

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเสนอเป็นลำดับดังนี้

1. การบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.1 การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล
 - 1.2 การรักษาพยาบาลในชุมชน
2. ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและในชุมชน
 - 2.1 ผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัว
 - 2.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล
 - 2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
 - 3.1 ความหมายของภาวะในการดูแลตามแนวคิดต่างๆ
 - 3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะในการดูแลของผู้ดูแล
 - 3.3 วิธีการลดภาวะในการดูแลผู้ป่วย
 - 3.4 การประเมินภาวะในการดูแล
4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา
 - 4.2 การประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา
 - 4.3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล
5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม
 - 5.1 องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์
 - 5.2 การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)
6. แนวคิดการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม
 - 6.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม
 - 6.2 ปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวมของสมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา

- 6.3 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในมุมมองของพยาบาล
- 6.4 เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม
- 6.5 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลแบบองค์รวม
- 6.6 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
- 6.7 แนวทางการสอนให้บุคคลเข้าใจแบบองค์รวม
- 7. โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสำหรับผู้ดูแล
- 8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. การบริการพยาบาลสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท

การเจ็บป่วยทางจิตเวชเป็นการเจ็บป่วยที่ทำให้บุคคลขาดสมรรถภาพในการดำรงชีวิตที่สมบูรณ์ เพราะจิตเป็นสิ่งที่นำกาย เมื่อจิตป่วยจะทำให้ประพฤติปฏิบัติตามปทัสฐานของสังคมลดลง รวมทั้งความสนใจในตนเองจะลดน้อยลงไปด้วย ทำให้ต้องพึ่งพามุบุคคลอื่นหรือสังคม บุคลากรในทีมสุขภาพจิตและจิตเวชต้องให้การช่วยเหลือ ซึ่งมีทั้งการให้การรักษายาพยาบาลทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนดังนี้

1.1 การรักษา/พยาบาลในโรงพยาบาล

โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะทั่วไปคือ มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ ผิดปกติด้านความคิดและการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ อารมณ์เป็นแบบไม่เหมาะสม หรือมีสติสัมปชัญญะที่อ้อ แต่ความสามารถด้านเชาว์ปัญญามักดีอยู่ (เกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536) อาการจะเกิดขึ้นอย่างค่อยเป็นค่อยไป และดำเนินไปอย่างเรื้อรัง จนในที่สุดการปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงาน ความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก นอกจากนี้เมื่อเป็นโรคนี้แล้ว มักไม่หายเป็นปกติเหมือนเดิม จะมีอาการกำเริบเป็นครั้งคราว (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) และผู้ป่วยจิตเภทร้อยละ 40-60 จะมีอาการค่อนข้างไปตลอดชีวิต (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

นอกจากนี้ ไพรัตน์ (2534: 726) กล่าวว่า มีข้อสันนิษฐานมากมายเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภท แต่ไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ อย่างไรก็ตามรูปแบบที่ น่าเชื่อถือที่สุด คือ รูปแบบของความตึงเครียดในผู้ที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นโรค (Stress-diathesis model) และยังมีสาเหตุจากปัจจัยทางชีววิทยา (Biological factors) ปัจจัยทางประสาทพยาธิวิทยา (Neuropathology) ปัจจัยด้านสรีรวิทยาของกระแสไฟฟ้า (Electrophysiology) ทฤษฎีการผสม

ผสมผสานหลักฐานทางชีวภาพ (Integration of Biological theory) บัญญัติทางพันธุกรรม (Genetic) และ สภาพทางจิต – สังคม (Psychosocial)

การดำเนินโรคทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ (ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร, 2534)

1) ระยะเริ่มมีอาการ (Prodromal Phase) ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาในหน้าที่ความรับผิดชอบหรือด้านสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน เริ่มแย่ลง ญาติสังเกตว่าเกียจคร้านกว่าเดิมไม่ค่อยไปกับเพื่อนเหมือนเคย เก็บตัวอยู่แต่ในห้อง ละเลยเรื่องสุขอนามัยหรือการแต่งกาย อาจหันมาสนใจด้านปรัชญา ศาสนา หรือจิตวิทยา มีการใช้คำหรือสำนวนแปลก ๆ บางครั้งมีพฤติกรรมที่ดูแล้วแปลกๆแต่ไม่ถึงกับผิดปกติชัดเจน ญาติหรือคนใกล้ชิดมักเห็นว่าผู้ป่วยเปลี่ยนไปไม่เหมือนคนเดิม

ระยะเวลาช่วงนี้ไม่แน่นอน และโดยทั่วไปบอกยากว่าเริ่มผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยนานประมาณ 1 ปีก่อนอาการกำเริบ การพยากรณ์โรคจะไม่ดีหากระยะนี้เป็นอยู่นาน และผู้ป่วยจะแย่ลงเรื่อย ๆ

2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการ โดยส่วนใหญ่ มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก เช่น เอะอะ อาละวาด ทำลายข้าวของ มีหูแว่วและภาพหลอน เป็นต้น

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) อาการคล้ายคลึงกับระยะเริ่มมีอาการ อาจพบ flat affect หรือเสื่อมลงมากกว่าอาการโรคจิต เช่น ประสาทหลอนหรือหลงผิดอาจยังมีอยู่ แต่มิได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในช่วงแรก พบว่า ร้อยละ 25 ของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย ซึ่งส่วนใหญ่เกิดในช่วงนี้

ในระยะอาการหลงเหลือ ผู้ป่วยอาจมีอาการกำเริบครั้งคราว พบว่าผู้ป่วยจะทนต่อความกดดันด้านจิตใจได้ไม่ดี อาการส่วนใหญ่กำเริบเมื่อมีความกดดันทางด้านจิตใจ อาการเปลี่ยนแปลงก่อนกำเริบที่พบบ่อย ได้แก่ การนอนหลับผิดปกติไป แยกตัวเอง วิดกกังวล หงุดหงิด คิดฟุ้งซ่าน และมักเชื่อมโยงเหตุการณ์ต่าง ๆ เข้ากับตนเอง

การรักษาพยาบาล

การรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล ประกอบด้วย 4 รูปแบบ ด้วยกัน คือ (ไพร์ตัน พฤษชาติคุณากร, 2534)

1. การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลในกรณีต่อไปนี้

- 1) มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น
- 2) มีปัญหาอื่น ๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิดเช่น มีอาการข้างเคียงจากยารุนแรง
- 3) เพื่อควบคุมเรื่องยาในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
- 4) มีปัญหาในการวินิจฉัย

การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลช่วยลดความเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคลากรด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่น ๆ ที่มีปัญหานอกเหนือไปจากเรื่องยา ระยะเวลาที่อยู่ในโรงพยาบาล โดยเฉลี่ยประมาณ 3-6 สัปดาห์

2. การรักษาด้วยยา

การรักษาด้วยยาโรคจิตนั้นเป็นหัวใจของการรักษา นอกจากเพื่อการควบคุมอาการด้านบวกแล้วยังสามารถลดการกำเริบซ้ำของโรคได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบซ้ำอยู่บ่อย ๆ นั้น ส่วนใหญ่มีปัญหาจากการขาดยา

การรักษาแบ่งออกเป็น 2 ช่วง

1) ระยะควบคุมอาการ เป้าหมายของการศึกษาระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว การที่มีอาการรุนแรงหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยโดยทั่วไปดีขึ้นตั้งแต่ระยะแรกนั้น เป็นมาจากฤทธิ์ทำให้สงบของยา (sedating effect) ส่วนฤทธิ์ในการรักษาอาการโรคจิตของยานั้น ต้องใช้เวลาเป็นสัปดาห์จึงจะเห็นผล ขนาดของยาที่ใช้โดยทั่วไปคือ Chlorpromazine 300-500 มก./วัน หรือ Haloperidol 6-10มก./วัน ในกรณีที่ผู้ป่วยมีอาการรุนแรงมากอาจให้ Benzodiazepine ขนาดสูงร่วมไปด้วย หากหลังจาก 2 สัปดาห์แล้วอาการโรคจิตไม่ดีขึ้น จึงพิจารณาเพิ่มขนาดยา

2) ระยะให้ยาต่อเนื่อง หลังจากมีอาการสงบแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง เพื่อป้องกันมิให้กลับมามีอาการกำเริบซ้ำ ยิ่งผู้ป่วยที่มีการพยากรณ์โรคที่ไม่ดี การควบคุมด้วยยาเป็นสิ่งสำคัญ ขนาดของยาจะต่ำกว่าที่ใช้ในระยะแรกโดยทั่วๆ ไป จะค่อย ๆ ลดยาลงจนถึงขนาดต่ำสุดที่ควบคุมอาการได้ ซึ่งขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละคน ขนาดของยาที่ใช้โดยเฉลี่ยประมาณ 100 - 300 ม.ก. ของ Chlorpromazine ต่อวัน ระยะเวลาในการรักษา ส่วนใหญ่ในผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรคนั้น หลังจากอาการโรคจิตดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี หากเป็นบ่อยกว่านี้ ควรให้ยาต่อเนื่องไปตลอด

3. การรักษาด้วยไฟฟ้า

การรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ป่วยโรคจิตเภท นั้น ผลไม่ตีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปจะใช้ในกรณี ผู้ป่วยไม่ตอบสนอง ต่อการรักษาด้วยยา โดยใช้ ECT ร่วมไปด้วย นอกจากนี้อาจใช้ในผู้ป่วยชนิด Catatonia หรือ ผู้ป่วยที่มี severe depression ร่วมด้วย

4. การรักษาจิตสังคม

ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะดีขึ้น จากการให้การรักษาด้านจิตสังคมร่วมไปกับการใช้ยาด้านโรคจิตได้มากกว่าผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ได้แก่

1) พฤติกรรมบำบัด (Behavioral Therapy)

วิธีการรักษาทางพฤติกรรมที่ใช้ คือ Token economies การฝึกความชำนาญเพื่อการดำรงตนในสังคม การดูแลตนเอง ฝึกความชำนาญที่ผู้ป่วยมีอยู่ และ การสื่อสารระหว่างบุคคลโดยอาศัยการให้กำลังใจ ให้คำชมเชย และการให้สิทธิพิเศษที่ผู้ป่วยต้องการอย่างเหมาะสม

2) ครอบครัวบำบัด (Family Therapy)

การใช้ครอบครัวบำบัดจะมีส่วนช่วยในการลดการกำเริบใหม่ของโรค โดยเฉพาะครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่อกันอย่างมาก (High expressed emotion) ซึ่งอาจแสดงออกมาในรูปของการเป็นศัตรู ด่าทอกัน หรือผูกพันทางอารมณ์อย่างมาก รวมทั้งก้าวก่ายชีวิตของผู้ป่วยมากเกินไป

3) กลุ่มบำบัด (Group Therapy) โดยทั่วไปเน้นในเรื่องการวางแผนชีวิต แก้ปัญหาและเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล การใช้กลุ่มบำบัดแบบประคับประคอง จะช่วยในการลดการแยกตัวได้มากเพิ่มความรู้สึกมีพวกพ้อง ทำให้อยู่ในโลกของความเป็นจริงมากขึ้น

4) การฝึกความชำนาญเพื่อการดำรงตนในสังคม (Social skill training) โดยจะฝึกพฤติกรรมระหว่างบุคคล เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้ในสังคมด้วยตนเอง

5) จิตบำบัดรายบุคคล (Individual psychotherapy)

การทำจิตบำบัดรายบุคคลจะเป็นประโยชน์ ต่อผู้ป่วยก็ต่อเมื่อมีการสร้างความสัมพันธ์ในการรักษาที่ดี และการมีพันธไมตรีในการรักษา (Therapeutic alliance) การทำจิตบำบัดชนิดประคับประคอง (Supportive psychotherapy) เป็นชนิดที่มีการใช้มากที่สุด

6) นิเวศน์บำบัด (Milieu Therapy) เป็นการจัดสภาพแวดล้อมในโรงพยาบาล เพื่อช่วยส่งเสริมกระบวนการรักษา ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมต่าง ๆ ภายในหอผู้ป่วย การจัดสภาพแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยให้น่าอยู่ ระบบการบริหารแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นบางส่วน ผู้ป่วยต้องช่วยในกิจกรรมต่าง ๆ เท่าที่ทำได้

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลผู้ป่วยในโรงพยาบาลจะเน้นการดูแลรักษาด้วยยาเป็นหลัก และให้การดูแลด้านจิตสังคมร่วมด้วย จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นได้เร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว ซึ่งการรักษาพยาบาลทางจิตเวชดังกล่าว จะต้องให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัวโดยทีมจิตเวช ประกอบด้วย จิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ เภสัชกร และนักอาชีวบำบัด เป็นต้น และแต่ละวิชาชีพจะมีบทบาทที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจิตเวชซึ่งเป็นบุคคลหนึ่งในทีมที่นับว่ามีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยอย่างมาก เนื่องจากเป็นผู้ที่ต้องดูแลผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง โดยลักษณะงานของการพยาบาลจิตเวช มีดังนี้

ลักษณะงานของการพยาบาลจิตเวช (Characteristic of Psychiatric Nursing)

ลักษณะงานของการพยาบาลจิตเวช คือ การสังเคราะห์ความรู้และประสบการณ์ทั้งการพยาบาลและสุขภาพจิตเข้าด้วยกันเพื่อให้การบริการแก่บุคคล ครอบครัว ชุมชน ใช้รอบความรู้ทางทฤษฎีที่เน้นจิตสังคม (Psycho-Social) และชีววิทยา (Biophysical Sciences) โดยเฉพาะทฤษฎีที่เกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ที่คำนึงถึงจิตสังคมและวัฒนธรรมในแง่ของสุขภาพและความเจ็บป่วย รวมทั้งแนวคิดทางกระบวนการพยาบาลได้ถูกนำมาบูรณาการ เพื่อการปฏิบัติการพยาบาลจิตเวช

การพยาบาลจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติเป็น 4 มิติ คือ (จวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น (Primary Prevention) โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าวจะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

การปฏิบัติพยาบาล คือ การให้ความรู้แก่ประชาชนในเรื่องสุขภาพจิต เช่น การให้ความรู้และคำแนะนำก่อนสมรส และเกี่ยวกับความรู้กับพัฒนาการของบุคคลทุกวัย การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงและการรับหน้าที่ตามวงจรชีวิต เป็นต้น

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวลได้

การปฏิบัติพยาบาลจะต้องทำต่อเนื่องจากการส่งเสริมสุขภาพจิตดังกล่าวข้างต้น เพื่อให้บุคคลรักษาระดับของสุขภาพจิตให้ดีอยู่เสมอ พยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้ความเข้าใจช่วยเหลือแนะนำในเรื่องการปรับตัว การเผชิญปัญหา การลดความวิตกกังวลและความเครียด รวมทั้งช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤติ การปฏิบัติเช่นนี้เปรียบเสมือนเป็นการให้ภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจแก่บุคคล

3. การบำบัดรักษา (Therapeutic or restoration of Mental Health) การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่ขจัดให้หมดไปโดยเร็วอาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาทได้ มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

การปฏิบัติการพยาบาล คือ เมื่อพบผู้มีปัญหาสุขภาพจิตหรือผู้เจ็บป่วยทางจิต ต้องให้คำแนะนำช่วยเหลือให้ได้รับการรักษาทันเวลาที่ เพื่อไม่ให้สุขภาพจิตเสื่อมหรือลุกลามซึ่งจะเป็นการยากที่จะแก้ไขหรือรักษาให้หายได้ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 2 (secondary prevention) พยาบาลจะจัดกิจกรรมการพยาบาล เพื่อเสริมสร้างให้ผู้ป่วยมีสภาวะจิตใจที่เข้มแข็งเช่นเดิม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ และการมีปฏิสัมพันธ์เพื่อการบำบัดรักษา การให้ยา การดูแลทางด้านร่างกาย เป็นต้น

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ (Rehabilitation of Mental Health) ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจจะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจไม่ดี ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลช่วยเหลือตนเอง

การปฏิบัติการพยาบาล คือ ฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ซึ่งจัดเป็นการป้องกันขั้นที่ 3 (Tertiary Prevention) โดยการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การรักษาบำบัดอื่นๆ ร่วมกับบุคลากรในทีมจิตเวช ในระยะนี้ผู้ป่วยจะต้องได้รับการรักษาทางการแพทย์ รวมทั้งการใช้รูปแบบทางสังคม เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมและการจัดกลุ่มกิจกรรมบำบัดดังกล่าวข้างต้น มาผสมผสานให้การฟื้นฟูเพื่อขจัดความไม่สามารถต่างๆ และเสริมสร้างความสามารถในการช่วยตัวเองและความเป็นอยู่ในสังคมใหม่

สรุปได้ว่าการให้บริการทางการพยาบาลในโรงพยาบาลของพยาบาลจิตเวช เน้นทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้รับบริการ รวมทั้งการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

1.2 การรักษาพยาบาลในชุมชน

แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วยจะถูกรับไว้รักษาในโรงพยาบาลในช่วงสั้น การฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลควรเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวถือเป็นแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวควรดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จนกระทั่งรับผู้ป่วยกลับไปดูแลต่อที่บ้านและชุมชน เนื่องจากผู้ป่วย ญาติและครอบครัว มีความสามารถจำกัดทั้งด้านกำลังกายและความคิด ซึ่งไม่สามารถกระทำสิ่งใดๆให้สำเร็จลุล่วงไปตามความต้องการทุกอย่างได้ด้วยตนเองตามลำพัง (ธงชัย สันติวงษ์, 2537: 6 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542) จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของรัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ญาติ และครอบครัวต่อไป หน่วยงานหรือองค์กรที่ให้บริการด้านสุขภาพที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) สถานีอนามัย และโรงพยาบาลชุมชน ส่วนหน่วยงานหรือองค์กรที่ไม่ได้ให้บริการด้านสุขภาพ ที่มีอยู่ในชุมชน และสามารถให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยและครอบครัวได้ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์ฝึกอาชีพ รวมถึงมูลนิธิต่างๆที่ตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อให้การรักษาพยาบาลในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ประชาชนได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่นหรือในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้านมากที่สุด จะเป็นการช่วยประหยัดค่าใช้จ่ายให้น้อยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ควรได้รับการรักษาจากผู้ชำนาญเฉพาะสาขา จะเป็นการส่งต่อจากระดับล่างไปสู่ระดับบน หรือระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ ไปสู่ระดับจังหวัด ส่วนการส่งต่อจากระดับบนมาสู่ระดับล่าง คือ เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาในระดับจังหวัดหรืออำเภอมีอาการทุเลาลง สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองแต่ยังต้องการดูแลต่อเนื่อง ก็อาจส่งผู้ป่วยกลับมารับการรักษาต่อเนื่องยังสถานบริการซึ่งอยู่ใกล้บ้านที่สุดได้โดยไม่จำเป็นต้องค้างในสถานบริการนั้น เป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายทั้งฝ่ายผู้ป่วยและงบประมาณของรัฐบาล และยังทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสฟื้นฟูสภาพได้เร็วขึ้น ซึ่งระบบการส่งต่อเป็นเครื่องมือสำคัญในการดำเนินการดูแลสุขภาพที่บ้าน (Chromiak, 1992: 39 อ้างถึงใน กัลยาณี โนอินทร์, 2542: 26) เพื่อนำผู้ป่วยที่พร้อมจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลกลับไปยังบ้านหรือชุมชน ทั้งยังช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง

รูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน ดังนี้ (กัลยาณี โนอินทร์, 2542: 8-10)

1. เป็นบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งในผู้ที่มีภาวะสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกการ หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทุกข์ทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลาย สาขาวิชาชีพร่วมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้ป่วยแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การ ป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ร่วมกับการให้บริการ สาธารณสุขมูลฐาน เพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มี ศักยภาพในการปฏิบัติตัว สามารถสังเกตอาการผิดปกติ และแก้ไขปัญหา สุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ยอมรับสภาวะสุขภาพ และการดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่อง ระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของ ผู้ป่วยและครอบครัว โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

กล่าวโดยสรุป แนวคิดเกี่ยวกับการดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้าน มีลักษณะการ บริการแบบผสมผสานและต่อเนื่อง ด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพดี และผู้ที่มีปัญหาทาง สุขภาพที่บ้านโดยทีมสุขภาพ ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือ และการพึ่งตนเองของผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน

หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ปัจจุบันได้มีการพัฒนารูปแบบอย่างกว้างขวางทั้งใน โรงพยาบาลและในชุมชนจากอดีตจนปัจจุบัน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังนี้ (Klebnoff, 1989; Pelletier, 1988 อ้างถึงใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2543)

1. ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและความ พิกการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
2. ลดอัตราการเข้ารับรักษาตัวในโรงพยาบาล
3. พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
4. ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและ ครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด

5. ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
6. ประสานการติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
7. เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
8. ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
9. เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น เรื่องอาการที่ต้องการการรักษาโดยแพทย์ การให้ยา การรับประทานยา การมีกิจกรรมและมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น รวมทั้งการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม
10. จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพและจิตเวชชุมชนอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย รวมทั้งมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยที่บ้าน เพราะถือว่าญาติและครอบครัวเป็นเครือข่ายที่สำคัญ และเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมและสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงจะสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วย ทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วย ที่กลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ประหยัดค่าใช้จ่ายของโรงพยาบาลและของรัฐได้อีกทางหนึ่งด้วย (ทัศนีย์ อนันตพันธุ์พงศ์, 2540: 112 อ้างถึงใน กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

2. ผู้ดูแลกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและชุมชน

โรคจิตเภทนับเป็นโรคทางจิตเวชที่ก่อให้เกิดความพิการทางจิตใจได้สูง เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งซึ่งเป็นๆหายๆ มีโอกาสเป็นซ้ำได้บ่อยครั้ง และส่งผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยอย่างมาก เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตที่รุนแรงจนไม่สามารถดูแลได้ เป็นหน้าที่ของผู้ดูแลครอบครัวที่จะต้องพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษา และเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผู้ดูแลและครอบครัวจำเป็นต้อง

รับผู้ป่วยไปดูแลต่อที่บ้านและชุมชน จะเห็นได้ว่าผู้ดูแลและครอบครัวมีความสำคัญอย่างมาก ต่อการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน

2.1 ผู้ป่วยจิตเภทและผลกระทบผู้ดูแลและครอบครัว

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับภาวะของผู้ดูแลและครอบครัวจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลกระทบต่อผู้ดูแล ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล ความสัมพันธ์ทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านจิตวิญญาณ และความเชื่อส่วนบุคคล ดังต่อไปนี้

