด เป็นวิธีการช่วยเหลือผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้ ภายหลังจากการช่วยเหลือผู้ป่วยวิธีอื่น ๆ ไม่ประสบผลสำเร็จ แต่จากการศึกษาและผลงานวิจัยต่าง ๆ พบว่า ผู้ป่วยและพยาบาลมีความคิดเห็นแตกต่างกัน เกี่ยวกับประโยชน์ที่ได้รับจากการบำบัดโดยวิธีนี้ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลและการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัด ที่สอดคล้องกันในทางบวกเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่จะทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการใช้ห้องแยกเพื่อการบำบัดประสบผลสำเร็จ