

บทที่ 2

เอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาโครงการอิสระครั้งนี้ เป็นการศึกษาโปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่มีต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแล ผู้ศึกษาได้ทำการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และกรอบแนวคิดเพื่อประกอบการศึกษาในหัวข้อต่อไปนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย สาเหตุ ลักษณะอาการและการดำเนินโรค
 - 1.2 การรักษา
 - 1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท
 - 1.4 การพยาบาลและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย
2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลที่ต้องพึ่งพา
 - 2.2 การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 2.4 การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท
3. การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล
 - 3.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย
 - 3.2 การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยของเขตฯ
4. การบริการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์
 - 4.1 จำนวนบุคลากรอัตรากำลัง
 - 4.2 การจัดบริการรักษาพยาบาล
 - 4.3 โครงสร้างกายภาพสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
 - 5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

1.1 ความหมายสาเหตุและลักษณะอาการและการดำเนินโรค

1.1.1 ความหมายและสาเหตุ

โรคจิตเภท(schizophrenia) เป็นโรคจิตชนิดหนึ่งที่มีและพบมานาน โดยในประเทศไทย นายแพทย์อารีย์ แสงสว่างวัฒนะ ได้ตั้งชื่อว่าโรคจิตเภท มาจากคำว่า จิต + เกท คำว่า เกท แปลว่าแตกแยก หรือทำลายฉะนั้นโรคจิตเภทจึงแปลว่า จิตใจแตกแยกหรือถูกทำลาย (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง คิชชวนิช,2542; สมภพ เรื่องตระกูล,2542) ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติของความคิดเป็นลักษณะเด่น ทำให้มีการแสดงออกของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมผิดไปจากคนปกติทั่วไป (กรมสุขภาพจิต,2541) โดยที่ผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุดังกล่าวผู้ที่ เป็นโรคนี้อาจแสดงลักษณะอาการของการเปลี่ยนแปลงทางบุคลิกภาพ และขาดความเข้าใจตามสภาพความเป็นจริงต่างๆอย่างมาก ทำให้อารมณ์ ความคิด พฤติกรรม ผิดปกติ ขาดการเอาใจใส่ของตนเอง การปฏิบัติหน้าที่การทำงานและความสัมพันธ์ทางสังคม (มาโนช หล่อตระกูล,2543)

การวินิจฉัยโรคในปัจจุบันพบว่า ยังไม่มีการตรวจทางห้องปฏิบัติการใดๆที่บอกได้ว่าผู้ป่วยป่วยเป็นโรคจิตเภทแต่แพทย์ส่วนใหญ่จะใช้วิธีการซักประวัติ และการตรวจสภาพจิตของผู้ป่วยเพื่อนำไปใช้ในการวินิจฉัยโรคตามระบบการจำแนกโรค โดยจะประเมินจากอาการที่ได้จากการซักประวัติของญาติ การตรวจสภาพจิตเพื่อค้นหาอาการของผู้ป่วย รวมทั้งการตรวจและทดสอบทางจิตวิทยา (ธีระ ลีตานันทกิจ,2539) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทนั้นจะมีอาการจำเพาะของผู้ป่วย เรียกว่าอาการทางบวกและกลุ่มอาการทางลบ สำหรับกลุ่มอาการด้านบวก(Positive symptoms) ผู้ป่วยจะพบว่ามี ความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร ผู้ป่วยจะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอน การพูดแบบไม่มีแบบแผน ความคิดไม่ต่อเนื่องในเรื่องเดียวกัน หรือมีพฤติกรรมแบบหุ่นขี้ผึ้ง สำหรับกลุ่มอาการทางลบ (negative symptoms) นั้น เป็นอาการที่ขาดในสิ่งที่บุคคลทั่วไปควรมี ได้แก่ อารมณ์เรียบเฉย พูดน้อยหรือไม่พูด เฉื่อยชา ขาดความกระตือรือร้น โดยลักษณะอาการดังกล่าวจะต้องมีต่อเนื่องกันเป็นเวลานานอย่างน้อย 1 เดือนและมีอาการร่วมกันอย่างน้อย 2 อาการขึ้นไปหรืออาจมีเพียงอาการใดอาการหนึ่งหากการรักษาได้ผล และมีระยะเวลาของอาการที่มีความผิดปกติต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือน โดยที่ภายใน 6 เดือนนี้จะต้องมีอาการทางด้านบวกและลบตามเกณฑ์เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน จนทำให้มีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน หน้าที่การทำงาน ทั้งนี้การวินิจฉัยต้องแยกจากโรคจิตเภทอารมณ์แปรปรวน (schizoaffective) และโรคทางอารมณ์ที่มีอาการโรคจิตและไม่รวมถึงภาวะจากการใช้สารเสพติด หรือการเจ็บป่วยทางกาย (American Psychiatric Association,1994)

สาเหตุของโรคจิตเภท ในปัจจุบันยังไม่ทราบแน่ชัดของการเกิดโรค มักเกิดจากหลายองค์ประกอบร่วมกัน ปัจจัยใหญ่ๆที่เชื่อว่าเป็นสาเหตุของการเกิดโรคมี 4 ประการคือ ปัจจัยทางพันธุกรรม ปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยทางจิตใจ และปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม จากการศึกษาปัจจัยทางพันธุกรรม พบว่า พี่น้องและบุตรของผู้ป่วยจะมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคร้อยละ 7 - 16 (สมภพ เรื่องตระกูล,2542) คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสเป็นโรคจิตเภททั้งคู่ มีโอกาสเกิดขึ้นถึงร้อยละ 40-50 สำหรับบุคคลที่มีบิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่งป่วยเป็นโรคจิตเภท จะมีโอกาสเป็นโรคนี้ได้ร้อยละ 12 และบุคคลที่มีทั้งบิดาและมารดาป่วยเป็นโรคจิตเภททั้งคู่มีโอกาสเกิดโรคนี้ได้ถึงร้อยละ 40 (Kaplan & Sadock,1998) ปัจจัยทางชีวภาพ(biological factors) เชื่อว่าเกิดจากความแปรปรวนของสารเคมีสื่อประสาทในสมอง (neurochemical disturbances) เช่นสมมติฐานของโดปามีน (Dopamine hypothesis) เชื่อว่าการเกิดโรคจิตเภทเกิดจากการที่สารโดปามีนทำงานมากเกินไปแต่กลไกการทำให้เกิดโรคค่อนข้างซับซ้อน ยังไม่สามารถอธิบายได้ (มานิต ศรีสุรภานนท์ และจำลอง ดิษยวณิช) สมมติฐานของสารนอร์อิพิเนฟริน(norepinephrine hypothesis) พบว่าผู้ป่วยที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีสารนอร์อิพิเนฟรินมากกว่าปกติของประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตชนิดหวาดระแวง และสมมติฐานของของซีโร โดนิน (serotonin hypothesis) สันนิษฐานว่าในโรคจิตเภท มีความผิดปกติของภาวะสมดุลระหว่างซีโร โดนินกับโดปามีน โดยพบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการบวกลบสับสนกับการทำงานมากเกินไปของโดปามีน ส่วนผู้ป่วยอาการทางลบสับสนกับการทำงานน้อยลงของสารซีโร โดนิน ปัจจัยทางจิตใจนั้นเชื่อว่า เกิดจากความผิดปกติของการทำหน้าที่ของอีโก้ (ego) ของบุคคลที่ได้รับการกระทบกระเทือนทางจิตใจอย่างรุนแรง (psychic trauma) ในระยะพัฒนาการของขวบปีแรกจะมีผลต่อการเกิดพยาธิสภาพและเป็นสาเหตุของการเกิดโรคนี้ได้ (เกษม ดันติผลาชีวะ,2536; Taylor,1994) นอกจากนี้ปัจจัยทางสังคมและวัฒนธรรม เศรษฐกิจ ก็พบว่า เป็นปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคจิตเภท โดยประชากรที่มีฐานะยากจน มีระดับของภาวะเศรษฐกิจและสังคมต่ำ ต้องเผชิญกับปัญหาความเครียดมากและครอบครัวที่มีปัญหาความขัดแย้งหรือทะเลาะวิวาทมีการกระทบกระทั่งทางอารมณ์ต่อกันก็เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทได้ (มานิช หล่อตระกูล,2543)

1.1.2 ลักษณะอาการและการดำเนินโรค

โรคจิตเภทจะพบความผิดปกติในด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม (มานิช หล่อตระกูล,2543)การผิดปกติด้านความคิด พบว่าเป็นลักษณะเด่นของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทคือ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทจะมีความคิดกระจัดกระจายไม่สัมพันธ์กัน(loosening of association) คิดเปลี่ยนเรื่องจากอีกเรื่องเป็นอีกเรื่อง (flight of idea) มีความคิดหมกมุ่นเรื่องใดเรื่องหนึ่งซ้ำๆเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองโดยไม่สนใจความเป็นจริงของสังคมและสิ่งแวดล้อม มีความผิดปกติของเนื้อหาความคิด ได้แก่ ความคิดหลงผิดแบบต่างๆ ความคิดแตกแยกเป็นส่วนๆ หรือ

แปลกๆหลงผิดคิดว่าจะมีคนมาทำร้าย (persecutory delusion) หรือพยายามควบคุมความคิดหรือการกระทำของผู้ป่วย หรือมีความคิดหลงผิดแบบแปลกประหลาด (สมภพ เรื่องตระกูล,2542)

ความผิดปกติด้านการรับรู้ พบว่า ผู้ป่วยจะมีความบกพร่องของการรับรู้ผิดปกติตามความเป็นจริงของสิ่งแวดล้อมรอบตัว การรับรู้ที่ผิดปกติของผู้ป่วยจิตเภทที่พบบ่อยที่สุดคืออาการประสาทหลอนที่พบมากที่สุดคือ ประสาทหลอนทางหูหรืออาการหูแว่ว รองลงมาคืออาการประสาทหลอนทางตาหรือการเห็นภาพหลอน อาการประสาทหลอนทางหูจะเป็นอาการที่รบกวนชีวิตประจำวันของผู้ป่วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกทรมานที่ได้ยินเสียงแต่ไม่เห็นตัวตน สิ่งที่น่ากลัวคือการทำร้ายตนเองหรือการฆ่าตัวตายจากภาวะเสียงที่สั่งให้ทำร้ายตนเอง การฆ่าตัวตายจึงพบได้ถึงร้อยละ 40 ของผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเภทมักได้ยินรับรู้ความคิดของตนเองได้ ยินการพูดโต้ตอบเกี่ยวกับตนเอง ได้ยินเสียงพูดวิพากษ์วิจารณ์เกี่ยวกับการกระทำของตนเองซึ่งผู้ป่วยมักจะโต้ตอบด้วย จึงพบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นจะมีอาการพูด ยิ้ม หรือหัวเราะคนเดียวและหมกมุ่นอยู่กับตัวเอง (ไพรรัตน์ พฤษชาติคุณากร,2534; Kaplan & Saddock, 1998)

ความผิดปกติด้านพฤติกรรม พบว่า ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เช่น หงุดหงิด กระวนกระวาย คลุ้มคลั่ง เป็นต้น โดยเฉพาะเมื่อมีสิ่งกระตุ้นเข้ามาเช่น มีความเครียดอย่างรุนแรง หรือไม่ได้ในสิ่งที่ตนต้องการหรือคาดหวัง แต่บางรายผู้ป่วยอาจไม่แสดงพฤติกรรมหรือไม่เคลื่อนไหวร่างกายเลย ไม่พูด ไม่มีปฏิกิริยาตอบโต้กับสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมดกถอย จนบางรายที่มีอาการมากจะไม่สามารถดูแลตนเองได้ ไม่สามารถทำบทบาทหน้าที่ในครอบครัว สังคม การประกอบอาชีพ สัมพันธภาพบกพร่อง และบทบาทหน้าที่ต่างๆทางสังคมก็จะหมดไป เป็นภาวะของครอบครัวที่ต้องดูแลผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล2542)

ลักษณะอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป อาการของผู้ป่วยจะมี 2 ประเภท คือลักษณะอาการทางบวกและลักษณะอาการด้านลบ อาการทางบวกประกอบด้วย อาการหลงผิด และอาการประสาทหลอนเป็นสำคัญ (มานิช หล่อตระกูล,2542) สำหรับอาการด้านลบประกอบด้วยอาการบกพร่องจากปกติ เช่น อาการพูดน้อย แยกตัวไม่สูงสิ่งกับใคร เกียจคร้าน ละเลยสุขอนามัย ขาดความกระตือรือร้น อาการด้านลบที่สำคัญที่สุด ได้แก่ อาการซึมเศร้า ซึ่งพบมากถึงร้อยละ 25 ของผู้ป่วยจึงทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอัตราฆ่าตัวตายมากกว่า 10 เท่าของคนปกติ (ไพรรัตน์ พฤษชาติคุณากร,2534) นอกจากนี้ยังมีการจัดกลุ่มย่อยของผู้ป่วยโรคจิตเภทตามลักษณะอาการเด่น สามารถแบ่งได้ดังนี้ (American Psychiatric Association,1994)

1) ชนิดคาทาโทนิค (Catatonic type)มีอาการเด่นคือความผิดปกติเรื่องเคลื่อนไหว มีอาการแข็งต่อต้านมาก ไม่พูด มีการเคลื่อนไหวมากอย่างไร้จุดหมายหรืออยู่ในท่าเกร็งหรือท่าแปลกๆ

2) ชนิดวุ่นวาย (disorganized type) มีอาการเด่นคือ การพูดแบบไม่มีแบบแผน อารมณ์ราบเรียบ เฉย อารมณ์ไม่เหมาะสม แต่ไม่มีอาการอื่นๆที่เป็นชนิดหวาดระแวงหรือคาทาโทนิค

3) ชนิดหวาดระแวง (paranoid type) มีอาการเด่นคือหลงผิดและประสาทหลอน พบบ่อยทางหู เช่น ได้ยินเสียงคนขู่จะมาทำร้าย และมีอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม พฤติกรรมที่ไม่มีระเบียบแบบแผน

4) ชนิดแยกไม่ได้ (undifferentiated type) ผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตร่วมกับอาการต่างๆไปของโรคจิตเภท คือ อาการหลงผิด ประสาทหลอน ความคิดไม่ปะติดปะต่อ

5) ชนิดอาการหลงเหลือ (residual type) ผู้ป่วยจะมีอาการของโรคจิตเภทมาก่อน แต่ไม่รุนแรง เช่น อารมณ์ที่อึด การแยกตัวจากสังคม พฤติกรรมแปลกๆ จะมีอาการหลงผิด ประสาทหลอนแต่ไม่ชัด

การดำเนินโรคของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งเป็น 3 ระยะ (มานิช หล่อตระกูลและปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2542) คือ

- ระยะเริ่มมีอาการ (prodromal phase) เป็นระยะที่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไปโดยมักมีความผิดปกติด้านการปฏิบัติหน้าที่ ด้านการมีสัมพันธภาพ การเรียนหรือการทำงาน และมีพฤติกรรมแปลกๆแต่ไม่ถึงกับผิดปกติอย่างชัดเจน ทำให้ญาติหรือบุคคลใกล้ชิดเห็นว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมเปลี่ยนไปไม่เหมือนเดิม แต่บอกได้ยากว่า ผู้ป่วยเริ่มมีอาการผิดปกติตั้งแต่เมื่อไร โดยเฉลี่ยจะพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเริ่มมีอาการผิดปกติประมาณ 1 ปี ก่อนที่จะมีอาการชัดเจนและรุนแรง

- ระยะอาการกำเริบ (Active phase) เป็นระยะที่ผู้เป็นโรคจิตเภทเริ่มแสดงอาการของโรคจิต โดยส่วนใหญ่มักเป็นกลุ่มอาการด้านบวก

- ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายๆกับในระยะเริ่มมีอาการ กล่าวคือ อาการประสาทหลอน หรือหลงผิดอาจจะยังคงอยู่แต่ก็ไม่ได้มีผลต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมากเหมือนในช่วงแรกของการป่วย ในบางครั้งอาจจะมีอาการกำเริบขึ้นเป็นครั้งคราว ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในระยะนี้ มักทนต่อความกดดันทางด้านจิตใจได้ไม่ดี

การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแต่ละคนมีความแตกต่างกัน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เป็นครั้งเดียว หรือ 2-3 ครั้งก็หายขาด และสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนมีอาการป่วย ซึ่งพบได้น้อย ส่วนใหญ่มักพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาจนมีอาการทุเลามักยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง และเกิดอาการกำเริบเป็นช่วงๆ ยิ่งมีอาการกำเริบบ่อยครั้งก็จะยิ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการหลงเหลือมากขึ้นๆหรือเสื่อมลงเรื่อยๆจนกลายเป็นเรื้อรัง โดยทั่วไปการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีการเปลี่ยนแปลงได้ 5 แบบ (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536; Kaplan & Sadock, 1998) คือ 1) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำ 2) หายโดยกลับเป็นอีก 3) หายไม่สมบูรณ์