2.1.1 ผลกระทบด้านร่างกาย (Physical domain) การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตด้านร่างกายเป็นอย่างมาก เนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการเรื้อรัง ต้องการดูแลในด้านกิจวัตรประจำวัน บางครั้งมีอาการรุนแรง หรือมีพฤติกรรมที่ไม่อาจคาดคะเนได้ เช่น อาการหลงผิด ประสาทหลอน พูดคนเดียว ต่ำว่าเพื่อนบ้าน ก้าวร้าว และฆ่าตัวตาย เป็นต้น (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกเหน็ดเหนื่อย พักผ่อนไม่เพียงพอส่งผลให้เบื่ออาหาร นอนไม่หลับ ประสิทธิภาพในการทำงานลดลงจนถึงอาจล้มป่วย ดังเช่น การศึกษาของ วรข นิธิกุล (2535) ซึ่งศึกษาความเครียดของญาติผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 120 คน ในโรงพยาบาล ศรีธัญญา พบว่า ผู้ป่วยไม่นอนในเวลากลางคืนมีพฤติกรรมรบกวนการนอนของผู้อื่น บางรายทำลายสิ่งของภายในบ้าน ทำร้ายร่างกายผู้อื่น และจากการศึกษาของ Salleh (1994) พบว่า อาการผู้ป่วยจิตเภทขัดขวางการปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัวของผู้อื่น และบางครั้งมีผลให้ผู้อื่นมีอาการเจ็บป่วยหรือไม่สุขสบายทางกาย เนื่องจากผู้ป่วยไม่ปฏิบัติกิจวัตรส่วนตัว ไม่ช่วยเหลืองานบ้าน ซึ่งผู้ดูแลต้องกระทำแทน อีกทั้งต้องคอยดูแลด้านความปลอดภัยของตนเองผู้ป่วยและสิ่งของต่าง ๆ

2.1.2 ผลกระทบด้านจิตใจ (Psychological domain) ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องเผชิญปัญหาด้านจิตใจในหลาย ๆ ด้าน จะรู้สึกเครียด กังวลต่อการเจ็บป่วยของผู้ป่วย วิตกกังวลต่อพฤติกรรมรุนแรงที่อาจเกิดขึ้น โดยไม่อาจคาดการณ์ล่วงหน้าได้ และกังวลว่าจะดูแลผู้ป่วยอย่างไรจึงจะเหมาะสม จากการศึกษาของ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่า ผู้ดูแลยังขาดความรู้ เรื่องการดูแลผู้ป่วยจะเรียนรู้โดยการลองผิดลองถูก ทำให้เกิดความเครียดวิตกกังวล สับสน และเหนื่อยล้าเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ผู้ดูแลรู้สึกอับอายที่มีญาติป่วยทางจิต ทำให้เกิดอารมณ์เศร้า โกรธ หรือรู้สึกเครียดตลอดเวลา บางรายอาจรู้สึกผิดคิดว่าตนมีส่วนทำให้ผู้ป่วยเป็นโรคจิตทำให้รู้สึกไม่สบายใจ ดังเช่น การศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ ผู้ดูแลเกิด

เครียด คือ ความรู้สึกสูญเสีย เศร้าโศก เสียใจ เมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท และในรายที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ผู้ดูแลก็จะกังวลเกี่ยวกับความปลอดภัยต่อตัวผู้ป่วย และบุคคลที่อยู่รอบข้าง บางครั้งจำเป็นต้องแยกหรือขังผู้ป่วยไว้ ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกคับข้องใจที่ต้องทำเช่นนั้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เพชรา อินอิม (2531) ที่พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่เห็นว่าไม่ควรกักขังผู้ป่วยตลอดเวลา แต่ต้องดูแลไม่ให้ผู้ป่วยทำให้ผู้ดูแลอับอาย และไม่ยอมให้ผู้อื่นรู้ว่ามีการตีผู้ป่วยเป็นโรคนี้

2.1.3 ด้านความเป็นอิสระของผู้ดูแล (Level of independence) ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลมีความเป็นอิสระน้อยลง เนื่องจากมีภาระหลายอย่างที่ต้องดูแลรับผิดชอบ ผู้ป่วยโดยไม่สามารถกำหนดเวลาที่จะให้การดูแลได้แน่นอน เพราะต้องขึ้นอยู่กับอาการผู้ป่วย ดังเช่น ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2531) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ต้องเป็นภาระแก่ผู้ดูแลในหลาย ๆ เรื่อง เช่น เรื่องสุขภาพอนามัย การรับประทานยา การมีพฤติกรรมแปลก ๆ การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม และการระวังอันตรายต่าง ๆ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีเวลาเป็นของตัวเอง สอดคล้องกับ การศึกษาของ วรภช นิธิกุล (2535) ที่พบว่า ผู้ดูแลประสบกับปัญหา ไม่มีเวลาเพียงพอที่จะทำกิจกรรมส่วนตัวได้ตามต้องการ เนื่องจากต้องคอยดูแลผู้ป่วย

2.1.4 ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม (Social relationship)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภททำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระในการดูแลทั้งกิจวัตรประจำวัน หรือเฝ้าดูแลในขณะที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งไม่สามารถปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่บ้านตามลำพังได้ ทำให้ ผู้ดูแลไม่สามารถปลีกตัวไปร่วมกิจกรรมในสังคมดังที่เคยปฏิบัติ เช่น การไปร่วมทำบุญ ร่วมประเพณีต่าง ๆ หรือไปร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชน เกิดความห่างเหินกับสังคม ดังการศึกษา ของ วรภช นิธิกุล (2535) ที่พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกว่าไม่มีเวลาเพียงพอที่จะไปร่วมกิจกรรมทางสังคมได้ดังแต่ก่อน และ มีการเชิญเพื่อนมาสังสรรค์ที่บ้านน้อยลง สอดคล้องกับการศึกษา ของ บัทมา ทับเสริมไท (2535) ที่ศึกษาเรื่องการเผชิญภาวะเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 197 คน พบว่า ผู้ดูแลมีการเชิญเพื่อนบ้านมาสังสรรค์ที่บ้านหรือไปเยี่ยมเยียนเพื่อน ๆ น้อยลง

2.1.5 ด้านสิ่งแวดล้อม (environment) การมีผู้ป่วยจิตเภทในการดูแลส่งผลต่อสิ่งแวดล้อม ซึ่งหมายถึงบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง ก็ต้องเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยและบรรยากาศโดยทั่วไป ในส่วนของความปลอดภัยและความมั่นคงของชีวิต ภายในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทบางคนมีพฤติกรรมไม่เป็นมิตร รุนแรง ก้าวร้าว การที่ผู้ดูแลต้องเอาใจใส่ผู้ป่วยมาก ทำให้ละลาย ความต้องการของบุคคลอื่นในครอบครัว เป็นเหตุให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความน้อยใจ

คับข้องใจได้ หรือ ผู้ป่วยบางคน มีพฤติกรรมเก็บตัว แยกตัว อาจพยายามทำร้ายตัวเอง ไม่สนใจตัวเอง ไม่ทำกิจวัตรประจำวัน ทำให้ผู้ดูแล และสมาชิกในครอบครัวรู้สึกอึดอัดที่ต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวัน ดูแลความสะอาดของสิ่งแวดล้อม หรือในบางรายผู้ดูแลอาจต้องลงมือช่วยเหลือผู้ป่วยเพื่อมุ่งหวังให้สิ่งแวดล้อมสะอาดและปลอดภัยมากที่สุด

2.1.6 ด้านจิตวิญญาณ ศาสนา และความเชื่อส่วนบุคคล (Spirituality/Religion/Personal beliefs) โดยเฉพาะความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ของชลิ่ง โชคชะตา จิตวิญญาณ การให้ความหมายของชีวิต เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตไม่มีสาเหตุเด่นชัด และอาการที่แสดงออกจะแปลกกว่าการเจ็บป่วยทางด้านร่างกายทั่วไป และในบางครั้งการให้ยาก็ไม่อาจยับยั้งการเจ็บป่วยได้ ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต้องแสวงหาการช่วยเหลือทางจิตวิญญาณ เช่น การไปขอพระรดน้ำมนต์ การไปหาหมอผีทำพิธีขับไล่ผี การทรงเจ้าเพื่อให้ทำนาย บางครั้งต้องมีการประกอบพิธีกรรมต่างๆ ร่วมด้วย ในบางครั้งความเชื่อของผู้ดูแลและสมาชิกในครอบครัวกับผู้ป่วยจิตเภทเองก็ขัดแย้งกัน มีความลำบากใจในการรักษาทางไสยศาสตร์กับการรักษาของแพทย์ บางรายปฏิเสธการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อไปทำพิธีทางไสยศาสตร์ เมื่ออาการไม่ดีขึ้นก็ไม่กล้ากลับมารักษาต่อในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตมากขึ้น ส่งผลให้ผู้ดูแลต้องรับภาระมากขึ้น

จากการศึกษาของ กรองจิตต์ เมืองวุฒิ (2537) ที่ศึกษา ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชที่โรงพยาบาลสวนปรุง จำนวน 200 ราย พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่ มีความเชื่อว่าเป็นผลกรรมในชาติปางก่อนเกิดจากการถูกผีสิง ถูกเวทย์มนต์คาถา และการรับประทานอาหารบางอย่าง ความเชื่อเหล่านี้ส่งผลต่อการดูแลรักษาผู้ป่วย เช่น มีการรดน้ำมนต์ บนบานสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ควบคู่ไปกับการรักษาทางการแพทย์ เช่นเดียวกับ การศึกษาของ สงวนศรี แต่งบุญนาม (2537) พบว่าผู้ดูแลส่วนใหญ่มีความเชื่อที่ไสยศาสตร์มีส่วนในการป่วยของผู้ป่วยโรคจิต เช่นเชื่อว่าการป่วยทางจิต เป็นผลกรรมในชาติปางก่อน โรคจิตเกิดจากการถูกผีสิง ถูกเวทย์มนต์คาถา และการรับประทานอาหารบางอย่าง ความเชื่อเหล่านี้ทำให้บุคคลรู้สึกว่า อำนาจลึกลับเหนือธรรมชาติเหล่านั้นทำให้ตนต้องประสบกับปัญหาในชีวิต ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยตนเอง เป็นความเชื่อส่วนบุคคลในทางลบซึ่งไม่ส่งเสริมให้บุคคลเกิดแรงจูงใจ ที่จะเผชิญปัญหาในทางที่เหมาะสม และอาจเกิดปัญหาทางจิตใจอารมณ์ตามมาได้

นอกจากการมีบุคคลที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทในครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัวอีกด้วย เนื่องจากความเจ็บป่วยทางจิตเป็นประสบการณ์รูปแบบหนึ่งที่ทำให้เกิดความทุกข์ทรมานต่อบุคคล จากธรรมชาติของโรคที่ต้องใช้ระยะเวลายาวนานใน

การรักษา ทั้งผู้ป่วยและญาติต่างต้องเผชิญปัญหาที่มักจะเวียนกลับมาในลักษณะเดิมซ้ำแล้วซ้ำอีก ซึ่งผลกระทบต่อครอบครัวมีดังนี้

1) ด้านจิตใจและอารมณ์ของครอบครัว

จากผลการวิจัยของ รุจิรา จงสกุล และคณะ (2540) อ้างถึงใน สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) พบว่า ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเภทมีค่าเฉลี่ยด้านเจตคติและความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในระดับค่อนข้างต่ำ แสดงให้เห็นว่า ครอบครัวทนต่ออาการและพฤติกรรมที่รุนแรงของผู้ป่วยไม่ไหว ดังนั้นถ้าสมาชิกคนใดคนหนึ่งเจ็บป่วย ย่อมส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในหน้าที่และบทบาท การเปลี่ยนแปลงเหล่านี้จะก่อให้เกิดความเครียดขึ้น และจากการศึกษาของ Baker (1989) พบว่า ครอบครัวมีความรู้สึกเศร้า เสียใจ อับอายจากพฤติกรรมแปลกๆของผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากเป็นโรคที่รุนแรงและเรื้อรัง

ประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ครอบครัวอาจมีได้หลายลักษณะ เช่น มีปัญหาด้านอัตมโนทัศน์ การที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทำลายตนเอง และพฤติกรรมต่อต้านสังคม เป็นต้น นอกจากนี้การป่วยด้วยโรคจิตเภท ยังอาจก่อให้เกิดความไม่สมดุลของครอบครัวในวันข้างหน้าได้ ครอบครัวอาจรู้สึกถึงความไม่แน่นอน ความรู้สึกจะมากยิ่งขึ้นเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบบ่อยๆ

2) ด้านเศรษฐกิจของครอบครัว

การมีสมาชิกในครอบครัวที่ป่วยด้วยโรคจิตเภท ทำให้สมาชิกบางคนมองว่า ผู้ป่วยเป็นภาระ ดังเช่นการศึกษาของ เพชรา อินอิม (2531) เกี่ยวกับความคิดเห็นของญาติผู้ป่วยจิตเภท พบว่า การมีผู้ป่วยจิตเภทในครอบครัวทำให้ครอบครัวมีรายจ่ายมากขึ้นในการรักษาพยาบาล รายได้ของสมาชิกคนอื่นๆลดลง สอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพศรี บุรณางกูร (2538) พบว่า ครอบครัวเกือบ 3 ใน 4 มีฐานะการเงินไม่ดีเนื่องจากอาชีพส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรและรับจ้าง โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่สามารถหารายได้มาจุนเจือครอบครัวได้ แต่ตัวผู้ป่วยเองจำเป็นต้องมีค่าใช้จ่ายอื่นๆเช่นเดียวกัน เช่น ค่ายา ค่าเดินทางมารักษา เป็นต้น ทำให้ครอบครัวมีภาระหนักขึ้น จึงเห็นว่าผู้ป่วยเป็นภาระที่ยุ่งยากและเดือดร้อน บางครอบครัวถึงกับกักบริเวณผู้ป่วยไว้ เพราะไม่ต้องการเสียเงินค่ายา ค่าเดินทางมาโรงพยาบาล การมีผู้ป่วยโรคจิตเภทในครอบครัวจึงนำไปสู่ปัญหาด้านเศรษฐกิจที่รุนแรงมากขึ้น (เพชรา อินอิม, 2531)

3) ด้านการดำเนินชีวิตประจำวันและสังคม

เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาในระยะยาว สมาชิกในครอบครัวบางรายขาดการพักผ่อน วิดกกังวลจนนอนไม่หลับ รับประทานอาหารได้น้อยทำให้ร่างกายซูบผอม (นันทิกา ทวีชาติ, 2539 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) และบางครั้ง

ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง ก้าวร้าวเนื่องจากมีอาการหลงผิดประสาทหลอน อาจทำร้ายร่างกายสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆได้ ดังจะเห็นจากการศึกษาของ วรกช นิธิกุล (2535) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมักไม่นอนตอนกลางคืน รบกวนการพักผ่อนของคนอื่น บางรายทำร้ายร่างกายและทำลายข้าวของ และพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นภาระแก่ครอบครัวหลายๆเรื่อง เช่น ด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล การระวังอันตรายต่างๆ ทำให้ญาติรู้สึกที่ไม่มีเวลาเป็นของตัวเองในการทำกิจกรรมที่ต้องการ

ด้านความสัมพันธ์ทางสังคมก็กระทบเช่นกัน จากการศึกษาของ วรกช นิธิกุล (2535) และ บัทมา ทัทเสร์มไทย (2534) ให้ผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน คือ ครอบครัวรู้สึกที่ไม่มีเวลาพอที่จะไปร่วมกิจกรรมในสังคม เช่นการไปสังสรรค์กับเพื่อนหรือเชิญเพื่อนมาที่บ้าน เพราะต้องคอยดูแลในสิ่งที่ผู้ป่วยจะทำให้ครอบครัวอับอาย และพยายามปิดบังไม่ให้ผู้อื่นรู้ว่าคนในครอบครัวป่วยด้วยโรคจิต

จะเห็นได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จะส่งผลกระทบต่อครอบครัวและผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นอย่างมาก พยายามในฐานะเป็นผู้ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวหรือผู้ดูแลแบบองค์รวม จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาหรือหาแนวทางในการช่วยเหลือ เพื่อลดภาระของครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพ จะต้องให้ผู้ดูแลและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลจนกระทั่งรับผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้าน

2.2 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล

ครอบครัวเป็นหน่วยเล็กที่สุดของสังคม เป็นสถาบันซึ่งทำหน้าที่วางรากฐานให้แก่สถาบันอื่นๆในสังคม และเป็นสถาบันที่ดีที่สุดที่จะเกื้อกูลต่อชีวิตมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนกระทั่งตาย สมาชิกในครอบครัวจะเจริญเติบโตได้อย่างปกติย่อมต้องอาศัยครอบครัว ซึ่งจะคอยส่งเสริมให้บุคคลมีพัฒนาการระดับประคอง สนับสนุน คำจูงใจให้สามารถดำเนินชีวิตไปได้อย่างราบรื่นและมีความสุข (อัมพล สุอำพัน, 2539 อ้างถึงใน ภูมิชาติ แสงเขียว, 2542)

Hogarth & Weeks (1992 อ้างถึงใน ภูมิชาติ แสงเขียว, 2542) กล่าวถึงการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวว่า หมายความว่ารวมถึงการเพิ่มสมาชิกใหม่ อบรมขัดเกลาระเบียบวินัยให้แก่เด็ก ทำให้บ้านเป็นที่พักพิงให้สมาชิกมีความอบอุ่น ตอบสนองทางด้านอารมณ์ ดูแลสุขภาพและให้ความช่วยเหลือดูแลในขณะที่สมาชิกเจ็บป่วย สามารถปรับตัวให้เข้าได้กับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกครอบครัว ตลอดจนการจัดเตรียมสิ่งอำนวยความสะดวกตามความจำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคนในครอบครัว

การปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิดของครอบครัวบำบัด มีองค์ประกอบของการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวดังนี้

Friedman (1992 อ้างถึงใน ภูมชาติ แสงเขียว, 2542) กล่าวถึงองค์ประกอบในการปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวไว้ 5 ด้าน ดังนี้

1. ด้านอารมณ์ ให้สมาชิกทุกคนได้รับความรัก ความอบอุ่น ตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ของสมาชิก หล่อหลอมบุคลิกภาพให้แก่สมาชิก
2. ด้านการอบรมสั่งสอนให้รู้ระเบียบทางสังคม ครอบครัวเป็นหน่วยพื้นฐานที่จะทำให้สมาชิกที่เป็นเด็ก ได้รับรู้สถานะทางสังคมของตน ในฐานะสมาชิกคนหนึ่งของครอบครัว
3. ด้านการสร้างสมาชิกใหม่ เพื่อความต่อเนื่องของครอบครัว และดำรงเผ่าพันธุ์ของมนุษย์ในสังคม
4. ด้านเศรษฐกิจ ครอบครัวจำเป็นต้องเตรียมแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นให้แก่สมาชิกทุกคน ทั้งด้านทรัพย์สินและอุปกรณ์ต่างๆ
5. ด้านการดูแลสุขภาพ ตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกาย ได้แก่ การจัดหาอาหาร เครื่องแต่งกาย ที่พัก และมีการดูแลเมื่อเจ็บป่วย

ดังนั้น ความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล ได้แก่ เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวป่วย ครอบครัวต้องทำหน้าที่หลักในการดูแลและเป็นตัวประสานในการบำบัดรักษา มีบทบาทในการหารายได้มาค้ำจุนครอบครัว ให้ความมั่นคงทางจิตใจ อารมณ์ และสังคมแก่สมาชิกในครอบครัว (อมรา พงศาพิชญ์, 2538 อ้างถึงใน สถิต วงศ์สุระประกิจ, 2542) โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทที่ต้องดูแลเป็นเวลาระยะนาน ซึ่งการที่ครอบครัวจะทำหน้าที่ได้ดี ก็ต้องมีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งเตรียมความพร้อมของครอบครัว ในความรับผิดชอบที่จะดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องในชุมชน

2.3 การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเภท เป็นโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง กำเริบซ้ำบ่อยๆ เมื่อแนวการรักษาในปัจจุบันเน้นจำหน่ายผู้ป่วยโดยเร็วที่สุด (กรมสุขภาพจิต, 2541) แต่ยังไม่มียุทธศาสตร์การมารองรับการดูแลต่อเนื่องในชุมชน จึงเกิดผลกระทบต่อผู้ดูแลและครอบครัวตามอย่างมาก เช่น ก่อให้เกิดความวิตกกังวลในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพราะผู้ดูแลและครอบครัวไม่สามารถ

คาดหวังว่าจะหายหรือไม่ ซึ่งความรับผิดชอบของผู้ดูแลและครอบครัวที่ต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วย ในชุมชนหรือที่บ้านมีดังนี้ (Horowitz, 1982 cite in Davis, 1992 อ้างถึงใน ดร.ณิ ศพรหม, 2543)

2.3.1. การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแล และครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจาก ผู้ป่วยจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

2.3.1.1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่ จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหา อุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2.3.1.2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้ไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตัวเองได้ แต่จะทำให้ ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ทำงาน หรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานก็จะทำให้ผู้ป่วย หันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

2.3.1.3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยา สม่าเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาาน อาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย ดื้อ ขัดขืน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแล ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้อง จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเดิม เพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผน การรักษา

2.3.1.4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงเวลาและให้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทาน อาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้ว อาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางการเงิน เพิ่มขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบ ขับถ่ายสะดวก

2.3.1.5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความ บกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางราย

อาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีจืดจาง ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วยให้ปฏิบัติตนให้เหมาะสมถูกกาลเทศะ

2.3.1.6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับ ติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องสังเกต หาสาเหตุ หรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

2.3.1.7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจจะเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ชุดดิน ดायหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

2.3.1.8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน จะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

2.3.1.9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

2.3.1.10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

2.3.1.11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

2.3.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสี่ยงพหุลักษณะของตนเองโดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัวเคยประกอบอาชีพมีรายได้ค่าจุนครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.3.2.1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จ แม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2.3.2.2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

2.3.2.3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

2.3.3. การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นเพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

2.3.4. การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วย รวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ในค่ารักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

สรุปได้ว่าการรักษาพยาบาลในชุมชนเน้นการดูแลของครอบครัวหรือผู้ดูแลเป็นสำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ครอบครัวหรือผู้ดูแลจะต้องรับผู้ป่วยกลับดูแลต่อเองที่บ้าน โดยที่ครอบครัวหรือผู้ดูแลจะต้องดูแลให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองมากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจและกำลังใจทรัพย์ รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง และการพาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเมื่อผู้ป่วยมีอาการกำเริบ โดยบุคลากรทางโรงพยาบาลอาจติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนร่วมด้วย

ดังนั้นความรับผิดชอบของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยให้สามารถอยู่ที่บ้านหรือชุมชนนานที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมักมีอาการป่วยซ้ำได้หลายครั้ง มีอาการเป็นๆหายๆ ซึ่งเป็นภาระหนักต่อครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยไม่ให้มีอาการป่วยซ้ำ

3. ภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล

จากการที่ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านความคิด ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ มีความพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆในการดำเนินชีวิตประจำวัน ต้องพึ่งพาผู้อื่น

โดยเฉพาะผู้ดูแลโดยตรงซึ่งจัดดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานหรือตลอดชีวิต จึงเป็นผลให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ซึ่งมีผู้ให้ความหมายของภาระในการดูแลผู้ป่วย หลายแนวความคิดด้วยกัน คือ

3.1 ความหมายของภาระ

ความหมายของภาระในการดูแลตามแนวคิดต่าง ๆ มีดังนี้

ตามพจนานุกรมฉบับ บัณฑิตยสถาน พ.ศ.2525 ให้ความหมายของคำว่า " ภาระ " หมายถึง การงานที่หนัก หรือ หน้าที่ที่ต้องรับเอา และ จากพจนานุกรมของ กรอเลียว (The New Groliers Webster international Dictionary , 1976 อ้างถึงใน ทีปประพิณ สุขเขียว, 2543) ภาระ หมายถึง สิ่งที่ต้องทำ หน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องใช้แรงงาน หรือ ยากในการดำเนินการ สิ่งที่ทำให้ทุกข์ใจ สิ่งที่น่าเบื่อ รวมทั้งมี ผู้ให้ความหมาย ของภาระผู้ดูแลไว้ หลากหลายดังนี้

