

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตเภทนั้นเป็นความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ความจริง อารมณ์และสังคม (อรพรรณ ลีอนุญชัชชัย, 2545) ผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภทมีโอกาสที่จะหายเป็นปกติบ่อย แต่ในปัจจุบันได้มีการพัฒนาการรักษาทั้งด้วยยาและวิธีการอื่นๆ ทำให้โอกาสหายมีมากขึ้น แต่โอกาสที่ผู้ป่วยจะกลับเป็นใหม่อีกก็มีมากเช่นกันซึ่งขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายๆอย่าง ผู้ป่วยที่ป่วยหลายครั้งและป่วยเป็นเวลานานนั้นมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและบางครั้งรุนแรงและรุนแรงมากที่สุด จนบางคนเรียกว่า “เป็นมะเร็งของจิตเวช” (Cancer of psychiatry) มีโอกาสป่วยซ้ำ (Relapse) ได้หลายครั้งมีเพียงร้อยละ 25 เท่านั้นที่รักษาได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำ อีกร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา มีความบกพร่องในหน้าที่ต่างๆ อย่างมาก ส่วนที่เหลืออีกร้อยละ 50 เป็นๆ หายๆ (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536) จนในที่สุดทำให้การปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน การงานและความสัมพันธ์กับสังคมเสื่อมลงอย่างมาก (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2537) ความผิดปกติจะมากยิ่งขึ้นจนเป็นปัญหาต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตั้งแต่การตื่นนอนตอนเช้าถึงการเข้านอนรวมถึง การนั่ง การนอน การยืน และการทำธุระส่วนตัวส่วนตนลดลงและการดำเนินชีวิตประจำวันด้านสังคมการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม โดยกิจกรรมนั้นจะกระทำด้วยตนเองหรือมีผู้สนับสนุนช่วยเหลือก็ตาม ปัญหาดังกล่าวส่งผลให้เป็นภาระต่อญาติ พี่น้องอย่างมากเพราะผู้ป่วยไม่สามารถทำงานช่วยเหลือตัวเองได้ สมรรถภาพของผู้ป่วยจะสูญเสียไปทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถรับผิดชอบตัวเองได้ (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) และมีผลให้ญาติเกิดความตึงเครียดที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน

จากการศึกษาในประเทศไทยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีอัตราการกำเริบถึงร้อยละ 70 ทั้งนี้มีสาเหตุจากหลายๆ ประการ เช่น ขาดการใช้ยาต่อเนื่อง การขาดความรู้พื้นฐานทางจิตเวช ขาดการดูแลเอาใจใส่ที่เหมาะสมทั้งจากตัวผู้ป่วยเอง และจากญาติพี่น้อง เป็นต้น (ชูทิติย์ ปานปรีชา, 2540) จากสภาพการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลจิตเวชไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้ทั้งหมด ผู้ป่วยแต่ละรายเมื่อได้รับการรักษาถึงระดับที่พอจะสื่อสารพูดคุยรู้เรื่องและควบคุมตัวเองได้บ้างก็จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลทันที ดังนั้นญาติผู้ดูแลที่บ้าน(primary caregiver) จึงเข้ามามีบทบาทและเป็นองค์ประกอบที่สำคัญในการดูแลที่บ้าน (รุจา ภูไพบูลย์, 2537) ในระยะนี้เองอาการของผู้ป่วยจะดีขึ้นเพียงใดนั้นขึ้นอยู่กับตัวผู้ป่วยและประสิทธิภาพการดูแลของครอบครัวซึ่งทำหน้าที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยโดยตรง (ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, 2539) เป็นบุคคลสำคัญที่สุดที่จะ

ดูแลผู้ป่วยจิตเภทต่อบุคลากรทางสุขภาพจิต เพื่อส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตร่วมกับผู้อื่นในสังคม ช่วยเหลือตัวเองได้ตามศักยภาพ และไม่ต้องกลับเข้ารักษาซ้ำในโรงพยาบาลอีก ซึ่งจากการศึกษาของ แฮทฟีลด์ (Hatfield, 1979)เคน (Kane, 1984)เลฟเลย์ (Lefley, 1987) และเบกเกอร์ (Baker, 1987)พบว่าญาติและผู้ป่วยโรคจิตเภทถามมากที่สุดคือความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท

ที่ผ่านมาพบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลคืออาการของผู้ป่วยที่ยังหลงเหลืออยู่จาก พยาธิสภาพของโรค คือความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ทำให้มีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดไปในแนวทางเดียวกันมี ภาวะขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ความรู้สึก พุดน้อย การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง เก็บตัวไม่มีอาการ สนุกสนาน แยกตัวเองออกจากสังคม มีการเสื่อมของบุคลิกภาพทำให้มีพยาธิสภาพของโรค ค่อนข้างถาวร (เกษม ต้นติผลลาชีวะ, 2539) ส่งผลต่อความคิดด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย บางรายมีพฤติกรรมรบกวนผู้อื่น จะมีสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ใกล้ชิดเพียงคนเดียวหรือสองคนเท่านั้น และมักเกิดปัญหาความคับข้องใจในครอบครัวเนื่องจากครอบครัวยังไม่สามารถให้การดูแลตามคำแนะนำที่ได้รับก่อนที่จะรับผู้ป่วยกลับบ้านได้ (สุวิมล สมัตถะ, 2541) จากการศึกษาของสุมนทนา บุญชัย (2545) ก็ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีปัญหา คือ ปัญหาการปฏิบัติไม่ถูกต้องในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานยา การแสดงความคิดเห็น การตัดสินใจ การทำงาน การมีสัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่น และการเผชิญปัญหาการศึกษาของ สุภาภรณ์ ทองดารา (2545) ที่พบปัญหาหลังการจำหน่ายเช่นกันคือ ผู้ป่วยและญาติขาดความรู้ในเรื่องของโรคจิตเภท การรักษา บทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย การจัดการพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม และการศึกษาของ ทิพรพรรณ น่วมทอง (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความพร้อมในหลายๆ ด้าน เช่นด้านการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการรับประทานยา และการจัดการกับอาการต่างๆ เป็นต้น จากการศึกษาดังกล่าว เป็นเครื่องบ่งบอกให้เห็นถึงความบกพร่องในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยต้องกลับมารักษาซ้ำบ่อยๆ และผลการศึกษาดังกล่าว ชี้ให้เห็นว่าความเสื่อมถอยซึ่งเกิดจากการดำเนินของโรคส่งผลต่อการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทเมื่ออยู่ที่บ้าน เมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยมีความบกพร่องทางด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลสุขอนามัย การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมในครอบครัว การเดินทางด้วยตนเอง การปฏิบัติตามแผนการรักษา และกิจกรรมทางสังคม คือการสร้างสัมพันธ์ภาพ การควบคุมอารมณ์ การแสดงออกท่าทาง การเข้าสังคม ความสนใจในสิ่งแวดล้อม (สุวิมล สมัตถะ, 2541) ย่อมส่งผลต่อตัวผู้ป่วยคือมีการกลับมา รักษาซ้ำมากขึ้น ดังนั้นหากผู้ป่วยได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมให้ดีขึ้นแล้วปัญหาการป่วยซ้ำย่อมลดลงดังเช่นจากการศึกษาของดวงตา อุทุมพฤษพร (2534) ที่พบว่าแนวโน้มการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทจะสูงขึ้นเรื่อยๆ และส่งผลกระทบต่อครอบครัว คือ การเป็นภาระให้กับครอบครัวของผู้ป่วยเอง

ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทจะเป็นผู้ที่มีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบ ต่อตนเองมีการปรับตัวที่ล้มเหลว (สมศร เชื้อหิรัญ, 2532) การป่วยเป็นโรคจิตเภทจะก่อให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา แต่ผู้ป่วยโรคจิตเภทบางส่วนก็มีความสามารถที่จะพัฒนาตนเองได้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการมีสัมพันธ์ภาพกับบุคคลรอบข้างซึ่งมีความสำคัญในการดำรงชีวิตประจำวัน ไม่ขัดต่อสภาพความเจ็บป่วย ปรับตัวให้อยู่กับโรคได้โดยไม่เกิดความขัดแย้ง สามารถรับประทานอาหาร พักผ่อน เคลื่อนไหว ออกกำลังกาย เข้ากับเพื่อนฝูง และญาติมิตรได้ โดยไม่รู้สึกรำคาญ ดังการศึกษาของจันทร์หา ธีระสมบุญ (2542) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านร้อยละ 73.10 สามารถดูแลตนเองได้ในระดับสูงสอดคล้องกับการศึกษาของสมจิตต์ ลูประสงค์และคณะ (2538) ที่พบว่าผู้ป่วยหลังเข้าโครงการการพัฒนาแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ร้อยละ 100 จะเห็นได้ว่าการที่ผู้เป็นโรคจิตเภทที่เข้าร่วมโครงการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านจะช่วยเสริมสร้างให้ผู้ป่วยนั้นสามารถที่จะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมได้ตามศักยภาพนั้น จะส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างผาสุก

จากการศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเขตรับผิดชอบของอำเภอบางระจันก็เช่นเดียวกัน พบว่าในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนปี พ.ศ. 2547 มีผู้ป่วยในพื้นที่จำนวน 52 คน และจากการศึกษาจากแฟ้มประวัติและการรักษาของผู้ป่วยจากแผนกจิตเวชโรงพยาบาลบางระจัน พบว่า 10 ราย ที่มีการเข้ารับการรักษาซ้ำที่โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลจิตเวช ทั้ง 10 ราย ขาดการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง จากการเยี่ยมบ้านและการสัมภาษณ์จำนวน 15 ราย ทุกรายยังขาดการดูแลที่ต่อเนื่องที่บ้านร่วมกับญาติทำให้เกิดความท้อแท้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สนใจในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันร่างกายสกปรก 5 ราย มีอาการกำเริบทำร้ายผู้ดูแลและเพื่อนบ้าน 2 ราย มีการปรับยาให้ผู้ป่วยรับประทาน หยุดยาเมื่อมีอาการข้างเคียงของยา เช่น ง่วงซึม ตัวแข็ง เหนื่อยหน่ายกับการรับประทานยา ท้อแท้ในโรคของตนเอง 3 รายไม่ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ปล่อยให้ร่างกายทรุดโทรม โดยไม่สนใจดูแลตนเองญาติผู้ดูแลไม่ทราบจะแก้ปัญหาอย่างไร (แผนกจิตเวช โรงพยาบาลบางระจัน เดือนกันยายน , 2548) จากปัญหา

ทั้งหมดได้กล่าวมานั้นผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในชุมชน จึงได้มีการสัมภาษณ์ พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวชในประเด็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ปัญหาเกิดจากผู้ป่วยรู้สึกท้อแท้ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ที่มีปัญหามากที่สุดคือไม่ค่อยพูดคุยกับสมาชิกในครอบครัวและเพื่อนบ้าน แสดงอารมณ์ไม่ถูกกาลเทศะ ไม่สนใจในการดูแลความสะอาดร่างกายและเสื้อผ้า ไม่ช่วยสมาชิกในครอบครัวทำกิจกรรมภายในบ้าน นอนไม่หลับต้องให้ยานอนหลับ เมื่อตนเองเจ็บป่วยก็ไม่สามารถดูแลตนเองได้ ลักษณะปัญหาเหล่านี้สะท้อนให้เห็นถึงการที่ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสมทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม

ผู้ศึกษายังได้ทำการวิเคราะห์จากรายงานการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเภทของศูนย์สุขภาพชุมชนที่ผู้ศึกษาปฏิบัติงานอยู่ พบว่า สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภท ในเขตอำเภอบางระจัน มีปัญหาเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมไม่ถูกต้อง เนื่องจากสาเหตุที่สำคัญ 2 ประการ คือ (1) จากตัวผู้ป่วยและครอบครัว คือผู้ป่วยและครอบครัวไม่มีความรู้ความเข้าใจในโรคที่เป็นอยู่ ไม่ให้ความสำคัญในเรื่องการรักษาด้วยยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ความสำคัญในการร่วมกิจกรรมในครอบครัว (2) จากระบบการดูแลในปัจจุบัน เช่น การผลักดันของนโยบายให้ผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนเร็วขึ้น ขาดระบบการดูแลต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ขาดแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ทำให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร มีผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอาการกำเริบและกลับซ้ำบ่อยๆ บุคลากรส่วนใหญ่ที่ให้การดูแลเป็นเพียงเจ้าหน้าที่สาธารณสุขชุมชน ประสิทธิภาพน้อย ขาดความมั่นใจในการบำบัดรักษาผู้ป่วยจิตเภท