ซึ่ง หมายถึง พอจะเข้าสังคมได้ แต่ยังมีความบกพร่องด้านบุคลิกภาพ และอาจจะได้รับการช่วยเหลือ 4) เรือร้างแต่ไม่มีอาการรุนแรง โดยใช้ระยะเวลาป่วยตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไปเป็นตัวบ่งชี้และ 5) มีความเสื่อมของบุคลิกภาพ ปัจจุบัน พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทร้อยละ 25 สามารถรักษาได้ผลดี ขณะที่ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ทำให้มีความบกพร่องในการทำงานหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก และที่เหลืออีกร้อยละ 50 จะมีอาการเป็นๆหายๆ (ยาใจ สิริพิมพ์, 2539)

1.2 การรักษา

การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ในปัจจุบันพบว่า นอกจากการบำบัดรักษาด้วยยาแล้ว ยังมีการนำการรักษาทางจิตสังคมมาใช้ในการรักษาร่วมด้วย โดยการรักษาจะแบ่งตามระยะอาการของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ออกเป็น 3 ระยะ (มาโนช หล่อตระกูล, 2534; กิตติวรรณ เทียมแก้ว, 2544) ดังนี้

1.2.1 การรักษาในระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว และช่วยลดความตึงเครียดของผู้ป่วยและญาติ การรักษาผู้ป่วยในระยะนี้ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา เป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุดในระยะอาการกำเริบ ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือ ยาด้านโรคจิต ซึ่งยานี้จะออกฤทธิ์ยับยั้งตัวจับโดปามีนในสมองทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนหลังการรักษาประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างการรักษานี้ผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง เป็นต้น อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้ด้วยการให้ยาลดอาการข้างเคียงร่วมด้วย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า (electroconvulsive therapy) จะให้ผลการรักษาในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ดีเท่าการรักษาด้วยยา โดยทั่วไปมักใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา หรือในรายที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย ได้แก่ ก้าวร้าว ซึมเศร้า มีอาการเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย หรือในรายที่มีการเคลื่อนไหวแบบค้างแข็งหรือหุนหันว่อง (catatonic) รวมทั้งผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ดื้อยา การรักษาด้วยไฟฟ้าจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน

1.2.2 การรักษาในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเริ่มควบคุมตัวเองได้บ้าง มีการสื่อสารดีขึ้น การรักษาโดยทั่วไปจะมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ แต่จะเน้นการรักษาทางจิตสังคม (psychosocial treatment) เป็นส่วนสำคัญของการรักษา เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทแม้ว่าจะได้รับการรักษาจนอาการดีแล้ว แต่ปัญหาทางสังคมก็ยังคงอยู่ จึงต้องใช้วิธีการรักษาทางจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งมีดังนี้

1) จิตบำบัด (psychotherapy) มี 2 ลักษณะ คือ จิตบำบัดรายบุคคลและจิตบำบัดแบบกลุ่ม การทำจิตบำบัดรายบุคคล มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถแก้ไข

ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันโดยใช้ศักยภาพของตนเองให้มากที่สุด จิตบำบัดแบบกลุ่มจะเป็นการบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่ม ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดการเรียนรู้เกี่ยวกับการสร้างสัมพันธภาพ และการไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งจะช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมและช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสม

2) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) เป็นการบำบัดเพื่อการแก้ไขพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เช่น ก้าวร้าว แยกตนเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล เป็นต้น โดยผู้บำบัดจะใช้วิธีการต่างๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกการกล้าแสดงออก การจัดการความรู้สึกร่วมกันเป็นระบบ หรือการเรียนรู้จากตัวแบบ เป็นต้น ทั้งนี้เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีพฤติกรรมที่เหมาะสมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

3) ครอบครัวบำบัด (family therapy) เป็นการบำบัดเพื่อส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และลดการแสดงออกทางอารมณ์อย่างสูงของสมาชิกในครอบครัวที่อาจเพิ่มความกดดันทางจิตใจแก่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การทำครอบครัวบำบัดโดยการนำสมาชิกในครอบครัวของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมาร่วมกลุ่มสนทนา โดยมีผู้บำบัดเป็นคนกลางจะทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทและญาติได้มีโอกาสระบายความรู้สึกที่มีต่อกัน แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน จะช่วยให้ญาติผู้ดูแลคลายความเครียด และมีกำลังใจที่จะดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต่อไป ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่เกิดการกำเริบซ้ำของโรค

1.2.3 การรักษาในระยะอาการคงที่ เป็นระยะที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการทางจิตสงบแล้ว แต่ยังคงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาในระยะนี้ จะเน้นการดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวัน และการปรับตัวต่อภาวะการเจ็บป่วย รวมถึงการป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในระยะนี้ ญาติผู้ดูแลจะเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดี เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ มักไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) และเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค (relapse) จึงต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก ระยะนี้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจได้รับการรักษาด้วยยาชนิดที่มีฤทธิ์ยาวนาน (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ต่อการฉีด 1 ครั้ง สำหรับระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่ จะเน้นการรักษาในครั้งแรก หลังการรักษาหากอาการของโรคจิตดีแล้ว จะยังคงให้ยาต่อไปอีกหนึ่งปี หากมีอาการกำเริบครั้งที่สอง ควรให้ยาต่อเนื่องไปในระยะยาว เช่น 5 ปี เป็นต้น หากมีอาการกำเริบซ้ำบ่อยกว่านี้ จะต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอดการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความสำคัญยิ่ง เนื่องจากการรักษาด้วยยาเป็นวิธีที่สะดวก มีประสิทธิภาพ และลดการอยู่รักษาในโรงพยาบาลมากที่สุด รวมถึงการป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลใหม่ นอกจากนี้ยังพบว่า การดื่มเครื่องดื่มประเภทยาลดความดันโลหิตที่มีส่วนผสม

แอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ หรือเครื่องดื่มที่ออกฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทให้ตื่นตัว เช่น เครื่องดื่มประเภทชูกำลัง ชา และกาแฟ เป็นต้น มีผลให้เกิดปฏิกิริยากับยาต้านโรคจิต เช่น แอลกอฮอล์ จะไปเหนี่ยวนำให้สมองไม่ทำงานชั่วคราว มีผลทำให้ระดับความต้านทานต่อผลข้างเคียงทางระบบประสาทลดลง ชาหรือกาแฟ เมื่อผสมกับยาต้านโรคจิตบางตัวจะเกิดตะกอนที่ไม่ละลายน้ำขึ้น มีผลต่อการดูดซึมของตัวยา ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ พบว่า ร้อยละ 10 ของตัวยาจะจับกาแฟ และร้อยละ 90 ของตัวยาจะจับกับชา ทำให้ยาต้านโรคจิตมีประสิทธิภาพลดลง เป็นต้น (พาณี เหลียวรุ่งเรือง, 2536)

1.3 ปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท

การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะมีอาการผิดปกติเดือน (signs of relapse) เช่น ความผิดปกติของการนอน การแยกตัวออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจกรรมตนเองลดลง กระบวนการคิดที่ผิดปกติ และเริ่มมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอน เป็นต้น ผลการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้แก่ (Kaplan & sadock's, 2000 sadock & sadock, 2000)

1.3.1 การทำหน้าที่ของครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์และไม่ต่อเนื่อง ดังเช่น การแสดงอารมณ์ในครอบครัว (expressed emotion-EE) ผู้ป่วยที่อาศัยกับญาติที่มีการแสดงอารมณ์น้อย (low expressed emotion) จะมีอัตราการกลับเป็นซ้ำน้อยกว่าอยู่กับญาติที่มีอารมณ์มาก (high expressed emotion) ลินเซนและคณะ(Linszen, et al, 1997) ศึกษาเรื่องลักษณะของผู้ป่วยและการแสดงอารมณ์เป็นปัจจัยเสี่ยงในการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่าง คือผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอายุระหว่าง 15-26 ปี อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือญาติมากกว่า 35 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ และมารับการรักษาที่แผนกจิตเวช มหาวิทยาลัยอัมสเตอร์ดัม ทั้งผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน จำนวน 164 คน เครื่องมือที่ใช้การรวบรวมข้อมูล คือแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ผลการศึกษาพบว่าการกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยที่มีการออกทางอารมณ์สูง มีความเสี่ยงเป็น 5 เท่า ของผู้ที่มีการแสดงออกทางอารมณ์ต่ำ ลักษณะการแสดงอารมณ์ของญาติ เป็นตัวทำนายที่สำคัญในการวัดการป่วยซ้ำในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีอาการครั้งแรก การแสดงอารมณ์สูงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำหรับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มีอาการครั้งแรก เหมือนกับผู้ป่วยเรื้อรัง และนอกจากนี้ผลการวิจัยครั้งนี้พบว่าการแสดงอารมณ์เป็นปัจจัยเสี่ยงที่มีความสำคัญสำหรับการป่วยซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ที่มีอาการครั้งแรก

1.3.2 การได้รับการรักษาทางยาไม่ต่อเนื่อง ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะประสบปัญหาอาการข้างเคียงของยา ที่ทำให้เกิดอาการในกลุ่มโรคพาคินสัน จะมีอาการตัวเกร็ง ถิ้นแข็ง น้ำลายไหล ความคิดเชื่องช้า (extrapyramidal syndrome) อาการดังกล่าวจะเป็นสาเหตุให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์และพยาบาล จากการศึกษาพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเพียงร้อยละ 50 เท่านั้นที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยในปีแรก และมีแนวโน้ม

ที่ลดลงเป็นร้อยละ 15 ในปีถัดมา ซึ่งการหยุดยอกอย่างกะทันหันทำให้ผู้ที่เป็โรคนจิตเภทร้อยละ 50 มีอาการกลับเป็นซ้ำภายในเวลา 6-8 เดือนหลังหยุด ผู้ที่เป็นโรคนจิตเภทที่รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ จะมีการกลับเป็นซ้ำเพียงร้อยละ 20 เมื่อเทียบกับผู้ที่เป็โรคนจิตเภท ที่มีการรับประทานไม่สม่ำเสมอจะมีการกลับเป็นซ้ำร้อยละ 55 (Neligh; Leche, Moore, Crosby & Hamillton, 1994; Ruscher, Wit & Mazmanian, 1997; อ้างใน สาธุพร พุฒขาว, 2541)

1.3.3 ความตึงเครียดในชีวิต ผู้ที่เป็นโรคนจิตเภทจะมีความเปราะบางต่อความเครียดมากกว่าคนปกติทั่วไป (อุมาพร ตรังคสมบัติ, 2540) ความตึงเครียดของผู้ที่เป็นโรคนจิตเภทที่จะเป็นสาเหตุการกลับเป็นซ้ำ ได้แก่ การประสบปัญหาทางการเงิน การขาดที่อยู่อาศัย การเป็นบุคคลด้อยโอกาสในสังคมไม่สามารถประกอบอาชีพได้ การประสบปัญหาในการสื่อสารกับบุคคลอื่นๆ

จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าปัจจัยที่มีผลต่อการกลับเป็นซ้ำจะเกี่ยวข้องกับปัจจัยด้านครอบครัว โดยเฉพาะการแสดงออกทางอารมณ์ ปัจจัยเกี่ยวข้องกับการรักษา เช่น การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความตึงเครียดในชีวิต การกลับเป็นซ้ำของผู้ที่เป็นโรคนจิตเภทจะมีอาการผิดปกติเดือน เช่น ความผิดปกติของการนอน การแยกตัวออกจากสังคม ความสนใจเกี่ยวกับกิจวัตรตนเองลดลง กระบวนการคิดที่ผิดปกติ และเริ่มมีอาการหูแว่วประสาทหลอน เป็นต้น สมาชิกในครอบครัวเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ที่เป็นโรคนจิตเภท มีความสำคัญมากในการทำหน้าที่ของครอบครัวในด้านการดูแล การให้ความรัก ความเข้าใจ ความอบอุ่น เอื้ออาทร ห่วงใยต่อผู้ที่เป็นโรคนจิตเภท การสังเกตอาการผิดปกติที่มีผลต่อการกลับมีอาการทางจิตขึ้นมาอีก เพื่อจะเป็นแนวทางที่จะช่วยทำให้อาการผู้ที่เป็นโรคนจิตเภทดีขึ้น และป้องกันไม่เกิดการกลับเป็นซ้ำได้

นอกจากการรักษาดังกล่าวข้างต้นแล้ว การดูแลของผู้ดูแลที่เป็นโรคนจิตเภทก็เป็นสิ่งสำคัญที่จะมีผลต่ออาการ การรักษา และการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคนจิตเภท เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคนจิตเภทเกือบทั้งหมด เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น จะทำให้มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์ และพฤติกรรมทางสังคม เกิดผลกระทบตามมา คือ ความบกพร่องในการทำหน้าที่ทั้งในครอบครัว การงาน และสังคม ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่างๆ จะไม่เป็นปกติเช่นเดิม ผู้ที่เป็นโรคนจิตเภทจำนวนน้อยมาก ที่จะมีอาการดี (Armstrong, 1993) ยิ่งผู้ที่เป็นโรคนจิตเภทมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำในแต่ละครั้ง ก็ยิ่งจะส่งผลให้การทำหน้าที่ด้านต่างๆ เสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย ความเสื่อมที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยด้วยโรคนจิตเภท พบว่า ส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องด้านทักษะทางสังคม (Anthony & Liberman, อ้างใน จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542) เช่น ทักษะการทำงาน และชีวิตทักษะการดำรงชีวิตประจำวันและทางสังคม (Hochberger & Fisher-Jame, 1992) ความเสื่อมด้านสังคม และการทำบทบาทหน้าที่ด้านต่างๆ จะนำไปสู่การไร้ความสามารถในการทำงาน การมีสัมพันธภาพทางสังคมบกพร่องและการดูแลตนเองบกพร่อง ได้แก่ การจัดเตรียมอาหาร การรับประทานยา การทำความสะอาดเสื้อผ้าและร่างกายตลอดจนการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ซึ่งพบได้บ่อยในระยะมีอาการหลงเหลือของผู้ที่เป็นโรคนจิตเภท (American

Psychiatric Association, 1994) จึงจำเป็นต้องมีญาติหรือบุคคลในครอบครัวเป็นผู้ดูแลให้ความช่วยเหลือเป็นประจำ เนื่องจาก ผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ (Goldman & Quinn, 1998) ผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทมักเป็นผู้ดูแลที่ไม่เป็นทางการ ส่วนใหญ่พบว่า มักเป็นบุคคลในครอบครัว หรือเป็นญาติสายตรงกับผู้ป่วย โดยเป็นบิดามารดาของผู้ป่วยมากที่สุด และเป็นผู้ที่พักอาศัยอยู่ร่วมครอบครัวเดียวกับผู้ป่วย รวมทั้งยังเป็นผู้ทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบัน เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบซ้ำหรือจนกว่าผู้ป่วยนั้นจะกลับสู่สังคมหรือทำงานได้ (เขวาลักษณ์ กลิ่นหอม, 2540)

จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะไม่สามารถควบคุมตนเองได้ ทั้งในด้านความคิด การแสดงอารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมต่างๆ อีกทั้งยังมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ทั้งในครอบครัวและสังคม ทำให้ผู้ที่เป็นโรคนี้อาจขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ และไม่สามารถตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานของตนเองได้ (Kaplan & Sadock, 1998) ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องการได้รับการดูแลในหลายด้านจากผู้ดูแล

โจนส์ (Jones, 1996) ได้ทำการศึกษาพบว่า การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องการให้ผู้ดูแลกระทำให้ ได้แก่ การดูแลเรื่องการแต่งกายของผู้ป่วยทั้งในด้านความสะอาดเรียบร้อย และความเหมาะสมกับกาลเทศะ การดูแลเรื่องการรับประทานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ การดูแลสภาพสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับความเป็นอยู่ของผู้ป่วย เช่น การจัดสภาพที่อยู่อาศัย การจัดหาสิ่งของเครื่องใช้ที่จำเป็นในชีวิตประจำวัน การดูแลเรื่องอาหาร การดูแลเรื่องการเดินทางที่จำเป็นและการจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย หรือค่าใช้จ่ายในครอบครัว เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดูแลตนเองได้เพียงพอ

สรุปได้ว่า การดูแลของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญ และสำคัญยิ่งต่อการดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อีกทั้งยังเป็นการช่วยส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ และป้องกันสาเหตุที่อาจเป็นสิ่งที่กระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบซ้ำของโรคตลอดจนได้รับการฟื้นฟูสภาพทางจิตใจอย่างถูกต้องเหมาะสม ทั้งนี้เพื่อป้องกันการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ซึ่งจะพบอยู่เสมอว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะสูงกว่าผู้ที่เป็นโรคจิตอื่นๆ (Kaplan & sadock, 1985) ดังเช่นในหลายการศึกษาที่พบว่า สาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อยๆ ได้แก่ การได้รับการรักษาทางยาไม่ต่อเนื่อง การใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การไม่มาพบแพทย์ผู้รักษาอย่างต่อเนื่อง การขาดความรู้เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วย และการขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคม ซึ่งบุคคลที่จะทำหน้าที่ให้การช่วยเหลือดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดังกล่าวได้เหมาะสมและดีที่สุดในที่สุด คือ ผู้ดูแล

จากสาเหตุการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะเห็นว่า สาเหตุหนึ่งเกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่ไม่สนใจในการดูแลตนเองในเรื่องการรับประทานยา การงดดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์และการขาดความรู้คิดว่าตนเองหายป่วย รวมทั้งเกิดจากความสามารถของญาติในการดูแลผู้ป่วยและเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีอาการเพิ่มขึ้น เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่เหมาะสม ดังนั้นการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมาป่วยซ้ำ ญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องให้ความร่วมมือในการเข้ามามีส่วนร่วมกับพยาบาลในการเตรียมความรู้ในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน การจัด โปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลโดยให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆ เช่น การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลกิจวัตรประจำวัน การมีส่วนร่วมกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการรักษา การมีส่วนร่วมการแลกเปลี่ยนข้อมูล

1.4 การพยาบาลและการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

1.4.1 การพยาบาล

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องมีความครอบคลุมลักษณะโดยรวมของผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการแสดงความคิดผิดปกติทางจิตหลายประการการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทจึงจำเป็นที่ผู้ให้การพยาบาลจะต้องมีลักษณะตรงไปตรงไปมา ไม่อ้อมค้อม เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาด้านการรับรู้ ด้านการแปลความหมาย สื่อความหมาย ของสิ่งที่ได้รับรู้ และด้านสังคม การพูดยาวทำให้การรับรู้ของผู้ป่วยถูกบิดเบือนและทำให้เกิดการตีความหมายสิ่งที่รับรู้ผิดมากขึ้น และสิ่งสำคัญคือเนื้อหาสาระที่พยาบาลสื่อกับผู้ป่วยต้องอยู่ในความเป็นจริง ไม่ล้อเลียนผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยไม่สามารถแยกการล้อเลียนและการพูดจริงได้ ผู้ป่วยจิตเภทแต่ละรายมีลักษณะการดำเนินของโรคและอาการแตกต่างกัน ดังนั้นการวางแผนการพยาบาล ควรต้องมีการกำหนดเป้าหมายให้ชัดเจน เช่น เป้าหมายระยะสั้น สำหรับผู้ป่วยระยะวิกฤติ เป้าหมายระยะกลางสำหรับผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง และเป้าหมายระยะยาวสำหรับผู้ป่วยที่พร้อมจะกลับบ้านโดยการให้การช่วยเหลือพยาบาลต้องได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งพยาบาล ญาติ ผู้ดูแลผู้ป่วยให้มีความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการพยาบาลต้องได้รับความครอบคลุมทุกๆด้านตามหลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งหลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องครอบคลุมด้านร่างกาย ความคิด จิตอารมณ์และสังคมดังนี้

1) การพยาบาลด้านร่างกาย ในการพยาบาลด้านร่างกายเริ่มต้นที่การส่งเสริมให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพสะอาดและด้านสุขอนามัยทั่วไป เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาด้านการดูแลตนเอง ภาวะสุขอนามัยจะไม่ดี ผู้ป่วยบางคนจะไม่อาบน้ำ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้า ไม่แปรงฟัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล พยาบาลจะกระตุ้นให้ผู้ป่วยดูแลด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านสุขอนามัย ผู้ป่วยที่หวาดระแวงอาจไม่ยอมรับประทานอาหาร ไม่ดื่มน้ำ ภาวะขาดสารอาหารเกิดขึ้นได้กับผู้ป่วยเหล่านี้ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการเคลื่อนไหว อาจเกิดปัญหากล้ามเนื้อขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลต้องคอยเปลี่ยนทำให้ผู้ป่วยในกรณีนี้ที่ผู้ป่วยอยู่ท่าเดียวนานๆ

ผู้ป่วยที่นั่งอยู่ในท่าเดิวนานๆ ก็อาจมีปัญหาด้านกล้ามเนื้อหดทับ และขาดเลือดไปเลี้ยง พยาบาลจึงไม่ควรปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่ท่าเดิวนานๆ กิจกรรมที่จัดให้ ก็ให้ผู้ป่วยมีการเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อ

2) การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลด้านความคิด นั้น พยาบาลควรกระทำ คือ การหาความหมายของความคิดของผู้ป่วย การสนทนากับผู้ป่วยจะทำให้เราทราบความคิดของผู้ป่วยได้ นอกจากนี้การหาความหมายของพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออกนั้นจะช่วยให้เราเข้าใจความคิดของผู้ป่วยที่สื่อออกมาทางด้านพฤติกรรม ได้มากขึ้น และสุดท้ายที่ต้องทำคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่กับความจริง โดยมีรายละเอียดดังนี้

- การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมแปรปรวน ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติด้านความคิด ความคิดหลายๆ ความคิดของผู้ป่วยถูกถ่ายทอดออกมาทางคำพูดและพฤติกรรมที่คนอื่นไม่เข้าใจ ดังนั้นสิ่งแรกที่พยาบาลเมื่อเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงการแปรปรวนของความคิดด้วยคำพูดและพฤติกรรมที่พยาบาลไม่เข้าใจคือ การหาความหมายของคำพูดและพฤติกรรมนั้นๆ พยาบาลฟังเพื่อหาสาระที่ผู้ป่วยพูด สังเกตพฤติกรรมเพื่อหาความหมาย บางครั้งอาจต้องตรวจสอบความหมายกับคำพูดและพฤติกรรมนั้นกับผู้ป่วย

- การส่งเสริมให้ความจริงแก่ผู้ป่วย สิ่งสำคัญเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการความคิดหลงผิดหรือภาวะประสาทหลอนคือการให้ความจริงแก่ผู้ป่วยและการส่งเสริมผู้ป่วยให้อยู่กับความจริงการส่งเสริมความจริงให้แก่ผู้ป่วยทำได้โดยพยาบาลบอกความจริงแก่ผู้ป่วย เช่นถ้าผู้ป่วยบอกว่าได้ยินเสียงคนด่าว่า พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน พยาบาลจะไม่ใช้คำว่า คน ด่าว่า แต่จะใช้คำว่า คุณได้ยินเสียงด่าว่าว่าคุณ นี่คือการให้ความจริงที่ไม่ขัดแย้งกับผู้ป่วย นอกจากนี้ผู้ป่วยที่มีอาการประสาทหลอนอาจจะบอกพยาบาลในสิ่งที่เขารับรู้ เช่นได้ยินเสียงในขณะที่พยาบาลไม่ได้ยิน พยาบาลจะให้ความจริงแก่ผู้ป่วยโดยไม่ขัดแย้งในความรู้สึกของผู้ป่วย พยาบาลจะยอมรับการรับรู้ของผู้ป่วย ว่าการได้ยินเสียงของผู้ป่วยนั้นจริงสำหรับผู้ป่วยแต่พยาบาลไม่ได้ยินเสียงที่ผู้ป่วยได้ยิน

- พยาบาลสอนวิธีที่จะเอาชนะเสียงที่ได้นั้น เช่น ให้ผู้ป่วยตะโกนเสียงดังเพื่อกลบเกลื่อนเสียงที่ได้นั้น สิ่งสำคัญที่พยาบาลสอนให้ผู้ป่วยใช้วิธีการนี้เพื่อเอาชนะเสียงที่ได้นั้นคือ ทีมพยาบาลทุกคนจะต้องมีความเข้าใจในเทคนิคที่พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยใช้ เพื่อที่พยาบาลคนอื่นๆ จะได้ไม่เข้าใจผิดว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมแปรปรวนมากขึ้น หรือผู้ป่วยควบคุมตัวเองไม่ได้ หรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมเลวลง ซึ่งจะเป็นสาเหตุให้เพิ่มยาต้านอาการทางจิต ดังนั้นการให้ข้อมูลที่ประชุมพยาบาล ในเรื่องที่พยาบาลแนะนำให้ผู้ป่วยใช้เพื่อเอาชนะอาการประสาทหลอนจึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งที่จะให้ทีมพยาบาลเข้าใจผู้ป่วย

3) การพยาบาลด้านจิตอารมณ์ ปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติทางด้านอารมณ์ ที่เห็นได้ชัด คือ อารมณ์ราบเรียบซึ่งเห็นได้จากใบหน้าที่นิ่งเฉย ไม่มีอารมณ์สนองตอบเหตุการณ์ ไม่สบตา อารมณ์ไม่สอดคล้องกับเหตุการณ์ ภาวะนี้อาจทำให้พยาบาลหงุดหงิดและไม่

พอใจ และพยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยยิ้มโดยไม่มีสาเหตุซึ่งอาจทำให้พยาบาลขบขัน พยาบาลต้องมีความเข้าใจและอดทนต่อต่อภาวะอารมณ์ที่ไม่ปกติเหล่านี้ เสริมสร้างพฤติกรรมและการตอบสนองทางอารมณ์ให้เหมาะสมกับเหตุการณ์ แม้ว่าการกระทำของพยาบาลนี้อาจจะไม่ประสบความสำเร็จเลยก็ได้

4) การพยาบาลด้านสังคม ปัญหาการหนีสังคมและอยู่คนเดียวของผู้ป่วยจิตเภท การไม่สนใจกิจกรรมทางสังคม และการไม่สนใจคนอื่น เป็นปัญหาที่พยาบาลต้องแก้ไข แม้ว่าปัญหาเหล่านี้จะเป็นปัญหาที่ต้องใช้ระยะเวลา พยาบาลอาจเห็นผู้ป่วยเดินอยู่คนเดียวในที่ห่างไกลจากคนอื่น พยาบาลที่มีความตั้งใจดีอาจพยบาลนำผู้ป่วยให้กลับมาอยู่กับคนอื่นๆ โดยที่ยังไม่ได้ประเมินภาวะอันตรายของผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจจะทำร้ายพยาบาล เนื่องจากความหวาดระแวงและหลงผิด นอกจากนี้สิ่งที่คุณป่วยพูดและเนื้อหาการพูดอาจจะมีสาระที่ผู้อื่นไม่เข้าใจ พฤติกรรมแปลกๆของผู้ป่วย ทำให้เป็นที่ขบขัน และเป็นต้นเหตุให้ไม่มีผู้ใดสังคมกับผู้ป่วย ผู้ป่วยอาจมีพฤติกรรมคาดเดาไม่ได้ พยาบาลจึงควรประเมินความสามารถด้านการสังคมที่เหลืออยู่ของผู้ป่วย และเสริมสร้างทักษะทางสังคมบนพื้นฐานการสังคมที่ยังหลงเหลืออยู่ ส่งเสริมการดูแลตนเองด้านสุขอนามัยส่วนบุคคล เพื่อไม่ให้คนที่อยู่รอบข้างผู้ป่วยรังเกียจผู้ป่วย ให้ผู้ป่วยดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน พัฒนาทักษะสังคมที่ถูกต้องเหมาะสมด้วยหลักการการเรียนรู้ เช่นการให้รางวัล การให้คำชมเชย เมื่อผู้ป่วยทำสิ่งที่ถูกต้อง หรือผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่สังคมต้องการ

ดังนั้นการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทต้องประกอบด้วย หลักการพยาบาลทั่วไป ซึ่งครอบคลุมการพยาบาลด้านร่างกาย การพยาบาลด้านความคิด การพยาบาลด้านจิตใจ อารมณ์ และการพยาบาลด้านสังคมการพยาบาลต้องอาศัยแนวคิดด้านกระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล โดยใช้กระบวนการพยาบาล ซึ่งประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้

1) การประเมินสภาพปัญหา

เน้นการศึกษา การค้นหาสภาพปัญหาของผู้ป่วยเพื่อการวิเคราะห์ระดับของพฤติกรรมและสาเหตุของพฤติกรรม ต้องมีการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยทุกด้านที่จะนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลอย่างครอบคลุม

- การประเมินสภาพด้านร่างกายทั่วไปในการประเมินสภาพร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย พยาบาลประเมินด้านการแต่งกาย ความสะอาดทั่วไป ด้านสุขอนามัย เพื่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินบุคลิกภาพ การดูแล และเอาใจใส่ต่อสุขภาพตนเอง รวมถึงการรับประทานอาหาร การพักผ่อน ใช้การสังเกตและการสัมภาษณ์ และการตรวจสอบทั่วไปเพื่อดูสุขภาวะทางด้านร่างกาย

- การประเมินด้านการคิดอาการสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความผิดปกติทางด้านความคิด ดังนั้นสิ่งที่ต้องทำในเบื้องต้นคือการประเมินความคิด ประเมินว่าผู้ป่วยมีภาวะ

หลงผิดหรือไม่ ภาวะหลงผิดมีลักษณะใด มีความคิดว่าการพูดและการกระทำของผู้อื่นพาดพิงถึงตนเอง คิดว่าผู้อื่นปองร้ายตน มีความคิดว่าตนเองมีความคิดเหนือกว่าคนอื่น เช่น มีฐานะ มีความรอบรู้ มากกว่า คนอื่น หรือมีความคิดว่าร่างกายเสียหน้าที่การทำงาน เช่น ไม่มีสมอง ไม่มีกระเพาะอาหาร นอกจากความคิดหลงผิดดังกล่าวแล้ว ประเมินว่าผู้ป่วยมีความผิดปกติอื่น ๆ ต่อไปนี้หรือไม่ คิดว่าผู้อื่นยังรู้ความคิดตน มีบุคคลอื่นนำความคิดมาใส่ให้ตน มีคนอื่นถอดถอนความคิดของตนเองไป มีสิ่งอื่นหรือบุคคลอื่นควบคุมจิตใจของตนด้วยการส่งกระแสคลื่นเข้ามา

- การประเมินการรับรู้ของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีระดับการรับรู้เพียงใด มีอาการประสาทหลอนเกิดขึ้นตอนไหนบ้าง มีการตอบสนองอย่างไร เพื่อกำหนดแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยให้เหมาะสม

- ประเมินพฤติกรรมของผู้ป่วย ผู้ป่วยแสดงออกต่ออาการทางจิตอย่างไร ส่วนใหญ่มักมีอาการย้ำคิดย้ำทำ มีอาการไม่แน่ใจ ไม่อยู่นิ่ง รบกวนผู้อื่น มีพฤติกรรมกระสับกระส่ายจากอาการหลงผิด ประสาทหลอน ต้องได้รับความช่วยเหลือ

- ประเมินด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยแยกตัว ปฏิเสธการมีสัมพันธภาพกับคนอื่น พยาบาลต้องใช้เทคนิคในการสื่อสารสร้างสัมพันธภาพ และสร้างความไว้วางใจก่อนอย่ารีบเร่งรีบหาข้อมูลจากผู้ป่วยเร็วไป อาจมีผลเสียด้านสัมพันธภาพ และทำให้ขาดความร่วมมือในการบำบัดขั้นต่อไป

2) การวินิจฉัยการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล ในผู้ป่วยจิตเภท ควรพิจารณาทั้งด้านสภาพทางร่างกาย ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และสัมพันธภาพ ลักษณะของข้อวินิจฉัยการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มักมีลักษณะดังนี้

- ร่างกายสกปรก ไม่สนใจดูแลสุขภาพอนามัยของตนเอง

- ขาดอาหารและน้ำ เนื่องจากปฏิเสธอาหารและระแวง

- เสี่ยงต่ออันตรายจากอุบัติเหตุจากการพยายามหนีจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

- พฤติกรรมถดถอยเนื่องจากการรับรู้เสีย
- แยกตัว เนื่องจากไม่มั่นใจการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น
- ไม่สามารถสื่อสารได้ดีเนื่องจากการรับรู้บกพร่อง
- สัมพันธภาพขาดจากอาการหลงผิดและประสาทหลอน

3) การวางแผนการพยาบาล

การวางแผนระยะสั้นและระยะยาวเน้นหลักการดังนี้

การวางแผนระยะสั้น เน้นการช่วยเหลือระยะแรก โดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยในระยะที่มีอาการ จำเป็นต้องได้รับการดูแลจากพยาบาลโดยตรงในปัญหาต่างๆ ดังนี้

- การดูแลความปลอดภัย ให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัย โดยเฉพาะการระวังเรื่องอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากภาวะหลงผิด ประสาทหลอน อาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกกลัวจนมีพฤติกรรมรุนแรง

- การดูแลสภาพร่างกายให้ผู้ป่วยได้รับอาหารน้ำดื่มการพักผ่อน และสุขอนามัยที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยหมกมุ่นกับเรื่องของตนเองจนขาดความสนใจสิ่งเหล่านี้

- การดูแลด้านการบำบัดทางชีวภาพให้ผู้ป่วยได้รับยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย สังเกตและระมัดระวังอาการที่อาจเกิดจากฤทธิ์ข้างเคียงของยา

- ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยไฟฟ้าต้องกำหนดแผนการพยาบาล ที่เน้นการดูแลทั้งร่างกายและจิตใจ รวมถึงการฟื้นฟูสภาพและการป้องกันอันตรายจากพฤติกรรมต่อต้านและภาวะสับสนมีนงง

- การพัฒนาทักษะสัมพันธภาพระหว่างบุคคลและกลุ่ม โดยการสร้างสัมพันธภาพด้วยความเข้าใจ ใจกว้างใจ และสนับสนุนผู้ป่วยให้เรียนรู้ประโยชน์และทักษะของการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ทั้งรายบุคคลและกลุ่ม

- พัฒนาการปรับตัว การมองตนเอง และมองโลกในทางที่ดี

การวางแผนระยะยาว เป็นการกำหนดแผนการพยาบาลที่เน้นการดูแลระยะยาว และต่อเนื่อง โดยครอบคลุมถึงเป้าหมายและการดำเนินชีวิตระยะยาวในอนาคตซึ่งประกอบด้วยแผนที่ควรดำเนินการดังนี้