Hoenig and Halmilton (1966 cite in Jones, 1966) ให้ความหมายของภาระ เป็น 2 มิติคือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) และ ภาระเชิงอัตนัย (subjective burden) ซึ่งให้ความหมายสอดคล้องกับ Thomson and Doll (1982), Noh and Turner (1987), Leflery (1993) , Maurin and Boyd (1990 Cite in Doornbos, 1997), Cook , et al. (1994) และ Montgomery Gonyea and Hooyman (1985) ซึ่งได้ให้ความหมายของภาระของผู้ดูแลว่า เป็นการรับรู้ถึงความรู้สึกที่แสดงถึง ความยากลำบาก ความหนัก ความกดดัน ความเดือดร้อนของผู้ดูแล ซึ่งเป็นผลมาจากความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย โดยแบ่งภาระเป็น 2 มิติ คือ ภาระเชิงปรนัย (objective burden) เป็นเหตุการณ์ที่เห็นได้เป็นรูปธรรมชัดเจน มีความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงานหน้าที่ความรับผิดชอบเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลโดยตรง มีการรบกวนและเปลี่ยนแปลงชีวิตความเป็นอยู่ภายในบ้าน เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัวลดลง ต้องใช้จ่ายเงินมากขึ้น มีความเป็นอิสระ ลดลง พลังงานลดลง สัมพันธภาพกับสมาชิกในครอบครัวลดลง การมีเวลาทำกิจกรรมในวันหยุดพักผ่อน การมีกิจกรรมร่วมในสังคมลดลง ปัญหาหน้าที่การงาน และปัญหาด้านสุขภาพ ส่วนภาระเชิงอัตนัย (Subjective burden) เป็นความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง ทัดนคติ ปฏิบัติยาตอบสนองทางอารมณ์ของผู้ดูแลเกี่ยวกับประสบการณ์การดูแล เช่น ความรู้สึกเกินกำลัง รู้สึกทุกข์ใจที่ต้องดูแล ผู้ป่วย และความรู้สึกเหมือนติดกับ

แนวคิดที่ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกัน โดยให้ความหมายภาระที่เป็นปัญหาหรือความยุ่งยากโดยรวมจากการดูแลผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งไม่ได้แยกภาระให้เห็นอย่างชัดเจน ได้แก่ แนวคิดภาระของ Pai and Kapur (1981), Poulshock and Deimling (1984), Platt (1985), Novak

and Guest (1989 a), Bull (1990), Miler, Mc Fall, and Montgomery (1991) และ Provencher (1996) ซึ่งให้ความหมายของภาวะว่า เป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัว เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ส่วน George and Gwyther (1986) กล่าวว่า ภาวะของผู้ดูแลเป็นความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยที่เกิดขึ้น และมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งทางร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ซึ่งสอดคล้องกับ Feddersen (1990 อ้างถึงใน ทานตะวัน แยมบุญเรือง, 2540: 13) ให้ความหมายของ ภาวะ ว่าเป็นสภาพปัญหาในสถานการณ์ที่มีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผู้ดูแลจะต้องอดทน ต่อสภาพปัญหานั้น ซึ่งประกอบด้วย ปัญหาทางด้านกายภาพ เช่น ความเหนื่อยล้า ปัญหาทางด้านอารมณ์ เช่น ความเครียด ความวิตกกังวล ความซึมเศร้า ปัญหาทางด้านสังคม และปัญหาทางด้านการเงิน

สำหรับ Tessler (1992); Gubman, Tessler, and Wills, 1987; Schene, Tessler, and Gamachl, 1994; Tessler, Fisher, and Gamach (1992 cite in Jones, 1966) ได้ให้ความหมายของภาวะที่แตกต่างออกไปคือ แบ่งภาวะออกเป็น 2 ด้าน คือ ภาวะจากพฤติกรรมของผู้ดูแล เช่น ความต้องการของผู้ดูแลในการจัดการดูแลผู้ป่วย และภาวะจากพฤติกรรมการรบกวนของผู้ป่วย โดยประเมินผลของภาวะตามสถานการณ์ของผู้ดูแลได้ จาก 4 มุมมอง คือ

มุมมองที่ 1 พฤติกรรมของผู้ดูแลที่ส่งผลให้เกิดภาวะเชิงอัตนัยได้แก่ การประเมินตามสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับงานของผู้ดูแล

มุมมองที่ 2 พฤติกรรมของผู้ดูแลส่งผลให้เกิดภาวะเชิงปรนัย ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำตามสถานการณ์ในการดูแล

มุมมองที่ 3 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาวะเชิงอัตนัยจากการประเมินสถานการณ์ของผู้ดูแลและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการรบกวนของผู้ป่วย

มุมมองที่ 4 พฤติกรรมของผู้ป่วยส่งผลให้เกิดภาวะเชิงปรนัยจากการที่ผู้ดูแลมีภาระหน้าที่ได้แก่ ภาระหน้าที่ที่ต้องทำเนื่องจากพฤติกรรมของผู้ป่วยที่ทำให้เกิดความยุ่งยาก

จะเห็นได้ว่าได้มีผู้ให้แนวคิดเกี่ยวกับภาวะในรูปแบบที่เหมือนและแตกต่างกันตามการรับรู้ของแต่ละคน ซึ่งแนวคิดที่จะนำไปใช้ก็ควรจะเป็นแนวคิดที่ตรงกับมุมมองของความสนใจของแต่ละคนและเหมาะสมกับงานวิจัยนั้นๆ สำหรับแนวความคิดภาวะของผู้ดูแลที่ผู้วิจัยสนใจศึกษา คือ แนวความคิดภาวะของผู้ดูแล (Caregivers Burden) ของ Montgomery, et al. (1985) โดยให้ความหมายของภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท คือ การรับรู้ถึงความรู้สึก ที่แสดงถึงความหนักใจ ความเครียด ความเดือดร้อน ความยากลำบากในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งส่งผลกระทบต่อ

ต่อผู้ดูแลผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยแบ่งภาระของผู้ดูแลเป็น 2 ด้าน ได้แก่ 1) ภาระเชิงปรนัย (Objective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงในการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลในด้านต่างๆ ดังนี้ คือ ความเป็นส่วนตัว สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การมีกิจกรรมร่วมในสังคม หน้าที่การงาน และภาวะสุขภาพ 2) ภาระเชิงอัตนัย (Subjective Burden) เป็นการรับรู้เกี่ยวกับความรู้สึก ปฏิกริยาทางอารมณ์ และทัศนคติของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแนวคิดที่ครอบคลุมภาระหรือปัญหาการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3.2 ปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า มีหลายปัจจัยที่มีผลต่อภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย สามารถแบ่งเป็น 2 ด้าน ได้แก่

3.2.1 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแล

1) ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นเวลานานอาจทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกท้อแท้ เบื่อหน่าย และเกิดความเครียดตามมา มีผลกระทบต่อความผาสุกในชีวิตของผู้ดูแล

Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลและภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง โดยการสัมภาษณ์ 2 ครั้ง ครั้งแรก ออกจากโรงพยาบาล 2 สัปดาห์ และครั้งที่ 2 ออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน ผลการศึกษา พบว่า ภาระในการดูแลสามารถทำนายภาวะสุขภาพจิตของผู้ดูแลได้ ร้อยละ 27 และ ร้อยละ 17 ตามลำดับ อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการดูแลจะทำให้ ผู้ดูแลสามารถปรับตัวได้ดีขึ้น

Oberst, Thomas, Gass & Ward (1989) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาในการรักษา กับภาระในการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัวผู้ป่วยที่ได้รับรังสีบำบัดพบว่า ระยะเวลาในการรักษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาระในการดูแลของผู้ดูแล อธิบายได้ว่า ระยะเวลาในการรักษาผู้ดูแลจะรับรู้ภาระในการดูแลมากขึ้น

ซึ่งผลการศึกษาทั้ง 2 กรณี มีความขัดแย้งกัน จึงไม่อาจสรุปทิศทางของความสัมพันธระหว่างระยะเวลาในการดูแลกับความรู้สึกเป็นภาระได้

2) ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย บุคคลที่อยู่ในครอบครัวสายตรง ได้แก่ ปู่ ย่า ตายาย พ่อ แม่ ลูก หลาน จะมีความผูกพันทางอารมณ์ มีความรักระหว่างกันอย่างแน่นแฟ้น มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ส่วนความสัมพันธ์ของครอบครัวใกล้ชิด ได้แก่ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนบ้านเดียวกัน ผู้รู้จักคุ้นเคย คนในที่ทำงานเดียวกัน และคนใกล้ชิด อาจมีฐานเริ่มมาจาก " มีความสนใจร่วมกัน " จึงมีความสัมพันธ์ต่อกันหลายรูปแบบ ขึ้นอยู่กับความต้องการของแต่ละบุคคล ภายใต

สถานการณ์แต่ละอย่าง การช่วยเหลือเกื้อกูลที่ได้รับจากกัน จึงขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่มีต่อกัน ซึ่งความสัมพันธ์จะนำไปสู่ความคาดหวังและความรับผิดชอบสูง ทำให้มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Shelves, 1986)

จากการศึกษาลักษณะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในรัฐโอไฮโอ พบว่า ผู้ปกครองของผู้ป่วยทำหน้าที่ดูแล ร้อยละ 40 รองลงมาเป็นคู่สมรสของผู้ป่วย ร้อยละ 10 (Jones, 1996) ในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า ผู้ดูแลที่เป็นคู่สมรสของผู้ป่วยมีภาระมากกว่าผู้ดูแลที่เป็นบิดามารดา หรือพี่น้องของผู้ป่วย (Thomson and Doll, 1982)

3) การศึกษา จะช่วยให้บุคคล มีข้อมูล และความเข้าใจ ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้ดี การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหาความรู้ และแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ รวมทั้งมีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพ และการเจ็บป่วย สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ ในการเผชิญและแก้ไขปัญหาต่างๆ ได้ดีกว่าบุคคลที่ไม่มีการศึกษา หรือมีการศึกษาที่ต่ำกว่า การศึกษามีผลต่อการพัฒนาสติปัญญาช่วยในการตัดสินใจ การขาดความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วย มีผลต่อความรู้สึกเป็นภาระ (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

4) รายได้ของครอบครัว ถือเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ และมีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนอง ความต้องการขั้นพื้นฐานของบุคคล และเป็นตัวกำหนดความพึงพอใจในชีวิต มีผลทำให้เกิดความผาสุกในครอบครัว (Orem, 1985 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536)

Montgomery, et al. (1985) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างรายได้ของครอบครัว กับการรับรู้ภาระในการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางลบกับการรับรู้ภาระของผู้ดูแล อธิบายได้ว่าผู้ดูแลที่มีรายได้ของครอบครัวมาก จะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย สอดคล้องกับ Bull (1990) ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลจากสมาชิกครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง พบว่า รายได้เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ภาระในการดูแลของผู้ดูแลหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 2 เดือน อธิบายได้ว่า ครอบครัวที่มีรายได้มากจะรับรู้ภาระในการดูแลน้อย

5) อายุของผู้ดูแล อายุของผู้ดูแลแตกต่างกันจะทำให้รับรู้ภาระต่างกัน (Lefley, 1987; Cook, et al., 1993) เนื่องจากผู้ดูแลต้องใช้เวลาในการแก้ไข และเผชิญปัญหา ผู้มีอายุมากกว่าจึงย่อมมีประสบการณ์มากกว่า จึงมีส่วนทำให้ภาระน้อย เช่นเดียวกับการศึกษาในผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่าอายุสัมพันธ์ทางลบกับภาระ กล่าวคือ ผู้ดูแลที่มีอายุมากภาระจะน้อย (Montgomery, Gonyea, & Hooyman, 1985)

6) จำนวนสมาชิกในครอบครัวของผู้ดูแล ผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัวเพียง 1-2 คน จะมีภาระน้อยกว่าผู้ดูแลที่มีสมาชิกในครอบครัว 3 - 8 คน (Crotty & Kuly, 1986) เนื่องจากผู้ดูแลส่วนใหญ่ไม่ได้ทำหน้าที่ดูแลแต่ผู้ปวยเท่านั้น ผู้ดูแลยังทำหน้าที่ดูแลสมาชิกภายในบ้านด้วย

7) การสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ได้แก่ การได้รับความรักความเอาใจใส่จากผู้อื่นจะช่วยลดภาระของผู้ดูแล (Crotty & Kuly, 1986) นอกจากนี้การสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำการให้สุศึกษาแก่ผู้ดูแล ช่วยลดภาระเนื่องจากการสนับสนุนทางสังคมช่วยบรรเทาหรือลดความเครียดของปัญหา (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985)

3.2.2 ปัจจัยที่เกี่ยวกับผู้ป่วย

1) พฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ พฤติกรรมที่นำกลัวหรือแปลกปลาดของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่ใช้บ่งชี้ภาระของผู้ดูแล (Maurin & Boyd, 1990: Fadden, Bebbington, Kuipers, 1987 อ้างถึงใน ทีปประพิน สุขเขียว, 2543) พฤติกรรมที่รุนแรงหรือไม่สามารถดูแลตนเองได้จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระได้ เช่น ในประเทศอินเดียมีการเปรียบเทียบภาระของผู้ดูแล ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางลบซึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สนใจตนเอง เจ็บช้ำ ไม่ค่อยพูด กับกลุ่มที่ดูแลผู้ป่วยที่มีอาการทางบวก ได้แก่ ผู้ป่วยที่แสดงอาการหลงผิด ประสาทหลอน มีท่าทางแปลกๆ ก้าวร้าว พบว่า ภาระไม่ต่างกันมากในช่วงเวลาที่ ผู้ดูแลพาผู้ป่วยมารับการตรวจครั้งแรก แต่เมื่อพาผู้ป่วยมาตรวจเพื่อติดตามผลการรักษา พบว่า ผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยชนิดที่มีอาการทางบวก มีภาระที่มืออยู่จริงต่ำกว่าผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางลบ (Raj, Kulhara, & Avasthi, 1991) ระดับความเจ็บป่วย และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย จะเป็นตัวทำนายภาระของผู้ดูแลได้ (Tessler, Killian, & Gubman, 1987 อ้างถึงใน ทีปประพิน สุขเขียว, 2543) ดังนั้นหากอาการหรือพฤติกรรมของผู้ป่วยคงที่และไม่รบกวนต่อผู้อื่น จะทำให้ผู้ดูแลมีภาระน้อย (Song, Biegel, & Milligan, 1997 อ้างถึงใน ทีปประพิน สุขเขียว, 2543) เนื่องจากผู้ดูแลสามารถวางแผนให้การดูแลได้ นอกจากนี้จำนวนพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งคงอยู่ในขณะที่ผู้ป่วยรับการรักษาที่บ้านก็มีผลต่อภาระเช่นกัน หากผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมหรืออาการทางจิตหลายอาการ จะทำให้ผู้ดูแลเป็นภาระมาก (Salleh, 1994) และพฤติกรรมการใช้สารเสพติดของผู้ป่วยจิตเวชก็เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ผู้ดูแลมีภาระเพิ่มขึ้น เนื่องจากเป็นปัจจัยเสริมที่ทำให้เกิดอาการกำเริบ (Jones, 1996)

2) จำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จากการศึกษาในประเทศมาเลเซียเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยบางประการกับภาวะของครอบครัว พบว่า จำนวนครั้งในการเข้าโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับภาวะเพียงเล็กน้อย (Salleh, 1994)

3.3 วิธีการลดภาระในการดูแลผู้ป่วย

การสนับสนุนทางสังคมเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาระของผู้ดูแล เนื่องจากเป็นแหล่งประโยชน์ของบุคคล ที่ช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวต่อความเครียด ที่เกิดจากเหตุการณ์ในชีวิต โดยบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น การที่ผู้ดูแลได้รับความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หรือข้อมูลคำแนะนำอื่นๆทั้งจากพยาบาล และสมาชิกผู้ดูแลในกลุ่มด้วยกัน จะทำให้ผู้ดูแลเกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull & Borgatta, 1985)

Cohen & Wills (1985) อธิบายกลไกการทำงานหรือผลการสนับสนุนทางสังคมว่าทำให้บุคคลมีกำลังใจ เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง มีอารมณ์มั่นคงในการต่อสู้กับปัญหา ผลทางจิตใจจะทำให้บุคคลสามารถปรับตัวได้อย่างมีประสิทธิภาพ มองเห็นวิถีทางที่จะหลีกเลี่ยงจากสภาวะที่ทำให้เกิดความเครียด ผลโดยอ้อมของการสนับสนุนทางสังคมคือ ช่วยดูดซับหรือบรรเทาความรุนแรงของผลกระทบที่เกิดจากภาวะเครียด โดยช่วยให้บุคคลประเมินความรุนแรงของภาวะเครียดลดลง (Lazarus & Folkman, 1986) กลไกการทำงานของ การสนับสนุนทางสังคมจะส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเองให้แก่บุคคล (Norbeck, 1981) ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีปฏิสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมมากจะได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์มาก รวมทั้งได้ข้อมูลย้อนกลับที่มีผลส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง จะช่วยลดความเครียดที่มีต่อการดูแลผู้ป่วย (Thomson, et al., 1993) ซึ่งตรงกับทัศนะของ Pender (1987) เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพที่ว่า การสนับสนุนทางสังคมจะดำรงไว้ซึ่งสุขภาพ โดยการส่งเสริมสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม และเอื้ออำนวยต่อการช่วยให้บุคคลมีวิจารณญาณ ในการเลือกกลวิธีปรับตัวที่เหมาะสมเมื่อมีความเครียด และการปรับพฤติกรรมให้ ผู้ดูแลรู้สึกดีต่อสถานการณ์ในการดูแล ทำให้การรับรู้ภาระลดลง (Lawton, et al., 1989)

3.4 การประเมินภาระของผู้ดูแล

จากแนวคิดเกี่ยวกับภาระของผู้ดูแลซึ่งมีแตกต่างกันไป ทำให้การประเมินภาระของผู้ดูแลมีหลายรูปแบบแตกต่างกันไปเช่นกัน และยังมีเครื่องมือประเมินภาระที่เป็น มาตรฐาน การประเมินภาระจึงขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความรู้สึก ของนักวิจัยในการสร้างเครื่องมือตาม

แนวคิดของตนเอง (Thompson, Futterman, Gallagher - Thompson, Rose, & Lovetts, 1933 อ้างถึงใน ดร.ณิ คชพรหม, 2543) เครื่องมือส่วนใหญ่ อาศัยตัวบ่งชี้ภาวะสองมิติ คือ ภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัย (Miller et al., 1991) ซึ่งภาวะเชิงปรนัยจะแสดงถึงความยากลำบากของผู้ดูแลที่เกิดจากงาน หรือกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยสามารถประเมินได้ จากการเปลี่ยนแปลงในชีวิตของผู้ดูแล เช่น การมีเวลาเป็นส่วนตัว ความมีอิสระ การมีกิจกรรมในสังคม การทำงาน และภาวะสุขภาพ (Montgomery et al., 1985)

ส่วนภาวะเชิงอัตนัย จะเป็นทัศนคติ ความรู้สึก หรือปฏิกิริยาทางอารมณ์ของผู้ดูแลที่มีต่อความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วย (Montgomery, et al., 1985; Platt, 1985) ซึ่งการประเมินในลักษณะนี้ คะแนนรวมของภาวะในแต่ละมิติที่ได้ สามารถนำมาพิจารณาภาวะของผู้ดูแลเฉพาะมิตินั้นๆ ได้ จึงสะท้อนให้เห็นถึงผลของการรับผิดชอบต่อผู้ป่วยในแง่มุมที่แตกต่างกัน และเครื่องมือประเมินภาวะของผู้ดูแลทั้งสองมิติรวมกันเป็นมิติเดียว (Kosberg, Cairl, & Keller, 1990) การประเมินในลักษณะนี้คะแนนรวมที่ได้ จะแสดงถึงภาวะของผู้ดูแลซึ่งไม่สามารถแยกมิติของภาวะได้ และเครื่องมือที่ประเมินภาวะของผู้ดูแลด้วยภาวะประเภทเดียว คือ ภาวะเชิงอัตนัย (Poulshock & Deimling, 1984; Jones, 1992) จะเห็นได้ว่า เครื่องมือประเมินภาวะของผู้ดูแลแต่ละมิติที่ดีที่ปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยที่สนใจเป็นหลัก ซึ่งอาจจะไม่เหมาะสมในการนำไปใช้กับผู้ดูแลอีกกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาแตกต่างกัน ดังนั้น การจะนำเครื่องมือมาใช้จึงต้องประเมินว่าเครื่องมือเหล่านั้นสามารถประเมินภาวะของผู้ดูแลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยในลักษณะใด รวมทั้งมีความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างและความสัมพันธ์ระหว่างผู้ดูแลและผู้ป่วยที่ต้องการศึกษาเพื่อที่จะให้ การประเมินภาวะของผู้ดูแลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกแนวคิดภาวะของผู้ดูแลตามแนวคิดของ Montgomery, et al. (1985) ซึ่งมองภาวะของผู้ดูแลแยกเป็นสองมิติ คือภาวะเชิงปรนัย และภาวะเชิงอัตนัย เนื่องจากผู้ศึกษาเห็นว่าเป็นการมองภาวะที่ชัดเจนและครอบคลุมมากที่สุด รวมทั้งนำแนวคิดจากการทบทวนวรรณกรรมต่างๆ ที่ผ่านมา และจากการสัมภาษณ์เบื้องต้นจากผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยตรง มาใช้ในการสร้างแบบสัมภาษณ์เพื่อประเมินภาวะของผู้ดูแลตามแนวคิดดังกล่าว โดยแยกภาวะออกเป็นสองมิติแยกจากกัน ซึ่งจะช่วยให้ประเมินภาวะของผู้ดูแลในมิติที่แตกต่างกันได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

4. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

จากการที่ผู้ป่วยกลับไปรักษาต่อที่บ้านและชุมชนเร็วขึ้น โดยที่ผู้ป่วยอาจมีอาการบางอย่างที่ยังเป็นปัญหาต่อตัวผู้ป่วยเองและต่อญาติดังกล่าวข้างต้นนั้น ส่งผลให้ผู้ดูแลรู้สึกกังวลในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากไม่มั่นใจว่าจะสามารถดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่เป็นปัญหาได้หรือไม่ ดังนั้น การส่งเสริมหรือพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งสำคัญ ที่พยาบาลควรตระหนักเพื่อการช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเหล่านี้ โดยมีแนวคิดการประเมินและการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

4.1 แนวคิดความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา

ในภาวะปกติผู้ใหญ่จะดูแลตนเองได้ ส่วนผู้ใหญ่ที่เจ็บป่วยต้องการความช่วยเหลือเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลตนเอง เนื่องจากข้อจำกัดการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนจากโรค ซึ่งจำเป็นต้องพึ่งพาคนอื่น โดยบุคคลที่ต้องดูแลสมาชิกที่อยู่ภายใต้ความรับผิดชอบนี้ เรียกว่า ผู้ดูแล (Dependent Care Agent) ซึ่งผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคล ที่เป็นผู้ใหญ่ในการกระทำกิจกรรม เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของเด็กวัยรุ่น หรือผู้ใหญ่ที่มีความบกพร่อง ในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Orem, 2001) ความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แตกต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น โครงสร้างของความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพามี 3 ระดับ คือ

1. ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent-operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะต้องใช้ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในขณะนั้นทันที ซึ่งประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

1.1 ความสามารถในการคาดการณ์ (Estimate) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานะการณ์และองค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ความหมายและความต้องการในการปรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.2 การปรับเปลี่ยน (Transitional) เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถจะกระทำ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็นของบุคคลที่ต้องพึ่งพา

1.3 การลงมือปฏิบัติ (Productive operation) เป็นความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสนองต่อความต้องการการดูแลที่จำเป็น ของบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทั้งนี้จะต้องประกอบด้วย พลังความสามารถ 10 ประการ

2. พลังความสามารถ 10 ประการ (Power components of care) เป็นตัวกลางซึ่งเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจ เพื่อการดูแลผู้ป่วย ประกอบด้วย

2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย

2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเอง ให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง

2.3 ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผลเพื่อการดูแลผู้ป่วย

2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะ และความหมายของชีวิตสุขภาพและสวัสดิภาพ

2.6 มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ

2.7 มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้

2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิด สถิติปัญญาการรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อและการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย

2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วย

2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดแทรกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

3. ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and dispositions) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจและมีเป้าหมายโดยทั่ว ๆ ไป ซึ่งประกอบด้วย

- 3.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและใช้เหตุผล
- 3.2 หน้าที่ของประสาท สำหรับความรู้สึก (sensation) รวมทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส
- 3.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอก
- 3.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง
- 3.5 นิสัยประจำตัว
- 3.6 ความตั้งใจ
- 3.7 ความเข้าใจในตนเอง
- 3.8 ความหวังใยในตนเอง
- 3.9 การยอมรับตนเอง
- 3.10 ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่าง ๆ
- 3.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

อย่างไรก็ตามโอเรมเน้นว่า พยาบาลมีบทบาทในการค้นหาบุคคลที่มีความเหมาะสม และมีความเต็มใจที่จะเป็นผู้ให้การดูแลสมาชิกในครอบครัว และช่วยพัฒนาความสามารถของบุคคลที่ต้องรับผิดชอบบุคคลที่ต้องพึ่งพาให้สามารถดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง และมีประสิทธิภาพ (Orem, 2001)

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลจะต้องใช้ความสามารถในการดูแลเพื่อสนองตอบ ต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ดูแลต้องใช้พลังความสามารถ 10 ประการซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำของผู้ดูแลโดยเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

1. ความสนใจและเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยจิตเภทในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อม ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลผู้ป่วย โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีเวลาสนใจ เอาใจใส่ และตระหนักถึงปัจจัยสำคัญในการดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการ

รักษา และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างเหมาะสมกับสภาวะของโรค

2. ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับริเริ่มและปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอย่างต่อเนื่อง โดยที่ผู้ดูแลจะต้องมีความสามารถในการลำดับความสำคัญและการใช้พลังงานอย่างเหมาะสม เพื่อการดูแลผู้ป่วย

3. ความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่าง ๆ ของร่างกาย ของตนเองเพื่อการเคลื่อนไหวที่ จำเป็นในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยให้มีกิจกรรมต่าง ๆ อย่างเสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง ซึ่งผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างเต็มที่

4. ความสามารถที่จะใช้เหตุใช้ผล เพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และรู้จักตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลที่ถูกต้อง สามารถแยกแยะเหตุและผล รู้จักมองความเกี่ยวข้องของความต้องการของผู้ป่วยกับการกระทำเพื่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย เช่น ไม่เพิ่มหรือลดขนาดยาเอง

5. มีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ป่วย เช่น มีเป้าหมายของการดูแลผู้ป่วยที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ โดยมองเห็นถึงคุณค่าและความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และกระทำเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย คือ การป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

6. มีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ผู้ดูแลจะต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและมีความสามารถในการที่จะตัดสินใจพาผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อให้การรักษาได้ทันเวลาที่

7. มีความสามารถในการเสาะแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้เกี่ยวกับภาวะของโรคของผู้ป่วยจิตเภท และการดูแลที่ถูกต้อง

8. มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้การ จัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลสามารถใช้ทักษะในการติดต่อสอบถามแพทย์ พยาบาลหรือผู้รู้ เมื่อมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วย

9. มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลทราบถึงการกระทำที่ต้องปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วย และสามารถจัดลำดับของกิจกรรมต่างๆ ให้สัมพันธ์กับกิจวัตรประจำวันอื่น ๆ ของผู้ดูแลได้

10. มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการดูแลผู้ป่วยเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ผู้ดูแลสามารถที่จะรักษาบทบาท

ของตนเองและให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยยังคงความมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และสามารถสอดแทรกการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยเข้าเป็นส่วนหนึ่งของแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ดูแลและครอบครัวได้

จะเห็นได้ว่าความสามารถในการดูแลบุคคลต้องพึ่งพาตามกรอบแนวคิดของโอเรม (Orem, 2001) นั้นประกอบด้วยองค์ประกอบมากมาย ในการศึกษาี้ เลือกลงความสามารถ 10 ประการ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคลในการประเมินความสามารถของผู้ดูแล เนื่องจากความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีความลึกซึ้งและต่อเนื่อง เพราะต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลาานาน ซึ่งความสามารถทั้ง 2 ปัจจัย ดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

4.2 การประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

มีนักวิจัยสร้างเครื่องมือ เพื่อวัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา คือ Denyes (1980 cited in Scott-Baer, 1995) ได้สร้างเครื่องมือชื่อ The Denyes Self-Care Agency Instrument โดยใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น และต่อมาใช้วัดในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งแบบวัดนี้มีค่า reliability > .80 และเครื่องมือนี้หาความตรงตามโครงสร้างโดยทำ Factor analysis ซึ่งได้องค์ประกอบ 6 ด้าน คือ 1) ความเข้มแข็งและความสามารถในการตัดสินใจ 2) การให้คุณค่าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 3) ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ 4) ความแข็งแกร่งของร่างกาย 5) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ และ 6) ความเอาใจใส่ในสุขภาพ โดยสร้างอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลของ Orem เกี่ยวกับความแข็งแกร่งและข้อจำกัดของบุคคล ในความสามารถตัดสินใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง เครื่องมือนี้แสดงความตรงของโครงสร้าง โดยได้รับการสนับสนุนจากการตั้งสมมุติฐานเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ (Denyas, 1981 cited in Gast et al.,1989) ต่อมา Filday (1986 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้ปรับปรุงเครื่องมือนี้ เพื่อใช้วัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และนำไปใช้กับผู้ปกครองเด็ก พบว่า ใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้ และผู้ปกครองมีการรับรู้ความสามารถในการดูแลเด็กค่อนข้างสูง

เครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes & Filday (1986) ได้มีผู้วิจัยหลายท่านนำมาใช้ประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาโดยใช้องค์ประกอบ ทั้ง 6 ด้าน มีดังนี้

Schuman (1987 cited in Haas 1990 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้ใช้เครื่องมือนี้ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความสามารถในการดูแลเด็ก ความต้องการการรักษาและการเยี่ยมบ้าน ในผู้ปกครองของเด็กจำนวน 41 คน พบว่า ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ปกครองได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลเด็กค่อนข้างสูง

Moore and Gaffney (1989) ได้นำเครื่องมือวัดความสามารถในการดูแลตนเองของ Denyes ไปศึกษาหาวิธีการที่จะส่งเสริมความเป็นอิสระและความสามารถในการดูแลตนเองแก่เด็กนักเรียน พบว่าใช้ประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ดูแลเด็กนักเรียนได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูง

Hass (1990 อ้างถึงใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ได้นำเครื่องมือนี้ไปใช้ศึกษากับผู้ปกครองเด็กที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 224 คน พบว่า ใช้ประเมินความสามารถในการดูแลเด็กของผู้ปกครองได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลสูงในกลุ่มบุคคลที่มีคู่สมรสช่วยดูแลเด็ก

อัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ได้นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแล บุคคลที่ต้องการพึ่งพาของ Denyes and Filday มาแปลและดัดแปลง นำไปใช้วัดความสามารถในกลุ่มมารดาที่ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส พบว่าใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลค่อนข้างสูง

อรทัย โสมนรินทร์ (2538) ได้นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการ พึ่งพาของ Denyes and Filday มาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง

วันดี โสสุขศรี (2539) ได้นำแบบสอบถามความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพาของ Denyes and Filday มาใช้ศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง พบว่าใช้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลได้ และมีคะแนนความสามารถในการดูแลระดับปานกลาง

สำหรับการวิจัยนี้ ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ของ วันดี โสสุขศรี (2539) ซึ่งใช้แนวคิดของ Denyes & Filday ทั้ง 6 ด้าน ดังกล่าวข้างต้น โดยการนำเนื้อหาที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ดูแลเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและจากการทบทวนวรรณกรรม มาใช้ในการปรับข้อคำถาม เพื่อใช้วัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของผู้ดูแล โดยใช้องค์ประกอบเพียง 4 ด้าน คือ 1) ความเข้มแข็งในตนและ

ความสามารถในการตัดสินใจ 2) ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ 3) ความแข็งแรงของร่างกาย และ 4) ความเอาใจใส่ในสุขภาพ เนื่องจากองค์ประกอบทั้ง 4 ด้าน สอดคล้องกับกิจกรรมการดูแลในโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม ซึ่งสามารถพัฒนาให้เกิดความสามารถดังกล่าวได้ โดยที่กิจกรรมทั้ง 6 กิจกรรมในโปรแกรมนี้ไม่ได้เน้นเพื่อพัฒนาด้านการให้คุณค่าเกี่ยวกับสุขภาพและด้านความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ จึงได้ตัดองค์ประกอบทั้ง 2 ด้าน เพื่อให้สอดคล้องกับการวัดความสามารถในการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับงานวิจัยนี้

4.3 การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ตามกรอบแนวคิดการดูแลตนเองของโอเรมเน้นที่ความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) ของพยาบาล ในการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคล (Self-care agency) หรือความสามารถในการดูแลบุคคลผู้พึ่งพา เพื่อให้มีความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลผู้พึ่งพาตามความต้องการที่จำเป็นทั้ง 3 ด้าน คือ ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal self-care requisites) ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (Developmental self-care requisites) และความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (Health deviation self-care requisites) ซึ่งเมื่อพิจารณาแล้วพบว่ามีความครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม อารมณ์ และจิตวิญญาณ (Orem, 2001)

ดังนั้นการที่พยาบาลจะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลตนเองหรือดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and dispositions) พลังความสามารถ 10 ประการ และความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent operation) ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลผู้พึ่งพาของบุคคล

การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล เป็นแนวคิดของการพยาบาลที่ต้องการให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม บทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัย ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติ (Orem, 2001) คือ การสร้างสัมพันธภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยน แบ่งปันแหล่งประโยชน์ และเป็นกำลังใจซึ่งกันและกัน การพยาบาลเป็นการสนับสนุนให้บุคคลและครอบครัวมีส่วนร่วม และ

ตัดสินใจในแผนการดูแล ได้เรียนรู้ที่จะผนวกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปในการดำเนินชีวิต โดยมีภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง (Positive self-image) เป็นที่พึ่งพาของตนเองและผู้ที่ต้องการพึ่งพาได้ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 152)

การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล นอกจากการสอนความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลแล้ว ยังต้องพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพ และการคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอีกด้วย การตัดสินใจของพยาบาลแต่เพียงฝ่ายเดียว ที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจะไม่เกิดประโยชน์ ต้องเป็นการตกลงใจภายในครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 160) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงต้องมีองค์ประกอบอื่น ๆ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด (therapeutic relationship) การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (self-efficacy) ซึ่งการดำเนินไปในแต่ละขั้นต่อนั้น ต้องใช้ระยะเวลาและเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้ ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

การสอนความรู้และฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องใช้ระยะเวลานาน และมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การเปลี่ยนแปลงอาการของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การรักษาและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจจะเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้เข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คิดว่าจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย ดังนั้นการสอนความรู้และเพิ่มเติมความรู้ในสิ่งที่ผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อน หรือทราบอยู่แล้วแต่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์หรือมีข้อสงสัย รวมทั้งการแก้ไขความเข้าใจผิด ให้แก่ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะช่วยให้คงไว้ซึ่งความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วย

นอกจากการสอนความรู้ ผู้ดูแลยังต้องฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำให้กับผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจและชัดเจนยิ่งขึ้น สามารถคาดการณ์ความต้องการการดูแลผู้ป่วยวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นและเกี่ยวข้องโดยตรงที่ผู้ดูแลจะต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนืองที่บ้าน คือ ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกต/ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลแก้ไขอาการผิดปกติที่พบได้ถูกต้อง หรือสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ตามสภาพความสามารถที่มีอยู่อย่างเหมาะสมต่อเนือง การป้องกันภาวะแทรกซ้อนหรือการป่วยซ้ำที่อาจจะเกิดขึ้น รวมทั้ง ผู้ดูแลต้องเรียนรู้และฝึกปฏิบัติวิธีการสนับสนุนและให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ทักษะใหม่ ๆ ได้อย่างต่อเนื่อง

การสอนความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและสามารถปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความมั่นใจในความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ผู้ดูแลสามารถคาดการณ์ความต้องการการดูแลผู้ป่วย วางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ การสอนความรู้และการฝึกทักษะจึงเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของบุคคลที่รับผิดชอบผู้ที่ต้องพึ่งพา (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 160) ซึ่งสามารถพัฒนาได้ดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นสัมพันธภาพที่มีลักษณะของการช่วยเหลือเป็นระบบที่มีความสำคัญมาก ในการเชื้ออำนาจให้พยาบาลสามารถพัฒนาความสามารถของญาติหรือผู้ที่รับผิดชอบ ให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างเพียงพอและต่อเนื่อง (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 82) การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัดสามารถกระทำได้ดังนี้

1.1 มีการตกลงร่วมกันเมื่อพยาบาลติดต่อกับผู้ป่วยและญาติ ในครั้งแรก โดยพยาบาลตกลงกับผู้ป่วยและญาติอย่างชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยของพยาบาล ความต้องการการดูแลที่จำเป็นของผู้ป่วย รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลและญาติในการดูแลผู้ป่วย

1.2 สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ให้เกียรติในความเป็นบุคคลของผู้ป่วยและผู้ดูแล การแสดงความจริงใจ ห่วงใย เอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอและยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความไว้วางใจยอมรับการช่วยเหลือจากพยาบาล เป็นแรงจูงใจให้ผู้ดูแลต้องการการเรียนรู้

2. การสร้างแรงจูงใจ แรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐานเป็นวิธีการสำคัญที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากผู้เรียนมองเห็นแนวโน้มที่จะเกิดประโยชน์จากการเรียนรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้ผู้เรียนมีความต้องการและพร้อมที่จะเรียนรู้ (Whitman, et al., 1986: 125) การกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความคาดหวังว่า จะได้รับสิ่งที่พึงพอใจจากการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ย่อมกระตุ้นให้ผู้ดูแลมีความต้องการและความพร้อมที่จะเรียนรู้อาการช่วยให้ผู้ดูแลเกิดความคาดหวัง เป็นการช่วยเหลือผู้ดูแลในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผลซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่ง แนวทางการส่งเสริมความคาดหวัง ประกอบด้วย

2.1 การให้ข้อมูลอย่างเหมาะสม เพื่อช่วยในการตรวจสอบข้อดีข้อเสียของทางเลือกต่าง ๆ

2.2 การให้เวลาในการพิจารณาใคร่ครวญเป็นอย่างดี จะช่วยให้ประเมินเหตุการณ์ได้ถูกต้อง สามารถตัดสินใจได้

2.3 การกระตุ้นให้ตระหนักถึงผลที่จะตามมา

ดังนั้นการให้ผู้ดูแลได้รับทราบและพิจารณาเกี่ยวกับ กระบวนการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแลและผลที่จะได้รับ เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลตัดสินใจได้และเป็นการสร้างแรงจูงใจให้ผู้ดูแลมีความพร้อมในการเรียนรู้

3. การส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง (self-efficacy)

เป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับสมรรถนะของตนเอง ที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็น เพื่อควบคุมเหตุการณ์หรือสถานการณ์ที่มีผลต่อสวัสดิภาพของตนเอง หรือบุคคลที่รับผิดชอบ ซึ่งจะมีอิทธิพลต่อการเลือกกระทำกิจกรรมต่างๆ และความพยายามที่จะกระทำในกิจกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ความเชื่อในสมรรถนะของตนเองจะเป็นตัวเชื่อมระหว่างความรู้กับการกระทำ เพราะความรู้อย่างเดียวไม่สามารถจะประกันการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลได้ การที่บุคคลจะกระทำในสิ่งที่มุ่งหวังจะต้องมีปัจจัย 2 ประการ คือ บุคคลนั้นต้องเห็นว่าพฤติกรรมนั้น ๆ น่าจะทำให้เกิดผลตามที่ต้องการ และบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อมั่นว่าเรามีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมนั้น ๆ ได้สำเร็จ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536: 124)

ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง จึงเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง การส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะตนเองของผู้ดูแล สามารถกระทำได้โดย การช่วยให้ผู้ดูแลมองเห็นว่า การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งที่กระทำได้ โดยพยาบาลจะเป็นผู้ให้การสนับสนุน ให้ความรู้ และฝึกทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ผู้ดูแล ระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งมีแนวทางดังนี้

3.1 การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกรับผิดชอบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล และจูงใจให้หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น (ลักษณี มีนะนันท์ และคณะ, 2539: 22 อ้างถึงใน จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540)

สำหรับขั้นตอนของการมีส่วนร่วม มี 5 ขั้นตอน ดังนี้ (อลิศรา ชูชาติ, นวรัตน์ สุวรรณผ่อง และ วิไลวรรณ โกยแก้วพริ้ง, 2538: 16 อ้างถึงใน จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ, 2540)

- 1) ต้องเริ่มจากความรู้และประสบการณ์ของผู้ดูแล
- 2) นำประสบการณ์หรือความรู้ของผู้ดูแลจัดทำให้เกิดเป็นภาพ
- 3) พยาบาลทำหน้าที่เพิ่มเติมความรู้ให้ข้อมูลต่าง ๆ ที่ยังขาดอยู่
- 4) ฝึกทักษะต่าง ๆ ที่จำเป็น
- 5) วางแผนเพื่อปฏิบัติงาน

3.2 การประเมินผลงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้ผู้ดูแลได้รับทราบในสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยการกล่าวชมและให้กำลังใจ และแนะนำข้อควรแก้ไขปรับปรุง

เมื่อพบข้อบกพร่อง ประเมินผลความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยให้ผู้ดูแลได้รับทราบเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการคงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4. การใช้ระยะเวลา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคลเกิดจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน (ลักษณะ มีเนชั่นท์และคณะ, 2539: 12 อ้างถึงใน จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) การเกิดพฤติกรรมหรือความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจึงต้องใช้ระยะเวลา และผ่านกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการคิด การตัดสินใจ เพื่อปรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วย

หลักการสอนและการฝึกทักษะ

การจัดการเรียนการสอนโดยทั่วไป ต้องคำนึงถึงองค์ประกอบ 3 ส่วนได้แก่ (ลักษณะ มีเนชั่นท์และคณะ, 2539: 19 อ้างถึงใน จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)

ผู้สอน หมายถึง ผู้ให้ข้อมูล ประสบการณ์ ผู้สอนอาจเป็นคน หรือ สื่อการสอนใด ๆ เช่น วิทยุทัศน์ หนังสือ คู่มือ เอกสาร แผ่นพับ ฯลฯ

ผู้เรียน หมายถึง บุคคลเป้าหมาย ที่ต้องการให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม อาจเป็นผู้ป่วย หรือ ญาติ / ผู้ดูแล

สิ่งแวดล้อม หมายถึง สถานที่ บรรยากาศ อุณหภูมิ แสง เสียง และ สภาพการณ์ขณะสอน

ดังนั้นการจัดการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล จึงควรคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ดังนี้

ลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล

คำว่า ผู้ดูแล (Caregiver) หรือ ผู้ดูแลที่บ้าน (Informal caregiver, Family caregiver) หมายถึง ญาติ หรือ บุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน (ยุพาพิน ศรีโพธิ์งาม , 2539: 86) สามารถจำแนกออกได้เป็น 2 ประเภท ตามระดับของความรับผิดชอบในการช่วยเหลือดูแล คือ

1. ผู้ดูแลหลัก (Primary caregiver) หมายถึงผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแล ผู้ป่วยโดยตรง อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น

2. ผู้ช่วยเหลือผู้ดูแล (Secondary caregiver) หมายถึงบุคคลอื่น ๆ ที่อยู่ในเครือข่ายของการให้การดูแลเท่านั้น อาจจะช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง แต่ไม่ได้ทำอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เช่น ให้การดูแลผู้ป่วยแทนผู้ดูแลหลักเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

จากรายงานการวิจัยทั้งในต่างประเทศ (Davis 1992: 2 อ้างถึงใน จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) และในประเทศไทย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม 2539: 86) และผลการศึกษาของ จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) ได้ทำการศึกษานำร่องที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพมหานคร ระหว่างเดือนธันวาคม 2538 ถึง เดือน มกราคม 2539 พบว่า ผู้ดูแลส่วนใหญ่มีลักษณะโดยทั่วไปดังนี้

1) ผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุ 15 - 70 ปี ส่วนใหญ่เป็นผู้ใหญ่อยู่ในวัยกลางคน (อายุ 40 - 60 ปี) สถานภาพสมรสโสดหรือแต่งงานมีบุตร เป็นแม่บ้านหรือประกอบอาชีพนอกบ้าน

2) มีความเกี่ยวข้องเป็นญาติกับผู้ป่วย เช่น เป็นบุตร สามี ภรรยา บิดา มารดา หรือเป็นญาติพี่น้อง

3) มุ่งเน้นเฉพาะการให้การช่วยเหลือดูแลโดยไม่รับค่าตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล

4) เป็นผู้ที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องมากกว่าผู้อื่น (Primary caregiver) และอาจจะมีบุคคลอื่น ๆ (Secondary caregiver) ที่อยู่ในเครือข่ายช่วยทำกิจกรรมบางอย่าง หรือให้การดูแลผู้ป่วยแทนเป็นครั้งคราวเมื่อจำเป็น

จากลักษณะทั่วไปของผู้ดูแล จะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลมีลักษณะหลายประการที่มีความแตกต่างกัน เช่น อายุ เพศ สถานภาพ และลักษณะงานที่ทำ ซึ่งลักษณะดังกล่าวอาจมีผลต่อความพร้อมในการให้การดูแลผู้ป่วย (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม 2539: 86) สำหรับลักษณะของผู้ดูแลที่เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย คือ อายุ เพศ ประสบการณ์เดิม (เอนกกุล กรีนแสง 2526: 116 อ้างถึงใน จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ร่วมด้วย

ลักษณะของผู้ดูแลที่มีผลต่อการเรียนรู้ในการดูแลผู้ป่วย

1. อายุผู้ดูแลโดยทั่วไป มีช่วงอายุที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผู้ดูแลมีลักษณะเด่นของลักษณะทางร่างกาย จิตใจ สติปัญญา และบทบาทพฤติกรรมในสังคมแตกต่างกันไป (อุ้นตา นพคุณ, 2527: 34 อ้างถึงใน จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) ซึ่งลักษณะดังกล่าว เป็นลักษณะประจำตัวของบุคคลที่เป็นองค์ประกอบหลักที่ส่งเสริมการเรียนรู้ของบุคคล (พยอม วงศ์สารศรี, 2526: 73 อ้างถึงใน จินนะรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)

โดยทั่วไปความสามารถในการเรียนรู้จะเพิ่มขึ้นตามวัย จนถึงอายุประมาณ 20 - 25 ปี ก็จะมีขีดสูงสุด ต่อจากนั้นก็คงตัวหรือลดลงบ้างเล็กน้อย หลังจาก อายุ 35 ปีไปแล้ว ความ

สามารถในการเรียนรู้ไม่สม่ำเสมอ ขึ้นอยู่กับลักษณะของงาน หรือกิจกรรม (เอนกกุล กรีแสง , 2526: 111 อ้างถึงใน จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540)

2. เพศ จากการศึกษาพบว่าทั้งเพศชายและเพศหญิงมีความสามารถในการเรียนรู้เท่ากัน (เอนกกุล กรีแสง 2526: 116 อ้างถึงใน จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) แต่เนื่องจากขนบธรรมเนียมประเพณีในสังคม มีผลทำให้ทัศนคติ หรือ ความสนใจในการเรียนรู้สิ่งต่างๆ ไม่เหมือนกัน เช่น สังคมไทยในปัจจุบันแม้เพศหญิงจะมีบทบาทในสังคมมากขึ้น ต้องทำงานนอกบ้านเพื่อหารายได้ก็ยังคงต้องดูแลบ้านและเลี้ยงดูสมาชิกในครอบครัว ดังนั้น เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเพศหญิงจึงมีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยด้วย

3. ประสบการณ์เดิม เนื่องจากประสบการณ์เดิมที่มีความคล้ายคลึง และ สอดคล้องกับสถานการณ์ใหม่ จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการถ่ายโยงการเรียนรู้ไปสู่สถานการณ์ใหม่ เมื่อผู้เรียนสามารถมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสถานการณ์ใหม่ และประสบการณ์เดิมที่เคยเรียนรู้มาก่อน (เอนกกุล กรีแสง 2526: 175 อ้างถึงใน จินนระรัตน์ ศรีภัทรภิญโญ, 2540) ดังนั้น ผู้ดูแลที่มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยมาก่อน จะสามารถเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทได้ดีขึ้น

นอกจากลักษณะของผู้ดูแลดังกล่าว ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ สถานภาพสมรส และงานประจำหรืออาชีพที่ทำอยู่

5. การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning)

สำหรับวิธีสอนนั้นมีอยู่หลายวิธีด้วยกันแต่เมื่อศึกษาและทบทวนวรรณกรรมที่ เกี่ยวข้องพบว่า วิธีการสอนที่เหมาะสมกับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ คือ การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory learning) เป็นการเรียนรู้ที่ผู้สอนมุ่งเน้นให้ผู้เรียนสร้างความรู้จากประสบการณ์เดิม ซึ่ง Nicol (อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ได้พัฒนาแนวคิดการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ของ Kolb (1984 อ้างในกรมสุขภาพจิต, 2541) ร่วมกับการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) และได้เสนอว่าประสบการณ์เป็นแหล่งของการเรียนรู้ และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม จะทำให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้เกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด ซึ่งมีลักษณะที่สำคัญ 5 ประการดังนี้

1. เป็นการเรียนรู้ที่อาศัยประสบการณ์ของผู้เรียน
2. ทำให้เกิดการเรียนรู้ใหม่ๆ ที่ทำท่ายอย่างต่อเนืองและเป็นการเรียนรู้เชิงรุก (Active learning) คือผู้เรียนต้องทำกิจกรรมตลอดเวลา ไม่ได้ฟังการบรรยายเพียงอย่างเดียว
3. ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้เรียนด้วยกันเอง และระหว่างผู้เรียนกับผู้สอน

4. ปฏิสัมพันธ์ที่มีทำให้เกิดการขยายตัวของเครือข่ายความรู้ที่ทุกคนมีอยู่ ออกไปอย่างกว้างขวาง
5. อาศัยการสื่อสารทุกรูปแบบ เช่น การพูด การเขียน การวาดรูป การแสดงบทบาทสมมติ ซึ่งเอื้ออำนวยให้เกิดโอกาสการแลกเปลี่ยน วิเคราะห์ และสังเคราะห์ ความรู้

5.1 องค์ประกอบการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Kolb, 1984 อ้างถึงใน กรม สุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วย

1. ประสบการณ์เชิงรูปธรรม (concrete experience) ซึ่งผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนนำประสบการณ์เดิมของตนมาพัฒนาเป็นองค์ความรู้
2. การสังเกตอย่างไตร่ตรอง (reflective observation) หรือการสะท้อนความคิดและการถกเถียง (reflect and discussion) ผู้สอนช่วยให้ผู้เรียนมีโอกาสแสดงออกเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเรียนรู้ซึ่งกันและกันอย่างลึกซึ้ง
3. มโนทัศน์เชิงนามธรรม (abstract conceptualization) หรือการเกิดความเข้าใจและความคิดรวบยอด อาจเกิดจากฝ่ายผู้เรียนเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วผู้สอนเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือทางกลับกันผู้สอนเป็นผู้นำทาง และผู้เรียนเป็นผู้สานต่อจนความคิดนั้นสมบูรณ์ กลายเป็นความคิดรวบยอด
4. การทดลองปฏิบัติ (active experimental) เป็นการทดลองหรือประยุกต์แนวคิด (experiment or application) โดยผู้เรียนนำเอาการเรียนรู้ที่เกิดขึ้นใหม่ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ จนเกิดเป็นแนวทางการปฏิบัติของผู้เรียนเอง

ในแต่ละองค์ประกอบของการเรียนรู้ นั้น ผู้ดูแลทุกคนซึ่งมีประสบการณ์ติดตัวมา จะสามารถใช้ประสบการณ์ของตนเองให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือแลกเปลี่ยนความคิดเห็นตลอดจนทดลองใช้ความรู้ที่เรียนมาไปสู่การปฏิบัติได้ ทั้งนี้เพื่อมุ่งเน้นให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาศักยภาพภายในตัวบุคคล ให้รับรู้ประโยชน์ของการกระทำ ลดการรับรู้ว่าเป็นภาระในการดูแลผู้ป่วย ตระหนักถึงความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้เกิดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยดังนี้

1. การใช้ประสบการณ์ของบุคคล (people's experience) โดยเริ่มต้นที่ประสบการณ์ของผู้เรียน และถือว่าประสบการณ์ของผู้เรียนนั้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง
2. ผู้เรียนและวิทยากรมีความสำคัญเท่ากัน ทั้งวิทยากรและผู้เรียนจะสร้างความสัมพันธ์กัน โดยการสื่อสารกันอย่างแท้จริง มีการแลกเปลี่ยนที่เท่าเทียมกัน

3. บุคคลเรียนรู้ได้ดีที่สุดจากกลุ่มซึ่งจะช่วยให้เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ที่เป็นจริงได้

4. ต้องมีการติดตามผลโดยภายหลังที่สมาชิกกลุ่มได้วิเคราะห์ปัญหาแล้วเพื่อให้สมาชิกกลุ่มสามารถตัดสินใจได้ว่าจะทำอย่างไรต่อไป

ผลลัพธ์ที่เกิดจากการเรียนการสอน คือ พฤติกรรมการเรียนรู้ของผู้เรียนซึ่ง Bloom, et al. ได้แบ่งพฤติกรรมการเรียนรู้ของบุคคลออกเป็น 3 ด้าน ได้แก่ (ลักษณะ มีคะแนน และคะแนน, 2539: 42 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541)

1. ด้านพุทธิพิสัย (Cognitive Domain) เป็นความสามารถด้านความรู้ ความเข้าใจ การนำไปใช้ การวิเคราะห์ การสังเคราะห์ และการประเมินผล

2. ด้านจิตพิสัย (Affective Domain) เป็นพฤติกรรมเกี่ยวกับการรับรู้ การตอบสนอง การสร้างค่านิยม การจัดระบบค่านิยม และการสร้างลักษณะนิสัย ที่เกิดขึ้นกับผู้เรียน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับด้านพุทธิพิสัยมากเพราะบุคคลจะมีความเชื่อ มีศรัทธา มีความผูกพัน รู้ว่าจะไรดี / ไม่ดี จะต้องรู้จักสิ่งนั้นก่อน พฤติกรรมทั้ง 2 ด้าน จึงแยกกันได้ยาก

3. ด้านทักษะพิสัย (Psychomotor Domain) เป็นความสามารถในการใช้อวัยวะต่างๆของร่างกาย ในการทำกิจกรรมต่างๆอย่างมีความสัมพันธ์ แบ่ง 3 ชั้น คือ การเลียนแบบ การฝึกทำด้วยตนเอง และการกระทำอย่างอัตโนมัติ

ความสามารถในด้านการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ จะเกิดขึ้นได้ต้องมีการพัฒนาด้านความรู้ เจตคติ ค่านิยมต่อสิ่งนั้นมาก่อน บุคคลจึงแสดงพฤติกรรมนั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ

อาจสรุปได้ว่า การเรียนรู้ที่เกิดขึ้นทั้ง 3 ด้าน ดังกล่าว ส่งผลให้ผู้ดูแลมีการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านแนวคิด เจตคติ และทักษะการปฏิบัติเป็นการเพิ่มความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่า "กระบวนการเรียนการสอน ก่อให้เกิดการเรียนรู้ (Learning Outcomes) และผลที่เกิดจากการเรียนรู้ก็คือ ความสามารถของผู้เรียน (Student Capability) (อรุณี วชิราพรทิพย์ 2525: 5 อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541)

5.2 การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process)

การเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มเป็นการเรียนรู้พื้นฐานที่สำคัญอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งเมื่อประกอบกับการเรียนรู้เชิงประสบการณ์ (Experiential Learning) กระบวนการกลุ่มจะช่วยให้ผู้เรียนได้มีส่วนร่วมสูงสุดและทำให้บรรลุงานสูงสุด

การมีส่วนร่วมสูงสุด (Maximum Participation) ของผู้เรียนขึ้นอยู่กับกรอบแบบกลุ่ม ซึ่งมีตั้งแต่กลุ่มเล็กที่สุด คือ 2 คน จนกระทั่งกลุ่มใหญ่ กลุ่มแต่ละประเภทมีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน ผู้เรียนทุกคนควรมีส่วนร่วมในทุกกิจกรรมของแต่ละองค์ประกอบ ฉะนั้นผู้สอนจึงควรพิจารณาตามผู้เรียน

การบรรลุงานสูงสุด (Maximum Performance) ถึงแม้ผู้สอนจะออกแบบกลุ่มให้ผู้เรียนทุกคนมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมแล้วก็ตาม แต่สิ่งสำคัญอีกอย่างหนึ่งที่จะทำให้กลุ่มผู้เรียนบรรลุงานสูงสุดได้ คือ การออกแบบงาน ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ผู้สอนจะต้องจัดทำเป็นใบงานที่กำหนดให้กลุ่มผู้เรียนทำกิจกรรมให้บรรลุตามวัตถุประสงค์การเรียนรู้ในแผนการสอน

ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาในการเข้าร่วมโปรแกรม

ขนาดของกลุ่มและระยะเวลาของการฝึกมีส่วนสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของผู้เรียน ซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงเรื่องนี้อยู่หลายท่านคือ

Alberti & Emmons (1982) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมนั้น ถ้ากลุ่มมีขนาด 5 - 12 คน โดยใช้เวลาในการฝึกทั้งหมด 5 - 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้งๆละ 1 ชั่วโมง ก็จะทำให้การฝึกมีประสิทธิภาพใกล้เคียงกับการฝึกที่มีระยะเวลานาน

Kanfer & Goldstein (1975) กล่าวว่าขนาดของกลุ่มที่ใช้ในการฝึก ควรมีสมาชิกตั้งแต่ 8 - 10 คน และจำนวนครั้งที่ใช้ในการฝึกควรเป็น 6 - 8 ครั้ง จะทำให้การฝึกได้ผลดีที่สุด

หลุยส์ จัปาทาศ (2532) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมสามารถกระทำได้ทั้งเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล แต่มีความเชื่อว่าการทำเป็นรายกลุ่มโดยทั่วไปแล้วจะได้เป็นผลดีกว่าการฝึกเป็นรายบุคคล เช่น การฝึกเป็นกลุ่มสมาชิกจะได้รับการกระตุ้นหรือการเสริมแรงจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มจะสามารถเรียนรู้ความแตกต่างของสมาชิกในกลุ่ม ยอมรับสิทธิของเพื่อนสมาชิกที่เสนอเหตุผลตามความคิดของเขา

จากการศึกษาขนาดของกลุ่มและระยะเวลาในการฝึกดังกล่าว สรุปได้ว่า การจัดโปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม จำนวนขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสมที่ผู้วิจัยพิจารณา คือ กลุ่มละประมาณ 5 - 12 คน เข้าร่วมโปรแกรมอาทิตย์ละ 1 ครั้งๆละ 3 กิจกรรม โดยจัดแบ่งเป็นช่วงเช้า 2 กิจกรรม และช่วงบ่าย 1 กิจกรรม รวมเป็น 6 กิจกรรม ในระยะเวลา 2 สัปดาห์ เนื่องจากผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะมาเยี่ยมผู้ป่วยเฉลี่ย 1-2 สัปดาห์ต่อ 1 ครั้ง และผู้ป่วยเฉลี่ยแล้วอยู่ โรงพยาบาลประมาณ 3-6 อาทิตย์ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

6. แนวคิดการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม

แนวคิดของการพยาบาลตั้งแต่เริ่มแรก เป็นแนวคิดที่สอดคล้องกับแนวคิดของนักปรัชญาองค์รวม โดยเชื่อว่าในเมื่อบุคคลมีพลังอำนาจและโดยธรรมชาติของมนุษย์สามารถหายจากความเจ็บป่วยได้เอง (Self-healing) การจัดให้บุคคลได้รับอาหารและน้ำที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพ ได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ ได้รับแสงแดดและความอบอุ่นที่พอเหมาะ สิ่งแวดล้อมที่สงบเงียบปราศจากสิ่งรบกวน เพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และได้รับการดูแลในเรื่องความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อมแล้ว สิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยหายได้เอง เพราะธรรมชาติเท่านั้นที่จะช่วยให้ผู้ป่วยหาย

6.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้ให้ความหมายของการพยาบาลองค์รวมว่า หมายถึง การปฏิบัติการพยาบาลซึ่งมีเป้าหมาย เพื่อให้บุคคลทั้งคนหายจากการเจ็บป่วย และให้ความสำคัญขององค์รวมเป็น 2 ประเด็น คือ องค์รวมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษา ทำความเข้าใจความสัมพันธ์ระหว่าง กาย-จิต และจิตวิญญาณของบุคคล มองส่วนรวมมากกว่าการรวมส่วนย่อยเข้าด้วยกัน ประเด็นที่ 2 มองความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมภายในและสิ่งแวดล้อมภายนอก การพยาบาลแบบองค์รวมต้องใช้แนวคิดทั้ง 2 ประเด็นในการให้การพยาบาลผู้ป่วยซึ่งอาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า "การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การให้การพยาบาลบุคคลโดยมองบุคคลเป็นองค์รวม ผสมผสาน กาย-จิต-จิตวิญญาณ ในสิ่งแวดล้อมที่บุคคลอาศัยอยู่"

6.2 ปรัชญาของการพยาบาลแบบองค์รวมของสมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย

สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (ANNA, 1933 อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) มีความเชื่อว่าการพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ วัตถุประสงค์เบื้องต้นเพื่อช่วยให้คนมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกาย จิตใจ และวิญญาณ สมาคม ฯ มีวัตถุประสงค์เพื่อปรับปรุงสนับสนุนให้ใช้ศิลปและวิทยาศาสตร์ในการดูแลบุคคลทั้งองค์รวม มีความเชื่อว่าการพยาบาลมีความสามารถอย่างโดดเด่น และเป็น เอกลักษณะในการให้บริการซึ่งทำให้เกิดความเป็นหนึ่งเดียวของบุคคลอย่างสมบูรณ์

มโนทัศน์ของการพยาบาลองค์รวมอยู่บนพื้นฐานของวิชาการที่กว้างและครอบคลุม ความสมดุลระหว่างศิลปะและวิทยาศาสตร์ ทักษะในการวิเคราะห์อย่างมีเหตุผล และมีโอกาสในการเลือกวิธีปฏิบัติหลายรูปแบบ ในการผสมผสานให้เกิดความสมดุลของระบบพลังงานของมนุษย์ กระบวนการเรียนการสอนจะช่วยให้พยาบาลช่วยเหลือบุคคลให้มีความรับผิดชอบต่อความผาสุกของตนเอง มีความเชื่อว่าโรคและความเครียด สามารถมองในรูปของโอกาสที่จะเพิ่มความตระหนักของการเชื่อมโยงภายในระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เชื่อว่าพยาบาลต้องการระบบสนับสนุนเครือข่าย การติดต่อสื่อสาร เห็นความสำคัญของโอกาสในการศึกษา เพื่อส่งเสริมให้กลุ่มพยาบาลบรรลุความสมบูรณ์ในการให้บริการแก่มนุษยชาติ เชื่อว่าสมาคมฯ จะเป็นสื่อกลางในการตั้งจุดและผลักดันในกลุ่มพยาบาล ให้ปฏิบัติกรพยาบาลในการดูแลเยียวสุขภาพตนเอง ของผู้รับบริการในลักษณะองค์รวม สมาคมฯ เชื่อว่าวิธีการหายจากการเจ็บป่วยด้วยตนเอง (การหายที่มาจากธรรมชาติของร่างกายมนุษย์) มีหลายวิธี พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ทางการพยาบาล ทฤษฎี ความชำนาญและความคิด ในการดูแลผู้ป่วยแบบหุ้นส่วน (Partnership) เสริมสร้างให้ผู้ป่วยตอบสนองของกระบวนการรักษา เพื่อบรรลุความสุขสบายอย่างเป็นองค์รวม โดยผสมผสานการดูแลตนเอง (Self Care) ในการดำรงชีวิตตนเอง การรับผิดชอบต่อตนเอง ให้ความสำคัญของการเชื่อมโยงระหว่างตนเองกับสิ่งแวดล้อมมีความสามารถในการเลือกวิธีปฏิบัตินอกเหนือจากการแพทย์แผนตะวันตก ช่วยเสริมหรือสนับสนุนการรักษาเพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย

6.3 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมในมุมมองของพยาบาล

สมจิต หนูเจริญกุล (2531 : 13 อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) กล่าวว่า นักทฤษฎีทางการพยาบาลต่างเห็นพ้องต้องกันว่า พยาบาลจะต้องดูแลบุคคลทั้งหมดหรือHolism และถ้าพิจารณารายละเอียดของทฤษฎี อาจแบ่งแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมได้เป็น 3 กลุ่ม แนวคิด คือ

1. แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม ที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์ Nightingale (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล , 2531 : 14) เป็นพยาบาลคนแรกที่ให้แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเขียนว่า "สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำก็คือ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด หรือ ให้ธรรมชาติมาเยียวยา" การที่เขียนเช่นนี้ แสดงว่า ในดิงเกิล ได้เห็นถึงพลังอำนาจและธรรมชาติของบุคคลที่จะหายจากโรคได้เอง ถ้าบุคคลนั้นได้รับอาหาร อากาศ และน้ำที่เพียงพอทั้งปริมาณและคุณภาพได้รับแสงแดดและความอบอุ่นพอเหมาะสม อยู่ในที่เงียบสงบเพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และได้รับการดูแลความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม

นอกจากนี้ Henderson (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531: 41) ได้กล่าวถึงหน้าที่ที่เป็นเอกลักษณ์ของการพยาบาลว่า "พยาบาลจะต้องให้การดูแลผู้ป่วยหรือประชาชนที่มารับบริการแบบองค์รวม โดยการช่วยเหลือทั้งผู้ป่วยหรือคนปกติในกิจวัตรประจำวัน ซึ่งปกติบุคคลเหล่านี้ จะกระทำได้ด้วยตนเองถ้าเขามีกำลัง ความตั้งใจและความรู้ และตลอดเวลาในสัมพันธภาพ การช่วยเหลือนี้ พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยกลับพึ่งตนเองโดยเร็วที่สุด เผชิญกับความพิการ หรือโรคที่ไม่สามารถหายขาดได้ ให้ตายอย่างมีเกียรติและศักดิ์ศรีเมื่อถึงเวลา ซึ่งหน้าที่ของพยาบาลเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ พยาบาลต้องเข้าถึง (ทราบ) ความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วย เพื่อจะได้ทราบสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการความช่วยเหลือ และวางแผนร่วมกับผู้ป่วยและญาติเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติได้พึ่งตนเองได้ใช้พฤติกรรมที่เหมาะสมกับปัญหาที่มีประสิทธิภาพหรือให้ตายอย่างสงบ

2. Iveson (1981) เป็นพยาบาลอังกฤษอีกผู้หนึ่ง ที่ใช้แนวคิดความต้องการของมนุษย์มาเป็นตัวกำหนดการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเชื่อว่า การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นปรัชญาที่พยาบาลต้องตระหนัก เพื่อมองบุคคลให้ครอบคลุมทุกด้านของชีวิต ซึ่งเป็นผลของปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยทางเคมี ฟิสิกส์ จิต และสังคม การให้การพยาบาลแบบองค์รวมจะต้องสนองความต้องการของผู้ป่วย ทั้งด้านความรัก ความเอาใจใส่ การสัมผัส อาหาร ความสะอาด ความสุขสบาย การพักผ่อนหลับนอน และการพักผ่อนหย่อนใจ ทั้งนี้เพื่อช่วยให้บุคคลได้พัฒนาไปถึงขีดสูงสุดของชีวิต แม้ว่าจะเกิดความเจ็บป่วย

3. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่อาศัยการปรับตัวของมนุษย์

นักทฤษฎีทางการพยาบาลกลุ่มนี้สร้างแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดถือการปรับตัวของมนุษย์ มองสุขภาพในลักษณะของความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยพิจารณาตั้งแต่ระดับเซลล์ จนถึงตัวบุคคล มองสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกเน้นถึงการทำงานของส่วนต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันทั้งหมด แทนที่จะแยกเป็นส่วนย่อย ๆ ออกมาศึกษาต่างหาก นักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ใช้แนวคิดนี้ให้พยาบาลมองคนทั้งคนในลักษณะของการผสมผสานของร่างกาย จิตใจ สังคม และสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Theory) ที่มองการปรับตัวของคนต่อสิ่งเร้าผ่านระบบย่อยสองระบบ คือ กลไกการควบคุม (Regulator) และกลไกการรับรู้ (Cognator) และจะแสดงพฤติกรรมออกมา 4 แนวทาง คือ ความต้องการด้านสรีรวิทยา มโนทัศน์แห่งตน (Self concept) บทบาทและหน้าที่ (Role function) และการพึ่งพา รอยพยายามจะมองความเชื่อมโยงในระบบของการควบคุม และการรับรู้เพื่อให้ผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง (Roy, 1987 อ้างใน สมจิต ปทุมมานนท์, 2541)

6.4 เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม

เป้าหมายหลักของการพยาบาล คือ การให้การดูแล "บุคคล" ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวทางการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติ อันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเอง และต่อการ รักษาสุขภาพของตนเอง

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

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งที่สำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหา(ผู้รับบริการ)โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์ และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

6.5 ข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมประเทศสหรัฐอเมริกา (AHNA อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ซึ่งเป็นกลุ่มพยาบาลที่สนใจและให้บริการพยาบาลแบบองค์รวม ได้ค้ำประกันข้อกำหนดพื้นฐานของการพยาบาล องค์รวม 3 ประการ คือ

ประการที่ 1 พยาบาลต้องมีความสามารถในการผสมผสานการดูแลตนเอง (Self care) ในการปฏิบัติพยาบาล โดยพยาบาลจะต้องรับผิดชอบต่อดูแลตนเองให้ดี การพัฒนาตนเอง จะทำให้การปฏิบัติพยาบาลพัฒนาขึ้น พยาบาลองค์รวมต้องค้ำประกันถึงประสบการณ์มนุษย์ การผสมผสานร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณในการปฏิบัติพยาบาลในสิ่งแวดล้อมต่างๆ ทั้ง

โรงพยาบาล บ้าน ชุมชน หรือ สถานพยาบาลอื่น ๆ พยาบาลจะต้องเป็นผู้ดำเนินการผสมผสานวิธีการรักษาทางเลือก และการรักษาเสริม เช่น การคลายเครียด การรักษาโดยการสัมผัส ฯลฯ เข้ากับกลวิธีการพยาบาลตามแนวปัจจุบัน (Allopathic Nursing)

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

ประการที่ 3 การปฏิบัติพยาบาลจะต้องมีทฤษฎีทางการพยาบาลเป็นพื้นฐานในการปฏิบัติ

จากแนวคิดและข้อกำหนดดังกล่าว (AHNA) ได้ใช้เป็นแนวทางกำหนดมาตรฐานการพยาบาลแบบองค์รวม

6.6 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 มาตรฐานเกี่ยวกับวินัยให้การปฏิบัติ

มโนทัศน์ที่ 1 ปรัชญาขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวม ต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล มโนทัศน์ขององค์รวม ประวัติและทฤษฎีขององค์รวม

มโนทัศน์ที่ 2 รากฐานขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติและให้บริการการพยาบาลแบบองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 3 จริยธรรมขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องยึดมั่นในการผสมผสานการดูแลและการหายจากการเจ็บป่วย โดยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นองค์รวมของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกสิ่งแวดล้อมที่ให้บริการพยาบาล

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการปฏิรูปการดูแลสุขภาพตามแบบองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 4 ทฤษฎีการพยาบาลองค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องระบุทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นพื้นฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 5 พยาบาลองค์รวมและการวิจัย

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การสืบค้นความจริงเกี่ยวกับปัญหาทางคลินิก โดยทำวิจัยทางการพยาบาลหรือสนับสนุนและใช้ผลการวิจัยที่ผู้อื่นได้ศึกษาไว้

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องใช้ความรู้สึกรู้สึกคิด วิจยารณญาณในการเก็บ รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ควรให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบความตรงของข้อมูล

มาตรฐานการปฏิบัติ : ในการวางแผนการพยาบาลองค์รวม ต้องร่วมมือกับผู้ป่วย บุคคลที่มีความสำคัญกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพในที่มสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การดูแลและการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด

มโนทัศน์ที่ 7 ความหมายและความเป็นองค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องเป็นการดูแลผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด ทั้งบุคคลไม่ใช่รักษาเฉพาะอาการแสดงที่พบหรือปฏิบัติบริการเพื่อแก้ปัญหาที่พบเท่านั้น

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวม จะต้องประเมินความหมายของสุขภาพ การเจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง และการบริหารจัดการ การดูแลสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน ตลอดจนผู้มี ความสำคัญกับผู้รับบริการมาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมนำทาง เป็นสื่อให้เกิดการสวดมนต์ และการเจริญของจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มโนทัศน์ที่ 8 การดูแลตนเองของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องร่วมวางแผนกับผู้รับบริการและบุคคลสำคัญของ ผู้รับบริการ ในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยให้เหมาะสมกับระดับความสามารถทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัว ความลับ และ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นสื่อให้เกิดความสามัคคีและความเป็นองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 9 การส่งเสริมสุขภาพ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องมีความยืดหยุ่น พยายามและสามารถยกเลิกการควบคุมการปฏิบัติแบบอย่างที่เคย โดยรู้จักว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อร่วมมือให้เกิดการดูแลลักษณะที่ให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมช่วยเหลือและสนับสนุนผู้รับบริการและผู้ที่มีความสำคัญกับผู้รับบริการ โดยการระบุแนวทางปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในการปฏิบัติที่เป็นวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

6.7 แนวทางการสอนให้บุคคลเข้าใจสุขภาพแบบองค์รวม

การสอนให้บุคคลเข้าใจหลักในการปฏิบัติสุขภาพแบบองค์รวม และสามารถปฏิบัติตามได้ การเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารจะต้องทำให้ง่ายต่อการเข้าใจ และจัดประเด็นที่จะสอนให้เป็นหมวดหมู่เป็นสำคัญ ดังที่ Greg Anderson (อ้างถึงในสมจิต ปทุมานนท์, 2541) ได้พัฒนารูปแบบการสอนผู้ป่วยมะเร็งให้สามารถดูแลตนเองแบบองค์รวม โดยใช้หลัก "ง่ายต่อการเข้าใจและง่ายต่อการปฏิบัติ" ซึ่งรูปแบบดังกล่าวทำให้ผู้ที่มีการรับรู้ทางลบต่อสุขภาพแบบองค์รวม สามารถเข้าใจและปฏิบัติในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมได้ รูปแบบดังกล่าว Greg เรียกว่า "เปิดประเด็นในการวางแผนสู่ความผาสุก" ซึ่งประกอบด้วย

หลักข้อที่ 1 ต้องสอนให้เข้าใจหลักพื้นฐานของการมีสุขภาพดีหรือความผาสุก

การมีสุขภาพดีไม่ใช่หมายถึง ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางร่างกาย แต่หมายถึงการมีความพึงพอใจที่ระหว่างร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ และเน้นให้ผู้รับบริการทราบว่า การเจ็บป่วยทางจิตวิญญาณนั้นบุคคลสามารถควบคุมได้ จิตวิญญาณ จะป่วยได้เมื่อบุคคลยอมให้ป่วยเท่านั้น ถ้าจิตวิญญาณป่วยก็จะส่งผลต่อร่างกายให้เจ็บป่วยได้ ดังคำกล่าวที่ว่า "จิตเป็นนาย กายเป็นบ่าว" ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยทางกาย ผู้ป่วยจะต้องควบคุม หรือต่อต้านจิตและวิญญาณของตัวเองไม่ให้ป่วยตามไปด้วย เพราะจะทำให้ร่างกายที่ป่วยอยู่แล้วมีอาการหนักมากยิ่งขึ้น หลักข้อที่ 1 นี้จะต้องยึดปฏิบัติตลอดโครงการการมุ่งสู่การมีสุขภาพดีหรือความผาสุก

หลักที่ 2 "การรักษา"

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องรักษาเป็นเวลานานหรือตลอดชีวิตส่วนใหญ่ผู้ดูแลจะมีความท้อแท้ หมดหวัง ผู้สอนต้องพยายามให้ข้อมูลผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการและการแสดง สาเหตุ การรักษา การดูแล และการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยควรจะต้องปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติต่อโรค พยายามเปลี่ยนวิกฤติให้เป็นโอกาส ใช้เวลาที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สำหรับผู้ป่วย โดยพยายามเชื่อว่ามีหลายสิ่งหลายอย่างสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วย

สามารถต่อสู้และเผชิญกับปัญหาการดูแลผู้ป่วย ถึงแม้จะไม่หายแต่ก็ช่วยทำให้มีคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและตนเองดีขึ้น ดีกว่าจะปล่อยให้หายไปโดยปราศจากการต่อสู้

หลักข้อที่ 3 "การออกกำลังกาย"

สอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการออกกำลังกาย การทำให้ร่างกายมีการเคลื่อนไหวหรือยืดตัว อาจจะเลือกปฏิบัติวิธีออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพร่างกาย การเดินวันละ 30 นาทีติดต่อกันถือว่าการออกกำลังกายอย่างหนึ่ง

หลักข้อที่ 4 "การทำงาน / การเล่น"

ต้องพยายามให้มีความสมดุลระหว่างการทำงานกับการพักผ่อนหย่อนใจ หรือการเล่น ถ้าเป็นบุคคลที่ว่างงานก็ควรกระตุ้นให้เขามองชีวิตอย่างมีเป้าหมาย อาจหางานหรือกิจกรรมที่ทำแล้วทำให้เกิดความเพลิดเพลิน รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า

หลักข้อที่ 5 "การสนับสนุนทางสังคม"

ผู้สอนต้องพยายามถามผู้ดูแลผู้ป่วยให้ประเมินความสัมพันธ์ระหว่างชีวิตของเขากับบุคคลอื่น และกับงาน กระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ใช้เวลาเพียงเล็กน้อยกับปัญหาด้านอารมณ์ หรือความสัมพันธ์ที่ไม่ดี และพยายามสร้างความสัมพันธ์และหาแรงสนับสนุนทางสังคม อาจจะเข้าร่วมกับกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยด้วยกันสัปดาห์ละครั้ง ซึ่งบุคคลใกล้ชิดและญาติมีส่วนสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจต่อสู้กับการเจ็บป่วย

หลักข้อที่ 6 "อาหารและโภชนาการ"

ต้องสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยหรือผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่มีคุณค่า อาจรับประทานมังสะวิรัต เน้นที่ความสดของผัก ผลไม้ รับประทานปลา ข้าวกล้อง ลดปริมาณอาหารจำพวกเนื้อสัตว์ (เนื้อวัว เนื้อหมู) ไขมันให้มีปริมาณน้อยลง ถ้ามีโรคประจำตัวจะต้องหาข้อมูลเกี่ยวกับชนิดอาหารที่ผู้ป่วยโรคนั้น ๆ ควรรับประทาน

หลักข้อที่ 7 "ความคิดสร้างสรรค์ / การคลายเครียด"

การทำให้ร่างกายผ่อนคลาย เพื่อให้จิตใจสงบ เกิดความคิดสร้างสรรค์เป็นสิ่งที่ต้องสอนให้ผู้ดูแลผู้ป่วยปฏิบัติ วิธีคลายเครียดมีหลายวิธี เช่น การนั่งสมาธิ การสร้างจินตนาการ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การจะเลือกปฏิบัติวิธีใดขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ดูแลผู้ป่วย

หลักข้อที่ 8 "จิตวิญญาณ"

จิตวิญญาณ ไม่ใช่ศาสนา เช่น การรักษาโดยไม่มีเงื่อนไข การยอมรับโดยไม่มีการพิสูจน์ การให้อภัย การนับถือพระเจ้า หรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ สิ่งเหล่านี้หมายถึงวิญญาณ

ผู้ให้บริการหรือผู้สอนจะต้องเข้าใจและให้ผู้ป่วยได้มีการแสดงออกหรือปฏิบัติ

Bolander (1994) ได้ให้แนวคิด กิจกรรมการพยาบาลจิตสังคมและการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ดังนี้ (ฉวีวรรณ สัตยธรรม, 2541)

1. การส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองแก่ผู้ป่วย

- พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศของความอบอุ่นเป็นกันเองและไว้วางใจ พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดความรู้สึกคุ้นเคย สบายใจและเกิดความมั่นคงปลอดภัย
- ยอมรับพฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วยและยอมรับให้ผู้ป่วยระบายความไม่สบายใจออกมา โดยเฉพาะความคิดหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณที่บางครั้งอาจขัดกับความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของพยาบาล
- คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ เชื้ออาหารและร่วมทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นบุคคล คุณค่า ศักดิ์ศรีของตนเอง
- พุดความจริงเป็นการสื่อสารสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลเกิดความภาคภูมิใจในตนเอง และพึงพอใจต่อสัมพันธภาพ

2. การส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วย

- ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานตัดสินใจในการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองได้
- ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมรับรู้และร่วมตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นจริง มีเหตุมีผล ถูกต้อง เหมาะสม ประการสำคัญคือ ให้ผู้ป่วยรับได้

3. การพยาบาลแบบร่วมในความรู้สึกของผู้ป่วย

- เป็นการนำความรู้สึกของผู้อื่นมาใส่ใจเพื่อเข้าใจให้ต้องแท้โดยไม่สูญเสียความเป็นส่วนตัวของตัวเอง

4. การรับฟังและมีเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย

พยาบาลจะต้องฟังอย่างตั้งใจ ติดตาม ฟังโดยไม่ตัดสินใจได้แย่ง หรือวิพากษ์วิจารณ์ มีความไว สัมผัสถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่อาจแสดงออกทางท่าทาง คำพูดหรือน้ำเสียง รู้จักเก็บความหรือวิเคราะห์ความหมายได้ครบถ้วน

นอกจากนี้พยาบาลอาจเลือกใช้เทคนิคการสื่อสารเพื่อการบำบัด เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้แสดงออกถึงความต้องการทางจิตวิญญาณ โดยการเลือกการใช้การสื่อสารที่เหมาะสมกับสถานการณ์ เช่น เทคนิคให้ระบายความรู้สึกนึกคิด เทคนิคการทำให้กระจ่างด้านค่านิยม เทคนิคกระตุ้นการสนทนา เป็นต้น

5. การสร้างความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วย

- จุดประกายความหวังให้กับผู้ป่วยหรือผู้ดูแล โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลระลึกถึงเหตุการณ์ในอดีต ในเรื่องที่น่าประทับใจในทางที่ดีและไม่ดี ความรู้สึกประทับใจต่างๆ เช่น ความสามารถที่ตนเองประจักษ์คุณความดีที่ได้เคยกระทำ เป็นต้น ทำให้เกิดกำลังใจมีเป้าหมายในการเพียรพยายามต่อสู้เพื่อการกลับคืนสู่สภาพการณ์ที่ดีอีกครั้ง ส่วนประสบการณ์ที่ไม่ดี โดยเฉพาะเรื่องราวที่ทำให้ปวดร้าวใจ อาจเทคนิคให้ท่องบทสวดมนต์เพื่อให้ได้ระบายรู้สึกผิด ไถ่โทษ และอารมณ์อื่น ๆ เกิดความรู้สึกให้อภัยและได้รับการอภัย

- ปลุกเร้ากำลังใจโดยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้รู้จักใช้คำพูด หรือการแสดงออกต่าง ๆ ที่เป็นการให้กำลังใจแก่ตนเอง และพยายามที่จะสู้ เช่น " ฉันจะต้องทำให้ได้ "

- กำหนดเป้าหมายในชีวิต ความเชื่อที่ว่า เป้าหมายที่ตั้งใจไว้จะต้องบรรลุผล จะทำให้ ผู้ป่วยเกิดความหวังในชีวิต พยายามต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ดูแลผู้ป่วยมีเป้าหมายที่เป็นจริงและมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

6. การจัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย

- การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าตนมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ในชีวิตได้โดย

- การสวดมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึกว่าจะทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวดมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ให้ความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คล้ายกับได้มีการแลกเปลี่ยนส่งผ่านความรัก ความหวังโยระหว่างพระพุทธรูปเจ้า หรือ พระผู้เป็นเจ้าของมนุษย์ ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก ความเข้าใจและการอภัย อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไป เป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง

- ปฏิบัติพิธีกรรม การเชื้ออำนาจความสะอาดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยได้ร่วมประกอบกิจกรรมทางศาสนาในบางโอกาส เช่น การนิมนต์พระหรือเชิญบุคคลสำคัญทางศาสนามาพูดคุยด้วยความรู้สึกต้องการผู้ชี้แนะแนวทาง

- จัดหาหนังสือธรรมะ หรือคัมภีร์ต่าง ๆ ตามความเชื่อมาให้อ่าน ช่วยให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเกิดความรู้สึกสบายใจ ผ่อนคลายความเครียด เคารพในความเชื่อของผู้ป่วย เมื่อเกิดความขัดแย้งด้านความเชื่อกับระบบการรักษาพยาบาล ควรหาวิธีระมัดระวังให้มากที่สุด เปิดโอกาสให้ใช้วัตถุมงคลต่าง ๆ

7. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย (Spiritual well-being)

เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้ดูแลได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับกิจกรรมทางบัพัตทางจิตวิญญาณต่าง ๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การสร้าง

จินตนาการทางบวก เป็นต้น รวมทั้งการได้สัมผัสกับประสบการณ์ทางสุนทรีภาพทั้งหลาย เช่น การอ่านบทกวี การชมศิลปะ การฟังเพลง การทำกิจกรรมบันเทิง การออกกำลังกาย หรือ การพักผ่อนอย่างมีความสุข เป็นต้น

8. การเรียนรู้โดยศึกษาพร้อมกับผู้ป่วย

เป็นการเรียนรู้และศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้ป่วยเมื่อพูดคุยแลกเปลี่ยน ความความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ดูแลผู้ป่วยนับถือศรัทธา

ดังนั้น การดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยและลดภาระของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ จะต้องให้การดูแลผู้ดูแลครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งพยาบาลจะต้องตระหนักถึงความสำคัญของพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ดูแลก่อน ซึ่งจะเป็นการพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล พลังความสามารถ 10 ประการ จะเป็นปัจจัยพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent operation)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา การส่งเสริมและการพัฒนาความสามารถของบุคคลในการดูแลตนเองและบุคคลผู้พึ่งพา มีด้วยกันหลายวิธี แต่พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ซึ่งกำหนดองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป เมื่อพิจารณาแล้วองค์ประกอบดังกล่าว ครอบคลุมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลไม่สามารถแยกการดูแลออกเป็นส่วนๆได้

ดังนั้น การพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองทั้ง 7 ด้าน ดังกล่าวจะเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล พลังความสามารถ 10 ประการ และจะเป็นปัจจัยพื้นฐานให้เกิดความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (Capabilities for dependent operation) โดยประกอบด้วยเนื้อหาดังต่อไปนี้

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง (Self awareness)

การพัฒนาการรู้จักตนเอง คือ ความพยายามของบุคคลที่จะรับรู้เกี่ยวกับตนเองตรงกับความเป็นจริงตามธรรมชาติที่บุคคลนั้นเป็นอยู่ ทั้งในด้านความคิด ความรู้สึก

ค่านิยม พฤติกรรมตนเองที่มีต่อสถานการณ์ต่างๆ (Norris, 1987) และความรู้สึกสำนึกในตนเอง บุคคลที่มองเห็นตนเองได้ตรงกับความเป็นจริงนั้น จะสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข เป็นคนเปิดเผยจริงใจ ผู้อื่นก็สามารถรู้จักบุคคลนั้นได้ตรงความเป็นจริงด้วย การพัฒนาการรู้จักตนเอง นั้นเป็นกระบวนการตลอดชีวิต สามารถพัฒนาได้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) สอดคล้องกับ ศรีรัตนาศุภพิทยากุล (2534) ที่กล่าวว่า โดยปกติแล้ว การรู้จักตนเองจะพัฒนาเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องไม่มีวันจบสิ้น จึงไม่มีบุคคลใดที่มีความตระหนักรู้ในตนเองหรือรู้จักตนเองอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ถึงระดับสูงสุด หากแต่การพัฒนาการรู้จักตนเองสามารถพัฒนาเพิ่มขึ้นได้เรื่อยๆ

ทักษะการรู้จักตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเอง ทั้งนี้เพราะ การที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตนเอง สามารถประเมินตนเองได้ เป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundation capabilities and dispositions) ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

กิจกรรมที่พัฒนาการรู้จักตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) สรุปได้ดังนี้

(1) การจดบันทึก (Journal Keeping) เป็นการเขียนลำดับเหตุการณ์จากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน ซึ่งช่วยพัฒนาตนและส่งเสริมสุขภาพจิต เพราะทำให้บุคคลได้ระบาย ทำความเข้าใจกับความคิด ความรู้สึกของตนเอง ทำให้เพิ่มการยอมรับและเพิ่มความรับผิดชอบต่อสิ่งที่ตนเลือก ช่วยให้บุคคลเปลี่ยนแปลง ตลอดจนทำให้พบความหมายของชีวิตอย่างแท้จริง

(2) การทำให้เป้าหมาย/ค่านิยมกระจ่างชัด (Value clarification) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความเชื่อ ค่านิยม มโนคติที่บุคคลนับถือ ซึ่งมีผลต่อพฤติกรรมของบุคคล การทำให้ค่านิยมกระจ่างชัดจึงเป็นการรู้จักตนเองที่ช่วยให้ไม่เกิดปัญหาเมื่อผู้อื่นตัดสินใจอะไรที่ขัดกับความรู้สึกหรือ ค่านิยมของตน และช่วยในการหลีกเลี่ยงการตัดสินใจพฤติกรรมของผู้อื่น โดยยึดเอาค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นปทัสถาน การพัฒนาการทำค่านิยมให้กระจ่าง อาจกระทำโดยการจัดลำดับสิ่งสำคัญในชีวิต 10 อย่าง หรือการถามตนเองเกี่ยวกับสิ่งสำคัญในชีวิต (Stuart and Sundeen, 1987)

(3) การประเมินทักษะในการเผชิญปัญหา (Assessment of coping) เป็นการทำความเข้าใจตนเองเกี่ยวกับวิธีการเผชิญปัญหาของตนเองว่า เมื่อตนเผชิญปัญหาจะเลือกเผชิญปัญหาอย่างไร และทำไมจึงเลือกวิธีเผชิญปัญหาในลักษณะนั้น การเรียนรู้แบบแผนในการเผชิญปัญหา รวมทั้งความมุ่งมั่นของบุคคลที่พยายามจะหาวิธีการเผชิญปัญหา จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี สามารถเผชิญปัญหาได้อย่างเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

(4) การรับรู้ความรู้สึก (awareness of feeling) เป็นการรู้จักตนเองเกี่ยวกับความรู้สึกหรือประสบการณ์ที่อัดอั้นอยู่ในใจ การพัฒนาการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง อาจกระทำโดยการฝึกใช้คำพูดแสดงความรู้สึกของตนเองในระหว่างการสนทนาในชีวิตประจำวัน เช่น "ฉันรู้สึกกว่า...." แทนคำพูด " ฉันคิดว่า...." และฝึกบอกความรู้สึกของตนที่มีต่อพฤติกรรมของผู้อื่น

(5) การรับรู้แบบแผนการคิดและการกระทำ (awareness of thought and action pattern) เป็นการรู้จักตนเองในด้านความคิดและการกระทำของตนเอง ขึ้นกับความเชื่อในความสามารถของตน ความเชื่อในความหมาย และควมมีคุณค่าของกิจกรรมนั้นที่มีต่อความคิดของตนรวมทั้งการทํากิจกรรมในวงจรของความสำเร็จ คือมีการตั้งเป้าหมาย วางแผน มุ่งมั่นกระทำ และประเมินความสำเร็จ บุคคลที่ประสบความสำเร็จ จะรู้สึกว่ตนเองควบคุมตนเองได้ มีความสามารถและมีอำนาจในตน

นอกจากนี้ การที่บุคคลจะพัฒนาการรู้จักตนเองในด้านการรับรู้ความรู้สึกของตนเอง นั้นอาจฝึกฝนโดยการฟังตนเอง คือ การสำรวจความรู้สึกของตนในขณะนั้นว่ เรามีความรู้สึกนึกคิดอะไรขึ้นมา และค้นหาสาเหตุของการรู้สึกที่เรามีอยู่ว่เกิดจากอะไร การสำรวจจะต้องทำอย่างซื่อตรงต่อตนเอง เป็นการเปิดเผยความรู้สึกของตนเองและฟังผู้อื่นพูด คือ การให้ผู้อื่นป้อนกลับให้เรารวบว่ คนอื่นมองตัวเราอย่างไร การป้อนกลับจากเพื่อนหรือบุคคลใกล้ชิด จึงทำหน้าที่เหมือนกระจกส่องให้เราเห็นตนเองได้

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

บุคคลจะมีสุขภาพจิตดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสาร ที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึก ระหว่างคนได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะเป็นส่วนหนึ่งของพลังความสามารถ 10 ประการจะเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถในการกระทำการดูแลตนเองหรือบุคคลที่พึ่งพา กระบวนการที่บุคคลทำให้บุคคลอื่นรับรู้ความต้องการของตนเองและความสามารถในการรับรู้ รับทราบความต้องการของบุคคลอื่นเป็นส่วนสำคัญในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต วิธีการที่จะเสริมสร้างให้บุคคลมีการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ มี 2 วิธี (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ได้แก่

(1) การวิเคราะห์การแลกเปลี่ยนข่าวสาร (Transactional Analysis) เป็นการอธิบายถึงบทบาทของภาวะอีโก้ (ego) จากเนื้อหาการสื่อสารและพฤติกรรมที่แสดงออกในการพูดคุยแต่ละวันว่ ใช้บทบาทใด เป็นเด็ก ผู้ใหญ่ พ่อแม่ และใช้บทบาทสอดคล้องกันหรือไม่ ถ้าบุคคลรู้ บทบาทของตนในการติดต่อสื่อสาร ก็สามารถเรียนรู้และปรับรูปแบบการสื่อสาร ที่เหมาะสมได้

(2) การฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่เหมาะสม (Assertiveness training) เพราะการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกถึงความรู้สึกของตนเอง ด้วยวิธีที่ถูกต้องเหมาะสม ทำให้ตนเองรู้สึกมีคุณค่าและมั่นใจ ถือได้ว่าเป็นการรักษาสุขภาพจิตของตนเองอีกทางหนึ่ง

กิจกรรมการดูแลตนเองด้านการติดต่อสื่อสารมีหลายอย่างดังนี้

1. การประเมินแบบแผนการติดต่อสื่อสารของตนเองอย่างต่อเนื่อง
2. การพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการให้และรับข่าวสารที่แม่นยำตรง
3. การรับรู้และการจำกัดการแสดงออกซึ่งความวิตกกังวลระหว่างการติดต่อสื่อสาร ให้ความสนใจการสื่อสารด้วยคำพูด และไม่ใช้คำพูดอย่างต่อเนื่อง
4. ศึกษาบทบาทของวัฒนธรรมและค่านิยมต่างๆที่มีผลกระทบต่อกระบวนการติดต่อสื่อสาร
5. ศึกษาทักษะในการติดต่อสื่อสารของบุคคลแต่ละวัย
6. พัฒนาและดำรงไว้ซึ่งทักษะการแสดงออก ในขณะที่เดียวกันต้องจำกัดการแสดง พฤติกรรมก้าวร้าวและพฤติกรรมเฉื่อยชา

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ

การจัดลำดับความสำคัญและการจัดเวลาในการกระทำกิจกรรมการดูแลตนเองเป็นความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของบุคคล ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่จะทำให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลผู้พึ่งพา ดังนั้นการพัฒนาและการดำรงรักษาความสามารถในการบริหารเวลาอย่างมีประสิทธิภาพ จึงนับว่า เป็นพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอย่างหนึ่ง การใช้เวลาให้มีประสิทธิภาพอาจกระทำได้หลายวิธี ได้แก่

1. การประเมินการใช้เวลาในแต่ละวัน โดยใช้แบบประเมินการใช้เวลา เพื่อให้บุคคลศึกษาว่า แต่ละวันตนเองใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพมากน้อยเพียงใด จากนั้นจึงเริ่มต้นการวางแผนการใช้เวลา การวางแผนเป็นกิจกรรมที่สำคัญยิ่งในการดูแลตนเอง ซึ่งจะช่วยให้บุคคลจัดลำดับความสำคัญของงาน และช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องทำสำเร็จลงได้ และช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมาย เป็นวิธีการที่จะให้เป้าหมายระยะสั้นและระยะยาวบรรลุผลดีได้ตามที่ต้องการ

2. การวางแผนการใช้เวลา จะช่วยให้บุคคลตระหนักถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน เช่น การผ่อนคลาย การออกกำลังกาย การหัวเราะ และกิจกรรมทางสังคมที่มีความ

หมายอื่นๆ แบบการใช้เวลา "วันนี้ของฉัน" จะเป็นประโยชน์ต่อบุคคลในการบริหารเวลาในแต่ละวัน

3. ประเมินแบบแผนการพักผ่อนหย่อนใจ การประเมินการพักผ่อนหย่อนใจของตนเองก็จะช่วยให้บุคคลรู้ว่าตนได้ใช้เวลาดูแลตนเองที่จะช่วยเสริมสร้างสุขภาพจิตด้านการพักผ่อนหย่อนใจมากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจสำรวจได้โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับเวลาในการพักผ่อนหย่อนใจ

4. การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

การเผชิญปัญหา หมายถึง การกระทำใดๆที่บุคคลกระทำลงไปเมื่อเกิดปัญหา หรือเป็นกระบวนการของบุคคลที่พยายามจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นให้อยู่ในภาวะสมดุล ทั้งปัญหาส่วนตัว ครอบครัว การงาน และสังคมที่บุคคลประสบอยู่เป็นประจำ ลักษณะหรือประเภทของการเผชิญปัญหาแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

- 1) ปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่มนุษย์สามารถแก้ไขได้ ได้แก่ ปัญหาที่มนุษย์มักก่อขึ้นเองโดยไม่รู้ตัว เช่น ปัญหาเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น
- 2) ปัญหาที่เหนือวิสัยที่มนุษย์จะแก้ไขได้ เช่น ภัยธรรมชาติ ความตาย อุบัติเหตุ การมีพฤติกรรมการเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมจัดได้ว่า เป็นองค์ประกอบของการรักษาสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งของความสามารถ และคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (Foundation capabilities and dispositions) การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสมเริ่มจากเมื่อบุคคลพบกับปัญหา ต้องวิเคราะห์สาเหตุของปัญหา แล้ววางแผนหาวิธีแก้ปัญหาตามสาเหตุที่เกิดขึ้น และประเมินผลการแก้ปัญหาหลังจากที่ได้ดำเนินการแก้ปัญหาแล้ว หากไม่สามารถดำเนินการแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ บุคคลจะหาแหล่งสนับสนุนในด้านของการเป็นที่ปรึกษา และช่วยเหลือต่อไป

ในขณะที่บุคคลเผชิญกับปัญหานั้น ทันทีที่มีเรื่องร้อนใจมากกระทบหรืออยู่ในสถานการณ์ที่เครียดมาก อาจใช้วิธีการปรับเปลี่ยนบรรยากาศชั่วคราว แทนที่จะได้ตอบด้วยอารมณ์ ซึ่งอาจทำให้เรื่องลุกลามใหญ่โต ควรใช้การหลีกเลี่ยงไปชั่วคราวก่อน รอให้อารมณ์ดีแล้วค่อยมาเผชิญหน้ากันใหม่ หรือรู้จักมองในหลายแง่มุม ไม่ควรเพิ่มความกดดันให้กับตนเองด้วยการมองในแง่ร้ายเพียงอย่างเดียว ให้มองในแง่บวกขึ้นบ้าง เช่น มองรถติดว่าทำให้มีเวลาฟังข่าว ฟังเพลง มองการที่คนอื่นตำหนิเราว่า เป็นการช่วยให้เรามองเห็นตัวเองในแง่ที่ต้องปรับปรุง

ถ้าเราไม่ด่วนโกรธและลองคิดทบทวนด้วยเหตุผล จะทำให้เราแก้ไขข้อบกพร่องของตัวเองให้หมดไปและพัฒนาตัวเองให้ดีขึ้น

หากปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่อยู่ในวิสัยที่จะแก้ไขได้ การเผชิญปัญหาและหาวิธีการแก้ไข อย่างมีระบบระเบียบหลายแง่มุม แล้วเลือกวิธีที่ดีที่สุดไปใช้ในการแก้ปัญหาที่เหมาะสมแล้ว ก็ถือว่าเป็นการแก้ปัญหาที่ได้ผลและมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าคุณเองมีความสามารถภาคภูมิใจในความสำเร็จของตนเอง

5. การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม

การสนับสนุนทางสังคมจะมีผลต่อการปรับตัวหรือการสนองตอบต่อภาวะเครียดของบุคคล โดยที่การสนับสนุนทางสังคมจะเป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อภาวะผู้ดูแลในด้านการบรรเทาความรุนแรงของปัญหา เช่น ผู้ดูแลที่ได้รับข้อมูลคำแนะนำในการดูแลจากแหล่งประโยชน์ต่างๆ ทำให้เกิดทักษะในการดูแลมากขึ้น ปัญหาในการดูแลลดลง (Montgomery, Stull, & Borgatta, 1985)

กิจกรรมการพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคมได้แก่กิจกรรมดังต่อไปนี้ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534)

- (1) สร้างความสัมพันธ์กับเพื่อนอย่างน้อย 1 คน ซึ่งตนเองสามารถไปปรึกษาหารือหรือสนทนาได้ในช่วงภาวะวิกฤติ
- (2) รู้จักเพื่อนบ้านอย่างน้อย 1 ครอบครัว เป็นอย่างดีพอที่จะเรียกให้ช่วยเหลือเมื่อถึงภาวะวิกฤติ
- (3) ศึกษาข้อมูลที่ทันสมัยเกี่ยวกับ กลุ่มสนับสนุนต่างๆ ที่มีอยู่แล้วในชุมชน แหล่งสนับสนุนด้านการเงินยามฉุกเฉิน ศูนย์บริการแนะนำหรือให้คำปรึกษาในด้านสุขภาพจิตในชุมชน
- (4) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคลในระดับที่เหมาะสมพร้อมที่จะเผชิญปัญหาหรือไม่ โดยใช้แบบประเมินตนเองเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคม
- (5) ตรวจสอบอย่างสม่ำเสมอว่าตนเองมีจุดเด่นหรือข้อจำกัดเกี่ยวกับระบบการสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา

สังคมไทยมีความเป็นอยู่โดยยึดหลักทางศาสนาเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ ส่วนใหญ่บุคคลจะปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนาและความเชื่อที่ตนนับถือ ซึ่งจะทำให้จิตใจไม่ฟุ้งซ่าน ประกอบด้วยการละเว้นทำความชั่ว กระทำความดี ทำจิตใจให้ผ่องใสและเข้าใจในความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการส่งเสริมและป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และช่วยให้สามารถปรับตัวได้ตามสภาวะการณ์ของสังคม (อัมพร โอตระกุล, 2538)

การละเว้นความชั่ว บุคคลที่ไม่กระทำความชั่วใดๆเป็นบุคคลที่มีจิตใจสงบ รู้จักบังคับ ตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในกรอบแห่งบัญญัติของศาสนา รู้จักรักเพื่อนมนุษย์ ไม่เอาเปรียบผู้อื่น เขาจะรู้สึกเป็นสุขใจและมีสุขภาพจิตดี (ระวี ภาวิไล, 2531) โดยเฉพาะการละเว้นจากการทำชั่ว ด้วยการรักษาศีล กระทำความดีด้วยการทำบุญให้ทาน และการกระทำจิตใจให้บริสุทธิ์ ผ่องแผ้วด้วยการเจริญภาวนา ทำสมาธิ ล้วนแล้วแต่เป็นการพัฒนาจิตใจ ส่งเสริมให้จิตมีความสุข สงบสามารถแก้ไขปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ช่วยให้รู้จักปล่อยวาง และยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตได้ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการมีสุขภาพจิตดี (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; สุวรรณ อานุสันติ, 2541) และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ (Bolander, 1994 อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541)

การทำจิตใจให้ผ่องใส และการเข้าใจในความไม่เที่ยงตามธรรมชาติของชีวิต โดยทั่วไปแนวทางการปฏิบัติของศาสนาใดก็ตาม มักจะมุ่งเน้นให้บุคคลทำจิตใจให้สงบโดยใช้สมาธิภาวนา สำหรับศาสนาพุทธจะใช้การนั่งสมาธิและวิปัสสนา ซึ่งเป็นที่ยอมรับว่ามีประโยชน์มากช่วยให้ผู้ปฏิบัติมีจิตใจที่สงบ คลื่นสมองเป็นระเบียบ ฮอโมนด้านสุขจะหลั่งออกมา เมื่อมีสมาธิจิตใจจะสงบ ไม่ฟุ้งซ่านสติสัมปชัญญะจะกลับคืนมา ทำให้เกิดการใคร่ครวญไตร่ตรอง เกิดปัญญาหาเหตุผล เห็นทางออกในการแก้ปัญหาอย่างมีสติ

นอกจากนี้ การผ่อนคลายความเครียดก็เป็นการช่วยให้จิตใจสงบ สบาย และเป็นการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ซึ่งส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี

การผ่อนคลายความเครียด (กรมสุขภาพจิต, 2540) เมื่อเครียด กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกายจะหดเกร็งและจิตใจจะวุ่นวายสับสน ดังนั้นเทคนิคการผ่อนคลายความเครียดส่วนใหญ่จะเน้นการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ และการทำจิตใจให้สงบเป็นหลัก สำหรับการผ่อนคลายมีหลายวิธีด้วยกันแต่จะเสนอเพียง 3 วิธีดังนี้

1. การฝึกหายใจ

การฝึกหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อกระบังลมบริเวณหน้าท้องแทนการหายใจโดยใช้กล้ามเนื้อหน้าอก การหายใจที่ถูกต้องจะช่วยคลายเครียดได้ เนื่องจากร่างกายได้รับออกซิเจนเต็มที่ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อสุขภาพ เป็นเพราะผู้ที่กำลังเครียดมักจะมีปัญหาหายใจไม่อิ่ม หายใจถี่ ตื้น และหายใจไม่เต็มปอด ดังนั้นการฝึกหายใจจะแก้อาการที่เกิดจากความเครียดดังกล่าวได้

การฝึกปฏิบัติการหายใจที่ถูกต้องวิธี (Breathing Exercise)

นั่งในท่าที่สบาย หลับตา เอามือประสานไว้บริเวณท้อง โดยให้นิ้วชี้อยู่บริเวณสะดือ ค่อยๆหายใจเข้าช้าๆ พร้อมกับนับ 1 2 3 4 เป็นจังหวะอย่างช้าๆ ให้มือรู้สึกวาท้องพองออก จากนั้นกลั้นหายใจไว้ชั่วครู่

ระหว่างกลั้นหายใจให้นับ 1 2 3 4 เป็นจังหวะช้าๆเช่นกัน

ต่อมาให้ค่อยๆผ่อนลมหายใจออกช้าๆโดยนับ 1 2 3 4 5 6 7 8 เป็นจังหวะช้าๆและพยายามไล่ลมหายใจออกให้หมด ให้สังเกตว่าการหายใจออกนั้นจะนานกว่าการหายใจเข้า

จากนั้นให้เริ่มหายใจเข้าแบบเดิม กลั้นไว้ แล้วค่อยๆหายใจออก ทำซ้ำอีก 4 - 5 ครั้ง หรือจนกว่าจะรู้สึกพอใจ หายเครียด

ในวันหนึ่งๆควรหายใจแบบนี้ประมาณ 40 ครั้ง แต่ไม่จำเป็นต้องทำติดต่อกันคราวเดียว จะช่วยให้เกิดความชำนาญในการหายใจที่ถูกต้อง เมื่อเครียดจะได้สามารถคลายเครียดได้เองโดยอัตโนมัติ

2. การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (Muscle Relaxation)

คนเราจะเครียดจนกล้ามเนื้อหดเกร็งและจะผ่อนคลายกล้ามเนื้อในเวลาเดียวกันไม่ได้ ดังนั้นเมื่อเครียดจนกล้ามเนื้อมัดต่างๆหดตัว การเรียนรู้ที่จะผ่อนคลายกล้ามเนื้อจะสามารถช่วยผ่อนคลายความเครียดลงได้

โดยฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ 10 กลุ่มโดยทำที่ละกลุ่มดังนี้ แขนขวา แขนซ้าย หน้าผาก ตา แก้มและจมูก ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น คอ ออก หลังและไหล่ หน้าท้อง และก้น ขาขวา ขาซ้าย

วิธีการฝึกมีดังนี้

1. นั่งในท่าที่สบาย

2. เกร็งกล้ามเนื้อไปที่ละกลุ่ม ค้างไว้สัก 10 วินาที แล้วคลายออก จากนั้นก็เกร็งใหม่สลับกันไปมาประมาณ 10 ครั้ง ค่อยๆทำจนครบทั้ง 10 กลุ่ม
3. เริ่มจากการกำมือและเกร็งแขนทั้งแขนขวาแขนซ้ายแล้วปล่อย
4. บริเวณหน้าผาก โดยเลิกคิ้วสูงแล้วคลาย ขมวดคิ้วแล้วคลาย
5. ตา แก้ม และจมูก ใช้วิธีหลับตาปัดจมูกแล้วคลาย
6. ขากรรไกร ริมฝีปากและลิ้น ใช้วิธีกัดฟัน เข้มปากแน่น และใช้ลิ้นดันเพดานโดย หุบปากไว้แล้วคลาย
7. หน้าท้องและก้น ใช้วิธีแหม่วท้อง ขมิบก้นแล้วคลาย
8. งอนิ้วเท้าเข้าหากัน กระทบปลายเท้าขึ้นสูงเกร็งขาซ้ายและขวาแล้วคลาย

ใช้เวลาฝึกครั้งละประมาณ 15 นาที ขณะฝึกควรตั้งใจให้ดีอย่าหลับ และพยายาม เปรียบเทียบความรู้สึกระหว่างการเกร็งและการคลาย โดยสังเกตถึงความเจ็บปวดหรือความอึดอัดขณะเกร็ง และความรู้สึกสบายในขณะที่ผ่อนคลายให้ได้

เมื่อฝึกไปเรื่อยๆจนชำนาญแล้ว ให้ลดเวลาเกร็งกล้ามเนื้อลง เพิ่มเวลาผ่อนคลายให้มากขึ้น ในที่สุดจะไม่ต้องเกร็งเลย สามารถผ่อนคลายได้ทันทีเมื่อรู้สึกว่าคุณเองเครียด ซึ่งทำให้ใช้เวลาน้อยกว่าเดิม และสามารถทำได้ทันทีทุกครั้งเมื่อเกิดความเครียด

3. การฝึกปฏิบัติการทำสมาธิ (Meditation)

การฝึกสมาธิเป็นการเอาจิตใจไปจดจ่อกับสิ่งใดสิ่งหนึ่งเพียงอย่างเดียว ทำให้ลดการคิดซ้ำซาก กังวล เศร้า โกรธ และเครียด

วิธีการฝึกสมาธิอย่างง่าย

1. เลือกสถานที่เงียบสงบ ไม่มีใครรบกวนเช่น ห้องพระ ห้องนอน หรือมุมสงบในบ้าน
2. นั่งขัดสมาธิ เท้าขวาทับเท้าซ้าย มือชนกัน หรือมือขวาทับมือซ้าย ตั้งตัวตรง หรือจะนั่งพับเพียบก็ได้ตามแต่ถนัด
3. กำหนดลมหายใจเข้าออก โดยสังเกตลมที่มากกระทบปลายจมูกหรือริมฝีปากบน ให้รู้ว่าขณะนั้นหายใจเข้าหรือหายใจออก
4. หายใจเข้าท้องพองหายใจออกท้องยุบ
5. หายใจเข้านับ 1 หายใจออกนับ 1 นับไปเรื่อยๆจนถึง 5
6. เริ่มนับใหม่จาก 1 - 6 แล้วพอ

7. กลับมานับใหม่จาก 1 - 7 แล้วพอ
8. กลับมานับใหม่จาก 1 - 8 แล้วพอ
9. กลับมานับใหม่จาก 1 - 9 แล้วพอ
10. กลับมานับใหม่จาก 1 - 10 แล้วพอ
11. ย้อนกลับมาเริ่มนับใหม่จาก 1 - 5 วนไปเรื่อยๆ

เมื่อจิตใจสงบมากขึ้น ให้เลิกนับตัวเลข แต่ให้ใช้สติรับรู้ลมหายใจเข้าออกที่ปลายจมูกหรือที่ริมฝีปากบนเท่านั้น ขอเพียงจิตใจจดจ่ออยู่กับลมหายใจเข้าออกเท่านั้น อย่าคิดฟุ้งซ่านเรื่องอื่นจะทำให้จิตใจเป็นสมาธิ คลายความเครียดได้อย่างแท้จริง ลดความวิตกกังวล ความเศร้าหมอง เกิดปัญญาที่จะคิดแก้ไขปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่างๆในชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ และยิ่งช่วยให้สุขภาพร่างกายดีขึ้นด้วย

7. การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป

กายและจิตเป็นสิ่งที่ไม่สามารถแยกออกจากกันได้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายจะส่งผลกับการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจด้วย ดังนั้นการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง สมบูรณ์จึงเป็นสิ่งสำคัญควบคู่ไปกับการดูแลทางด้านจิตใจ อาหารมีพลัง และจิตวิญญาณ การดูแล สุขภาพร่างกายกระทำได้ด้วย

(1) การรับประทานอาหารและน้ำ จำเป็นต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่า เพื่อส่งเสริมและซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอ ควรคำนึงถึงประโยชน์และปริมาณของอาหารที่จะรับประทานในแต่ละวันด้วย เพื่อป้องกันการเกิดโทษแก่ร่างกาย และให้ร่างกายได้รับสารอาหารที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายของตนเอง

(2) การพักผ่อนนอนหลับ เราควรพักผ่อนนอนหลับให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6 - 8 ชั่วโมง ในที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก การนอนหลับเป็นวิธีผ่อนคลายความเครียดวิธีหนึ่ง (วารุณี อมรทัต, 2531) การนอนเป็นความจำเป็นของคน เพื่อพักผ่อนร่างกายหลังจากตรากตรำทำงานมาหลายชั่วโมง ยิ่งทำงานหนัก รับผิดชอบสูง หรือทำงานติดต่อกันนาน ยิ่งต้องการการนอนหลับมากกว่าปกติ ถ้านอนหลับไม่พอไม่ช้าจะเกิดความเครียด หงุดหงิด สมอมนิ่งง คิดอะไรไม่ออก ร่างกายอ่อนเพลีย ปกติผู้ใหญ่ต้องการนอน 7 ชั่วโมง (สุทธิชัย ปานปรีชา, 2531) ใน การนอนหลับพบว่า จิตใจที่เครียดจะถูกปลดปล่อยให้สงบลง แก้ปัญหาส่วนที่กลางวันแก้ไม่ตก สิ่งที่ไม่อยากรับรู้ จำในสิ่งที่ต้องการ ร่างกายจะคลายพัก ชีพจร หัวใจเต้นช้าลง (วิชัย

มนัสศิริวิทยา, 2533) ทุกส่วนของร่างกายจะทำงานน้อยลง จึงเป็นการลดความเครียดไปด้วย (วีระ ชัยศรีสุข, 2533)