นอกจากนี้สิ่งที่ส่งผลอีกประการหนึ่งคือการเปลี่ยนแปลงนโยบายการรักษาผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล ให้มีระยะสั้นลง ทำให้การรักษาเน้นในด้านบรรเทาอาการทางจิตเป็นสำคัญ ทั้งนี้เพื่อลดจำนวนวันนอนของการอยู่รักษาในโรงพยาบาล ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชกลับสู่ครอบครัวและชุมชนในขณะที่ยังบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ (จันทรา วีระสมบุญ, 2542) ส่งผลต่อระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับปฐมภูมิเนื่องจากการดูแลที่ต้องมีความต่อเนื่อง มีการส่งเสริม ป้องกัน และฟื้นฟูสุขภาพจิตแบบใกล้บ้านใกล้ใจ กรมสุขภาพจิตได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนี้ โดยมีแนวคิดที่ครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมที่สุดในการดูแลผู้ป่วย และตระหนักว่าการเยี่ยมบ้านของพยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพัฒนาศักยภาพในการดูแลตัวเองที่บ้านได้ดีขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2544) อีกทั้งครอบครัวยังเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยสนับสนุนในการดูแล ผู้ป่วยทุกคน ต้องการการดูแลเอาใจใส่ เพื่อไม่ให้เกิดความท้อแท้ในการดูแลรักษาอาการป่วยของตน ช่วยให้อาการป่วยทางจิตเวชดีขึ้นและเป็นการป้องกันการกลับเป็นซ้ำได้ และเหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือ ผู้ป่วยหรือผู้ที่มีปัญหา

ทางจิตไม่ใช่ผู้ไร้สมรรถภาพทุกคนเขายังต้องมีชีวิตอยู่ ยังต้องรับผิดชอบชีวิตของตนเองยังมีประโยชน์ต่อครอบครัว และสามารถมีชีวิตอยู่ในสังคมได้ (ศิริพร จิรวัดมนกุล, 2538)

ดังจะเห็นได้จากผลการศึกษาที่ผ่านมาของ ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2536) ได้กล่าวไว้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านนั้น ครอบครัวมีส่วนสำคัญที่จะดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน ประกอบกับการมีบุคลากรทางจิตเวชไปให้ความช่วยเหลือในคราวที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนในชีวิตประจำวันได้ดี มีความพอใจในชีวิต แรงแก่และกรีนเลย์ (Reinke & Greenley อ้างใน สถิตวงศ์สุรประกิต, 2542) ได้เสนอแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้ประสบผลสำเร็จว่า ควรผสมผสานบริการที่มีอยู่ในชุมชนเข้าด้วยกัน ให้ความสำคัญของงานบริการชุมชนให้เท่าเทียมกับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาล และเตรียมบุคลากรให้พร้อมในการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับปัญหาต่างๆ ที่เกิดกับผู้ป่วย ครอบครัว

จากข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะนำไปรณรงค์การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านมาแก้ปัญหาของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และกิจกรรมทางสังคมที่เสื่อมถอยลงของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในชุมชนอำเภอบางระจัน โดยผู้ศึกษาได้ปรับจากโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ใช้แนวคิดของ Danielson, Bissell and Fry (1993) ที่มีแนวคิดว่าพยาบาลควรเป็นผู้ที่ให้การดูแล ผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านให้มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันทั้งด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญมี 5 กิจกรรม ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีการดำเนินการตามแบบแผนโดยการใช้การเยี่ยมบ้านแบบรายบุคคลเป็นการดูแลผู้ป่วยเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและครอบคลุมในการดูแลจากบ้านสู่ชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวดีขึ้น โดยมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันที่ถูกต้อง และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวเกิดการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือ ประคับประคองผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ป้องกันการป่วยและการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล อีกทั้งเป็นประโยชน์ในการจัดรูปแบบกิจกรรมทางการพยาบาลสุขภาพจิตชุมชนในระดับปฐมภูมิที่มีประสิทธิภาพ โดยผู้ศึกษาจะนำโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านไปทดลองใช้ เพื่อการศึกษาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี

แนวเหตุผลและสมมุติฐาน

พยาธิสภาพของโรคที่ยังหลงเหลืออยู่กับผู้ป่วยจิตเภท คือความผิดปกติของความคิด การรับรู้ การติดต่อสื่อสาร และพฤติกรรม ทำให้มีอาการประสาทหลอน ผู้ป่วยไม่สามารถรวบรวมความคิดไปในแนวทางเดียวกันได้ มีภาวะขาดในสิ่งที่คนทั่วไปควรมี เช่น ความรู้สึก พุดน้อย การแสดงออกทางด้านอารมณ์ลดลง ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง เก็บตัวไม่มีอาการสนุกสนาน แยกตัวเองออกจากสังคม มีการเสื่อมของบุคลิกภาพทำให้มีพยาธิสภาพของโรคค่อนข้างถาวร (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2539) ส่งผลต่อความคิดด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พบว่าในระยะแรกผู้ป่วยจะมีความสนใจ และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ แต่ต่อมาผู้ป่วยไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ในด้านสัมพันธภาพ ผู้ป่วยมักจะแยกตัวและไม่เชื่อมั่นในตนเอง ไม่กล้าพูดคุย จะมีสัมพันธภาพกับผู้ดูแลใกล้ชิดเพียงคนหรือสองคนเท่านั้น ตามแนวคิดเกี่ยวกับบทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านที่นำไปปฏิบัติคือบทบาทเป็นผู้ให้การรักษาพยาบาล การเป็นที่ปรึกษาช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้มองเห็นปัญหากระจ่างชัดเจน รวมทั้งเป็นผู้ให้ความรู้หรือข้อมูลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติของผู้ป่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมที่ถูกต้องและเหมาะสมจะส่งผลต่อการไม่กลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย และยังสามารถลดภาระในการดูแลของครอบครัวได้อีกด้วย การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านเป็นบริการที่ผสมผสาน การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพพร้อมกับการให้บริการสาธารณสุขมูลฐานเพื่อแก้ไขปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวส่งเสริมให้เกิดการพึ่งตนเองมากที่สุด จึงควรปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง ตามแนวคิดของ Danielson ,Bissell and Fry (1993:396-397) ได้กล่าวว่าพยาบาลควรเป็นผู้เชื่อมโยงในระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชพยาบาลควรเป็นผู้มีบทบาทเป็นผู้สื่อสารผู้สนับสนุนและอำนวยความสะดวกสำหรับครอบครัวผู้ป่วย พยาบาลควรมีการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้ป่วย เรียนรู้การยับยั้ง

พฤติกรรมของผู้ป่วยและการรักษาด้วยยาที่ผู้ป่วยจะได้รับ สิ่งที่สำคัญที่สุดคือการแนะนำการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการปรับใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ของสุวิมล สมัตตะ (2541) ที่ใช้แนวคิดของ Danielson, Bissell and Fry (1993:396-397) : 7 ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม ประกอบด้วยลำดับขั้นตอนของกิจกรรมดังนี้ 1) การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว 2) การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท มีการดำเนินการตามโปรแกรมโดยการใช้การเยี่ยมบ้านแบบรายบุคคล โดยผู้ศึกษาเป็นผู้ปฏิบัติด้วยตนเองทั้งหมด ซึ่งทั้ง 5 กิจกรรมนี้จะดำเนินการเยี่ยมผู้ป่วยจิตเภท 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยมีแนวคิดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมที่พยาบาลจิตเวชได้เข้าไปเยี่ยมที่บ้าน ไปทำความรู้จักผู้ป่วย จนเกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับ และให้ความร่วมมือในการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้สนทนา รับฟังปัญหา และความวิตกกังวลของผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน และในชุมชนเพื่อหาแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้ และสามารถส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีความสุข

สำหรับกิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว และกิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ศึกษาจะปฏิบัติทุกๆ ครั้งที่มีการติดตามเยี่ยมเนื่องจากการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัวที่ต่อเนื่องจากสัมพันธภาพเดิม ส่วนการให้คำปรึกษาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัวนั้นต้องปฏิบัติร่วมกับการเยี่ยมบ้านทุกครั้งเช่นกัน เพราะหากผู้ป่วยและญาติมีปัญหาที่ต้องการคำปรึกษาและคำแนะนำก็สามารถถามและขอคำปรึกษาได้ตลอดทุกครั้งที่ไปเยี่ยมเช่นกัน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวโดยการสอน แนะนำ สาธิต และใช้คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้เข้าไปสังเกต สนทนา แนะนำ และส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยจิตเภทให้เอื้อต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้

เหมาะสมโดยที่ครอบครัว เกิดความเข้าใจ เห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม สุขภาพจิตในครอบครัว

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้สังเกต สอบถาม และประเมินภาวะวิกฤติและฉุกเฉินของผู้ป่วยที่บ้านพร้อมทั้งหาวิธีการป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน

จากการปฏิบัติการพยาบาลดังกล่าว ทั้ง 5 กิจกรรมสามารถส่งเสริมพัฒนาการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมทำให้ผู้ป่วยตระหนักถึงปัญหาและมีแนวทางในการแก้ไขด้วยตนเอง และการสนับสนุนจากครอบครัว มีความรู้เกี่ยวกับโรค การรักษา ความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยกับผู้อื่น สภาพแวดล้อมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ การป้องกันและจัดการกับภาวะวิกฤติทางจิตเวช และการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในครอบครัวอย่างมีความสุข

ด้วยแนวคิดและเหตุผลข้างต้น ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมุติฐานว่า

1. การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแล ตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน จะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
2. การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคมที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับการดูแล ตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทที่บ้าน จะสูงกว่าก่อนได้รับการดูแลตามโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลัง เพื่อเปรียบเทียบการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรีโดยมีขอบเขตการศึกษาดังนี้ คือ

1. ประชากร คือผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท ได้รับการดูแลตามปกติที่บ้านอย่างต่อเนื่อง อายุไม่เกิน 60 ปีไม่จำกัดระดับการศึกษา อาชีพและฐานะเศรษฐกิจมีภูมิลำเนาในเขตอำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี
2. ตัวแปรที่ศึกษา
 - 2.1 ตัวแปรต้น คือ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 2.2 ตัวแปรตาม คือ การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

1. **ผู้ป่วยจิตเภท** หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรมส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ การทำหน้าที่ทางสังคมและการประกอบอาชีพและได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ว่าป่วยเป็นโรคจิตเภท เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลจิตเวช ได้รับการดูแลตามปกติที่บ้านต่อเนื่อง มีอายุไม่เกิน 60 ปี เป็นผู้ป่วยทุเลาปานกลางซึ่งมีค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ระหว่าง 2.5-3.4 โดยใช้แบบประเมินผู้ป่วยจิตเวช ในคู่มือฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนของกรมสุขภาพจิต (โรงพยาบาลศรีธัญญา , 2534)

ผู้ป่วยอาการทุเลาปานกลาง หมายถึง ผู้ป่วยจิตเภทที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง แต่ยังมีอาการทางจิตเหลืออยู่บ้าง

2. **ครอบครัวหรือญาติผู้ดูแลที่บ้าน** หมายถึง บุคคลที่มีความสำคัญโดยสายเลือด หรือญาติ ผู้ดูแลที่ให้การช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หรือสมาชิกอยู่รวมกันในครัวเรือนเดียวกันมีความสัมพันธ์ตามบทบาทหน้าที่ เช่น ในที่นี้ก็คือบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยอาจมีบทบาทเป็น มารดา บิดา สามี ภรรยา บุตร ปู่ ย่า ตา ยาย พี่ น้อง หรือญาติผู้ดูแลที่ใช้ชีวิตภายในครอบครัวเดียวกับผู้ป่วยจิตเภท และรับผิดชอบดูแลโดยรวมแก่ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่เป็นระยะเวลา 6 เดือน โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน

3. **โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน** หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลสำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่ผู้ศึกษาปรับมาจากโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของสุวิมล สมัตตะ (2541) ประกอบด้วยกิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้านปฏิบัติต่อผู้ป่วยอย่างเป็นขั้นตอน โดยมุ่งให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการดูแล การอยู่รวมกันกับผู้อื่น การปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม 5 กิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมจะมีความต่อเนื่องกัน ซึ่งจะปฏิบัติต่อผู้ป่วย เป็นรายบุคคลที่บ้านของผู้ป่วยเอง ใช้ระยะเวลาในการเยี่ยม 3 สัปดาห์ ๗ ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที รายละเอียดของกิจกรรมการพยาบาล มีดังนี้ คือ

3.1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลจิตเวชได้เข้าไปเยี่ยมบ้าน ไปทำความรู้จักผู้ป่วยและครอบครัว จนเกิดพฤติกรรมที่แสดงถึงการยอมรับ และให้ความร่วมมือ ในการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

3.2 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาล ที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้สนทนา รับฟังปัญหา และความวิตกกังวล

ของผู้ป่วยและครอบครัวที่เกิดขึ้น ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน และในชุมชนเพื่อหาแนวทางการแก้ไข เป็นแนวทางที่สามารถปฏิบัติได้ และสามารถส่งเสริมการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยอย่างมีความสุข

3.3 การให้ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลที่บ้าน ได้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโดยการสอน แนะนำ สาธิต และใช้คู่มือการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อส่งเสริมให้เกิดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท การรักษา การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท

3.4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ได้เข้าไปสังเกต สันทนา แนะนำ และส่งเสริมการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านของผู้ป่วยจิตเภทให้เอื้อต่อการปรับตัวของผู้ป่วยและครอบครัว ให้ผู้ป่วยได้เกิดการเรียนรู้ การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน และปรับเปลี่ยน พฤติกรรมให้เหมาะสมโดยที่ครอบครัวเกิดความเข้าใจเห็นความสำคัญและให้การสนับสนุน การจัดสิ่งแวดล้อม เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

3.5 การป้องกันภาวะวิกฤติและฉุกเฉินสำหรับผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง กิจกรรมการพยาบาลที่พยาบาลผู้ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้สังเกต สอบถาม และประเมินภาวะวิกฤติและฉุกเฉินของผู้ป่วยที่บ้าน พร้อมทั้งหาวิธีการป้องกันโดยให้ความรู้ แนะนำวิธีการช่วยเหลือ และวิธีการเผชิญปัญหาเมื่อเกิดภาวะเครียด และการป้องกันภาวะวิกฤติฉุกเฉิน เพื่อไม่ให้เกิดอันตรายต่อตัวผู้ป่วย ผู้อื่นและทรัพย์สิน

3.การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภท ที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำในเรื่องการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันประกอบด้วย การดูแลสุขภาพอนามัยส่วนตัว การรับประทานอาหาร การพักผ่อนนอนหลับ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว การเดินทางด้วยตนเองและการปฏิบัติตามแผนการรักษา โดยใช้แบบประเมินการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสร้างโดย สุวิมล สมัตถะ (2541)

4. การปฏิบัติกิจกรรมทางสังคม หมายถึง พฤติกรรมการแสดงออกของผู้ป่วยจิตเภทที่แสดงออกในกิจกรรมที่ต้องปฏิบัติเป็นประจำต่อครอบครัวหรือสังคมในเรื่องการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น การควบคุมอารมณ์ พฤติกรรมการแสดงออกทางท่าทาง การเข้าสังคม และความสนใจสิ่งแวดล้อม โดยใช้แบบประเมินกิจกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสร้างโดยสุวิมล สมัตถะ (2541)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ในการพัฒนาระบบการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านอย่างมีคุณภาพ เพื่อลดอัตราการป่วยซ้ำของผู้ป่วยและเป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยและครอบครัว
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและกิจกรรมทางสังคมได้อย่างเหมาะสม
3. เป็นแนวทางในการศึกษา ถ่ายทอด เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในกลุ่มของผู้เกี่ยวข้องต่อไป