- การดูแลตนเองด้านสุขภาพ และการบำบัดอย่างต่อเนื่อง เน้นการใช้ยาอย่างถูกต้อง เน้นการรับประทานอาหาร การมีกิจกรรมต่างๆ โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและผู้ดูแล

- การกำหนดแผนการดำเนินชีวิต ในครอบครัวและสังคม อย่างเหมาะสม

- การใช้แหล่งบริการด้านสุขภาพจิต และจิตเวชในชุมชน และหน่วยงาน

ใกล้บ้าน

ทุกแผนการพยาบาล ควรระบุเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ในการดูแลไว้ในลักษณะของพฤติกรรมที่ต้องการให้เกิดขึ้นและสามารถเป็นไปได้จริง โดยเน้นที่ความสอดคล้องกับข้อวินิจฉัยการพยาบาล

4) การปฏิบัติการพยาบาล

ปฏิบัติตามแผนการพยาบาล โดยพิจารณาปรับตามความเหมาะสม ใช้เทคนิคการพยาบาลดังนี้

- เสริมสร้างสัมพันธภาพและความใจกว้างใจ

- ลดความวิตกกังวล ด้วยการยอมรับ เสนอแนะและส่งเสริมการเผชิญ

ปัญหาที่เหมาะสม

- รักษาสมดุคด้านชีววิทยา
- ใช้ความคงเส้นคงวา และชัดเจนในการติดต่อสื่อสาร
- ใช้หลักพันธุภาพเพื่อการบำบัดรักษา
- นำผู้ป่วยเข้าสู่ความเป็นจริงโดยการจัดให้มีกิจกรรมบำบัดที่เหมาะสม
- ระวังระวังอันตรายที่จะเกิดกับผู้ป่วย และผู้ที่อยู่ข้างเคียง ในช่วงที่ผู้ป่วย

มีอาการรุนแรง

5) การประเมินผล

ในการประเมินผลการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พยาบาลนำข้อมูลของผู้ป่วยที่ประเมินได้ตั้งแต่ต้น จนหลังให้การพยาบาลเสร็จสิ้นแล้ว เปรียบเทียบกับเกณฑ์การประเมินผลการประเมินที่ควรพิจารณามีดังนี้

- ผู้ป่วยมีความปลอดภัยจากอันตรายและอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในภาวะไม่รู้สติ
- ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพในการบำบัดด้วยยา และการบำบัดทางชีวะภาพ
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ได้ดีขึ้น
- ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพกับครอบครัวดีขึ้น
- ผู้ป่วยได้รับการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะการสื่อสารกับบุคคลอื่นและสังคมดีขึ้น
- ผู้ป่วยรับรู้และมุ่งมั่นในการปฏิบัติบทบาทของตนในครอบครัวดีขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำงานได้ตามปกติ

1.4.2 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลในการดูแล

การรักษาและการพยาบาลผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเน้นการให้ยารักษาและการรักษาทางชีวภาพ การดูแลพยาบาลจำเป็นที่สำคัญ เนื่องจากจะทำให้ผู้ป่วยได้รับความปลอดภัยและร่วมมือในการรักษา ผู้ป่วยที่อาการดีจำเป็นต้องได้รับการฟื้นฟูสภาพเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิต ปรับตัว อยู่ในสังคมได้พยาบาลต้องเรียนรู้และฝึกฝนให้ผู้ดูแลตนเองได้รวมทั้งญาติหรือผู้ดูแล ที่มีความสำคัญในการดูแลผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ดังนั้นครอบครัว ผู้ดูแล ผู้ป่วยต้องดูแลได้ถูกต้อง พยาบาลมีบทบาทในการสร้างความสามารถของผู้ดูแลให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ซึ่งสามารถทำได้โดยการให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยในขณะที่รับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาลเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้

ลักษณะของผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีอาการรุนแรงและเรื้อรัง กำเริบบ่อยๆ เมื่อแนวทางการดูแลรักษาในปัจจุบันเน้นการจำหน่ายผู้ป่วยให้เร็วที่สุด การจำหน่ายผู้ป่วยเร็วทำให้ออกให้เกิด

ความกังวลกับญาติผู้ดูแลเนื่องจากญาติและผู้ดูแลยังไม่มีความพร้อมในการที่จะดูแลผู้ป่วย ดังนั้นผู้ดูแลผู้ป่วยจึงต้องมีความรู้และเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยซึ่งการดูแลและการเตรียมตัวผู้ดูแลนั้นต้องให้มีส่วนร่วมดังนี้

1) การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญ คือ ผู้ดูแลและครอบครัวต้องพยายามกระตุ้น ให้ผู้ป่วยพยายามช่วยเหลือตนเองมากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ทำได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจเพื่อให้ผู้ป่วยมีความเชื่อมั่นในตนเอง กิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยดังนี้

- การรักษาความสะอาดของร่างกายผู้ป่วยโรคจิตส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดร่างกาย ผู้ดูแลจะต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ การแปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

- การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะช่วยให้ควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องและยาวนานอาจทำให้ผู้ป่วยมีความเบื่อหน่าย คือ ซัดซิ้น ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือน ให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในบางครั้งต้องจัดยาให้รับประทาน

- การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลา จะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาตรงตามเวลา ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาที่ง่ายขึ้น รับประทานผักและผลไม้เพื่อช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

- การดูแลผู้ป่วยด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยบางรายไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ ผู้ดูแลต้องคอยแนะนำให้ผู้ผู้ป่วยปฏิบัติที่เหมาะสมกับกาลเทศะ

- การพักผ่อนนอนหลับผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง ผู้ดูแลต้องสังเกต พฤติกรรมการนอน หาสาเหตุที่มีผลต่อการนอนเพื่อแก้ไข

- การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องกระตุ้นผู้ป่วย ได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อให้การสูบฉีดโลหิตและให้ร่างกายแข็งแรง

- การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาล จะทำให้ขาดทักษะในการเข้าสังคมภายนอก เช่น การรับประทานอาหาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตัวให้ถูกกาลเทศะ สิ่งเหล่านี้ผู้ดูแลต้องสอนให้ผู้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติ เพื่อให้เกิดความมั่นใจ

- การปรับตัวการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วย ได้เรียนรู้แนวทางในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกและสังคม

2) การประทับประคองด้านจิตใจและอารมณ์ ผลจากการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่นว่างงาน เสียภาพลักษณ์ สูญเสียบทบาท ขาดรายได้ การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงให้ได้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านจิตใจของผู้ป่วยประกอบด้วย

- การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยมีความเปราะบาง ทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิ หรือแสดงท่าทีที่ไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

- การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องสังเกตอาการทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียด เพื่อหลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

- การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่าย โดยการลดหรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

การดูแลรักษาพยาบาลการช่วยเหลือผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลการดูแลของครอบครัว หรือผู้ดูแลมีความสำคัญ เนื่องจากผู้ดูแลต้องได้มาเรียนรู้ การดูแลผู้ป่วยด้านต่างๆ เนื่องจากผู้ดูแลต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่งผู้ดูแลต้องคอยช่วยเหลือผู้ป่วยให้ผู้ป่วยดูแลตนเองให้ได้มากที่สุด ทั้งการรับประทานยา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม ดังนั้นผู้ดูแลจึงควรมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับไว้รักษาตัวในโรงพยาบาล

2. ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

2.1 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและบุคคลที่ต้องพึ่งพา

2.1.1 ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

โอเรียม (Orem,1995) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละบุคคลริเริ่มกระทำด้วยตนเองในชีวิตประจำวัน เพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการสุขภาพหรือความผาสุกของตนเองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self – caredemand) หมายถึง กิจกรรมที่ต้องกระทำในระยะเวลาหนึ่ง เพื่อตอบสนองการดูแลที่จำเป็น (self-care requisite) 3 ด้าน (สมจิต หนูเจริญกุล,2540) ประกอบด้วย

1) การดูแลที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisite) มุ่งสนองตอบความต้องการพื้นฐานสำหรับทุกคนทุกวัย เพื่อส่งเสริมและรักษาชีวิต โครงสร้าง และการทำหน้าที่ได้อย่างสมบูรณ์โดยปกติความต้องการ โดยปกติความต้องการของมนุษย์มีอยู่ 8 ข้อ ดังนี้

- คงไว้ซึ่งโอกาสที่เพียงพอควรอยู่ในสถานที่ที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก มีการระบายอากาศที่ดี เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ปอด

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักมีปัญหาเก็บตัวอยู่คนเดียว ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น อยู่แต่ภายในห้องภายในบ้าน ไม่มีโอกาสได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ทำให้ลักษณะโดยทั่วไปของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจึงดูเศร้าหมอง ไม่สดชื่น เนื้อตัวสกปรก

- คงไว้ซึ่งอาหารที่เพียงพอผู้ป่วยควรได้รับอาหารครบหมู่เพื่อซ่อมแซมบำรุงร่างกาย ป้องกันการขาดอาหาร เนื่องจากภาวะสุขภาพจิต

ผู้เป็นโรคจิตเภทมักมีปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร จากภาวะของพฤติกรรมถดถอย (regression) ภาวะซึมเศร้า (depression) ผู้ป่วยจะรู้สึกเบื่ออาหาร โดยเฉพาะผู้ป่วยหวาดระแวง (paranoid) จะรู้สึกกลัวการถูกปองร้าย ทำให้ปฏิเสธอาหารที่คนอื่นจัดให้ ในกรณีที่ผู้ป่วยเจ็บป่วยนานๆ มีอาการเบื่ออาหารมานานทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารและน้ำไม่เพียงพอ

- คงไว้ซึ่งน้ำที่เพียงพอ เพื่อช่วยระบายของเสียที่และช่วยบรรเทาอาการท้องผูกจากฤทธิ์อาการข้างเคียงของยา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอาจมีอาการข้างเคียงจากการรับประทานยา เช่น ปากแห้ง คอแห้ง น้ำลายไหลยืด อาการเหล่านี้อาจบรรเทาได้โดยการดื่มน้ำ ผู้ป่วยควรได้รับน้ำดื่มที่สะอาดอย่างเพียงพอต่อความต้องการของร่างกายอย่างน้อย 2,000-3,000 ซีซี ต่อวัน ดังนั้นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทดื่มน้ำมากๆ และรับประทานอาหารที่มีเส้นใยสูง เช่น ผัก ผลไม้ต่างๆ ซึ่งจะช่วยในการขับถ่ายอุจจาระและบรรเทาอาการข้างเคียงจากยา

- คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการกำจัดของเสียของร่างกาย จัดให้มีการขับถ่าย อุจจาระ ปัสสาวะให้เป็นปกติ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร จะมีปัญหาการขับถ่ายตามมา ที่สำคัญคือต้องดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ถ่ายอุจจาระทุกวัน โดยถ่ายอุจจาระในห้องส้วม รักษาความสะอาดหลังการขับถ่าย เพราะผู้ที่เป็นโรคจิตเภทบางรายมีพฤติกรรมผิดปกติมักเล่นอุจจาระ ซึ่งต้องดูแลแก้ไขปรับพฤติกรรมดังกล่าว

- คงไว้ซึ่งสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ผู้ป่วยควรได้รับการพักผ่อน อย่างน้อย 6 – 8 ชั่วโมงกิจกรรมการพักผ่อน หมายถึง กิจกรรมที่ทำให้ร่างกายได้ผ่อนคลาย มีความสบายใจ เช่น การเข้ากลุ่มสนทนา ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ เล่นกีฬาหรือกิจกรรมที่ช่วยทำให้รู้สึกผ่อนคลาย เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ อาการทางจิตมักทุเลาโดยเร็วและเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทรู้สึกผ่อนคลายสบายใจ มองสิ่งรอบตัวในทางที่ดีก็จะมีความพร้อมที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

- คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัว กับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น มีการปฏิบัติตนเพื่อสร้างมิตร สร้างสัมพันธ์ภาพกับผู้อื่น กิจกรรมนี้มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ทั้งนี้เพราะเดิมผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีความล้มเหลวในการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น อาการทางจิตของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้รูปแบบการสนทนาของผู้ที่

เป็นโรคจิตเภทสูญเสียไป ไม่อาจเริ่มต้นสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ กลัวและไม่กล้าที่จะพูดหรือตอบคำถาม หรือเล่าเรื่องให้ใครฟัง ไม่อาจสื่อสารทำความเข้าใจกับผู้อื่นได้ จึงถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม จึงต้องการความช่วยเหลือเพื่อปรับแก้และปรุงแต่งการสนทนาต่อไป

- ป้องกันอันตรายต่างๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ ญาติจัดการป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย หลีกเลี่ยงหรือปกป้องตนเองจากภาวะสุขภาพจิตของผู้ป่วยญาติควรสนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่จะเกิดขึ้น แล้วจัดการป้องกัน ไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็น หลีกเลี่ยงหรือป้องกันอันตรายต่างๆ โดยควบคุมหรือขจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพของตนเองและผู้ที่เป็น โรคจิตเภท

- ส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างและหน้าที่ของบุคคลผู้ที่เป็น โรคจิตเภทส่วนใหญ่มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยเนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทไม่สนใจสุขอนามัยของตนเอง บางรายมีโรคเกี่ยวกับเหงือก ฟัน จากการไม่แปรงฟัน เป็น โรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้ออื่น หิด เป็นต้น การไม่อาบน้ำ สระผม ทำให้ร่างกายไม่สะอาด เป็นแผลได้

2) การดูแลที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ (developmental self-care requisites) เป็นการปฏิบัติตนเพื่อการดูแลที่ปกป้องเกี่ยวกับพัฒนาการและวุฒิภาวะของมนุษย์และเหตุการณ์ ที่เกิดขึ้น ในชีวิตในระบะต่างๆ เช่น การตั้งครรรภ์ การสูญเสียบุคคลที่รัก การมีปัญหาปรับตัวทางสังคม และขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่นๆ เป็นต้น การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ แบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ

- พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต คำนึงถึงสุขภาพร่างกาย สนใจที่จะออกกำลังกาย และดูแลสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในสังคมและสิ่งแวดล้อม

- ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษาปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตร มีการบาดเจ็บ การพิการ

3) การดูแลที่จำเป็นเมื่อมีภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่ออยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคและอยู่ในระหว่างการรักษา มีการแสวงหาความช่วยเหลือและเรียนรู้ในการดูแลรักษาจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น ด้วยการเข้าฟัง การสอนสุขศึกษา การซักถามข้อสงสัยของตนเอง ทั้งที่เกี่ยวกับสาเหตุ อาการ ความรุนแรงของโรค เพื่อจะได้ทราบและเข้าใจภาวะสุขภาพของตน ขจัดอาการไม่สุขสบาย ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ทั้งจากโรคและการรักษา การฟื้นฟูสภาพ การปรับตัว และเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลพยาธิสภาพ

2.1.2 ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา

การดูแลตนเองในระดับที่เหมาะสมและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นต่อสุขภาพของบุคคล เมื่อการดูแลตนเองหรือดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา มีความสามารถไม่เพียงพอที่จะสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดโอเร็มเรียกว่า บุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง (self-care deficit) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีความพร่อง มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงเป็นผู้ที่ต้องการการพึ่งพจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นญาติ ครอบครัว หรือพยาบาล การให้การพยาบาลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในปัจจุบันมุ่งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เน้นการพัฒนาศักยภาพของญาติให้มีความสามารถหรือดึงความสามารถที่มีอยู่ของญาติในการมีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วย

การดูแลตนเองเป็นความสามารถของบุคคลแต่ละคน ในการเริ่มต้นการกระทำกิจกรรมดูแลตนเอง เพื่อรักษาชีวิต สุขภาพและความสุขสมบูรณ์ อาจกระทำได้โดยไม่จำเป็นต้องอาศัยการพยาบาล ยกเว้นว่าเขาเหล่านั้นขาดความรู้ ขาดแรงจูงใจและทักษะ อย่างไรก็ตามบุคคลที่มีความต้องการความช่วยเหลือนั้นจะยอมรับความช่วยเหลือหรือไม่ ผู้รับความช่วยเหลือจะมีความเชื่อถือเมื่อผู้ช่วยเหลือมีความเหมาะสมในเรื่องความรู้ มีความสามารถเพียงพอ นอกจากนี้ยังต้องรู้ความต้องการของผู้ต้องการความช่วยเหลือด้วย (Orem อ้างใน จินตนา ยูนิพันธ์, 2529) การให้การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในปัจจุบันจึงมุ่งให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เน้นการพัฒนาศักยภาพของญาติให้มีความสามารถหรือดึงความสามารถที่มีอยู่ของญาติ ในการมีส่วนร่วมให้การดูแลผู้ป่วยออกมา

ความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (dependent care agency) เป็นความสามารถที่ซับซ้อนของบุคคลที่เป็นญาติ ในการทำกิจกรรมเพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองตนเองที่จำเป็นของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง อันเนื่องมาจากภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ ความสามารถของญาติที่ต้องรับผิดชอบผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่ต้องพึ่งพา เปรียบได้กับความสามารถในการดูแลตนเอง แต่ต่างกันตรงที่เป็นความสามารถที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นของบุคคลอื่น (Taylor, 1989) โดยที่โครงสร้างความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ ดังนี้

1) ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานของผู้ดูแล (foundation capabilities and disposition) เป็นความสามารถขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจ (deliberate action) โดยทั่วไปแบ่งออกเป็นความสามารถที่จะรู้กับความสามารถที่จะกระทำ และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ได้แก่ ความจำ ความสามารถในการอ่าน เขียน นับเลข รวมทั้งความสามารถในการหาเหตุผลและการใช้เหตุผล หน้าที่ของประสาทรับความรู้สึก (sensation) ทั้งการสัมผัส การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น และการรับรส การรับรู้ใน

เหตุการณ์ต่างๆ ทั้งภายในและภายนอกของตนเอง การเห็นคุณค่าในตนเอง นิสัยประจำตัว ความตั้งใจ ความเข้าใจในตนเอง ความหวังไขในตนเอง การยอมรับตนเอง ระบบการจัดลำดับความสำคัญ รู้จักจัดแบ่งเวลาในการกระทำกิจกรรมต่างๆ และความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท ต้องมีความสามารถและคุณสมบัติพื้นฐาน กระทำการดูแลตนเอง เพื่อสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

2) พลังความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา 10 ประการ (10 power components) เป็นความสามารถซึ่งเป็นตัวกลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำที่จิตใจของผู้ดูแลเพื่อการดูแลตนเอง ไม่ใช่การกระทำโดยทั่วไป พลังความสามารถ 10 ประการนี้ ได้แก่ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2540; Orem, 1995)

- ความสามารถที่จะสนใจและเอาใจใส่ในบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาในฐานะผู้ดูแล รวมทั้งสนใจและเอาใจใส่ภาวะแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาญาติในฐานะที่เป็นผู้รับผิดชอบต่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ต้องสนใจและเอาใจใส่สภาพแวดล้อมภายในและภายนอกขณะอยู่โรงพยาบาล ตลอดจนปัจจัยที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง เพื่อให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันได้

- ความสามารถที่จะใช้พลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม ในการปฏิบัติการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาอย่างต่อเนื่อง เป็นความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายให้เพียงพอสำหรับการริเริ่ม และการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง ญาติผู้ดูแลต้องมีความเอาใจใส่ในเรื่องการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ พักผ่อนในเวลากลางคืนอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เพื่อดูแลตนเองให้ร่างกายแข็งแรง กระฉับกระเฉง ช่วยผ่อนคลายความตึงเครียดจากผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

- ความสามารถที่จะควบคุมการเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย เพื่อให้มีการเคลื่อนไหวที่จำเป็นในการจะริเริ่ม และประสบความสำเร็จในการปฏิบัติการเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลต้องมีความสามารถที่จะควบคุมส่วนต่างๆ ของร่างกายเพื่อให้มีการเคลื่อนไหว ที่จำเป็นในการริเริ่ม หรือปฏิบัติการเพื่อดูแลตนเองให้เสร็จสมบูรณ์และต่อเนื่อง ต้องมีการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันอันตรายจากอุบัติเหตุที่อาจเกิดขึ้นขณะดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโรงพยาบาล แม้มีข้อจำกัด เช่น สภาพแวดล้อมในโรงพยาบาลไม่เอื้ออำนวย มีสภาพร่างกายที่ไม่แข็งแรงเต็มที่ เป็นต้น เพื่อให้มีการดูแลอย่างต่อเนื่อง

- ความสามารถที่จะใช้เหตุผล เพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพานั้นๆ ญาติผู้ดูแลต้องมีความสามารถที่จะใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง เพื่อใช้ในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ญาติต้องยอมรับกับอาการการเจ็บป่วยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทซึ่งเป็นโรคที่หาสาเหตุชัดเจนไม่ได้ และไม่สามารถประเมินได้ว่าจะหายหรือไม่

เมื่อใด รวมทั้งอาการและที่ดูแลที่เป็นปัญหาใกล้ตัวมากกว่าปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจ โดยใช้ข้อมูล ข้อเท็จจริง แยกแยะเหตุและผลได้ เพื่อให้สามารถปรับตัวเข้ากับผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้

- มีแรงจูงใจที่กระทำการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา โดยมีเป้าหมายของการดูแลที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายที่ส่งผลต่อชีวิต สุขภาพ และความผาสุกญาติผู้ดูแลมีแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลตนเอง โดยมีเป้าหมายของการดูแลตนเองที่สอดคล้องกับคุณลักษณะและความหมายของชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพ ความสามารถจัดการกับภาวะวิกฤติเป็นเครื่องบ่งบอกถึงความเข้มแข็งหรือสุขภาพจิตของครอบครัว การร่วมกิจกรรมการเรียนรู้จะทำให้ญาติมั่นใจ มีกำลังใจและมีพลังในการที่จะดูแลตนเอง ได้รับความใส่ใจ ได้รับการเคารพยกย่องชื่นชมที่สามารถแสดงบทบาทของผู้ดูแลได้เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับของสมาชิกในสังคม

- ความสามารถที่จะตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา และปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ญาติผู้ดูแลต้องมีทักษะในการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ ต้องทราบถึงอาการผิดปกติต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ที่เป็โรคจิตเภท และมีความสามารถในการควบคุม ดูแล และตัดสินใจพาผู้ที่เป็โรคจิตเภท ไปพบแพทย์ได้โดยเร็ว เพื่อการรักษาที่ทันท่วงทีเมื่อมีอาการผิดปกติ

- ความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาจากผู้รู้ ผู้ชำนาญการ คงไว้ซึ่งความรู้และการนำความรู้มาใช้ในการปฏิบัติได้ ญาติผู้ดูแลต้องมีความสามารถในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง จากผู้ที่เหมาะสมและเชื่อถือได้ สามารถจดจำและนำความรู้ไปใช้ในการปฏิบัติได้ ต้องแสวงหาความรู้ตั้งผู้ที่เป็โรคจิตเภทเจ็บป่วยในระยะเริ่มแรก เพื่อเฝ้าระวังและดูแลไม่ให้มีอันตรายจากอาการทางจิตที่อาจเป็นอันตรายต่อผู้ที่เป็โรคจิตเภทเองและผู้อื่น ได้โดยการแสวงหาความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่เพื่อรับคำแนะนำที่เป็นประโยชน์หรือเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นในดึก

- มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดการกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติดูแลตนเองในการให้การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา การได้ร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ที่จัดขึ้นภายในดึก จะช่วยให้ญาติได้มีปฏิสัมพันธ์กับญาติคนอื่น เกิดการยอมรับในสังคม สามารถเรียนรู้การใช้ทักษะในการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้อย่างถูกต้อง ชัดเจน เหมาะสม และต่อเนื่องเพื่อการดูแลตนเองและสามารถนำไปดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทได้

- ความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแลหรือระบบการดูแลโดยเรียบเรียงลำดับความสำคัญก่อนหลัง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ญาติต้องอยู่เฝ้าดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภทในขณะที่อยู่โรงพยาบาลจึงต้องมีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง ปรับเปลี่ยนกิจวัตรประจำวันของตนเอง ให้สอดคล้องกับการดูแลผู้ที่เป็โรคจิตเภท เช่นการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มสำหรับญาติ เป็นต้น

- ความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลอย่างสม่ำเสมอ และผสมผสานดูแลเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ทั้งในส่วนบุคคล ครอบครัว และชุมชน ความสามารถของญาติที่จะปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องการดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเข้าไปเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต ในฐานะบุคคลญาติต้องเรียนรู้ที่จะปรับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการรับประทานอาหาร การดื่มน้ำ การทำงาน การพักผ่อน การป้องกันอันตราย การออกกำลังกาย และอื่นๆ ดังที่กล่าวมาแล้ว ให้เป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต เพื่อให้สามารถปฏิบัติการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้อย่างต่อเนื่อง และเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวและชุมชน

3) ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา (capability for dependent – care operation) เป็นความสามารถที่จำเป็นและใกล้ชิดโดยตรงที่จะใช้การดูแลตนเอง ในขณะนั้นทันทีเป็นการแสดงให้ทราบถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยความสามารถ 3 ประการ คือ

- ความสามารถในการคาดการณ์ (estimative) เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์และองค์ประกอบในตนเองและองค์ประกอบในตนเองและสิ่งแวดล้อมที่สำคัญสำหรับการดูแลตนเอง ความหมาย และความต้องการในการปรับดูแลตนเอง

- ความสามารถในการปรับเปลี่ยน (transitional) เป็นความสามารถตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่สามารถ ควรและจะกระทำ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการในการดูแลตนเองที่จำเป็น

- การลงมือปฏิบัติ (productive operation) ญาติกระทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อสนองตอบต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็น

2.2 การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

เนื่องจากความสามารถในการดูแลตนเองทั้ง 3 ระดับที่กล่าวมา ความสามารถในการแต่ละระดับจะเป็นพื้นฐานของระดับที่สูงขึ้นไปคือความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานจะเป็นพื้นฐานของพลังความสามารถ 10 ประการ และพลังความสามารถ 10 ประการ ก็จะเป็นพื้นฐานของความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง ถ้าญาติไม่มีความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐานกระทำไม่ได้หรือกระทำไม่ถูกต้อง หรือไม่เพียงพอ ถือว่ามีความบกพร่องในการดูแลตนเอง เมื่อเกิดความพร่อง ในการดูแลตนเอง ขาดพลังความสามารถ 10 ประการ ทำให้ญาติไม่สามารถปรับการดำรงชีวิตหรือไม่สามารถรักษาไว้ซึ่งโครงสร้างการทำหน้าที่ที่มีผลเสียต่อสุขภาพ พัฒนาการ และความผาสุกของบุคคล อันจะมีผลต่อความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา การที่ญาติจะปฏิบัติการในการให้การดูแล เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทให้มากเพียงใด จึงขึ้นอยู่กับความสามารถ ในการดูแลของญาติ ซึ่งต้องอาศัย

ปัจจัยต่างๆ ร่วมด้วย ดังนั้นการที่พยาบาลจะพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลตนเองหรือผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท จึงจำเป็นต้องพัฒนาความสามารถขั้นพื้นฐาน พลังความสามารถ !0 ประการและความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ซึ่งเป็นส่วนประกอบของความสามารถในการดูแลตนเองหรือบุคคลผู้พึ่งพาของบุคคล

การสอนและการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล เป็นแนวคิดของการพยาบาลที่ต้องการให้ผู้ดูแล มีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย เป็นที่พึ่งพาของผู้ป่วยได้ ผู้ดูแลมีความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย สามารถเลือกวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เหมาะสม บทบาทของการพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ดูแลพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องอาศัย ระบบทางสังคม ระบบสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ระบบวิชาชีพและการปฏิบัติ(Orem,2001) คือการสร้างสัมพันธภาพและการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพื่อประโยชน์ในการแลกเปลี่ยน แบ่งปันแหล่งประโยชน์และเป็นการกำลังใจซึ่งกันและกัน การพยาบาลเป็นการสนับสนุนให้บุคคล ครอบครัว ผู้ดูแลมีส่วนร่วมตัดสินใจในแผนการดูแล ได้เรียนรู้ที่จะผนวกการดูแลผู้ป่วยเข้าไปในการดำเนินชีวิต โดยที่ภาพลักษณ์ที่ดีต่อตนเอง (Pssitive self-image) เป็นที่พึ่งพาของตนเองและบุคคลที่ต้องพึ่งพาได้(สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 152)

การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล นอกจากการสอนความรู้และการฝึกทักษะที่จำเป็นแก่ผู้ดูแลแล้ว ยังต้องพัฒนาความสามารถด้านสัมพันธภาพ และการคงไว้ซึ่งความตั้งใจในการให้การดูแลผู้ป่วยอีกด้วย การตัดสินใจของพยาบาลแต่ฝ่ายเดียว ที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจะไม่เกิดประโยชน์ ต้องเป็นการตกลงภายในครอบครัว (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536 : 160) ดังนั้นการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจึงต้องมีองค์ประกอบอื่นๆ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด การสร้างแรงจูงใจ การส่งเสริมความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งการดำเนินไปในแต่ละขั้นต่อนั้น ต้องใช้ระยะเวลาและเป็นกระบวนการที่ส่งเสริมผู้ดูแลให้เกิดการเรียนรู้ ดังมีรายละเอียดดังนี้

การสอนความรู้และการฝึกทักษะอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องใช้เวลาานาน และมีความยุ่งยากซับซ้อน ผู้ดูแลจึงต้องมีความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การเปลี่ยนแปลงอาการของของผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม การรักษาและการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย รวมทั้งภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ถ้าผู้ป่วยไม่ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วย และตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมที่คิดว่าจะก่อให้เกิดผลดีกับผู้ป่วย ดังนั้นการสอนการให้ความรู้และเพิ่มเติมความรู้ในสิ่งที่ผู้ดูแลไม่เคยทราบมาก่อน หรือทราบไม่ครบถ้วน รวมทั้งแก้ไขความคิด ให้แก่ผู้ดูแลจึงมีความสำคัญและจำเป็นที่จะช่วยให้คงไว้ซึ่งความตั้งใจในการดูแลผู้ป่วย

นอกจากการสอนความรู้ ผู้ดูแลยังต้องฝึกปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยทั้งหมดที่ผู้ดูแลจะต้องกระทำกับผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจชัดเจนขึ้น สามารถ

คาดการณ์ความต้องการการดูแลผู้ป่วยวางแผนและให้การดูแลได้ ทักษะการดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับโดยตรงที่ผู้ดูแลจะต้องใช้ในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องคือ ความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ได้แก่ การสังเกต ประเมินอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ดูแลแก้ไขปัญหาได้ถูกต้อง หรือสามารถให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ตามสภาพความสามารถที่มีอย่างเหมาะสม

การพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทการสอนความรู้และการฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล จะช่วยให้ผู้ดูแลมีความเข้าใจต่อผู้ป่วยและปฏิบัติต่อผู้ป่วยได้ถูกต้องในการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ดูแลสามารถพัฒนาได้ดังนี้

1) การสร้างสัมพันธภาพเชิงบำบัด เป็นสัมพันธภาพที่มีลักษณะของการช่วยเหลือ เป็นระบบที่มีความสำคัญ ในการเอื้ออำนวยให้พยาบาลสามารถพัฒนาของผู้ดูแลการสร้างสัมพันธภาพสามารถกระทำได้ดังนี้

- มีการตกลงร่วมกันเมื่อพยาบาลติดต่อกับผู้ป่วยและผู้ดูแลในครั้งแรก มีการตกลงให้ชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางช่วยเหลือ ความต้องการดูแล รวมทั้งบทบาทของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วย

- สร้างบรรยากาศของความไว้วางใจ ให้เกียรติของความเป็นบุคคล แสดงความจริงใจ เอาใจใส่สม่ำเสมอ และยินดีที่จะให้ความช่วยเหลือ

2) การสร้างแรงจูงใจ แรงจูงใจเป็นปัจจัยพื้นฐานเป็นวิธีการสำคัญที่จะส่งเสริมให้ผู้เรียนรู้เกิดการเรียนรู้ หากผู้เรียนรู้องเห็นแนวโน้มที่จะเกิดจากการเรียนรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จะทำให้ผู้เรียนมีความต้องการและพร้อมที่จะเรียนรู้ (Whitman, et al, 1986) การกระตุ้นให้ผู้ดูแลเกิดความคาดหวังว่าจะได้รับสิ่งที่พึงพอใจจากการพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

3) การส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง (self-efficacy) เป็นความเชื่อของบุคคล เกี่ยวกับสมรรถนะของตนเอง ที่จะกระทำพฤติกรรมที่จำเป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลเกิดความเชื่อในสมรรถนะของตนเอง จึงมีการส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง การส่งเสริมความเชื่อในสมรรถนะของผู้ดูแล ทำได้โดยมีแนวทางดังนี้

- การเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการวางแผนและให้การดูแลผู้ป่วยในสถานการณ์จริง ระหว่างผู้ป่วยรับการรักษาในโรงพยาบาล จะช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกรับผิดชอบยิ่งขึ้นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแล และจูงใจให้หาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยยิ่งขึ้น

- การประเมินผลงานอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ให้ผู้ดูแลได้รับทราบในสิ่งที่ปฏิบัติได้ถูกต้อง โดยการกล่าวชมให้กำลังใจ และแนะนำข้อควรแก้ไขปรับปรุงเมื่อพบความบกพร่อง ประเมินผลความก้าวหน้าของอาการผู้ป่วยให้ผู้ดูแลได้รับทราบเป็นระยะอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ผู้ดูแลมีความมั่นใจในการคงกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยต่อไป

4) การใช้ระยะเวลา การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของบุคคล เกิดจากการได้รับประสบการณ์หรือการฝึกฝน การเกิดพฤติกรรมหรือความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลจึงต้อง

ใช้ระยะเวลา และกระบวนการที่จะช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ และพัฒนาทักษะในการคิด การตัดสินใจ เพื่อปรับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยให้ถูกต้องเหมาะสม