(3) การออกกำลังกาย

ในการออกกำลังกายจะมีอัตราเพิ่มการไหลเวียนของโลหิตสูงขึ้นซึ่งส่งผลในต่อมไร้ท่อในสมองซีกซาราชนิดหนึ่งเรียกว่า เอ็นโดฟิน (Endorphine) ซึ่งมีคุณสมบัติคล้ายมอร์ฟีน (Morphine) แต่แรงกว่า 200 เท่า ฉะนั้นผู้ที่ออกกำลังกายอย่างจริงจังและสม่ำเสมอ จึงเกิดการเสพติด เกิดความปิติสุข คล้ายคนติดยา หากมีแต่คุณไม่มีโทษ นอกจากนั้นพบว่า สารชนิดนี้ทำให้ร่างกายแข็งแรงอีกด้วย เชื่อว่าสามารถต้านทานเชื้อโรคและป้องกันมะเร็งได้ด้วย ผู้ที่ออกกำลังกายโดยสม่ำเสมอจะไม่มี ความเครียดทางจิตประสาท (เจก ธนะศิริ, 2533)

7. โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม

จากแนวคิดในการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม และลักษณะการเรียนรู้ของผู้ดูแลนั้น วิธีการที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ ผู้ดูแลจะต้องดูแลสุขภาพตนเองทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณของตนเองก่อน เพื่อเพิ่มความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้ ดังนั้นเพื่อเป็นการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) หรือการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา รวมทั้งเพื่อเป็นการลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงควรใช้กิจกรรมการสอนแบบผสมผสานตามแนวคิดของ Bolander (1994) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Nicol อ้างถึงใน กรมสุขภาพจิต, 2541) ประกอบด้วยขั้นตอนการสอนดังนี้

1. การนำเสนอและเชื่อมโยงสถานการณ์ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ดูแลผู้ป่วยนำเสนอประสบการณ์ของตนเองตามสาเหตุของปัญหาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ มาเสนอในรูปของความเรียง จากนั้นใช้คำถามกระตุ้นให้เกิดการเชื่อมโยงสถานการณ์ที่สอดคล้องกับผู้ดูแลผู้ป่วย

2. การสะท้อนแนวคิดและค่านิยม คือ การที่พยาบาลใช้คำถามกระตุ้นให้ผู้ดูแลแสดงความคิด วิเคราะห์ และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นซึ่งกันและกัน ในสถานการณ์ที่นำเสนอและสถานการณ์ของตนเอง เพื่อให้ผู้ดูแลรับรู้ประโยชน์ ลดความรู้สึกเป็นภาระ รับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแลผู้ป่วย

3. สร้างความเข้าใจและความคิดรวบยอด คือการที่พยาบาลใช้คำถามหรือคำพูดในการกระตุ้น ชักจูงให้ผู้ดูแลร่วมกันแสดงความคิดเห็นในแนวทาง และวิธีการปฏิบัติในการดูแล

ตนเองและผู้ป่วยที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์และความสามารถในการดูแลตนเอง และผู้ป่วย โดยการให้ผู้ดูแลเป็นฝ่ายริเริ่ม แล้วพยาบาลเป็นฝ่ายเติมแต่งให้สมบูรณ์ หรือทางกลับกัน พยาบาลเป็นผู้นำทางและผู้ดูแลเป็นผู้สานต่อ จนความคิดนั้นสมบูรณ์เป็นความคิดรวบยอด

4. การทดลองและการตรวจสอบพฤติกรรมใหม่ คือ การที่พยาบาลให้ผู้ดูแลได้มีโอกาสแสดงพฤติกรรมตามสถานการณ์ที่พยาบาลสร้างขึ้นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของผู้ดูแล โดยใช้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในการสนับสนุน คัดค้าน การแสดงพฤติกรรมหรือการให้เวลาแก่ผู้ดูแลในการนำแนวคิดของการพัฒนาพฤติกรรมไปทดลองปฏิบัติในชีวิตประจำวัน

8. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ ยังไม่ปรากฏงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวม ดังนั้นผู้วิจัยจึงนำเสนองานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็นที่ใกล้เคียงดังต่อไปนี้

8.1 งานวิจัยเกี่ยวกับการศึกษาภาระของผู้ดูแลผู้ป่วย

Hatfield (1987 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) สัมภาษณ์ ความเดือดร้อนของครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ในสหรัฐอเมริกา จำนวน 89 ราย พบว่า การเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดแก่ครอบครัวร้อยละ 65 ครอบครัวมีความวิตกกังวลร้อยละ 30 การเจ็บป่วยก่อให้เกิดความยุ่งยากกับบรรดาพี่น้อง ร้อยละ 27 ทำให้ชีวิตในสังคม ของครอบครัวยุ่งเหยิง ร้อยละ 20 และครอบครัวมีความรู้สึกเศร้าเสียใจในพฤติกรรมของผู้ป่วย ร้อยละ 22

Pai and Kapur (1981) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรกจำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วย หลังจากนั้นติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่า กลุ่มที่ได้รับความรู้มีภาระในการดูแลน้อยกว่าและมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น

Robinson (1994: 312-313) ได้ทำการวิจัยเพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช (Caregiver – Training Program: CPT) 2 โปรแกรมที่มีต่อภาระการดูแล ได้แก่ Behavior Management Program และ Social Skill Program โดยทำการทดลองกับภรรยา

ของผู้ป่วยจิตเวชสูงอายุ จำนวน 22 คน กลุ่มทดลองจะได้รับการสุ่มเข้าโปรแกรมใดโปรแกรมหนึ่ง และประเมินผลหลังจากนั้น 1 เดือน พบว่า ผู้ดูแลที่เข้าร่วมโปรแกรมทั้ง 2 โปรแกรมมีภาวะการดูแลเชิงปรณัยลดลง

Thompson & Doll (1982) สัมภาษณ์ความคิดเห็นจากญาติผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 125 ราย ในสหรัฐอเมริกา พบว่า ผู้ดูแลรู้สึกวุ่นวายมากกว่าคนแบกภาระหนักอื่น ร้อยละ 72 มีความรู้สึก อับอาย ร้อยละ 46 รู้สึกเหมือนติดกับ ร้อยละ 42 ซุ่นเคืองใจ ร้อยละ 40 ขาดการเอาใจใส่ต่อสมาชิกในครอบครัว เนื่องจากใช้เวลาดูแลผู้ป่วยเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 30

Greenberg, Greenley, McKee, Brown & Griffin-Francell (1993) ศึกษาผลของภาระเชิงอัตนัยต่อ ภาวะสุขภาพ ของมารดาที่มีบุตรป่วยด้วยโรคจิตเภท จำนวน 90 ราย พบว่า ความรู้สึกเป็นตราบาป (Stigma) และความรู้สึกกังวล (Worry) มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพร่างกายของมารดาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Seigel, Ravcis, Mor, & Houts (1991 cited in Loukissa, 1995) สัมภาษณ์ความคงทน กับภาระของผู้ดูแลของคู่สามี-ภรรยา จำนวน 295 คู่ พบว่า ภาระเชิงปรณัยมีความสัมพันธ์กับอาการของผู้ป่วยมากกว่า ภาระเชิงอัตนัย และภรรยาที่มีภาระมากกว่าสามี

Eakes (1995) ศึกษาเกี่ยวกับความทุกข์ยากของบิดา มารดาที่บุตรป่วยด้วยโรคจิตเรื้อรัง จำนวน 10 คู่ พบว่า บิดา มารดา มีความรู้สึกเสียใจ โกรธ สับสน ลึนหวัง เกิดความยุ่งยากใจมากเมื่อทราบว่าบุตรได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ทำให้บิดามารดาที่มีความรู้สึกเหล่านี้ เกิดขึ้นตลอดเวลา สาเหตุที่เป็น เช่นนี้ เพราะ บิดามารดาที่มีภาระในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาพักผ่อนเพราะกิจกรรมการดูแลเป็นงานที่ไม่รู้จักจบสิ้น รวมทั้งการดำเนินชีวิตในครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ

Provencher (1996) ได้ศึกษาผลของภาระเชิงปรณัยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท เรื้อรัง จำนวน 70 คน เก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ดูแลผู้ป่วยหลังจากที่ผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลหนึ่งเดือน พบว่า เกิดผลกระทบในด้านลบกับผู้ดูแลผู้ป่วยมากที่สุด คือ สัมพันธภาพที่ตึงเครียดภายในครอบครัวร้อยละ 74 มีปัญหาทางอารมณ์ร้อยละ 57 ปัญหาทางด้านสุขภาพร้อยละ 53 รวมทั้งผู้ดูแลเกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจ การดำเนินชีวิต การทำงาน ทำให้ผู้ดูแลและสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ไม่มีเวลาพักผ่อน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก

Jones (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างภาระเชิงปรณัย และ ภาระเชิงอัตนัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง โดยศึกษาที่ทดลองระยะยาว ศึกษามากกว่าสามปี เก็บรวบรวมข้อมูล ระหว่าง ปี ค.ศ.1991จำนวน 514 ราย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นงานที่หนัก แต่ผู้ดูแลก็ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วย

และผู้ดูแลมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับความต้องการที่มากเกินไปของผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดอัด ส่งผลให้ ภาวะเชิงอัตนัยของผู้ดูแลสูงขึ้น และพบว่าภาวะเชิงอัตวิสัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลมากกว่าพฤติกรรมของผู้ป่วย และภาวะเชิงอัตวิสัยเป็นภาวะเชิงระบบมากกว่าภาวะเชิงจิตวิสัย

Sczufca and Kuipers (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการแสดงออกทางอารมณ์กับภาวะการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในผู้ป่วยจำนวน 50 คน และผู้ดูแลจำนวน 50 คน พบว่า การแสดงออกทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับภาวะการดูแลญาติที่แสดงออกทางอารมณ์สูง จะมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะการดูแล สูงกว่าญาติที่แสดงออกทางอารมณ์ต่ำ และรับรู้ภาวะความพร้อมด้านการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยมากกว่า ญาติที่แสดงออกทางอารมณ์ต่ำ

Doombos (1997) ศึกษาปัญหาและวิธีการเผชิญปัญหาของผู้ดูแลที่ดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชผู้ใหญ่ตอนต้น โดยศึกษาในผู้ดูแลจำนวน 108 คน พบว่า ผู้ดูแลรับรู้ว่าเป็นภาระถึง ร้อยละ 38 เนื่องจากผู้ดูแลขาดความเป็นอิสระ ต้องดูแลด้านกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย ต้องจัดกิจกรรมการพักผ่อน ต้องใช้การตัดสินใจหลายวิธี เกิดความเครียด นอนหลับไม่เพียงพอ ส่วนการเผชิญปัญหา พบว่า ผู้ดูแลใช้วิธีการเผชิญหน้าอย่างทำพ่าย ใช้วิธีการยอมรับผู้ป่วยไม่ต่อต้าน ให้อภัย ให้ความรัก การสนับสนุนและความหวัง

ทานตะวัน แยมบุญเรือง (2540) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมก่อนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ในครอบครัวและผู้ป่วยจิตเวช 13 คู่ ในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา พบว่า ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในโปรแกรมได้ครบเพียง 10 คู่ มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยเกิดขึ้นเป็นบางราย แต่สำหรับครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชมีความเข้าใจการเจ็บป่วยทางจิต และแสดงความพร้อมที่จะปรับตัวเมื่อผู้ป่วยกลับบ้านมากขึ้นทุกคน ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวผู้ป่วย ภายหลังจากใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช สูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และภาวะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของครอบครัวผู้ป่วย ภายหลังจากใช้โปรแกรมก่อนการจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ต่ำกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดรณี คชพรหม (2543) ได้ศึกษา ผลของกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษาต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท ที่พาผู้ป่วยมารักษาที่ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 24 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 12 คน และกลุ่มควบคุม 12 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการดูแลแบบกลุ่มระดับประคองและจิตศึกษา และกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามปกติ พบว่า ภาวะเชิงปรนัยและเชิง อัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค

จิตเภทลดลง ภายหลังจากได้รับกลุ่มประคับประคองและจิตศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่า ภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท หลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่มีความแตกต่างกัน ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทกลุ่มที่ได้รับกลุ่มประคับประคอง และจิตศึกษา มีภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัยน้อยกว่า กลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

ทีปประพิน สุขเขียว (2543) ศึกษาการสนับสนุนทางสังคมกับภาวะของผู้ดูแลในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่มาส่งผู้ป่วยหรือรับยาที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 120 คน โดยเลือกแบบเจาะจง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของการสนับสนุนทางสังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ทั้งด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม ด้านการยอมรับและเห็นคุณค่า ด้านอารมณ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านสิ่งของแรงงาน กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยของภาวะเท่ากับ 38.78 คือไม่มีภาวะ การสนับสนุนทางสังคมโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.378, p < .01$) และ พบว่า การสนับสนุนทางสังคมด้านสิ่งของแรงงานมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลาง ($r = -.405, p < .01$) การสนับสนุนทางสังคมด้านอารมณ์ และการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำกับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ($r = -.274$ และ $.282, p < .01$) ตามลำดับ แต่ไม่พบความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านการยอมรับและเห็นคุณค่ากับภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท

เพ็ญธดา เคนไชยวงศ์ (2539) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงสนับสนุนทางสังคมและภาวะของผู้ดูแลโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท แผนกผู้ป่วยนอก และคลินิกวิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ จำนวน 50 ราย พบว่า แหล่งที่มาของแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลส่วนใหญ่ได้แก่ ญาติหรือบุคคลในครอบครัว บุตร คู่สมรส หรือบุคคลใกล้ชิดหรือบุคคลสำคัญในชีวิต บิดามารดา และเพื่อนบ้านหรือเพื่อนร่วมงานตามลำดับ การพึ่งพาของผู้ป่วยเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมเชิงปฏิบัติขั้นพื้นฐานและการปฏิบัติกิจกรรมในการดำรงชีวิต มีความสัมพันธ์ทางบวกกับภาวะของผู้ดูแล ทั้งภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .01$ ตามลำดับ) แรงสนับสนุนทางสังคมโดยรวม มีความสัมพันธ์ทางลบกับภาวะของผู้ดูแลเฉพาะภาวะเชิงปรนัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับความช่วยเหลือด้านต่างๆ มีความสัมพันธ์ทางลบ กับภาวะของผู้ดูแลทั้งภาวะเชิงอัตนัยและภาวะเชิงปรนัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ส่วนแรงสนับสนุนทางสังคมด้านความรักใคร่ผูกพัน การรับรู้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสเอื้อประโยชน์ต่อผู้อื่น และ

ด้านความมีคุณค่าในตนเอง พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับภาวะของผู้ดูแล ทั้ง 2 ประเภท พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมด้านการได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมเพียงด้านเดียวที่สามารถพยากรณ์ภาวะของผู้ดูแล ทั้งภาวะเชิงปรนัยและภาวะเชิงอัตนัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($p < .001$)

พรชัย จุลเมตต์ (2540) ศึกษาผลของการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ต่อภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ดูแลที่พาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่คลินิกอายุรกรรมประสาท โรงพยาบาลมหาสารนครเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม จำนวน 20 ราย ซึ่งได้รับการพยาบาลตามปกติและกลุ่มทดลองจำนวน 20 ราย ซึ่งได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์จากผู้วิจัย พบว่า ภาวะเชิงอัตนัยและปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลดลง ภายหลังได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูล และด้านอารมณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และพบว่าภาวะเชิงปรนัยของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการพยาบาลตามปกติไม่แตกต่างกัน แต่ภาวะเชิงอัตนัยหลังได้รับการพยาบาลตามปกติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนด้านข้อมูลและด้านอารมณ์ มีภาวะเชิงปรนัยและเชิงอัตนัย น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$)

จากการศึกษาภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวزدังกล่าวจะเห็นว่า การดูแลผู้ป่วยมีผลกระทบต่อผู้ดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยเฉพาะภาวะของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เกิดจากการขาดความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และการดูแลตนเอง เพื่อเตรียมความพร้อมให้มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้ จึงจำเป็นต้องมีการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลที่เหมาะสมและครอบคลุมตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล จะส่งผลให้ผู้ดูแล รู้สึกเป็นภาระในการดูแลลดลง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมดังกล่าว พบว่า การดูแลช่วยเหลือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทยังมีไม่ครอบคลุมและค่อนข้างมีน้อย ส่วนใหญ่ ให้การดูแลในด้านการสนับสนุนทางสังคม ด้านการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การใช้กลุ่มประคับประคองและจิตศึกษา จึงจำเป็นต้องพัฒนาการดูแลและช่วยเหลือผู้ดูแลให้เหมาะสมและตรงกับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อไป

8.2 งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

จากการศึกษาผลงานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งในประเทศไทยและต่างประเทศ มีผลงานวิจัยดังกล่าวน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษา

ความสามารถของผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคทางร่างกาย ดังนั้น จึงนำเสนอผลงานวิจัยเกี่ยวกับความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย ดังนี้

Yamashita (1996: 121-125) ได้ทำการศึกษาผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวช จำนวน 14 คน ในญี่ปุ่นตอนใต้ โดยมีสาระ 5 ประเด็นคือ มีการรับฟัง แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เปรียบเทียบปัญหาทำความเข้าใจซึ่งกันและกัน ให้ข้อเสนอแนะ และแสดงความรู้สึกที่จริงใจต่อกัน ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในบทบาทผู้ดูแลมากขึ้น

อรทัย โสมรินทร์ (2538) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวล ปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแล ในผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่พาผู้ป่วยเอดส์มาติดตามการรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกและในโรงพยาบาลบำราศนราดูร และโรงพยาบาลศิริราช จำนวน 160 ราย พบว่า ความวิตกกังวลของผู้ดูแล มีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = -.3961$) ปัจจัยพื้นฐานพบว่า รายได้ครอบครัว ระยะเวลาในการดูแล และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ($r = .2780$, $r = .2572$, และ $r = .1813$ ตามลำดับ) สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.1405$) และพบว่า ผลวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า ความวิตกกังวล ระดับการศึกษา ระยะเวลาในการดูแลและรายได้ครอบครัวเป็นกลุ่มตัวทำนายที่ดีที่สุด โดยสามารถร่วมอธิบาย ความผันแปรของความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ของผู้ดูแลได้ร้อยละ 30.68 ที่ระดับความมีนัยสำคัญที่ .001

วันดี ไตสุขศรี (2539) ศึกษาความสามารถในการดูแล ความเครียด และภาวะในการดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ในผู้ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง ตึกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลราชวิถี และโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า เลือกรandomตัวอย่างแบบเจาะจง จำนวน 100 ราย พบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล ความเครียด และภาวะในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง อยู่ในระดับปานกลาง โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 6.14, 1.94 และ 2.24 และพบว่า ความสามารถของผู้ดูแลกับความเครียดมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0807$, $p > .05$) ความสามารถของผู้ดูแลกับภาวะในการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจวายเลือดคั่ง มีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -.0315$, $p > .05$) และความเครียดกับภาวะในการดูแลผู้ป่วยมีความสัมพันธ์กันทางบวกในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .5918$, $p < .01$)

จินนะรัตน์ ศรีภักทรภิญโญ (2540) ศึกษาผลการสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วย และภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ในผู้ดูแลที่เป็นหลักในการรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาที่สถาบันประสาทวิทยา กรุงเทพฯ จำนวน 40 ราย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีเฉพาะเจาะจง แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามแบบแผนที่ผู้วิจัยกำหนด และกลุ่มควบคุมได้รับการสอนและการฝึกทักษะตามปกติจากเจ้าหน้าที่ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในกลุ่มทดลองสูงกว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน คะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในกลุ่มทดลอง เมื่อผู้ป่วยกลับบ้าน 1 เดือน สูงกว่า ก่อนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน 1 วัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และคะแนนเฉลี่ยภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลในกลุ่มควบคุม เมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน 1 เดือน ต่ำกว่าก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน 1 วันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จอม สุวรรณโณ (2540) ศึกษาความสามารถของญาติผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ในญาติผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุกรรม โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา จำนวน 30 ราย พบว่า ความสามารถโดยรวมของญาติผู้ดูแลอยู่ในระดับค่อนข้างดี มีการเรียนรู้จาก 2 วิธี คือ 1) การเรียนรู้ด้วยตนเอง โดยการตระหนักรู้ด้วยตนเอง เรียนรู้จากประสบการณ์เดิม การสังเกตวิธีปฏิบัติ ทดลองปฏิบัติแบบลองผิดลองถูก และการศึกษาหาข้อมูลความรู้ด้วยตนเอง 2) การเรียนรู้จากพยาบาลและบุคลากรทีมสุขภาพอื่นอย่างเป็นระบบ โดยพบว่า มีปัจจัยหลายประการที่มีอิทธิพลต่อความสามารถของญาติผู้ดูแล ได้แก่ แรงจูงใจ การมีเป้าหมายในการสังเกต และใช้เหตุผลวิเคราะห์เชื่อมโยงข้อมูล การมีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ปลอดภัย ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและการขอความช่วยเหลือ การได้รับข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค ความเจ็บป่วยและการดูแล การสนับสนุนจากญาติผู้ดูแลรายอื่น การสนับสนุนจากครอบครัวและการมีเวลาดูแลผู้ป่วย

8.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลแบบองค์รวม

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏผลงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวมโดยตรง จึงนำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียงดังนี้

สมจิต ปทุมานนท์และคณะ (2541) ศึกษาประสิทธิผล รูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขกรุงเทพฯ และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระ จำนวน 110 คน เป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลแบบองค์รวม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า ภายหลังจากได้รับการบริการพยาบาล 6 เดือน ตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการปฏิบัติในการรักษาทางเลือก / การรักษาเสริม ของทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับ คุณภาพชีวิตของตัวอย่างในกลุ่มควบคุม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญ และกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวม ต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และ ร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

มัฏฐวรรณ ลียุทธานนท์ (2542) ศึกษาผลของการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ระดับต้น ชั้นปีที่ 2 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน พบว่า ภายหลังจากทดลองการสอนและไม่ได้สอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม มีผลทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการทดลองของนักศึกษาทั้งที่ได้รับการสอนและไม่ได้รับการสอนภาคปฏิบัติ ตามแนวคิดและการพยาบาลแบบองค์รวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ ระดับ .05

กรอบแนวคิด

โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวม

ด้วยการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยศึกษาด้วยตนเองจากคู่มือ และแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์เป็นกลุ่มย่อย ประกอบด้วย 6 กิจกรรม คือ

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธ์ภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การพัฒนาความมีคุณค่าในตน

- ความเครียดและการจัดการกับความเครียด
- การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ
- การพัฒนาการรู้จักตนเอง

กิจกรรมที่ 3 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

- การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา
- การฝึกผ่อนคลาย

กิจกรรมที่ 4 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย

- การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา

- การจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 5 การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพร่างกาย

- การได้รับอาหาร น้ำ อากาศอย่างเพียงพอ
- ความสมดุลของการพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำกิจกรรม

กิจกรรมที่ 6 การพัฒนาทักษะด้านสังคม

- การพัฒนาแหล่งสนับสนุนทางสังคม
- การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ

ภาวะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ภาวะเชิงอัตนัย

- ความรู้สึกเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลง การตอบสนอง ด้านอารมณ์ และทัศนคติ

2. ภาวะเชิงปรนัย

- การมีเวลาเป็นส่วนตัว
- ความเป็นอิสระ
- การมีกิจกรรมในสังคม
- หน้าที่การงาน
- ปัญหาสุขภาพ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

- ความเข้มแข็งในตนเอง และความสามารถในการตัดสินใจ
- ความรู้และประสบการณ์
- ความแข็งแกร่งของร่างกาย
- ความเอาใจใส่สุขภาพ