จากที่กล่าวมาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของญาติหรือผู้ดูแล ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องได้รับการพัฒนา เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นบุคคลที่พร่องในการดูแลตนเองต้องได้รับการพึ่งพา จากบุคคลอื่นการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลที่สามารถส่งเสริม สร้างให้ผู้ดูแลมีความสามารถที่ทำได้ง่าย คือ การให้ความรู้ การให้คำแนะนำต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วยและการสังเกตอาการต่างๆของผู้ป่วย ซึ่งการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลกับพยาบาลเป็นสิ่งจำเป็นและหลีกเลี่ยงไม่ได้ในการดูแล ดังนั้นการพัฒนาความสามารถการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล จึงจัดให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมตามกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลของพยาบาล โดยให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล การดูแล การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแล การจัดให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมกับพยาบาลตามกิจกรรมดังกล่าวจะเป็นการสร้างเสริมให้ผู้ดูแลเรียนรู้กับพยาบาล ฝึกให้มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้อง ได้รับความแนะนำ ความรู้การดูแลที่ถูกต้องจากพยาบาลทำให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมขึ้น

2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

ความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท อาจแตกต่างกัน ตามปัจจัยหลายประการที่มาเกี่ยวข้อง จากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีหลายปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาเลือกปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถของญาติ ได้แก่ อายุ อาชีพ รายได้ จำนวนสมาชิกในครอบครัว สุขภาพ ระดับการศึกษา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

2.3.1 อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความสามารถในการดูแลตนเองและบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ โดยความสามารถนี้จะเพิ่มขึ้นตามลำดับของวัยและค่อยๆ ลดลงเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ (Orem, 1991) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ข้อมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดีและมีการตัดสินใจที่ถูกต้องในเรื่องการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ รวมทั้งยอมรับและรับผิดชอบที่จะกระทำเพื่อตนเองและบุคคลที่ต้องรับผิดชอบ(Orem, 1995) ดังนั้นผู้ดูแลที่อายุมาก ผ่านเหตุการณ์ในชีวิตมาก จะมีการตัดสินใจการเผชิญปัญหาและทักษะในการดูแลผู้ป่วยที่ดีขึ้น (วิมลรัตน์ ภูวราวุฒินานิช. 2537) รวมถึงแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นๆ ได้ดีกว่า จึงสามารถปรับบทบาทของผู้ที่เฝ้าดูแลได้ดีกว่า ซึ่งอาจทำให้ญาติสามารถดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้ดีขึ้น จากการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534) ศึกษาผู้ดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟโบลาส จำนวน 100 ราย พบว่า อายุของผู้ดูแลมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถในการดูแลเด็ก แต่การศึกษาของ

สกาวัตน์ พวงจันทร์ (2538) ที่ศึกษาในมารดาผู้ดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรังจำนวน 120 ราย พบว่า อายุของมารดาไม่มีความสัมพันธ์กับความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยเรื้อรัง

2.3.2 อาชีพ อาชีพอาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้บุคคลมีการดูแลที่แตกต่างกัน โดย ลักษณะอาชีพที่มีการปฏิบัติงาน ไม่มีกำหนดเวลาแน่นอน เช่น แม่บ้าน อาจสามารถจัดเวลาในการมี กิจกรรมการดูแลผู้ที่เจ็บป่วย และการพักผ่อนได้อย่างไม่เร่งรีบและจำกัดเวลามากนักใน ขณะเดียวกัน อาชีพที่มีการปฏิบัติงานที่มีการกำหนดเวลาแน่นอน เช่น อาชีพรับราชการ ทำงาน รัฐบาลอาจมีเวลาจำกัดในการดูแลผู้ป่วยหรือมีเวลาจำกัดในการพักผ่อน (ไพรินทร์ กันทนะ ,2543) ดังนั้นอาชีพอิสระและไม่มีกำหนดเวลาแน่นอนจึงอาจมีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ได้ดีกว่าญาติที่ปฏิบัติงานที่มีกำหนดเวลาแน่นอน

2.3.3 รายได้ รายได้เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อศักยภาพ ของบุคคลในการดูแลบุคคลที่ ต้องการการพึ่งพา และเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ในการตอบสนองความต้องการขั้น พื้นฐานของบุคคล (Orem, 1995) สอดคล้องกับคำกล่าวของเพนเดอร์ (pender อ่างใน ชูศรี ดิวสกุล, 2539) ที่ว่าฐานะทางเศรษฐกิจและสังคม เป็นองค์ประกอบสำคัญต่อการมีศักยภาพในการดูแลผู้ป่วย ที่มีสภาพทางเศรษฐกิจและสังคมสูงจะมีรายได้สูง ซึ่งเอื้ออำนวยความสะดวกให้บุคคลแสวงหาสิ่ง ที่เป็นประโยชน์ต่อการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา รวมทั้งสามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางสุขภาพได้ อย่างเหมาะสม จากการศึกษาของชูศรี ดิวสกุล (2539) ในมารดาที่พาบุตรมารับการรักษาที่ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต จำนวน 300 คน พบว่า รายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตร แต่จากการศึกษาของอัจฉริยา ปทุมวัน (2534) พบว่ารายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับ ความสามารถในการดูแลเด็กป่วยโรคมะเร็งเม็ดเลือดขาวเฉียบพลันชนิดลิมโฟบลาส

2.3.4 สุขภาพ สภาวะสุขภาพของผู้ดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่สามารถทำนายความสามารถ ของผู้ดูแล ทั้งนี้เนื่องจากภาวะสุขภาพเป็นแหล่งประโยชน์ในด้านความสามารถของร่างกายที่ช่วย ให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับการดูแลบุคคลที่ต้องการการดูแล (Orem, 1991) โดย ผู้ดูแลที่มีสุขภาพดีจะสามารถทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองและบุคคลที่ ต้องการการพึ่งพาหากผู้ดูแลมีปัญหาสุขภาพจะทำให้ศักยภาพของผู้ดูแลลดลงจนกระทั่งไม่สามารถ ตอบสนองความต้องการของตนเองและบุคคลที่ต้องการพึ่งพา (Orem, 1991) จากการศึกษาของเฉลิม วงศ์จันทร์ (2539) ในผู้ดูแลเด็กสมองพิการ พบว่า ภาวะสุขภาพที่ดีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับ ความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลเด็กสมองพิการ

2.3.5 ระดับการศึกษา การศึกษาเป็นปัจจัยที่ทำให้บุคคลมีความสามารถในการค้นหา ความรู้ มีความเข้าใจในเรื่องสุขภาพและการเจ็บป่วย การมีความรู้เกี่ยวกับโรคและการเจ็บป่วยจะทำให้ ญาติมีความสามารถในการดูแลตนเองและความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องการพึ่งพา โดย บุคคลที่มีการศึกษาจะสามารถเข้าใจในเหตุการณ์และข้อมูลต่างๆ ได้ดี สามารถนำความรู้และทักษะ มาใช้ในการเผชิญปัญหา ทำให้ปรับกิจกรรมการดูแลบุคคลที่ต้องการการพึ่งพาเพื่อตอบสนองความ

ต้องการการดูแลของบุคคลที่ต้องการการพึ่งพา (Orem, 1995) สอดคล้องกับคำกล่าวของเวทสโตน และโอโล แฮนสัน (Whestone & Olow hansson, 1989) ที่ว่าบุคคลที่มีความสามารถมากสามารถ ประยุกต์ความรู้สำหรับการดูแลที่มีอยู่มาใช้ได้ง่ายกว่า สามารถรับรู้และทำความเข้าใจในสิ่งที่เรียนรู้ ได้มากกว่า เช่นเดียวกันกับการศึกษาของสกาเวิร์ตน์ พวงจันทร์ (2538) ซึ่งศึกษาในมารดาที่มีบุตร ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 120 ราย พบว่าระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความสามารถ ของมารดาในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วย

จากปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลปัจจัยต่างๆจะมีผล ต่อการดูแล การจัดโปรแกรมการช่วยเหลือผู้ดูแลให้มีความสามารถเพิ่มขึ้นสิ่งที่คำนึงที่จัดให้คือ ภาวะสุขภาพของผู้ดูแล การจัด โปรแกรมและการประเมินผลความสามารถต้องมีการประเมิน เพราะหากสุขภาพของผู้ดูแลไม่ดีไม่เหมาะสม จะทำให้ผู้ดูแลเหนื่อยและไม่มีเวลาในการดูแล ผู้ป่วยเนื่องจากต้องกังวลเกี่ยวกับสุขภาพตนเอง ดังนั้น โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วม ของผู้ดูแลจึงจัดให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมกับการพยาบาลและมีการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ดูแล เพื่อวัดความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล

2.4. การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท

การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลจำเป็นต้องมีการประเมิน มีเครื่องมือที่จะใช้วัดและประเมิน การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น ได้พัฒนา แบบประเมินมาจากการประเมินบุคคลที่ต้องพึ่งพา มีนักวิจัยสร้างเครื่องมือเพื่อวัดความสามารถ ใน การดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา คือ Denyes (1980) อังโนนพรัตน์ ไชยชานี ได้สร้างเครื่องมือชื่อ The Denyes Self- Care Agency Instrument โดยใช้วัดพลังความสามารถ 10 ประการ ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่ง ของความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับวัดความสามารถในการดูแลตนเองของวัยรุ่น และต่อมา ใช้วัดในผู้ใหญ่ ซึ่งแบบวัดนี้มีค่า reliability > .80 และเครื่องมือนี้หาความตรงตามโครงสร้างโดย การทำ Factor analysis ซึ่งได้องค์ประกอบ 6 ด้านคือ 1) ความเข้มแข็งและความสามารถในการ ตัดสินใจ 2) การให้คุณค่าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ 3) ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ 4) ความแข็งแรงของร่างกาย 5) ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและ 6) ความเอาใจใส่ใน สุขภาพ โดยสร้างอยู่บนพื้นฐานของทฤษฎีการพยาบาลของโอเรียม เกี่ยวกับความแข็งแรงและ ข้อจำกัดของบุคคลในความสามารถตัดสินใจ ที่จะกระทำการดูแลตนเอง เครื่องมือนี้แสดงความ ตรงของโครงสร้างโดยได้รับการสนับสนุนจากการตั้งสมมติฐานเกี่ยวกับความสามารถในการดูแล ตนเอง การปฏิบัติในการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพต่อมา Filday (1986) ได้ปรับปรุงเครื่องมือนี้ เพื่อใช้วัดความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาและนพรัตน์ ไชยชานี ได้สร้างแบบวัด ความสามารถของผู้ดูแลซึ่งได้พัฒนาจาก วันดี โดสุขศรี ซึ่งใช้แนวคิดของDenyas and Filday

(1986)ร่วมกับเนื้อหาที่ได้สัมภาษณ์เบื้องต้นในผู้ดูแลที่มีปัญหา ในการดูแลผู้ป่วยใช้วัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยมีขั้นตอนในการพัฒนาคือ

1) ศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพา ทั้งในและต่างประเทศ โดยเฉพาะแนวคิดการประเมินความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาของ Denyes and Filday ซึ่งมีองค์ประกอบ 6 ด้านคือ ความเข้มแข็งและความสามารถในการตัดสินใจ การให้คุณค่าเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ ความแข็งแรงของร่างกาย ความรู้สึกเกี่ยวกับภาวะสุขภาพและ ความเอาใจใส่ในสุขภาพ

2) ทำการสัมภาษณ์โดยการสัมภาษณ์แบบไม่มีโครงสร้างในผู้ดูแล ผู้ป่วยจิตเภท 10 คน เกี่ยวกับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

3) หลังการสัมภาษณ์ได้ทำการถอดเทปแบบคำต่อคำ แล้วนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปเนื้อหาตามจำนวนความถี่ของข้อมูล

4) นำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์ดังกล่าวไปใช้สำหรับเป็นแนวทางในการปรับข้อคำถามในแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้พึ่งพาของ วันดี โดสุขศรี (2539) ซึ่งสร้างตามแนวคิดของ Denyes and Filday จำนวน 6 ด้าน และได้ปรับแบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทให้เหลือ 4 ด้านประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อและได้หาความตรงของเนื้อหา(Content Validity) โดยได้นำเครื่องมือให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 12 ท่านในการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องความชัดเจนของภาษาและได้คำนวณค่าดัชนีความตรงของเนื้อหา(Content validity index) ได้ค่า 0.75 และได้หาความเที่ยง (reliability) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของ Cronbach ได้ค่าความเชื่อมั่น .75 และได้ปรับปรุงและทดสอบใหม่ได้ค่าความเชื่อมั่น .78 ผู้ศึกษาเห็นว่าแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สามารถที่จะนำมาใช้และมีความเหมาะสมจึงได้นำมาเป็นแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในครั้งนี้

การประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทของผู้ดูแลในการศึกษาครั้งนี้สรุปได้ว่าผู้ทำการศึกษาได้ประเมินความสามารถของผู้ดูแลทั้งหมด 4 ด้าน คือ ความเข้มแข็งและความสามารถในการตัดสินใจ ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจ ความแข็งแรงของร่างกาย ความเอาใจใส่ในสุขภาพ เนื่องจากการประเมินทั้ง 4 ด้านมีความสอดคล้องกับกิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลที่กล่าวมาทั้ง 4 กิจกรรม ซึ่งกิจกรรมการมีส่วนร่วมดังกล่าวคาดว่าจะช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล

3. การพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

3.1 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

ความหมายของการมีส่วนร่วมจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่า มีนักวิชาการหลายท่านได้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมซึ่งมีทั้งความหมายที่คล้ายคลึงกันและแตกต่างกันมีรายละเอียดดังนี้

รูจี จารุภาชนัน (2540) กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ว่า การจะทำให้สำเร็จลุล่วงไปได้นั้น ซึ่งขึ้นอยู่กับแต่ละบุคคลในกลุ่มว่ามีความสามารถที่จะช่วยทำงานมากน้อยเพียงใด ถ้าหากทุกคนต่างยอมรับจุดมุ่งหมายต่างๆของกลุ่มแล้ว การทำงานของกลุ่มก็จะประสบความสำเร็จได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น กลุ่มต่างๆจะมีความร่วมมือแตกต่างกันไป กล่าวคือ อย่างน้อยที่สุดกลุ่มจะต้องการความร่วมมือไม่มากนักน้อย ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับยอมรับจุดมุ่งหมายของสมาชิกต่างๆ ว่ามีมากน้อยเพียงใด

Cohen and Uphoff (1980) ได้กล่าวถึงความหมายของการมีส่วนร่วมคือ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจควบคู่ไปกับการดำเนินงาน เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์ และการประ โยชน์และการประเมินผลในกิจกรรมการพัฒนา

White (1982) ได้ให้คำจำกัดความของการมีส่วนร่วมว่าประกอบด้วย 3 มิติคือ

- 1) มิติของการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ
- 2) มิติของการมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนาและลงมือปฏิบัติ
- 3) มิติของการมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์

Newstrom (1997) ให้คำนิยามของการมีส่วนร่วมว่าเป็นการเกี่ยวข้องกับทางจิตใจและอารมณ์ (Mental and Emotion Involvement) ของบุคคลหนึ่งในสถานการณ์กลุ่ม ซึ่งผลของการเกี่ยวข้องทำให้เกิดการปฏิบัติ

เฮนสัน (Henson, 1997) อธิบายว่าการมีส่วนร่วมมีรากศัพท์มาจาก คำว่าการเปลี่ยนแปลง (Mutate) และการแลกเปลี่ยน (Exchange) คือการให้และการรับที่เท่าเทียมกันเป็นรูปแบบการพยาบาลที่อยู่กึ่งกลางระหว่างการดูแลตนเองของผู้ป่วยกับการดูแล โดยพยาบาลซึ่งมีองค์ประกอบหลักอยู่ 3 องค์ประกอบ ได้แก่ การตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย (Consumerism) การทำความเข้าใจตกลงร่วมกัน (Negotiation) และการร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Participation)

เกรรี่และฮาวคิน (Gearsy & Hawkin, 1991) กล่าวว่า การดูแลแบบผู้ดูแลมีส่วนร่วม คือการพยาบาลที่ยอมรับความเป็นบุคคลและเข้าใจศักยภาพของผู้ป่วย เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้รับโอกาสสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในเครือข่ายของสังคมมากขึ้น พยาบาลมีโอกาสนegotiate กับผู้ดูแล เพื่อที่จะได้ทราบปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย และสามารถสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ถูกต้องครอบคลุมปัญหาทั้งหมด ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสพ้นหายจากการเจ็บป่วยได้เร็วขึ้น

แนวคิดในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลมีหลายแนวคิด โดยได้มีผู้อธิบายไว้หลายท่านผู้ที่เริ่มศึกษาคือ ซาส์ซและโฮล์ตันเดอร์ ซึ่งได้กล่าวไว้ว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแลผู้ป่วย เป็นแนวคิดที่มุ่งเน้นให้พยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วย ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลตั้งแต่การประเมินปัญหา กำหนดเป้าหมาย การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล และมีการทำความเข้าใจตกลงร่วมกันระหว่างผู้ป่วย ผู้ดูแล พยาบาลในการดูแล ผลลัพธ์ของการนำแนวคิดนี้มาใช้จะทำให้ผู้ป่วยผู้ดูแล ได้รับการพยาบาลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย และจะทำให้เกิดความพึงพอใจทั้งฝ่ายพยาบาล ผู้ป่วยและผู้ดูแล เพิ่มความสามารถของผู้ป่วยและผู้ดูแลในการรับผิดชอบต่อตัวเอง การลดความเครียดจากการดูแลสุขภาพและได้ผลลัพธ์ออกมาในทางบวก (Henson, 1997) ในกรณีที่ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์และพฤติกรรม มีความพร้อม มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองจึงเป็นบุคคลที่ต้องการได้รับการพึ่งพาจากบุคคลอื่น ไม่ว่าจะ เป็น ญาติ ครอบครัวผู้ดูแลหรือพยาบาล

ในปี ค.ศ. 1980 โบรดี (Brody) ได้อภิปรายกระบวนการของรูปแบบไว้ 4 ขั้นตอน สำหรับใช้กับผู้ป่วย ได้รวบรวมความคิดพื้นฐานกระบวนการกิจกรรมพยาบาล โดยขอความร่วมมือกับผู้ป่วยและเชิญให้เข้าร่วมในการตัดสินใจสุขภาพ โดยการถามว่า ฉันสามารถช่วยคุณได้อย่างไรในวันนี้ สำหรับขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของโบรดี ได้ปรับปรุงจากของซาส์ซและโฮล์ตันเดอร์มาใช้รูปแบบโดยมีขั้นตอนของกิจกรรม 4 ขั้นตอนดังนี้คือ 1) ขั้นแรกประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ แนะนำตัว สร้างบรรยากาศให้รู้สึกเป็นกันเอง กำเนียงถึงความเป็นบุคคล 2) ขั้นที่ 2 ประกอบด้วยการถามเป้าหมาย วัตถุประสงค์และความคาดหวัง เตรียมหาแนวทางในการดูแล 3) ขั้นที่ 3 ประกอบด้วยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย การวินิจฉัย การรักษาพยาบาล ประเมินความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับสุขภาพในอนาคต ประเมินการรับรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพในขณะนั้น 4) ขั้นที่ 4 ประกอบด้วยสิ่งที่คุณต้องการ มีการตกลงร่วมกันเพื่อหาวิธีการพยาบาลที่ดีที่สุดและเชิญให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแล

แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแล เป็นกรอบแนวคิดสำหรับพยาบาลที่มีปฏิสัมพันธ์เฉพาะรายบุคคล (Individual) มีความชัดเจนของบทบาทผู้ดูแล สนับสนุนความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้ป่วย และสนับสนุนส่งเสริมความสามารถในบทบาทของผู้ดูแล กระบวนการสำคัญ คือ พิจารณาความต้องการ ของผู้ดูแลแต่ละราย สัมพันธภาพของผู้ดูแลกับพยาบาลเป็นลักษณะของความเห็นอกเห็นใจ และมีหุ้นส่วนร่วมกัน และให้ความรู้เฉพาะทางตามข้อจำกัดการรับรู้ของผู้ดูแล ลักษณะสำคัญของแนวคิดการมีส่วนร่วมซึ่งกันและกันในการดูแลประกอบด้วย สัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้ประกอบวิชาชีพมีสถานะเท่าเทียมกัน พึ่งพาซึ่งกันและกัน และมีความพอใจร่วมกันระหว่างพยาบาลและผู้ดูแล

ผลของแนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลที่ศึกษาในผู้ป่วยเด็ก ช่วยบรรเทา ระวัง ความเครียดของบิดามารดาผู้ป่วยจากการสนับสนุนของการศึกษาวิจัย 2 ครั้ง ในการศึกษาครั้งแรก (Curler, 1987 & 1988) ศึกษาเกี่ยวกับหลักการ การทำหน้าที่ในบทบาทของพยาบาลผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก และการนำรูปแบบมาใช้ บิดามารดาได้รายงานความเครียดที่ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในภาพรวมของการความเครียดที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมของตัวเด็ก ที่พบในการศึกษาครั้งที่สอง (Curler & Wallace, 1992) นำรูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลมาใช้ในพยาบาลปฐมภูมิบิดามารดาที่ได้รับการพยาบาลแบบมีส่วนร่วม ได้รายงานความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเกี่ยวข้องกับ การอยู่โรงพยาบาล การมีส่วนร่วมในทางเลือกบทบาทของผู้ดูแล

การดูแลแบบให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับการพยาบาลเป็นการดูแลที่ให้ญาติผู้ป่วยโรคจิตเภทเข้ามา มีส่วนร่วมในขณะรับผู้ป่วยไว้รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ดูแลตระหนักถึงความจำเป็น ในการมีส่วนร่วมดูแล ได้เรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะรับไว้รักษา มีการร่วมมือร่วมใจ กัน (cooperation) ดูแลผู้ป่วยโดยประสานกัน (coordination) ระหว่างญาติกับบุคลากรที่ ปฏิบัติงานในตึกผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ดูแลมีความรู้ ทักษะคติในทางที่ดีกับผู้ป่วยจิตเภท สามารถพัฒนา ความรู้ ทักษะคติ ตลอดจนทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

จากแนวคิดและความหมายการดูแลของผู้ดูแล จะเห็นว่าการสนับสนุนให้ผู้ดูแลตระหนัก ถึงความจำเป็นในการมีส่วนร่วมดูแล ได้เรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในการดูแลขณะรับผู้ป่วยไว้รักษา ในโรงพยาบาล มีการร่วมมือ ร่วมใจดูแลผู้ป่วย โดยประสานกันระหว่างผู้ดูแลกับบุคลากรสุขภาพ เพื่อให้ญาติมีความรู้ ทักษะคติในทางที่ดีต่อผู้ป่วยสามารถพัฒนาความรู้ ทักษะคติ ตลอดจนทักษะ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย การพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลจะต้องมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลผู้ป่วย ซึ่งเป็นกลวิธีสำคัญในการเสริมสร้างอำนาจให้ ผู้ดูแลได้ ตระหนักความสามารถและอำนาจในการจัดการควบคุมสถานการณ์ ใช้กระบวนการ พิจารณาตัดสินใจและลงมือปฏิบัติ การดูแลผู้ป่วยร่วมกับพยาบาลโดยทำการตกลงร่วมกันเพื่อให้มี การรับรู้แปลความหมาย การดูแลและเข้าใจตรงกันมีการแลกเปลี่ยนความรู้ และข้อมูลซึ่งกันและ กันตัดสินใจร่วมกันเพื่อกำหนด เป้าหมายและแผนการดูแลผู้ป่วย เลือกวิธีการที่เหมาะสม ลงมือใน การปฏิบัติ ประเมินผลและปรับเปลี่ยนวิธีการช่วยเหลือ เพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย (Jewell, 1994) กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นภายใต้ระบบปฏิสัมพันธ์ร่วมกันระหว่างพยาบาลกับญาติ ผู้ดูแลและผู้ป่วย โดยอาศัยระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ด้วยวิธีการช่วยเหลือหลาย วิธี ทั้งการให้ข้อมูลและความรู้ในรูปแบบต่างๆ เช่น การสอนการอธิบาย การให้คำปรึกษาชี้แนะ การสาธิต รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศที่เอื้ออำนวยต่อการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ผู้ป่วย ทักษะการติดต่อสื่อสาร การเจรจาต่อรอง การแสวงหาความช่วยเหลือจากแหล่งประ โยชน์ ทางสังคม การจัดระบบพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ ที่มุ่งเน้นให้ญาติผู้ดูแลมีส่วนร่วมใน การดูแลผู้ป่วย เป็นการส่งเสริมให้ผู้ดูแลได้พัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วย (ชวลี เกียรติบังษ์

,2538) ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดีทำให้มีการฟื้นหายเร็ว อัตราการกลับเข้ารักษาซ้ำและภาวะแทรกซ้อนลดลง (Pasquarello, 1994) และผู้ดูแลมีแนวโน้มประเมินสถานการณ์การดูแล ประสิทธิภาพ และผลลัพธ์การดูแลในทางบวก (Browning & Schwirian,1994) นำไปสู่การบรรลุเป้าหมายคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและผู้ดูแล

การจัดบริการการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น เนื่องจากผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทมีความผิดปกติในด้าน ความคิด การรับรู้ พฤติกรรม มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองทำให้ ความสำคัญในการดูแลส่วนหนึ่งอยู่ที่ผู้ดูแล ผู้ดูแลสามารถที่จะเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อพัฒนา ความสามารถในการดูแลซึ่งสิ่งที่ผู้ป่วยจะต้องมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยนั้นกิจกรรมที่ต้องเน้น และให้ความสำคัญที่ให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วม คือ 1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำใน การดำเนินชีวิต 2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาลของพยาบาลในการดูแลเพื่อให้ผู้ดูแล เข้าใจ วิธีการดูแลรักษาผู้ป่วยจิตเภท 3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลหรือญาติกับพยาบาล 4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลผู้ป่วย

3.2 แนวคิดการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาลของเชปปี้

เชปปี้ (Schepp,1995 อ้างใน นิชกานต์ ไชยชนะ,2545) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมที่ผู้ดูแล ได้ปฏิบัติและปรารถนาที่จะปฏิบัติ ในการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ตามสถานการณ์หรือเหตุการณ์ที่ผู้ปกครองผู้ดูแลประสบเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และ เกี่ยวข้องกับการรักษาพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมใน 4 ด้าน คือ การมีส่วนร่วมในการดูแล กิจกรรมที่ทำประจำ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน ข้อมูลระหว่างผู้ปกครองและบุคลากรพยาบาล และการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยหากสิ่งที่ผู้ดูแล ได้ปฏิบัติกับสิ่งที่ผู้ดูแลปรารถนาที่จะปฏิบัติในการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ขณะเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลไม่ตรงกัน จะส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและมีผลต่อความสามารถที่จะ ดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแล กิจกรรมต่างๆตามแนวคิดการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ในการดูแลผู้ป่วยขณะ รับการรักษาในโรงพยาบาลของเชปปี้มีรายละเอียดดังนี้

1) การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ (Participation in routine care) หมายถึง การที่ผู้ดูแลหรือญาติได้เข้าร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำประจำในเรื่องการอยู่ร่วมกับ ผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยการดูแลเรื่อง อาหาร การอาบน้ำทำความสะอาดร่างกาย การดูแลกิจวัตรประจำวัน que ผู้ป่วยไม่สามารถปฏิบัติเอง ได้หรือปฏิบัติได้น้อย

2) การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล (Participation in technical care) หมายถึง การที่ผู้ดูแลหรือผู้ปกครองได้เข้าร่วมในการดูแลเมื่อผู้ป่วยได้รับกิจกรรมการรักษา พยาบาล ต่างๆ ขณะรับไว้รักษา เช่น การให้ได้รับยารับประทาน ยาฉีด การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มต่างๆ

3) การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลหรือญาติกับพยาบาลหมายถึง การที่ผู้ดูแลหรือญาติ ได้มีโอกาสหรือให้ข้อมูลหรือรับข้อมูลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการดูแลรักษา ตั้งแต่แรกเริ่ม การได้รับข้อมูล การอธิบายกิจกรรมการพยาบาลที่ผู้ป่วยจะได้รับ รวมทั้งการมีส่วนร่วม กับทีมสุขภาพในการวางแผนเกี่ยวกับการดูแลรักษา

4) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลผู้ป่วย หมายถึง ผู้ดูแลหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วม ในการตัดสินใจดูแลผู้ป่วยในเรื่องการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ การเป็นผู้ เลือกบุคลากรที่จะเป็นผู้ดูแล การเลือกตัดสินใจผู้ที่ควรให้เยี่ยม การตัดสินใจเลือกแนวทางในการ ดูแลและรักษาและเมื่อจำเป็น

กิจกรรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลทั้ง 4 กิจกรรมคือ การมีส่วนร่วมในกิจกรรม ประจำวัน กิจกรรมการพยาบาล กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ กิจกรรมการแลกเปลี่ยน ข้อมูล เป็นการเน้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมกับพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล จะทำให้ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถเข้าใจแนวทาง วิธีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ เหมาะสมจากการเข้ามามีส่วนร่วม ได้มีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลได้เรียนรู้รูปแบบแนวทางในการ ดูแลผู้ป่วยกับทีมการดูแลทำให้เกิดความเข้าใจที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่อผู้ป่วยดำเนินชีวิตในสังคมได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของของเซปป์ดังกล่าวมาสร้างโปรแกรมเพื่อพัฒนาให้ ผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม

4. การบริการดูแลรักษาแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์

โรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์เป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาด 120 เตียงแต่เปิด ให้บริการจริง 90 เตียงโดยเปิดให้บริการครั้งแรกเมื่อวันที่ 4 กันยายน 2543 โดยเปิดให้บริการเฉพาะ แผนกผู้ป่วยนอก และได้เปิดให้บริการแบบผู้ป่วยในในปี พ.ศ. 254 โดยแบ่งการบริการออกเป็น 3 ศึกคือหน่วยบริการผู้ป่วยจิตเวชชายตึกชัยพฤกษ์ หน่วยบริการผู้ป่วยจิตเวชหญิงตึกงามจรีและ หน่วยบริการผู้ป่วยสารเสพติดศูนย์จิตสังคมบำบัด โดยแต่ละหน่วยบริการเปิดให้บริการหน่วยละ 30 เตียง การบริการของหน่วยงานแต่ละหน่วยเน้นการบริการให้เกิดคุณภาพเพื่อให้ได้มาตรฐาน ตามระบบของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล หน่วยงานแต่ละหน่วยได้ตอบสนองการพัฒนา คุณภาพบริการพยาบาลในทุกด้าน จนได้การรับรองคุณภาพ HA จากสถาบันพัฒนาและรับรอง คุณภาพโรงพยาบาล ซึ่งการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยแบบผู้ป่วยในของหน่วยงานจิตเวชนั้นมี รายละเอียดดังนี้

4.1 จำนวนบุคลากร อัตรากำลัง

จำนวนบุคลากร หน่วยบริการผู้ป่วยหญิงตึกงามจรีมีพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้ช่วย เหลือคนไข้ จำนวน 4 คน หน่วยบริการผู้ป่วยชายตึกชัยพฤกษ์พยาบาลวิชาชีพ จำนวน 5 คน ผู้ช่วย

เหลือคนไข้ จำนวน 4 คน ในการปฏิบัติงานเวรเช้าถ้ามีผู้ป่วยเกิน 15 คนจะมีพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน เวรบ่ายตึกจะมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คนและผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน ขึ้นปฏิบัติงานและจะมีพยาบาลเวรตรวจการกำกับดูแลการปฏิบัติงานในเวร บ่าย – ตึก

4.2 การจัดบริการรักษาพยาบาล

การบริการแบ่งเป็นตึกผู้ป่วยหญิงและตึกผู้ป่วยชาย โดยขึ้นตรงกับหัวหน้าตึกให้บริการผู้ป่วยจิตเวชชายและหญิงจัดให้บริการหน่วยละ 30 เตียงโดยหน่วยบริการชายและหญิงจะแยกอาคารจากกันซึ่งรับผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป กระบวนการของหน่วยงานแบ่งเป็น 2 ระยะคือ 1)ระยะเตรียมการในการรับผู้ป่วยมีการเตรียมบุคลากร เตรียมสถานที่ที่จะรับผู้ป่วยตามสภาพปัญหา เตรียมอุปกรณ์ที่จำเป็นที่จะใช้กับผู้ป่วย และการรับผู้ป่วย 2) ระยะบำบัดรักษา (สัปดาห์ 1-4) ให้การบริการโดย พยาบาลประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยแรกรับ ดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการรักษาตามแผนการรักษาของแพทย์ สหวิชาชีพให้การพยาบาลตาม ปัญหาที่ได้จากการประเมิน ให้การปฐมนิเทศและให้ความรู้ผู้ป่วยและญาติ ส่งตรวจวินิจฉัยตามที่กำหนดไว้และตามความจำเป็นของผู้ป่วยเฉพาะราย จัดบริการGrand Round ทุกวันพุธโดยทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินและร่วมกันวางแผนการช่วยเหลือในผู้ป่วยรายที่มีปัญหาซับซ้อน มีการติดต่อประสานงานกับญาติตลอดระยะเวลาที่รับผู้ป่วยไว้รักษา ประเมินผู้ป่วยเพื่อจำหน่ายโดยสหวิชาชีพจากนั้นก็จำหน่ายผู้ป่วยในระยะเวลาอันที่สุดใน 4 สัปดาห์ สำหรับผู้ป่วยที่จำหน่ายจะนัดมาติดตามผลการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกหรือมีการส่งตัวรักษาต่อแก่เครือข่าย โดยสรุปการจัดบริการสามารถแบ่งการบริการได้ 4 หัวข้อคือ

1) บริการแรกรับ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการรับผู้ป่วย เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการที่ครบถ้วน ในการประเมินภาวะสุขภาพแรกรับเพื่อวางแผนในการให้การพยาบาลผู้ป่วยตามสภาพปัญหา และเป็นการเตรียมผู้ป่วยพร้อมทั้งญาติให้เข้าใจการบริการของทางโรงพยาบาล

2) การบริการประจำวัน มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการบริการประจำวัน ให้ครอบคลุมโดยบุคลากรทีมสุขภาพ ในเรื่องต่างๆ เช่น การดูแลสุขอนามัย การได้รับสารน้ำ สารอาหาร การพักผ่อนการออกกำลังกาย เป็นต้น รวมทั้งการให้การรักษาพยาบาลตามปัญหาของผู้ป่วย

3) การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จะได้รับการประเมินและได้รับการฟื้นฟูตามสภาพปัญหาของผู้ป่วยและผู้ป่วยที่ได้รับการประเมินจากสหวิชาชีพ จะได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพตามโปรแกรม Goals Program ของกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่จัดกิจกรรมให้ผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์

4) การบริการจำหน่าย มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางในการจำหน่ายผู้ป่วย โดยการวางแผนร่วมกันของทีมสหวิชาชีพ

4.3 โครงสร้างกายภาพ สิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย โรงพยาบาลได้มีการปรับปรุงในส่วนของโครงสร้างกายภาพและสิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยในการบริการผู้ป่วย

- 1) มีการติดตั้งเหล็กดัดบริเวณรอบหอผู้ป่วย เปลี่ยนกระจกเป็นพลาสติก กระจกบานเกล็ดเพื่อป้องกันผู้ป่วยหลบหนีและอันตรายจากการกระแทกกระจกแตก
- 2) ติดเหล็กดัดบริเวณด้านบนห้องน้ำเพื่อป้องกันผู้ป่วยหลบหนี
- 3) ติดเหล็กดัดกันบันไดทางขึ้นไปยังชั้น 2 เพื่อป้องกันผู้ป่วยกระโดดตึก (ตึกชาย หอชัชพฤษชัย)
- 4) มีการปรับปรุงบริเวณรอบๆตึกได้แก่ การจัดตกแต่งต้นไม้บริเวณรอบๆอาคารเพื่อความสวยงามมีระเบียบ และปลอดภัย
- 5) จัดทำสวนหย่อมบริเวณหน้าอาคารพักผู้ป่วย
- 6) ติดตั้งโคมไฟบริเวณทางเข้า
- 7) จัดระบบรักษาความปลอดภัย โดยมีพนักงานรักษาความปลอดภัยรักษาการ ที่หน้าทางเข้าหอผู้ป่วยใน ตลอด 24 ชม.
- 8) มีการตัดไฟเพื่อป้องกันการเกิดการช็อตจากไฟฟ้าลัดวงจร บริเวณพื้นที่พักผู้ป่วย
- 9) มีการจัดแบ่งบริเวณพื้นที่ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการอย่างชัดเจน โดยใช้แผ่นพลาสติกใสแทนกระจก
- 10) จัดสถานที่ในการรับประทานอาหารให้เป็นสัดส่วน โดยจัดให้รับประทานอาหารโรงเลี้ยงอาหาร
- 11) ทำถนนทางขึ้นหอผู้ป่วยหญิงจากเดิมเป็นพื้นดินเปลี่ยนเป็นพื้นซีเมนต์ และมีราวสำหรับจับเดิน
- 12) จัดสถานที่จอดรถ เพื่อป้องกันการขโมยและการก่อความเสียหาย
- 13) แยกหอผู้ป่วยชาย-หญิงให้เป็นสัดส่วนชัดเจน
- 14) จัดห้องจำกัดพฤติกรรมและสังเกตอาการผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม ก้าวร้าวเสี่ยงต่อการทำร้ายผู้อื่น ทำลายทรัพย์สินของโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้
- 15) จัดให้มีทางหนีไฟด้านหลังตึก

16) จัดให้มีการแยกขยะโดยแยกเป็น ขยะติดเชื้อ ใส่งูพลาสติกสีแดง ทั้งลงถึงขยะติดเชื้อ ขยะทั่วไป ใส่งูพลาสติกสีดำ ขยะอันตราย ใส่งูสีเทา เข็มและแอมป์ยาที่ใช้แล้วแยกใส่งูกระป๋องพลาสติกแข็งให้ชัดเจนเพื่อรอส่งทำลาย

การให้บริการบริการของโรงพยาบาลจิตเวชสระแก้วราชนครินทร์ในรูปแบบผู้ป่วยในส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะเป็นผู้ป่วยจิตเภทและนโยบายของทางโรงพยาบาลมีจุดเน้นและวิสัยทัศน์ในการเป็นเลิศทางการบริการและวิชาการทางสุขภาพจิตและจิตเวช โดยเฉพาะการให้บริการผู้ป่วยจิตเวชที่มุ่งเน้นในการดูแลรักษา ดังนั้นการนำโปรแกรมที่เน้นให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลรักษาเพื่อเพิ่มหรือให้ผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้จึงมีความจำเป็นและเหมาะสมเพราะเมื่อผู้ดูแลสามารถดูแลผู้ป่วยได้คือการกลับมารักษาซ้ำแบบผู้ป่วยในลดลงนั้นเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพการบริการของโรงพยาบาลได้ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสร้างโปรแกรมการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลขึ้นเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

5.1 งานวิจัยเกี่ยวกับโรคจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ผลงานวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภทที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง เช่น การดูแลผู้ป่วย ภาวะ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วย ปัจจัยการป่วยซ้ำมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

Pai and Kapur (1981) ทำการศึกษาในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยโรคจิตเภทเป็นครั้งแรกจำนวน 54 คน โดยแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 กลุ่มกลุ่มหนึ่งรับการรักษาในโรงพยาบาลตามปกติ อีกกลุ่มหนึ่งให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยร่วมด้วยหลังจากนั้นติดตามผลเป็นเวลา 6 เดือน พบว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้มีภาระในการดูแลน้อยกว่าและมีการทำหน้าที่ในสังคมดีขึ้น

Provencher (1996) ศึกษาความสัมพันธ์ ระหว่างภาระเชิงปรนัยและภาระเชิงอัตนัยในกลุ่มผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเรื้อรัง โดยการศึกษาถึงทดลองระยะยาว เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างปี ค.ศ. 1991 จำนวน 514 ราย โดยการสัมภาษณ์ทางโทรศัพท์ พบว่า การให้การดูแลผู้ป่วยเป็นงานหนักแต่ผู้ดูแลก็ยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้น คือ ผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือ ผู้ป่วยผู้ดูแลมีความขัดแย้งกันเกี่ยวกับความต้องการที่มากเกินไปสำหรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ดูแลรู้สึกอึดอัดส่งผลให้ ภาระเชิงอัตนัยของผู้ดูแลสูงขึ้น และพบว่าภาระเชิงอัตนัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมของผู้ดูแลมากกว่าพฤติกรรมของผู้ป่วย และภาระเชิงอัตนัยเป็นภาระเชิงระบบมากกว่าเชิงจิตวิสัย

ราตรี ภูบุญ (2545) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทตามการรับรู้ของผู้ดูแลที่แผนกผู้ป่วยนอก ของโรงพยาบาลจิตเวชนครสวรรค์ จำนวน 335 คน โดยศึกษาพฤติกรรมทางสังคมของผู้ที่เป็นโรคจิตเภททั้ง 5 ด้าน ตามแนวคิดของ ปาร์กเกอร์ และ โรเซน

(Parker & Rosen อ้างใน ราตรี ภูบุญ) ได้แก่ ด้านการดูแลตนเอง ด้านการควบคุมอารมณ์ ด้านการติดต่อทางสังคม ด้านการสื่อสาร และด้านความรับผิดชอบต่อตนเอง พบว่า พฤติกรรมทางสังคมที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทยังไม่สามารถปฏิบัติได้เอง คือ การขาดความสามารถในการทำงาน จำนวน 57 คน (ร้อยละ 17.01) และผู้ที่เป็นจิตเภทบางกลุ่มไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีลักษณะอาการเฉื่อยชา ไม่ยินดียินร้ายกับสิ่งใด ดังนั้น ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มนี้ จึงต้องได้รับการดูแลเกี่ยวกับการรับประทานยา การจัดการเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและการดูแลสภาพความเป็นอยู่ ซึ่งแตกต่างจากผลการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเอง ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ จังหวัดสุราษฎร์ธานี จำนวน 49 คน ของ สุมณฑา บุญชัย (2545) ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมดูแลตนเองในด้านการรับประทานยาอยู่ในระดับสูง ในขณะที่พฤติกรรมดูแลตนเองของกลุ่มตัวอย่าง เกี่ยวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับต่ำกว่าพฤติกรรมดูแลตนเองด้านอื่นๆ โดยพบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 22.45 ต้องอยู่คนเดียวในช่วงเวลากลางวันมากกว่า 8 ชั่วโมง หรือไม่ได้พูดคุยกับใครเลยในแต่ละวัน และไม่ได้ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่นนอกบ้านร้อยละ 26.53 สะท้อนให้เห็นถึงการดูแลที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับจากผู้ดูแล คือ การดูแลเกี่ยวกับการกระตุ้นให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และการให้เวลาในการพูดคุยกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นสำคัญ

ทูลกา บุญผาสังข์ (2545) ได้ศึกษาเกี่ยวกับภาวะและความสามารถในการดูแลกับการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์โดยศึกษาความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) การดูแลให้ได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง 2) การดูแลให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น 3) การจัดการในอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหา 4) การช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทดูแลตนเองด้านกิจวัตรประจำวัน และ 5) การดูแลความปลอดภัยของผู้ที่เป็นโรคจิต ผลการศึกษาพบว่า ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลสามารถทำนายการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 13.0 ($r^2 = .130, p = .01$) แสดงให้เห็นถึงประเด็นสำคัญที่ผู้ดูแลควรให้การดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท เพื่อป้องกันสาเหตุที่อาจทำให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเกิดอาการกำเริบจนต้องการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล ได้แก่ การดูแลให้ได้รับยาและการรักษาอย่างต่อเนื่อง การให้มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การจัดการในอาการและพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท การช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทสามารถดูแลตนเองเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการดูแลเกี่ยวกับความปลอดภัยของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

ยอดสร้อย วิเวกวรรณ (2543) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และโรงพยาบาลสมเด็จพระยา โดยใช้นาฬิกาการดูแลเพื่ออาหารของวัตสัน (Watson, 1985) โดยสรุปว่า พฤติกรรมดูแลที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับจากผู้ดูแล มี 10 ด้าน ได้แก่ 1) การให้ความเมตตาต่อผู้ป่วยจิตเภท 2) การให้กำลังใจและให้ความหวัง 3) การ

สังเกตและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท 4) การมีสัมพันธภาพที่สม่ำเสมอและจริงใจ 5) การแสดงการยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภททั้งด้านบวกและด้านลบ 6) การแก้ไขปัญหาโดยใช้เหตุและผล 7) การชี้แนะให้ข้อมูลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภท 8) การจัดหรือปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้เกิดความรู้สึกลดท้อ 9) การตอบสนองความต้องการที่จำเป็นต่อการดำรงชีวิต และ 10) การช่วยให้เกิดความเข้าใจในความเป็นจริงของชีวิต

ภัทรภรณ์ ท่งปิ่นคำ (Tungpunkum, 2000) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการพัฒนาทักษะและบทบาทในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทำการศึกษาในมารดาจำนวน 30 คน ที่ให้การดูแลบุตรที่เป็นโรคจิตเภทที่โรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า บุตรที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับการดูแลจากมารดาใน 3 ด้าน ได้แก่ ด้านการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ด้านการจัดการกับอาการของโรคที่เกิดขึ้นและด้านการบริการยา ซึ่งวาสนา ปานดอก (2545) ได้นำแนวคิดการดูแลทั้ง 3 ด้านนี้ มาศึกษาในเชิงปริมาณเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านของผู้ดูแล ที่โรงพยาบาลศรีสังวาลย์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน พบว่า ผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ร้อยละ 50.59 มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางที่เฉลี่ยร้อยละ 44.71 มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยพบว่าผู้ที่เป็นโรคจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาตามแผนการรักษา และไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำ ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับจากผู้ดูแล เพื่อช่วยให้ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทได้รับการรักษาทางยาอย่างต่อเนื่อง ตามแผนการรักษาซึ่งอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดอาการกำเริบซ้ำของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท

อรณพ ทองคำ(2546) ได้ศึกษาการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับเป็นซ้ำ ผลการศึกษาพบว่า ในภาพรวมการทำหน้าที่ของครอบครัวตามการรับรู้ อยู่ในระดับดีพอสมควร การทำหน้าที่ของครอบครัวในแต่ละด้าน คือ การแก้ปัญหา การสื่อสาร บทบาท การตอบสนองทางอารมณ์ ความผูกพันทางอารมณ์อยู่ในระดับดีพอควร

นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาวะและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คน เป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาวะในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และความสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษา

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

5.2 งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

จากการทบทวนวรรณกรรม งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลแบบมีส่วนร่วมของผู้ดูแลโดยเฉพาะเกี่ยวข้องกับโรคจิตเภทนั้นยังไม่ปรากฏให้เห็นมากนัก โดยมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

กรรณา โตสงวน (2546) ได้ศึกษาความพึงพอใจของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภทต่อการบริการแบบญาติมีส่วนร่วม โรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเฉพาะเจาะจงจากญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ร่วมโครงการ จำนวน 46 คน ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อการบริการแบบญาติมีส่วนร่วมโดยรวมอยู่ในระดับมากร้อยละ 54.35 โดยความพึงพอใจรายด้านพบว่า อยู่ในระดับมากเช่นกัน ได้แก่ ด้านความสะดวก ร้อยละ 45.65 ด้านการประสานงาน ร้อยละ 52.17 ด้านข้อมูลที่ได้รับ ร้อยละ 58.7

นิศากร แก้วพิลา (2545) ได้ศึกษาความสามารถของญาติในการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการญาติมีส่วนร่วมของโรงพยาบาลสวนปรุง ผลการศึกษา พบว่า ญาติผู้ดูแลมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยรวมอยู่ในระดับสูง สำหรับความสามารถรายด้านพบว่า ทุกด้านอยู่ในระดับสูงเช่นเดียวกัน ได้แก่ ด้านแรงจูงใจที่จะกระทำการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ด้านความสนใจและเอาใจใส่ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ด้านความสามารถในการจัดลำดับกิจกรรมการดูแล

วัชรภรณ์ เชี่ยววัฒนา (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับผลของการส่งเสริมมารดาให้มีส่วนร่วมในการให้นมบุตรเกิดก่อนกำหนด ขณะบุตรอยู่โรงพยาบาลต่อความพึงพอใจของมารดา ผลการวิจัยพบว่า มารดากลุ่มที่ได้รับการส่งเสริมให้มีส่วนร่วมในการให้นมบุตรเกิดก่อนกำหนดขณะบุตรอยู่โรงพยาบาลมีความพึงพอใจในการมีส่วนร่วมให้นมบุตรขณะบุตรอยู่โรงพยาบาล มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ณิชนานต์ ไชยชนะ (2545) เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของผู้ปกครองในการดูแลเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรังขณะรับการรักษาในโรงพยาบาล ศึกษาในผู้ปกครองของเด็กที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง อายุ ระหว่าง 1 เดือนถึง 16 ปี จำนวนจำนวน 145 คน พบว่า การมีส่วนร่วมที่ผู้ปกครองได้ปฏิบัติและปรารถนาจะมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

จากการศึกษาผลงานวิจัยต่างๆที่จัดให้ญาติหรือผู้ดูแล เข้ามามีส่วนร่วมกับกิจกรรมการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยจะเห็นได้ว่าญาติผู้ดูแลมีความพึงพอใจและมีความสามารถในการดูแลผู้ป่วย

เพิ่มขึ้น ผู้ศึกษาจึงนำแนวคิดการมีส่วนร่วมดังกล่าวมาจัด โปรแกรมเพื่อช่วยให้ผู้ดูแลมีศักยภาพ มีความสามารถที่จะดูแลผู้ป่วยเมื่ออยู่ในสังคมได้ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงจัด โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลขึ้น โดยให้ผู้ดูแลเข้ามามีส่วนร่วมกับพยาบาลขณะที่ผู้ป่วยรักษาในโรงพยาบาล โดยมีส่วนร่วมกับกิจกรรมต่างๆ 4 กิจกรรม คือให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมประจำวัน มีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล มีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูล และการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวได้นำแนวคิดการมีส่วนร่วมของเชปป์มาจัดเป็น โปรแกรมการดูแลรักษา เพื่อที่จะพัฒนาความสามารถในการดูแลผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตใน ครอบครัวและสังคมได้

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมการพยาบาลที่เน้นการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล

1. การมีส่วนร่วมในการดูแลกิจกรรมที่ทำประจำ
 - การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล
 - การดูแลการได้รับสารน้ำ อาหาร
 - การดูแลการพักผ่อน ออกกำลังกาย
2. การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการพยาบาล
 - การสร้างสัมพันธภาพ
 - การให้ยารักษา
 - การเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม
 - การเข้าร่วมกิจกรรมพยาบาลประจำวัน
3. การมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างผู้ดูแลกับพยาบาล
 - การประเมินอาการทางกายและจิตใจในผู้ป่วยเรื้อรัง - จำหน่าย
 - การให้ความรู้เรื่องโรคและการดูแลรักษา
 - การวางแผนการดูแลรักษาพยาบาลประจำวัน
4. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจการดูแลผู้ป่วย
 - การตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยจะได้รับ

ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

1. ความเข้มแข็งในตนเองและความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
2. ความรู้และประสบการณ์ในการตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท
3. ความแข็งแกร่งด้านร่างกาย
4. ความเอาใจใส่ในสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท