

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอชะอำ จังหวัดเพชรบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำราเอกสาร วารสารบทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

- 1.1 ความหมาย
- 1.2 สาเหตุของการเกิดโรค
- 1.3 ลักษณะอาการผู้ป่วยจิตเภท
- 1.4 การรักษาผู้ป่วยจิตเภท

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลตนเอง

- 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของ โอเร็ม
- 2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง
- 2.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 3.1 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
- 3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

4. บทบาทของพยาบาลในการพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

- 4.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล
- 4.2 บทบาทในการให้ความรู้
- 4.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ
- 4.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษา

5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 5.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

- 5.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 5.3 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 5.4 บทบาทของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 5.5 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 5.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 6. แนวคิดในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 6.1 ความหมายของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 6.2 แนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 6.3 จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 6.4 แนวคิดการพัฒนากลุ่ม Marram
- 7. การติดตามทางโทรศัพท์
- 8. โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
- 9. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่พบได้มากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด และยังพบทุกกลุ่มประชากร ในระยะแรกใช้คำว่า Dementia praecox ต่อมาจิตแพทย์ชาวสวิสเซอร์แลนด์ชื่อ Eugen Bleuler ได้ใช้คำว่า Schizophrenia จึงได้ใช้คำนี้มาจนถึงปัจจุบันนี้ (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547)

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเข้าใจปัญญามักดีอยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive)

สมภพ เรื่องตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ที่ป่วยเป็นโรค จิตเภท

ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล

1.2 สาเหตุ Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.2.1. ปัจจัยทางชีววิทยา แบ่งเป็น

1) ด้านกรรมพันธุ์และองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษา ค้นพบว่าความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ที่มีความเกี่ยวข้องพันทางสายเลือด จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตมากขึ้น

2) ชีววิทยาของร่างกาย สรีระวิทยาของสมองและชีวเคมีของสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโต และระดับฮอร์โมนของร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจ

3) โรคของสมอง เช่น เนื้องอกของสมอง การอักเสบของสมอง โรคลมชัก รวมทั้งการได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เยื่อหุ้มสมองอักเสบ การที่สมองได้รับพิษของสารเสพติด เช่น เหล้า ฝิ่น ยาฆ่า กระทบ กาว ผงขาว ฯลฯ และการที่สมองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง เช่น ถูกตีที่ศีรษะ รถคว่ำ พยาธิสภาพของโรคดังกล่าว ทำให้เซลล์ของสมองถูกทำลาย และเกิดความเสื่อมของเซลล์สมอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของจิตได้

1.2.2. กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic) ของแต่ละบุคคลมีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจของคน ซึ่งเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่เชื่อว่า ทำให้คนเกิดปัญหาทางจิตใจ

1.2.3. สังคมและวัฒนธรรม ได้แก่ สภาพแวดล้อมที่เป็นปัญหาอยู่รอบตัวของบุคคล เช่น ปัญหาทางครอบครัว เช่นพ่อแม่แยกทางกัน หรือพ่อแม่ตาย ขาดการอบรมสั่งสอนที่ดี ฐานะทางเศรษฐกิจ ปัญหาทางเพศบางประการ หรือ ชีวิตสมรส / ชีวิตโสดที่มีปัญหายุ่งยาก

1.3 อาการวิทยาและอาการทางคลินิก

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาเช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1- 0.5 ต่อ 1000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1000 หญิงและชาย พบได้พอกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี

มีการแบ่งอาการออกเป็น 7 ประเภทใหญ่ ๆ (วีระ ไชยศรีสุข , 2533 : 103-108 ; มาโนช หล่อตระกูล , 2539: 55-56 ; สมภพ เรืองตระกูล , 2542 : 1) ได้แบ่งอาการของโรคจิตออกเป็น 7 ประเภท ดังนี้

1. มีความผิดปกติของสติสัมปชัญญะ (disturbance of consciousness) เช่น การเสียการรับรู้ในด้านเวลา สถานที่และบุคคล มีภาวะสับสน กระสับกระส่ายรู้สึกตัวน้อยหรือ ไม่ค่อยรู้สึกตัว
2. มีความผิดปกติของพฤติกรรมเคลื่อนไหว (disorders of motor activity) เช่น เคลื่อนไหวมากผิดปกติ วุ่นวาย ทำลายข้าวของ เคลื่อนไหวน้อยผิดปกติ หรือไม่เคลื่อนไหว
3. มีความผิดปกติของอารมณ์ (disorders of affect) เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย การแสดงออกของอารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ วิตกกังวลมาก เฉื่อยชา เฉยเมย จุนเจียว
4. มีความผิดปกติของความคิด (disorders of thought) แบ่งได้เป็น 2 ลักษณะคือมีความผิดปกติในเนื้อหาความคิด (disorders of content of thought) และมีความผิดปกติของรูปแบบความคิด (disorders of form of thought)
5. มีความผิดปกติของการรับรู้ (disorders of perception) เช่น มีอาการประสาทหลอน แปรภาพผิดเช่นเห็นเชือกเป็นงู หรือมีอาการหูแว่ว เป็นต้น
6. มีความผิดปกติของความจำ (disorders of memory) เช่น การสูญเสียความจำภายหลังเกิดเหตุการณ์ การสูญเสียความจำที่เพิ่งเกิดขึ้นหรือการลืมเหตุการณ์ช่วงใดช่วงหนึ่ง เป็นต้น
7. ขาดความสัมพันธ์กับโรคภายนอก มักแยกตัวอยู่ลำพัง ไม่พูดจากับใคร ไม่สนใจความสะอาดของตนเอง

1.4 การดำเนินของโรค ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้นการดำเนินโรคจะเกิดขึ้นช้าๆ แรกๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจนทำให้ผู้ดูแลไม่ได้สังเกตหรือเห็นความสำคัญและเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธีการดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่จะเปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบคือ (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536) หายขาด โดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก หายโดยกลับเป็นอีกหายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือเรื่อยๆ แต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นต้นว่าบ่งบอกความเรื้อรังของ ผู้ป่วยโรคจิต มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

1.4.1 การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

- 1) ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการมาหลายปีก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัว

เองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียน และขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ที่เป็โรจิตเภทจะมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ตามปกติลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมาไป จะเกิดการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ (Kaplan & Sadock, 1995) จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ที่เป็นโรจิตเภทจะเกิดการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz, Glazer, Mirza, Mostert, & Hafex, 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน

2) ระยะเวลาอาการกำเริบ (active phase) เมื่อเกิดอาการกำเริบจะเกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่ อาการกำเริบรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ที่เป็นโรจิตเภท มีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนานมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมาร่วมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ที่เป็นโรจิตเภท และครอบครัว รอคอยอาการนานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีสาเหตุ ส่งเสริมมาจากการซื้อยาเกินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al, 1989)

3) ระยะเวลาหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ยังป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิตจะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่เป็นโรจิตเภทที่เป็นครั้งแรก แล้วอาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มานิช หล่อตระกูล, 2543) ในระยะนี้ กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ที่เป็นโรจิตเภท มีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่ายและความเครียดนี้เองจะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่เป็นโรจิตเภท และมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตาย

1.5 การรักษาโรจิตเภท การรักษาแต่ละแบบตามระยะอาการดังกล่าวมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน การรักษาทั้ง 3 แบบ (มานิช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิชย์, 2543) ประกอบด้วย

1.5.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่เป็นโรจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้ คือ การควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ซึ่งเน้นจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อดูแลใกล้ชิดควบคุมเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยาหรือเพื่อวินิจฉัยโรค ช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัวลง และเพื่อสร้างสัมพันธ์ที่ดี ระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดการ

ดูแลต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคคลด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือยารักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้ง ตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนในประมาณ 2-3 สัปดาห์ ระหว่างรับการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้โดยการเปลี่ยนยาหรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมไปด้วย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีอาการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมเคลื่อนไหว แบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานอาหารและน้ำการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสื่อสารประสาทเช่นเดียวกับการรักษา ด้วยยาการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา การรักษาจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน ในระหว่าง 1-2 ชั่วโมง การรักษาด้วยไฟฟ้ามักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดลอม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วยโดยมีการจัดสิ่งแวดลอมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่สามารถควบคุมเองได้ อาจใช้การผูกยึดและจำกัดบริเวณ หรือ พิจารณานัดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจเยี่ยมผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกยึดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.5.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิต มี 2 ลักษณะคือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัด โดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมได้

2) การบำบัดทางพฤติกรรม โดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ก้าวร้าวแยกตนเอง ไม่ดูแลสุขภาพอนามัยส่วนบุคคล และซึมเศร้า เป็นต้น เพื่อปรับพฤติกรรมด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การเสริมแรง การฝึกกล้าแสดงออก การจัดความรู้สึกร้อยอย่างเป็นระบบ และการเรียนรู้จากตัวแบบ

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ที่เป็โรคจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วมตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติ จะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึก ที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวันซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดเน้นการให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท และวิธีปฏิบัติการดูแลจะช่วยให้เป็นอย่างยิ่ง

1.5.3 การรักษาพยาบาลในระยะอาการคงที่ หลังจากอาการทางจิตสงบลงแล้ว ผู้ป่วยยังจำเป็นต้องได้รับยาต่อเนื่อง แต่ไม่จำเป็นต้องรักษาในโรงพยาบาล ในระยะนี้เป็นระยะที่กลับสู่ชุมชน เมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทอยู่ในระยะอาการคงที่ สามารถดูแลตนเองได้ แพทย์พิจารณาจำหน่ายกลับบ้าน ฉะนั้นการดูแลรักษาในระยะนี้เน้นการดูแลตนเองโดยปฏิบัติตัวให้ถูกต้องในชีวิตประจำวันไม่ขัดต่อสภาพการเจ็บป่วย ปรับตัวต่อภาวะเจ็บป่วยได้ และในบางรายญาติต้องช่วยดูแลผู้ป่วยด้วยเพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ รวมทั้งให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในครอบครัวได้มีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เนื่องจากผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การรักษาแบบคงสภาพ (maintenance treatment) เป็นสิ่งสำคัญมาก ในการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ (relapse) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใหม่ (rehospitalization) ในระยะนี้ผู้ป่วยอาจได้รับยาที่มีฤทธิ์ยาว (long-acting antipsychotic drugs) ซึ่งออกฤทธิ์ได้นาน 2-4 สัปดาห์ ต่อการฉีด 1 ครั้ง ระยะเวลาในการรักษาส่วนใหญ่เน้นครั้งแรก หลังจากอาการดีขึ้นแล้วให้ยาต่อไปอีก 1 ปี หากอาการกำเริบครั้งที่ 2 ควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี เป็นต้นหากเป็นบ่อยกว่านี้ต้องให้ยาต่อเนื่องไปตลอด (มาโนช หล่อตระกูล, 2543)

2. แนวคิดเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง

2.1 ความหมายของพฤติกรรมดูแลตนเอง

Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นกิจกรรมที่เรียนรู้ว่ามีเป้าหมายของบุคคลเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นระหว่างการดำเนินชีวิตประจำวัน โดยบุคคลจะจัดการกับตนเองหรือสิ่งแวดล้อมเพื่อควบคุมปัจจัยที่มีผลกระทบต่อพัฒนาการ การดำเนินชีวิต สุขภาพหรือความผาสุก

Orem (2001) กล่าวว่า การดูแลตนเองหมายถึง การปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้

ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสุด

สรุปได้ว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคล ตั้งใจกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

2.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเร็ม จากความหมายข้างต้นจะเห็นว่า บุคคลจำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการกระทำหน้าที่และพัฒนาการตลอดจนความผาสุกที่จะเกิดขึ้น โอเร็มได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (สมจิต หนูเจริญกุล, 2539)

2.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้ การคงไว้ซึ่งอาหาร น้ำ อากาศที่เพียงพอโดยการบริโภคอาหารน้ำ อากาศให้เพียงพอกับการทำหน้าที่ของร่างกาย การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายของเสียและการระบายให้เป็นไปตามปกติ การรักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน การรักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การป้องกันอันตรายต่าง ๆ ต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพส่งเสริมการกระทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

2.2.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจากกระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตรการเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดา มารดา หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปที่ปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่าง คือ ก) การพัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างคลอด วัยทารก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่และวัยชรา ข) การดูแลตนเองเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาอารมณ์เครียดหรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการขาดการศึกษา ปัญหาการปรับตัวทางสังคม การสูญเสียญาติมิตรความเจ็บป่วย ความพิการ การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต ความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้ายและการตาย

2.2.3 การดูแลตนเองตามภาวะการเบี่ยงเบนทางสุขภาพเป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วยได้รับอันตราย มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมหรือนิสัยในการดำเนินชีวิตประจำวันเช่นอารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เกือบนำชีวิตสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้นการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีดังนี้คือ ก) การแสวงหาและคงไว้ ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม ข) การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรค ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะ หรือสถานการณ์ต่างๆตลอดจนผลกระทบที่

มีต่อพัฒนาการของตนเอง ค) การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา ฟันฟูอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อป้องกันไม่ให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการ และความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่บกพร่องไป ง) การรับรู้ และสนใจดูแล ป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา หรือจากโรค จ) การปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วยและการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น ช) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ ส่งเสริมการพัฒนาของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่แท้จริง ซึ่งจะเห็นว่าการดูแลตนเองในประเด็นนี้ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆเข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัยและการรักษาต่อการพัฒนาการตนเอง

2.3 องค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเอง

ตามแนวคิดของ Orem เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจ มีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกมีผลต่อการกระทำหน้าที่และกระบวนการพัฒนา หรือสนับสนุนให้มีความสุข เป็นการกระทำที่ลำดับเหตุการณ์และมีแบบแผน ในการสนับสนุนส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของ โครงสร้างการทำงานที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem , 2001 : 43)

Orem (1995) กล่าวว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นศักยภาพอันสลับซับซ้อนของบุคคลในการที่จะปฏิบัติกิจกรรม เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของบุคคล โครงสร้างของความสามารถในการดูแลตนเองมี 3 ระดับ

ระดับที่ 1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน เป็นความสามารถที่จำเป็นสำหรับการกระทำอย่างจงใจโดยทั่วๆ ไป คือ ความสามารถที่จะรู้ (knowing) กับความสามารถที่จะทำ (doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลกระทบต่อแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ

ระดับที่ 2 พลังความสามารถ 10 ประการ (ten power components) ซึ่งเป็นความสามารถที่เชื่อมการรับรู้ของบุคคลกับการกระทำอย่างจงใจเพื่อการดูแลตนเองไม่ใช้การกระทำโดยทั่วๆ ไป ได้แก่ ความสนใจและเอาใจใส่ตนเอง ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกาย การเคลื่อนไหว การใช้เหตุผลและแสวงหาความรู้ มีแรงจูงใจ มีทักษะในการ

ตัดสินใจใช้สติปัญญา สร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น ความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง และมีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองจนเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

ระดับที่ 3 ความสามารถในการปฏิบัติการเพื่อการดูแลตนเอง (capabilities for self care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็นและต้องการใช้ในการดูแลตนเองในขณะนั้นทันที เป็นการแสดงให้เห็นถึงความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลอย่างแท้จริง ประกอบด้วยกระบวนการที่เป็นขั้นตอน คือ การคาดการณ์ (estimative) การปรับเปลี่ยน (transitional) การลงมือปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเอง (productive self-care operations)

ในผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านกับครอบครัว การดูแลตนเองเป็นสิ่งที่สำคัญ เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป ซึ่งการดูแลตนเองนั้นต้องครอบคลุมในทุกๆ ด้าน ตั้งแต่การดูแลตนเอง ด้านอากาศ/อาหาร /น้ำ ด้านการขับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและ นันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นและด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ จึงจะทำให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวอย่างปกติสุขได้ แต่ถ้าเมื่อใดก็ตามที่ผู้ป่วยจิตเวช มีความบกพร่องในการดูแลตนเองในด้านใดด้านหนึ่งแล้ว ย่อมทำให้มีโอกาสกลับเป็นซ้ำและมีผลกระทบ ในด้านอื่นๆ ตามมาอย่างแน่นอน ดังนั้นการศึกษาถึงองค์ประกอบของพฤติกรรมดูแลตนเองจะ ช่วยให้พยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชมีแนวทางในการส่งเสริมและพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเอง ที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น

2.4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มักเสื่อมไปตามระยะเวลาการเจ็บป่วยของโรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องคอย กระตุ้น สนับสนุนให้ผู้ป่วยคงการดูแลตนเองไว้ให้มากที่สุด พฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านในการศึกษาครั้งนี้หมายถึง การกระทำ หรือการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน ที่เป็นผลดีต่อสุขภาพ ทำให้สุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ซึ่งผู้ศึกษาได้ทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มาใช้ในการศึกษา ส่วนใหญ่ พบว่า จะมีการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 หัวข้อ ดังนี้ (พรทิพย์ ธรรมวงค์, 2541 ; จินดารัตน์ พิมพิ์คิดและคณะ, 2542 ; รัชณี ศรีหิรัญ, 2544 ; กัลณิกา ศรีวงศ์วรรณ, 2547)

2.4.1 การดูแลตนเองด้านการใช้ยาและสารเสพติด เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติ กิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการรับประทานยาต้าน โรคนจิตและสารเสพติด การรักษาด้วยยาเป็นวิธีการรักษาที่ใช้มากที่สุด เนื่องจากเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพในการควบคุมอาการทางจิตของผู้ป่วยและป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แต่ก็ยังพบว่ามีผู้ป่วยจิตเภทเป็นจำนวนมากที่ไม่ยอมรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การรักษาด้วยยาด้าน โรคนจิตต้องรับประทานเป็นเวลานาน ส่วนมากในผู้ป่วยครั้งแรกหลังอาการทางจิตดีขึ้นแล้วควรใช้ยาต่อไปอีกประมาณ 1 ปี แต่ถ้าผู้ป่วย

อาการกลับเป็นซ้ำครั้งที่สองควรให้ยาต่อเนื่องไประยะยาว เช่น 5 ปี ถ้าเป็นนานมากกว่านี้ควรให้ยาต่อเนื่องตลอดไป (มาโนช หล่อตระกูล, 2539) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านโรคจิตดังนี้ ก) รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องตลอดระยะเวลาของการรักษา ข) ไม่ควรหยุดรับประทานยา ลดยาหรือเพิ่มยาเอง ควรขึ้นอยู่กับดุลยพินิจของแพทย์ ค) หาวิธีสำหรับตนเองที่จะไม่ลืมรับประทานยา เช่น กำหนดว่าต้องรับประทานยาหลังอาหารและทำให้เป็นนิสัย ถ้าลืมรับประทานยาให้รับประทานยานั้นทันทีที่คิดได้ แต่ถ้าใกล้เวลาของยามื้อต่อไปไม่ต้องรับประทานยานั้นให้รับประทานยามื้อต่อไปตามปกติ สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่เกิดขึ้นและให้ปฏิบัติตัวตามคำแนะนำ สำหรับการดูแลตนเองด้านการใช้สารเสพติด มีการศึกษาจำนวนมากที่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการสูบบุหรี่มากถึง 3 ใน 4 ของผู้ป่วยโรคจิตทั้งหมด การสูบบุหรี่มีผลต่อการรักษาด้วยยา ทำให้ฤทธิ์ของยาลดลง เนื่องจากบุหรี่ทำให้อัตราเผาผลาญของยาเพิ่มมากขึ้นและทำให้เกิดอาการพาร์กินสัน (Parkinsonism) ดังนั้นในการรักษาจึงต้องเพิ่มขนาดของยาต้านโรคจิตให้สูงขึ้น (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนี้ มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคจิตติดสารเสพติดหรือสุราและผู้ป่วยจิตเภทมีความเสี่ยงที่จะติดสุรามากกว่าคนปกติถึง 3 เท่าโดยมีเหตุผลในการใช้เพื่อลดอาการข้างเคียงของยา ลดอาการซึมเศร้าและลดความวิตกกังวล จากการศึกษาพบว่าการติดสุรา ยาหรือสารเสพติดมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการทางจิตก่อให้เกิดอาการกำเริบและรุนแรง มีผลทำให้ต้องกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลและต้องใช้เวลาในการรักษาในโรงพยาบาลนานขึ้นกว่าเดิม (Boyd, 2000) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรปฏิบัติตัวด้านการใช้ สารเสพติดโดยหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติด

2.4.2 การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เป็นการกระทำหรือ การปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับวิธีการจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยจิตเภทอาจเนื่องมาจากความเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ผู้ป่วยจะรู้สึกวิตกกังวลกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นเช่น อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านโรคจิตเป็นระยะเวลานาน หรือความเครียดที่เกิดจากสาเหตุอื่น ดังนั้น เมื่อมีความเครียดเกิดขึ้น ควรมีการปฏิบัติตัวดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2545) ก) พิจารณาที่ตนเองก่อนต้องรู้ตนเองว่ากำลังเครียด ทบทวนหาสาเหตุของความเครียดว่าเกิดจากอะไร อาจปรึกษานักจิตที่ใกล้ชิดไว้วางใจได้หรือผู้เชี่ยวชาญทางสุขภาพจิตโดยตรง ต้องยอมรับสภาพความเป็นจริงของชีวิตในปัจจุบันและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนแก้ไขตนเอง ข) มีการเปลี่ยนแปลงสภาพการณ์ ที่ก่อให้เกิดความเครียด เช่น เดินหนีหรือย้ายสถานที่ รอให้สติอารมณ์สงบก่อนจึงเผชิญปัญหาใหม่ ค) มีการเปลี่ยนแปลงที่จิตใจ โดยรู้จักมองโลกในหลายแง่มุม รู้จักสร้างอารมณ์ขันให้กับตนเอง รู้จักให้อภัยและไม่ท้อถอย ง) มีการใช้เทคนิคการผ่อนคลายความเครียดเช่น การฝึกเกร็งและคลายกล้ามเนื้อ การฝึกการหายใจ การฝึกการทำสมาธิ การออกกำลังกาย

2.4.3 การดูแลตนเองด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับการทำงาน การศึกษา การใช้เวลาว่าง ผู้ป่วยจิตเภทควรมีการปฏิบัติ ดังนี้

ก) ด้านการทำงาน ควรมีการทำงานตามความรู้ความสามารถและความถนัดของตนเอง ควรพิจารณาเลือกงานที่มีการแข่งขันกันน้อยไม่เร่งรีบ เพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีความเครียดมากเกินไป

ข) ด้านการศึกษา ควรเลือกเรียนในสถานศึกษาที่เรียนไม่หนักมากเกินไป หลีกเลี่ยงสถานศึกษาที่มีการแข่งขันกันสูงซึ่งอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยก่อให้เกิดความเครียดได้

ค) ด้านการใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ ควรหาเวลาพักผ่อนหลังจากทำงานประจำเช่น ฟังเพลง ดูโทรทัศน์ รดน้ำต้นไม้ หางานอดิเรกที่เกิดประโยชน์ต่อตนเองและครอบครัวที่ตัวผู้ป่วยมีความสนใจ เช่น การปลูกพืชผักสวนครัว การปลูกดอกไม้ การเลี้ยงสัตว์ การเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์กับเพื่อนบ้าน ชุมชนในเทศกาลต่าง ๆ

2.4.4 การดูแลตนเองด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการกระทำหรือการปฏิบัติกิจกรรมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเภท เกี่ยวกับการสังเกตอาการการเปลี่ยนแปลงของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทอาจมีอาการกลับเป็นซ้ำได้ ดังนั้น ผู้ป่วยต้องสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองเพื่อรับการตรวจรักษาได้แก่ ก) สังเกตอาการหูแว่ว ถ้ามีบ่อยครั้งมากขึ้น จนรู้สึกรำคาญ และหวาดกลัวหวาดระแวงกลัวจะถูกทำร้าย ควรบอกให้ญาติทราบและรีบมาพบแพทย์ ข) นอนมากเกินไปไม่ยักนอนหรือ นอนหลับยาก ไม่สนใจความสะอาดของร่างกาย เมื่ออาหารหรือรับประทานอาหารมากเกินไป ควรบอกให้ญาติทราบและรีบมาพบแพทย์ ค) มีอารมณ์หงุดหงิด โมโหง่าย อารมณ์เปลี่ยนแปลงไป ซึมลง แยกตัวไม่ยักพูดคุยกับใครหรือพูดมากขึ้น ควรบอกให้ญาติทราบและรีบมาพบแพทย์

2.5 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง ตามแนวคิดของโอเร็ม ปัจจัยของบุคคลที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเอง มี 10 ประการ (Orem, 1995) ดังนี้ คือ

2.5.1 อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พฤติกรรมการดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา (Orem, 1995)

2.5.2 เพศ ความแตกต่าง ระหว่างเพศชาย และเพศหญิง ในด้านร่างกายและจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของ Van Dogen (1997) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตต่อยาด้าน โรคจิตจำนวน 92 รายพบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาด้าน โรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิงจะมีทัศนคติที่ดีและให้ความร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้งการรักษาดีกว่าเพศชาย

2.5.3 ระยะพัฒนาการ ในแต่ละวัยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่าง กันเช่น ในวัยเด็กอาจจะยังดูแลตนเองไม่ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองลดลง ผู้ใหญ่เป็นผู้ที่มีพัฒนาการสูงสุดมีวุฒิภาวะสามารถดูแลตนเองได้ แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งในวัยผู้ใหญ่นั้นการสนับสนุนจากคู่สมรส เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Brown et al. (1972) อ้างในรัชณี ศรีหิรัญ (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรส มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด

2.5.4 ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตลอดจนภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ซึ่งหลังจากควบคุมโรคให้สงบระยะหนึ่งโรคจิตอาจมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ ผู้ที่เป็นโรคจิตที่กลับป่วยซ้ำบ่อยๆจะยังมีความผิดปกติมากขึ้น ซึ่งทำให้การดูแลตนเองยุ่งยากมากขึ้น (จันทร์ประภา ไชยรักษ์และคณะ, 2536)

2.5.5 สังคม วัฒนธรรมเนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้เจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมค้อยเป็นตราบาป ครอบครวัไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ ในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทระยะที่มีอาการหลงเหลือ้นั้นสังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก เพราะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จะทำให้แยกตัวมากขึ้นหมกมุ่นกับความคิดของตนเอง ไม่รู้ว่าจะพูด หรือสื่อสารบอกความต้องการกับใคร ขาดทักษะทางสังคม เกิดความ ดิ่ง เกรียด สิ่งเหล่านี้จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำบ่อยๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ จนกระทั่งไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้ในที่สุด

2.5.6 ระบบบริการสุขภาพและการดูแลด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบันเปลี่ยนไปจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องเอื้ออำนวยโดยมีการจัดระบบส่งต่อ จัดบริการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งระบบบริการดังกล่าวนี้ว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สถานบริการใกล้บ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น ถ้าระบบบริการในชุมชนมีความเข้มแข็งพอ และมีประสิทธิภาพสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะลดภาระค่าใช้จ่ายลง สะดวก ลดเวลาการเดินทาง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ระยะยาว

2.5.7 ระบบครอบครัว ความรักความผูกพันในครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ที่สำคัญมากเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะในภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อให้ตนเองเกิดความมั่นใจ ในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ต้องอยู่กับโรคเรื้อรังและยาวนานเกือบ

ตลอดทั้งชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านนั้น การสนับสนุนจากระบบครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยมาก

2.5.8 แบบแผนชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะมี แบบแผนชีวิตการดูแลตนเองที่ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบทั้งด้านร่างกายและจิตใจในด้านต่างๆ เช่น ด้านโภชนาการ การพักผ่อนนันทนาการ การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การจับจ่ายปกติ การเข้าสังคมปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับภาวะการเจ็บป่วยเช่นในเรื่อง การรับประทานยา ถ้าผู้ป่วยสามารถปรับแบบแผนชีวิตในเรื่องดังกล่าวได้ ก็จะทำให้ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือล้มรับรับประทานยา การปรับแบบแผนชีวิตดังกล่าวจะส่งเสริมให้มี การป้องกัน การป่วยซ้ำและฟื้นฟูให้กับสู่สภาพเดิม

2.5.9 สภาพแวดล้อม ความแตกต่างของสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อวิธีการดูแลตนเองที่แตกต่างกันในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่บ้านจะต้องมีการปรับตัว ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีอาการหลงเหลือต้องดูแลตนเองมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ต้องปรับวิธีการดูแลตนเองเช่น พัฒนาการเรียนรู้วิธีการปรับตัว การเผชิญกับปัญหาความเครียด การอยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้านและชุมชนใกล้เคียงให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยยังคงมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.5.10 แหล่งประโยชน์และทรัพยากร การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทที่มีความรุนแรง เป็น โรคเรื้อรัง เสียค่าใช้จ่ายสูงต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง แหล่งประโยชน์เหล่านี้จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ สามารถพัฒนาได้เต็มตามศักยภาพและยังเป็นแหล่งให้ความหวังและกำลังใจที่จะมีชีวิตอยู่ ดูแลตนเองได้

2.6 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 หัวข้อ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536; พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541; จินดารัตน์ พิมพ์ดีดและคณะ, 2542; จันทรา ธีระสมบุญ, 2542; Carson, 1995; Hunter, 2000) คือ

2.6.1 การดูแลตนเองด้านการใช้จ่ายทางจิต โดยมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะเห็นได้จากการศึกษาของสุริรัตน์ โบริส (2535) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภทและการบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยโดยศึกษา 3 ด้านคือ ตัวผู้ป่วยเอง ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติของญาติต่อการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล สัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป ทัศนคติความพร้อมของญาติต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการทางจิตญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน 1-2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแลญาติส่วนมากมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง การ

รับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วนสาเหตุการกินยาไม่ครบถ้วนคือ ไม่ยอมกินยา ญาติควบคุมไม่ได้ หยุดกินยาเอง คิดว่าตนเองหายขาด ขาดคนดูแลเอาใจใส่ เรียงลำดับจากมากไปน้อย การมารับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยมารับการรักษาตามทัศนคติต่อการเจ็บป่วยญาติส่วนใหญ่คิดว่าไม่หายขาด ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยและการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีต่อญาติ ญาติมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วยแต่ทัศนคติด้านลบค่อนข้างมาก

2.6.2 การดูแลด้านสุขภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย (สมจิตต์ ลูประสงค์และคณะ, 2538) และจากภาวะพฤติกรรมถดถอย / ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

2.6.3 ด้านการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ผลจากการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ผลจากการไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน หิด ผู้ป่วยจิตเวชมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรกและอาจทำให้เกิดบาดแผลได้ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

2.6.4 ด้านการป้องกันการกลับซ้ำพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา (เพลินพิศ จันทรศักดิ์และคณะ, 2539) ทำให้เกิดอาการกำเริบจะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องในเรื่องของพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไขเพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดผลกระทบอื่นๆ

3. การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ปัญหาและความต้องการการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การที่ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ ส่งผลให้มีการแสดงออกซึ่งพฤติกรรมต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสม การดำเนินโรคเป็นแบบรุนแรงและเรื้อรังระยะเวลาในการเจ็บป่วยยาวนาน ซึ่งทั้งหมดนี้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยจิตเภทเอง ครอบครัวชุมชนและสังคม จะเห็นได้ว่าในปัจจุบันนโยบายในการรักษาผู้ป่วยทางจิตได้เปลี่ยนแปลงไป โดยเน้นที่การรักษาในโรงพยาบาล โดยใช้ระยะเวลาที่สั้นลง ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทได้รับการจำหน่าย ออกสู่ครอบครัวและชุมชนเร็วขึ้น ผู้ป่วยจำนวนมากต้องใช้ชีวิตอยู่ในชุมชน จากการทบทวนวรรณกรรมของนักศึกษาเกี่ยวกับสภาพการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีสภาพปัญหาของการดำเนินชีวิตในขณะที่อาศัยอยู่ในชุมชนดังนี้ สำหรับปัญหาที่พบขณะที่ผู้ป่วยต้องดำเนินชีวิตในชุมชนนั้น จากการศึกษานของ Davis (1992) อังโนดารา ศัตรูลีและคณะ (2539) ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับการกระทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการทำหน้าที่ทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวชเมื่อกลับไปอยู่ใน

ครอบครัวและชุมชนยังมีลักษณะของการเป็นผู้ป่วยโรคจิต มีความยุ่งยากในการทำกิจกรรมทางสังคมมีลักษณะต้องพึ่งพาผู้อื่น ไม่มีเพื่อน มีนิสัยทางสังคมไม่ถูกต้องผู้ป่วย ร้อยละ 33-37 ไม่สามารถพบปะผู้อื่น ได้โดยไม่แสดงพฤติกรรมที่แปลกๆ ผู้ป่วยร้อยละ 20 มีนิสัยการรับประทานที่ไม่เรียบร้อยและปฏิเสธการรับประทานอาหารร่วมกับสมาชิกอื่นในครอบครัว มักใช้เวลาว่างในการนั่งเฉย จะถูกจำกัดอยู่ที่การดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ ซึ่งไม่ต้องพบปะกับสมาชิกคนอื่น ถ้าจะไปก็ต้องไปกับสมาชิกในครอบครัว

3.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน (สุนีย์ เกี้ยวกิ่งแก้ว, 2544) เป้าหมายของการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน คือ การช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งการมีสุขภาวะที่ดีโดยให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมโดยการผสมผสาน กาย จิต สังคม จิตวิญญาณในสิ่งแวดล้อมที่อาศัยอยู่ ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาล ดังนี้

3.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาวะ (Pender, 2002 อ้างในสุภาณี วาจาดี, 2551) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะ แนวทางในการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ (เปรมฤดี คำรัศมี, 2545) ประกอบด้วย การเยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาวะของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัวและสมาชิกในชุมชน การกระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกันรวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจเพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันและส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย การเยี่ยมบ้านและให้การบำบัดการพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะ การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

3.2.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม

ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุขกิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภทและหรือครอบครัวเพื่อให้เกิดความไว้วางใจผู้ป่วยและหรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหาความต้องการและพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการรวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยได้

3.2.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหาตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพและลคโอกาสในการป่วยซ้ำโดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชนการจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น

4. บทบาทของพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นงานที่มีลักษณะเฉพาะเกี่ยวกับกระบวนการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ที่มีจุดมุ่งหมายสำคัญเพื่อการส่งเสริมและรักษาไว้ซึ่งพฤติกรรมที่ทำให้เกิดผลดีต่อการดำรงชีวิตประจำวันของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดี

4.1 บทบาทในการเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาลโดยทำการประเมินวินิจฉัยวิเคราะห์ ภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท จัดหาและให้การพยาบาลทั้งทางตรงและทางอ้อมโดยใช้ความรู้ ทางทฤษฎีพยาบาล ผลการศึกษาเป็นแนวทางในการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างปกติสุขและต้องคำนึงถึงวิถีชีวิตของผู้ป่วยในขณะวางแผนการพยาบาล โดยการประเมินแบบแผนในชีวิตประจำวันของผู้ป่วย แบบแผนการพึ่งตนเองและการพึ่งพาผู้อื่น ศักยภาพความแข็งแรง ความชอบไม่ชอบซึ่งจะช่วยให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตามแผนการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง (Lubkin, 1986)

4.2 บทบาทในการให้ความรู้ พยาบาลมีบทบาทในการเป็นผู้ให้การสนับสนุนชี้แนะให้บุคคลสามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ มาใช้ในการเยียวยาตนเองได้อย่างเหมาะสม นั่นคือต้องมีความสามารถในเชิงวิชาชีพ โดยใช้ความรู้ทั้งจากศาสตร์ทางการพยาบาลและศาสตร์สาขาอื่นมาใช้เพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับการตอบสนองของบุคคล ทั้งทางร่างกายที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการทำหน้าที่ของระบบต่างๆ การเกิด โรคและประสพการณ์การตอบสนองทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับ

สติปัญญา การรับรู้ ความรู้สึกนึกคิด การเผชิญปัญหาและความเครียดเหตุการณ์ในชีวิตและระบบครอบครัว (จอม สุวรรณ โณ, 2542)

4.3 บทบาทเป็นผู้บริหารจัดการ โดยเป็นผู้นำในการปรับปรุงระบบบริการพยาบาล สุขภาพจิตและจิตเวชให้มีคุณภาพการให้บริการพยาบาล จัดระบบบริการให้เหมาะสม โดยคำนึงถึงผลประโยชน์ที่ผู้รับบริการหรือผู้ป่วยจะได้รับ โดยเฉพาะระบบบริการพยาบาลที่จะช่วยพัฒนาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้พยาบาลยังต้องมีการตระหนักถึงการทำงานเป็นทีมร่วมกับบุคลากรอื่นๆ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับประโยชน์สูงสุดจากการดูแลนั้นคือ ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างปกติสุข

4.4 บทบาทของผู้ให้คำปรึกษาโดยพยาบาลสามารถให้คำปรึกษากับผู้รับบริการในด้านปัญหาสุขภาพและปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ โดยสามารถดำเนินการได้โดยอิสระและมีความเหมาะสมอย่างยิ่ง เพราะพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดมีโอกาสรับรู้เข้าใจความรู้สึกของผู้ป่วยได้ดีและสามารถสร้างสัมพันธภาพได้ง่าย เพราะจากลักษณะของงานพยาบาลที่เป็นงานที่ให้บริการและให้ความช่วยเหลืออยู่เสมอ หากพยาบาลละเลยบทบาทการเป็นผู้ให้คำปรึกษา จะทำให้ไม่สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้ครอบคลุมทุกด้าน เนื่องจากพยาบาลสามารถที่จะเชื่อมโยงความรู้ด้านต่างๆเข้ามาร่วมในการให้ความรู้เช่นทฤษฎีการพัฒนาบุคลิกภาพ การจัดการกับความเครียด เทคนิคการแก้ปัญหา เป็นต้น มีความสามารถและมีทักษะในการประคับประคองทางอารมณ์ ประกอบไปด้วย ทักษะการฟัง ความเข้าใจ ความเห็นใจ ความนับถือ การยอมรับและทักษะการเผชิญปัญหาทางอารมณ์ (กฤตยา แสงเจริญ, 2542)

5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

5.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคล ที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง กับพฤติกรรม เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิตช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบน และเจ็บป่วยทางจิต

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า เป็นการพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวุฒิภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการปกป้องการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น และพึ่งพาตนเองได้

อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย (2549) กล่าวว่า เป็นการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่บ้านและสังคม โดยผสมผสานการดูแลบุคคล ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งตนเอง สามารถเผชิญปัญหา ปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกัน เน้นการพัฒนาสุขภาพจิต และส่งเสริมการดำรงชีวิตที่มีคุณค่าในสังคมของผู้ป่วยและครอบครัว โดยมุ่งการดูแลที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต ในการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ การสนับสนุนการช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และชุมชนให้มีความสามารถในการปรับตัวและดำรงชีวิตอย่างมีความสุข มีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ

5.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พัฒนามาจากแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งเป็นรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้ (Pelletier, 1988; Klebnoff, 1989 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

- 5.2.1 ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 5.2.2 ลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล
- 5.2.3 พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 5.2.4 ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้มีความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว และผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5.2.5 ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 5.2.6 ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 5.2.7 เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 5.2.8 ประสานการติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว

5.2.9 เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัว เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้ยา การเผชิญกับปัญหาอย่างเหมาะสม

5.2.10 จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง

สรุปได้ว่า แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีลักษณะแบบผสมผสานด้านสุขภาพอนามัยแก่ผู้ที่มีสุขภาพที่ดี ผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพที่บ้าน โดยทีมสุขภาพทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ ซึ่งเป็นรูปแบบของการให้บริการที่บ้านและในชุมชน เพื่อให้รับบริการบริการที่มีคุณภาพ เน้นการบริการสำหรับผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เชื่อมโยงการดูแลรักษาจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยโดยตรง มีการติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมความร่วมมือ และการพึ่งพาตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว และชุมชน อีกทั้งยังมีผลทางอ้อมในการช่วยลดจำนวนผู้ป่วยที่กลับเข้ามารักษาในโรงพยาบาลอีกด้วย

5.3 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การจัดกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาลดังนี้

5.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพะ ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาล ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคล และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพะ แนวทางในการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีดังนี้ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545)

1) การสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที

2) การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพะของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัวและสมาชิกของชุมชน

3) กระตุ้นให้ผู้ป่วย และครอบครัวได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย

4) การดูแลที่บ้านและการบำบัดการให้การพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

5) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

6) การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

5.3.2 การดูแลที่บ้าน (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหาผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากการเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา สามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงได้ต่อไป

2) การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้เข้าใจสถานภาพและปัญหาของตน ตระหนักรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่นการทักทาย การแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหา เพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือ โดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้กำลังใจ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัวเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสมและสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค อาการทางจิต ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการ

ข้างเคียงของยา ความสำคัญและความจำเป็นในการรับประทานยา การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เมื่อเกิดภาวะเครียดจะทำอย่างไร การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การแนะนำครอบครัวในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย เป็นต้น

4) การป้องกันภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยเร็ว ลดภาวะความเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วยและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น รวมทั้งทรัพย์สินต่างๆ โดยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหาและเรียนรู้แผนในการแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัว ในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน โดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งช่วยเหลือและการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

5.3.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนประเมินติดตามผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพและลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรมกิจกรรมในชุมชน

5.4 บทบาทของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตาตลอดจนมีความอดทนต่อผู้ป่วย ชะฤทธิพงษ์ศอณูศรี (2536) ได้กล่าวถึงเหตุที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

5.4.1 ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานที่สุด และมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นๆผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่รู้ปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่นๆ

5.4.2 บ้านถือเป็นสังคมแห่งแรกของผู้ป่วยและเป็นแหล่งลอมพฤติกรรมที่ดีแก่ผู้ป่วย

5.4.3 การรักษาโรคทางจิตไม่เหมือนการรักษาโรคทางกายการรักษาโรคทางจิตจำเป็นต้องใช้กลวิธีในการช่วยลดปัญหาของผู้ป่วยและปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่นๆในครอบครัวการหมั่นมาปรึกษากับแพทย์บุคลากรจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นได้มากกว่าการปล่อยปัญหาทิ้งไว้เฉยๆ และอาจเป็นทางหนึ่งที่จะลดภาวะความเดือดร้อนของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวได้

5.4.4 ผู้ดูแลหรือญาติเป็นผู้รับภาระในด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยป่วยเรื้อรังยิ่งทำให้ผู้ดูแลและญาติเดือดร้อนในการรับภาระค่าใช้จ่าย

5.5 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภทเป็นโรคที่เรื้อรัง (APA , 1994 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลรวมทั้งครอบครัวจนตลอดชีวิต และ ร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆหายๆ และจากการนำนโยบายการจำหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้องรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่ง Horowitz (Horowitz , 1982 cite in Davis, 1992 อ้างถึงใน ครุณี คชพรหม, 2543) ได้กล่าวถึงการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

5.5.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือผู้ดูแลต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วยทำเองไม่ได้ หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจกระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และกิจวัตรประจำวันของผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความบกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการอาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ

2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆน้อยๆภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตนเองได้แต่จะทำให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือกิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้า แยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานจะทำให้ผู้ป่วยหันเหความสนใจไปอยู่ที่การทำงานได้

3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยาสม่ำเสมอจะสามารถควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อหน่าย คือ ขัดขืน ไม่รวมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอยกระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน และติดต่อกับโรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา

4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลาจะทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มีคุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีภาระทางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ย่อยง่าย รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก

5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้านการแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วย ปฏิบัติตนให้เหมาะสม ถูกกาลเทศะ

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้องคอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน ซุดดิน คายหญ้า จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น ทำให้ร่างกายแข็งแรง

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ ไหว้พระ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

5.5.2 การประคับประคองด้านอารมณ์และจิตใจ (emotional and psychological support) ผลจากการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงด้านต่างๆเกิดขึ้นในชีวิต เช่น ว่างงาน ขาดการติดต่อกับสังคมภายนอก เสียภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะถ้าผู้ป่วยมีบทบาทเป็นหัวหน้าครอบครัว เคยประกอบอาชีพมีรายได้ค่าจุนครอบครัว เมื่อป่วยทำให้สูญเสียรายได้และสถานภาพทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป การดูแลด้านจิตใจผู้ดูแลต้องพยายามส่งเสริมให้ผู้ป่วยยอมรับความเป็นจริงให้มากที่สุด การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจแก่ผู้ป่วยประกอบด้วย

1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควร

ปลอดภัยให้กำลังใจผู้ป่วยให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆสำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่ายโดยการลด หรือขจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

5.5.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับคำปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

5.5.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดจนต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

5.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พยาบาลจิตเวชเมื่อมาปฏิบัติงานในชุมชนเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ย่อมจะมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม จะมีกิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม แต่การปฏิบัติงานในชุมชน การให้บริการพยาบาลให้กับคนหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นผู้ป่วยเป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสาน ร่วมงานบริการกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะกับทีมจิตเวชเท่านั้น เพราะเหตุนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวช จึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวชทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ (Specialist) (อุบล นวัตกรรม, 2527)

5.6.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

1) บทบาทของผู้บำบัดขั้นต้น (Primary Therapist) หมายถึง การให้การบำบัดรักษาแก่ผู้ป่วยซึ่งมีอาการไม่รุนแรงและไม่ซับซ้อน หรือเป็นการบำบัดเพื่อการส่งต่อแก่ผู้ที่มีความชำนาญมากกว่า โดยใช้รูปแบบการบำบัดอย่างย่อ (short term therapy)

2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator) นอกจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวชนับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรมเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย มากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้การพยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่น ๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบัน

พยาบาลจิตเวช อาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคคลอื่นที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Education) พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่าง ๆ ทางการศึกษาพยาบาลจิตเวช

4) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker) เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชนมีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันปัญหาทางจิตเวชพยาบาลจิตเวชควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator) พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดการจัดลำดับความสำคัญ และแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6) บทบาทผู้นิเทศและผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant) พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การสนับสนุน ปรึกษา ประคับประคอง สอนบุคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางสู่เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติ เมื่อปัญหาทางสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่วไป

7) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถานบัน (Role of Psychiatric Nurse) พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถานบันอีกบทบาทหนึ่งที่จะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

5.6.2 แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบมากที่สุด และมีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่น ปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภท คือ การเผชิญกับความบกพร่องและขาดความสามารถในการดูแลตนเอง ที่ส่งผลกระทบต่อทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัว เป้าหมายหลักของการพยาบาลจึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยจึงต้องให้การดูแล “บุคคล” สำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) ดังนี้

1) เน้นให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการฝึกปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งรวมถึงจิตสังคมและวิญญาณ

2) คำนี้ถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่กับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ ให้ความใส่ใจต่อการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้น ๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนอีกด้วย

3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพการพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัว และชุมชนทั้งในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือ การช่วยให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้วยการช่วยเหลือดูแลบำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรค การฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้นหรือรักษาระดับของการฟื้นฟู (Recover or Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

ในสภาพของการปฏิรูประบบบริการสุขภาพที่มุ่งพัฒนาระบบบริการพยาบาล โดยคำนึงถึงประสิทธิภาพและความคุ้มค่าในการบริการควบคู่กันไป ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่ เพื่อให้เกิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่สมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and Education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเองเพราะตัวผู้ป่วยเองเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเองเป็นอย่างไร และควรเลือกอะไรสิ่งสำคัญที่สุดคือการให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) จะต้องตั้งเป้าหมายร่วมกับผู้รับบริการ โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมกับผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกันเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย (Working Together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

5.6.2 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลแบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ

จากคำจำกัดความและแนวคิดดังกล่าวนำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท กล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยในด้าน การส่งเสริม ป้องกันบำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี ซึ่งการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชครอบคลุมกับสมรรถนะและบทบาทของพยาบาลผู้ปฏิบัติงานในขั้นสูง (Advanced Practice Nurses Competencies and Roles) ประกอบด้วย (Hickey, J.V. et al., 1999)

- 1) การเป็นผู้ชำนาญทางด้านการปฏิบัติการพยาบาล (expert clinical practice)
- 2) การมีทักษะการสอน อบรม และแนะนำความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว (education)
- 3) การเป็นที่ปรึกษา (consultation)
- 4) การประสานงาน ทั้งในสาขาวิชาชีพเดียวกัน ต่างสาขาวิชาชีพ (collaboration)
- 5) บทบาท change agent
- 6) การเป็นผู้นำ และผู้เชี่ยวชาญทางคลินิก (clinical and professional leadership)
- 7) การใช้ผลงานการวิจัย (researcher) เพื่อพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาล
- 8) บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม (ethical)
- 9) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล (evaluation of outcomes)
- 10) การประกันคุณภาพ (quality assurance) ทางพยาบาล

การดำเนินโครงการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะ และกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูง ด้านสุขภาพจิตและจิตเวชในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรงโดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นำข้อมูลด้านระบาดวิทยาสถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในการสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ ให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมและการเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม เพื่อวางแผนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ความคิด ความเชื่อ การรับรู้และการปรับพฤติกรรมเผชิญปัญหาซึ่งมีความแตกต่างในแต่ละบุคคล ดำเนินการโดยใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยมีกรอบแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยต่างๆ เป็นแนวทางในการปฏิบัติซึ่งประกอบด้วยการสร้างสัมพันธภาพ การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาจิต การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ และการประเมินผล

2. ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแก่ผู้ป่วย ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ความคิดในการเผชิญปัญหา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท กระบวนการคิดในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท การบำบัดแนวทางการบำบัดทางความคิด การฝึกใช้เทคนิคการปรับเปลี่ยนความคิดหลักการแก้ไขปัญหา เรียนรู้วิธีการคิดแบบใหม่ ฝึกใช้เทคนิคการเผชิญปัญหา ซึ่งในการสอนและฝึกทักษะต้องใช้เทคนิคหลากหลายเช่นการสาธิต การทดลองปฏิบัติในสถานการณ์สมมุติ ในแต่ละขั้นตอนต้องมีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย

3. ด้านการให้คำปรึกษาเป็นที่ปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกี่ยวกับการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท ช่วยให้ผู้ป่วยได้สำรวจปัญหารวมถึงพฤติกรรมแบบแผนการแก้ปัญหาของตน พัฒนาหรือแสวงวิธีแก้ปัญหา ปรับวิธีการคิดและปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลัก มีกำลังใจที่จะดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

4. ด้านการประสานงาน ประสานงานกับ โรงพยาบาลทำซ้ำ คือผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โดยชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์และวิธีการดำเนินงาน เพื่อประสานขอความร่วมมือ อำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5. ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ในการแก้ปัญหาพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่เหมาะสม ส่วนใหญ่จะใช้วิธีสนับสนุนและให้ความรู้ ภายหลังการดำเนินการศึกษา มีการพัฒนาคุณภาพบริการ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการ มีความตระหนักในบทบาทเรื่องการเสริมสร้างพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เหมาะสม เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบ และการกลับเป็นซ้ำ

6. ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาปรากฏการณ์ในชุมชน และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องช่วยสนับสนุนและให้ความรู้ เพื่อให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสมของผู้ป่วยจิตเภท เพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท ทบทวนงานวิจัยที่วิเคราะห์ปัจจัยทำนาย หรือปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลตนเองในผู้ป่วยจิตเภท ร่วมกับประสบการณ์ตรงจากผู้ป่วยค้นหาวิธีการที่เหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชนทำซ้ำ จากงานวิจัยที่เป็นการศึกษาเชิงทดลองเกี่ยวกับผลของการบำบัดในรูปแบบต่างๆในการพัฒนาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภททั้งในและต่างประเทศมาเป็นแนวทางในการคัดเลือก ร่วมกับการศึกษาทฤษฎีต่างๆมาประยุกต์ใช้ในการกำหนดกรอบแนวคิดและ โปรแกรมการบำบัด

6. แนวคิดในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

6.1 ความหมายของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน การให้ความรู้และ ปรึกษาประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึงกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอันมีผลให้ บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติก่อให้เกิด สุขภาพที่ดีเป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความ คิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ จากการศึกษาที่ได้รับรู้ที่ ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์ , 2546)

6.2 แนวคิดการให้ความรู้และปรึกษาประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน Orem (1991) กล่าวว่า ระบบ การพยาบาล (nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อ ปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ของผู้ป่วย ระบบพยาบาล จะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ และลงมือ กระทำเพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเอง รวมทั้งปรับการใช้ และ พัฒนาความสามารถของ ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล แบ่งตามความสามารถของบุคคล ใน การควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ (Control of movement and manipulatim) ซึ่งแบ่ง ออกได้เป็น 3 ระบบคือ 1) การพยาบาลระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) 2) การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system) 3) การ พยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system)

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) การ พยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีความสามารถที่จะปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเอง และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดย การให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแลและกระทำการดูแลตนเองโดยผู้ป่วย จะ ได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบ ตามแนวคิดของ โอเร็ม Orem (1991) ดังนี้

6.2.1 การชี้แนะ เป็นวิธีการที่พยาบาลชี้แนะให้ผู้ป่วยเลือก เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ ต้องตัดสินใจ โดยที่พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วย เป็นเพียงแต่ให้ในรูปแบบต้องการ แนะนำ การบอกแนวทาง การให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปรับ ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับการสนับสนุน

6.2.2 การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการ ส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติ กิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้อยู่ในภาวะเครียด หรือ ความทุกข์ทรมานจากโรค สามารถควบคุมหรือจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ด้วยวิธีการ

สนับสนุนด้วย คำพูด กิริยา ท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ โดยพยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเหมาะสม

6.2.3 การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้ และได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง การปรับเปลี่ยน เจตคติ คุณค่า การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยน อัตมโนทัศน์และพัฒนาทางด้านร่างกาย โดยพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้รับคำแนะนำ และสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การจัดทำเอกสารหรือ หนังสือ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทอ่านที่บ้าน

6.2.4 การสอน วิธีนี้เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเอง การสอนสิ่งต่างๆ เพิ่มให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดรวมถึงให้ผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ต้องตัดสินใจ กระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หลักในการสอนผู้ป่วยดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2534)

- 1) ควรสอนในสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องเรียนรู้ เนื่องจากผู้ป่วยบางคนมักจะมีการเรียนรู้การดูแลตัวเองบางอย่างมาแล้ว
- 2) เนื้อหาที่จะสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็นกิจกรรมที่ต้องคิดแปลง หรือเสริมสร้าง ความรู้สึกรู้จักคิด และการกระทำ
- 3) ความพร้อมของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการที่จะเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วย ไม่สามารถควบคุมอาการของโรค มีอาการอ่อนเพลียได้ ยากล่อมประสาท มีภาวะเครียดมากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ย่อมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้
- 4) การเรียนรู้จะมีเพิ่มมากขึ้นควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการฝึกปฏิบัติการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งจะกระทำได้โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อเพิ่มการเรียนรู้ พยาบาลไม่เพียงสอนหลักการให้ผู้ป่วย แต่จะต้องให้ผู้ป่วย ทราบว่าจะต้องทำอะไร ให้ผู้ป่วยได้ฝึก และเรียนรู้ความผิดพลาดว่า ผิดตรงไหน เพราะเหตุใด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการเรียนรู้และจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น
- 5) การประเมินโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะช่วยในการเรียนรู้ของผู้ป่วยและปรับพฤติกรรม โดยผู้ป่วย และพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ผู้ป่วยต้อง ได้รับการประเมินถึง

ความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายในการเรียนรู้ และการให้คำชม และการให้กำลังใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดี

6.3 จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพที่ดี ต้องการให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติ และมีรูปแบบการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาพอนามัยดี สามารถใช้วิจารณญาณและความรอบรู้ในการเลือกใช้บริการต่าง ๆ ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการตัดสินใจร่วม เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง โดยสรุป จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ คือ การพัฒนาบุคคลโดย

1. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก รู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีส่วนร่วม ในวิถีทางการดำเนินชีวิตของชุมชนอย่างสร้างสรรค์ และมีเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่ดี
3. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีความเชื่อมั่นในการพัฒนา และพึ่งพาตนเอง
4. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ได้รับข้อมูล ความรู้ ทางสุขภาพอยู่ตลอดเวลา
5. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีความรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพ และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และชุมชนได้
6. ให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก มีความรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพ และดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัว และชุมชนได้

นอกจากนี้จุดมุ่งหมายของพยาบาล ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีนั้น มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Knowledge) หมายถึง การสอน การแนะนำให้ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. เจตคติด้านสุขภาพ (Health Attitude) หมายถึง การสอน อธิบาย การให้เหตุผล ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้ประชาชนมีเจตคติและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม
3. การปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health Practice) หมายถึง การนำเสนอแนวทาง วิธีการ และการกระทำ เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

6.4 แนวคิดการให้ความรู้แบบกลุ่ม

6.4.1 แนวคิดการพัฒนากลุ่มของ Marram (1978)

Marram (1978) แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1) ระยะเริ่มต้น หรือระยะสร้างสัมพันธภาพ (Introductory Phase) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกในกลุ่มและสร้างสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน ผู้นำจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้กับสมาชิกในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม แสดงให้เห็นทั้งคำพูดและการกระทำว่าต้องการช่วยเหลือสมาชิกอย่างจริงจัง อธิบายให้กลุ่มเข้าใจวัตถุประสงค์ของการทำกลุ่ม ระยะเวลา สถานที่ และแนวทางในการภาคปฏิบัติของสมาชิกกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรส่งเสริมให้สมาชิกกลุ่มแสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ อยู่ในสภาพแวดล้อมที่เป็นมิตร และมีความมั่นคงปลอดภัย

2) ระยะดำเนินการ (Working Phase) เป็นระยะที่สมาชิกมีความไว้วางใจและมั่นใจ ในกลุ่มมีความใกล้ชิดสนิทสนม กล่าวระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์เปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกมุ่งสนใจที่ปัญหา ยอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไข และเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน ระยะนี้สมาชิกกลุ่มจะมีบทบาททั้งการเป็นผู้ให้และผู้รับ จะรู้สึกว่าตนเองมีค่า ส่วนผู้นำกลุ่มจะมีบทบาทสำคัญในการทำให้กลุ่มบรรลุเป้าหมาย เสริมสร้างความมั่นใจของสมาชิก เอื้ออำนวยให้กลุ่มได้อภิปรายและหาทางแก้ไขปัญหาไปใช้ต่อไป

3) ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (Terminating the Group) ระยะนี้เป็นระยะที่ผู้นำกลุ่มจะต้องสรุปประสบการณ์ทั้งหมดในการทำกลุ่ม ผู้นำจะต้องช่วยให้สมาชิกในกลุ่มประเมินความก้าวหน้า ความเปลี่ยนแปลงในการพัฒนาตนเอง และความสำเร็จของกลุ่ม ก่อนสิ้นสุดการทำกลุ่ม ผู้นำกลุ่มควรจะบอกให้สมาชิกทราบล่วงหน้า และพยายามชี้แนะประโยชน์ที่จะได้รับเมื่อสิ้นสุดการทำกลุ่ม

6.4.2 บทบาทของพยาบาลในกลุ่ม ตามแนวคิดของ Marram (1973) พยาบาลควรแสดงบทบาทที่สำคัญอย่างน้อย 2 บทบาท คือ เป็นผู้ยืนยันรับรองความสำเร็จของกลุ่มว่าเกิดขึ้นเนื่องจากสมาชิกและกลุ่มเท่านั้นและ เป็นผู้แสวงหาความรู้ หรือแหล่งความรู้ให้แก่กลุ่ม

6.4.3 องค์ประกอบของกลุ่ม

1) ขนาดของกลุ่ม จำนวนสมาชิกที่เหมาะสม 6-12 คน ซึ่งเป็นจำนวนสมาชิกที่สามารถทำให้เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกเพียงพอที่จะเป็นพลังกลุ่ม ถ้าสมาชิกมากเกินไปจะทำให้สมาชิกแต่ละคนมีเวลาน้อยที่จะจัดการกับปัญหาต่างๆ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยน

ประสบการณ์แสดงอารมณ์และความคิดต่างๆน้อย แต่ถ้าสมาชิกน้อยเกินไป จะทำให้ปฏิสัมพันธ์ การแลกเปลี่ยนความคิดเห็นลดลง

2) ระยะเวลาความถี่ จำนวนครั้ง ระยะเวลาในการทำกลุ่ม ขึ้นอยู่กับชนิดและ วัตถุประสงค์ของกลุ่ม ที่กำหนดไว้ โดยทั่วไป ระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 1 ชั่วโมงถึง 1 ชั่วโมง 30 นาที ถ้าใช้เวลามากกว่านี้จะทำให้สมาชิกถ้า ขาดสมาธิ หหมดความสนใจ ส่วนความถี่ใน การให้การปรึกษาแบบกลุ่มควรจัดสัปดาห์ละครั้งยกเว้นในกลุ่มประเภทเร่งด่วน ที่จะดำเนินการให้ เป็นไปตามวัตถุประสงค์ในระยะเวลาที่จำกัด สัปดาห์หนึ่งอาจพบกันมากกว่า 1 ครั้ง หรือในกลุ่ม พัฒนาตนเองบางประเภท อาจต้องใช้ระยะเวลายาวนาน พบปะกันอย่างต่อเนื่องถึง 24 ชั่วโมง หรือ มากกว่านั้นซึ่งเรียกกลุ่มลักษณะนี้ว่ากลุ่มมาราธอน (Marathon)

3) การจัดสถานที่ การจัดสถานที่รวมทั้งสภาพแวดล้อมทางกายภาพต่างๆ เป็น ปัจจัยที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะมีผลต่อการปฏิสัมพันธ์ (Interaction) ภายในกลุ่ม ห้องที่ใช้จัด กลุ่มควรมีขนาดเหมาะสม กว้างพอที่จะทำกิจกรรมร่วมกันได้อย่างเหมาะสม บรรยากาศถ่ายเทได้ สะดวก ไม่ร้อนจนเกินไป นอกจากนั้นควรคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว เพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ แสดงออกอย่างเต็มที่ รู้สึกผ่อนคลายและเป็นอิสระ

4) รูปแบบการจัดที่นั่งควรจัดให้สมาชิกและผู้นำกลุ่มนั่งกันเป็นวงกลม หรือ จัดเป็นรูปตัวยูจะทำให้สมาชิกทุกคนมองเห็นกันอย่างไร้ข้อสงสัย ตลอดจนช่วยให้สมาชิกรู้สึกว่ามีผู้นำ กลุ่มไม่ได้มีบทบาท อำนาจ แค้น ไปจากตน

5) ลักษณะกลุ่ม โดยทั่วไปลักษณะของกลุ่มมักจำแนกตามการเข้าออกของสมาชิก ในกลุ่ม

5.1) กลุ่มปิด (Closed Group) หมายถึงกลุ่มที่ประกอบด้วยสมาชิกกลุ่ม เดียวกันตั้งแต่เริ่มต้นจะกระทั้งยุติการเข้ากลุ่ม การจัดกลุ่มแบบปิดนี้จะช่วยให้สมาชิกมีการพัฒนา ไปตามลำดับอย่างมีประสิทธิภาพ ตามเวลาที่กำหนด และสร้างความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ได้เร็ว

5.2) กลุ่มเปิด (Open Group) หมายถึงกลุ่มที่มีการรับสมาชิกใหม่เข้ามา แทนที่สมาชิกที่ออกไปเป็นระยะๆ ซึ่งการมีสมาชิกใหม่เข้าไปในกลุ่มอาจขัดขวางพัฒนาการและ กระบวนการกลุ่มได้ จึงมักใช้ในกลุ่มที่ไม่จำเป็นต้องใช้เวลาต่อเนื่อง หรือ ไม่ต้องใช้ความสัมพันธ์ ภายในกลุ่มมากนัก แต่ผู้นำกลุ่มจะต้องให้ความสำคัญกับการแนะนำสมาชิกใหม่แก่กลุ่ม และเน้น ให้สมาชิกใหม่เห็นความสำคัญว่า ตัวเขามีส่วนร่วมในการรับผิดชอบกลุ่มเช่นเดียวกับสมาชิกเก่าคน อื่น ๆ

สรุปได้ว่าการเข้าใจพัฒนาการกลุ่มจะช่วยให้ผู้นำกลุ่มสามารถประเมินได้ว่ากลุ่มนี้จะดำเนินไปได้ตามจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้หรือไม่ ถ้ามีอะไรเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการของกลุ่มจะได้รับการแก้ไขปัญหาในการดำเนินกลุ่มได้

7. การติดตามทางโทรศัพท์

โทรศัพท์ จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์อย่างมาก และเป็นสื่อที่มีความสำคัญกับสังคมในปัจจุบันที่ต้องการความสะดวก รวดเร็ว ในการใช้ติดต่อด้านธุรกิจ ด้านบริการสาธารณสุข เช่น บริการสาธารณสุขในระดับปฐมภูมิ ที่ได้นำโทรศัพท์มาใช้ในการติดตามกลุ่มประชากรต่าง ๆ เช่น ในผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วย โรคเรื้อรัง นอกจากนั้นยังใช้โทรศัพท์เป็นเครื่องมือในการสัมภาษณ์ เก็บข้อมูล (Hash, Donlea & Walljasper, 1985) ติดตามผลการวางแผนก่อนจำหน่าย (North, Meeusen & Hollinsworth 1991 ; Cave 1989) นอกจากนั้น การติดตามทางโทรศัพท์ยังช่วยเสริมความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน เป็นการให้ความรู้หรือคำแนะนำสั้นๆ ในรูปแบบการสอนเป็นรายบุคคลที่ให้ตามปัญหาและเหตุการณ์เฉพาะหน้า (พรทิพย์ ธรรมวงศ์, 2541)

7.1 ความหมายของการติดตามทางโทรศัพท์

คำจำกัดความของการติดตามทางโทรศัพท์ มีผู้นิยามไว้จำนวนมาก ซึ่งคำจำกัดความและความหมายที่ใช้กันอยู่ เป็นการแสดงตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล สามารถสรุปได้ดังนี้

การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้คำแนะนำ การสนับสนุน การประเมินสุขภาพ ในด้านการทำหน้าที่ของร่างกาย จิตใจ และสังคม (Shu, Mermina & Nystron, 1996) ส่วน Nicklin (1986) ได้ให้ความหมายอีกประเด็นหนึ่งว่า เป็นโปรแกรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้อย่างต่อเนื่องภายหลังจำหน่าย และช่วยเหลือผู้ป่วย ครอบครัวในการจัดการกับสิ่งที่เกิดขึ้นโดยไม่คาดคิด รวมถึงการให้ความมั่นใจ นอกจากนี้ Rice (2000) ได้กล่าวเพิ่มเติมไว้ว่า เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่บ้าน และประเมินความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัว รวมถึงการให้คำปรึกษาและระดับระครองจิตใจแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล ส่วน Elliott & Reimer (1998) กล่าวว่า เป็นการช่วยเหลือและระดับระครองผู้ป่วยและครอบครัวในการตอบคำถาม และแก้ไขปัญหาที่อาจเกิดขึ้นได้ และ Hunter (2000) กล่าวว่าเป็นการติดตาม กระตุ้น ชี้แนะและให้การเสริมแรง พฤติกรรมที่เหมาะสม สำหรับ Lanigan (2000) และ Cave (1989) ได้มีความเห็นที่คล้ายคลึงกันว่าการติดตามทางโทรศัพท์ เป็นการให้ความรู้ คำแนะนำ ทบทวนในแผนการรักษา การนัดหมาย การบริการ และให้ความมั่นใจ ในปัญหาที่เกิดขึ้น นอกจากนี้ Rivard, Krieger, Petitelerc & Baumgarten (1988) อธิบายว่าเป็นการส่งเสริมสุขภาพ และระดับระครองจิตใจ

ในการศึกษาครั้งนี้ การติดตามทางโทรศัพท์ หมายถึง การกระตุ้น การแนะนำ และการเสริมแรง ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว เพื่อลดภาระผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท การติดตามทาง

โทรศัพท์เป็นการให้สิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยมีการตั้งเป้าหมายร่วมกัน มีการติดตาม การชี้ให้ผู้ดูแลและครอบครัวเห็นถึงผลทางบวก และทางลบ ที่จะเกิดขึ้น ร่วมกับการเสริมแรงทางสังคม โดยการให้คำชมเชย เมื่อผู้ดูแล ผู้ป่วย และสมาชิกในครอบครัว ปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง ให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจากการเสริมเรแรงดังกล่าวจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่คาดว่าจะส่งผลให้ ลดภาระผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้

7.2 วิธีการและระยะเวลาในการติดตามทางโทรศัพท์

Elliott & Reimer (1998) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามมารดาที่มีทารกคลอดก่อนกำหนด หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ภายใน 1-7 วันแรกหลังจากจำหน่าย ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์ประมาณ 5-30 นาที เฉลี่ย 15 นาที พบว่าสามารถช่วยประคับประคองด้านจิตใจและการเลี้ยงดูทารกแก่มารดาได้เป็นอย่างมาก Cave (1989) ได้ศึกษาการใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดและมีปัญหาซับซ้อนหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลใช้โทรศัพท์ติดตามระยะเวลา 6 เดือน พบว่าสามารถช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และประคับประคองด้านจิตใจได้ Hunter (2000) ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการประคับประคองจิตใจในผู้ที่มีอาการทางจิต เรื้อรังกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 21 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 11 คน และกลุ่มทดลอง 10 คน ใช้โทรศัพท์ในการติดตามอย่างน้อย 1 ครั้ง ต่อสัปดาห์หรือมากกว่านั้นถ้ามีข้อบ่งชี้ ระยะเวลาในการโทรศัพท์ 1 ชั่วโมงหรือมากกว่านั้นขึ้นกับความต้องการของผู้ป่วยวัตถุประสงค์ของการติดตามเพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหา กระตุ้นชักซ้อม ชี้นำในพฤติกรรมให้แรงเสริมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม พบว่ากลุ่มทดลองไม่ได้เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลซ้ำเลย ตลอดระยะเวลาที่ทดลอง 60 วัน ส่วนกลุ่มควบคุมเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลจำนวน 8 คน

Mcintosh & Worley (1994) ศึกษาการติดตามและการดูแลทางโทรศัพท์ในผู้ป่วยโรคจิต จำนวน 127 คน โดยติดตามภายใน 72 ชั่วโมงหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และติดตามซ้ำภายใน 2-3 สัปดาห์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยมีการดูแลต่อเนื่อง และป้องกันการกลับเป็นซ้ำจากการติดตามภายใน 15 เดือน ผู้ป่วยมีการป่วยซ้ำเพียง ร้อยละ 12

North, Meeusen & Hollinsworth (1991) ใช้โทรศัพท์ติดตามประเมินผลของการวางแผนก่อนจำหน่ายในผู้ป่วยที่จำหน่ายจากศูนย์ ในผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษานในศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 62 คน โดยติดตามเรื่องการใช้จ่ายและประเมินอาการของผู้ป่วย ระยะเวลาในการติดตาม 10-14 วัน หลังจำหน่าย พบว่า ร้อยละ 92 ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในการติดตามทางโทรศัพท์และการวางแผนก่อนจำหน่ายมาก

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยโดย รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลครบ 1 สัปดาห์ และมีการติดตามซ้ำ 2 ครั้ง ต่อสัปดาห์ โดยมีการติดตามนาน 6 สัปดาห์ระยะเวลาในการติดตามแต่ละ

ครั้งนาน 15-20 นาทีพบว่าผู้ป่วยจิตเภทมีการดูแลตนเองได้อย่างถูกต้อง และสุมิตรา ฤทธิสุนทร (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลที่บ้าน ที่นำการติดตามทางโทรศัพท์ของรัชนี ศรีศิริธู มาประยุกต์เข้าด้วยกัน ระยะเวลาในการติดตามหลังดำเนินการดูแลที่บ้านมาแล้ว 3 วัน และมีการติดตามซ้ำในอีก 1 สัปดาห์ต่อมา ระยะเวลาในการติดตาม 30 นาที พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ที่บ้านทั้งโดยรวม และรายด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยา และสารเสพติด การดูแลสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ หลังได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการดูแลที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากงานวิจัยที่กล่าวมาข้างต้น พบว่า วิธีการติดตามทางโทรศัพท์มักจะติดตามภายใน 3 วัน และติดตามซ้ำอย่างน้อย 1 ครั้งต่อสัปดาห์ ระยะเวลาในการติดตามแต่ละครั้งประมาณ 15-60 นาที ในการศึกษาครั้งนี้ วิธีการในการติดตามทางโทรศัพท์จะติดตามหลังเสร็จสิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ในการติดตามทางโทรศัพท์นาน 15 นาที การติดตามทางโทรศัพท์ ถือเป็น การจัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา (Mcintosh & Worley, 1994) เป็นกิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ ในการกระตุ้น การแนะนำ การเสริมแรง การตอบปัญหาข้อข้องใจและเป็นที่ยอมรับเป็นขวัญกำลังใจ สมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่ดีขึ้น

8. โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาได้นำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน โดยนำโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของนารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ด้วยการผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วม และมีการฝึกปฏิบัติการ การประเมินโดยการย้อนกลับ มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดี ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตตะ(2541) และ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โดยในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหา คือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยในโปรแกรมได้นำแนวคิดการพัฒนากลุ่มตามแนวคิดของ Yalom (1995) ที่แบ่งพัฒนาการกลุ่มเป็น 3 ระยะคือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะ

ดำเนินการ ระยะเวลาสิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมกลุ่ม 4 ครั้ง จำแนก กิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 6 กิจกรรม มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ โดยใช้เวลา 20 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยผู้นำกลุ่มกล่าวแนะนำตนเอง สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจ หลังจากนั้นให้สมาชิกแนะนำตนเอง ผู้นำกลุ่มบอกวัตถุประสงค์ในการเข้ากิจกรรม ระยะเวลา วิธีการ จำนวนครั้งและเปิดโอกาสให้สมาชิกร่วมกันกำหนดข้อตกลงร่วมกัน

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกเปิดเผยความรู้สึกและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วย พุดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกันเปิดโอกาสให้สมาชิกบอกถึงเหตุผล ความคาดหวังในการดูแลผู้ป่วย เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการร่วมแก้ปัญหาในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกสรุปเหตุผล และความคาดหวัง ความต้องการ ในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสมาชิกมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ใช้เวลา 20 นาที

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พุดคุย สร้างความคุ้นเคยกับผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 การดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกร่วมกันสำรวจปัญหา ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และตัดสินใจเลือกทางแก้ปัญหา โดยให้สมาชิกมีส่วนร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการพุดคุยสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน ผู้นำกลุ่มกระตุ้นให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยสมาชิกช่วยกันสรุป หาสมาชิกช่วยกันสรุปปัญหา สาเหตุ ความต้องการที่แท้จริง สร้างพฤติกรรมใหม่หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเก่าให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พุดคุย สร้างความคุ้นเคยกับผู้นำกลุ่มชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกร่วมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ การดำเนินของโรค และการรักษา โดยใช้ใบความรู้ และเปิดโอกาสให้สมาชิกได้ซักถามข้อสงสัย ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยสมาชิกช่วยกันสรุป หาสมาชิกช่วยกันสรุปปัญหา สาเหตุ ความต้องการที่แท้จริง สร้างพฤติกรรมใหม่หรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเก่าให้ดีขึ้น

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตภายในครอบครัว

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกับผู้นำกลุ่มซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยให้สมาชิกได้ประเมินสิ่งแวดล้อมที่บ้านทั้งด้านวัตถุและด้านบุคคล ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ในการดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้าน เช่นการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การจัดสิ่งแวดล้อม การสร้างบรรยากาศภายในบ้าน การสนทนาร่วมกันของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการสร้างอารมณ์ขัน สร้างบรรยากาศภายในบ้านให้อบอุ่น ปลอดภัย ไม่ตึงเครียด และมีความรัก

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกสรุปเหตุผล และความคาดหวัง ความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสมาชิกมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกับผู้นำกลุ่มซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 ดำเนินการกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มให้สมาชิกบอกถึงพฤติกรรมหรืออาการเตือนของผู้ป่วยที่อยู่ในภาวะวิกฤติ ผู้นำกลุ่มให้ความรู้เรื่องการดูแลเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะวิกฤติและฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักได้รู้และเข้าใจถึงภาวะวิกฤติ รวมทั้งสามารถปฏิบัติได้

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการทำกลุ่ม โดยผู้นำกลุ่มและสมาชิกสรุปเหตุผล และความคาดหวัง ความต้องการในการเข้าร่วมกิจกรรม ซึ่งสมาชิกมีความจำเป็นที่จะต้องมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกัน

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์

ระยะที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ โดยเปิดโอกาสให้สมาชิกได้พูดคุย สร้างความคุ้นเคยกับผู้นำกลุ่มซึ่งแจ้งวัตถุประสงค์เพื่อให้สมาชิกเข้าใจยอมรับและให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรม

ระยะที่ 2 สอบถามความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักหลังสิ้นสุดกิจกรรมในแต่ละครั้ง ผู้นำกลุ่มให้คำปรึกษา ชี้แนะ ตามปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสมและต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 สิ้นสุดการสนทนาโดยผู้นำกลุ่ม สรุปการให้คำปรึกษาตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ชมเชยเมื่อผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถนำความรู้ในแต่ละครั้งไปปฏิบัติได้ รวมทั้งนัดหมายเวลาการทำกิจกรรมครั้งต่อไป

จัดสิ่งเร้าใหม่เข้าไปจัดกระทำในกระบวนการทางปัญญา โดยตั้งเป้าหมายร่วมกันกับ ผู้ป่วยจิตเภทและ ผู้ดูแล ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางความคิดทัศนคติ ความเข้าใจ และตอบปัญหาต่างๆ

ของผู้ดูแลทำให้มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างถูกต้องส่งผล ให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น จำนวนผู้ป่วยที่จะกลับเป็นซ้ำลดลง ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ครอบคลุมเกิดการเรียนรู้เข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคอง ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมาก พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา ซึ่งเครื่องมือในตัวพยาบาลคือ ความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกผู้อื่น ความเห็นใจและการยอมรับผู้อื่น โดยไม่มีอคติ โดยหลักการนี้จะก่อให้เกิดผลตามมาคือ พยาบาลสามารถแยกแยะความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พบกับสิ่งที่เขาต้องการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะผสมผสาน กระบวนการให้คำปรึกษา ไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว จะเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สัมพันธภาพที่สร้างขึ้น เป็นการเปิด โอกาสให้มีการสนับสนุนระดับประคองท่ามกลางความไว้วางใจ และการเปิดเผยข้อมูลหรือความรู้สึกทั้งในด้านการกระทำ ความคิด และความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีทิศทางช่วยเหลือ ที่ชัดเจน เป็นการปฏิบัติการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอน มีความสัมพันธ์กัน โดยการปฏิบัติขั้นแรก จะส่งผลไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการเปลี่ยนแปลงจากการเน้นการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ มาสู่การดูแลในชุมชน และให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้านเป็นอย่างมาก โดยมีเหตุผลว่า ครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลได้ตลอดไป ผู้ป่วยต้องกลับบ้านและดำเนินชีวิตที่บ้าน พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องเตรียมความรู้สำหรับ

ครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน ได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมายสาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ใบความรู้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่องผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว
การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้ง ทางวัตถุ และทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียด การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ วิธีป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือ การให้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่อง และ การตรวจ ตามนัด ปึงจยอื่น ๆ ที่ช่วยป้องกัน ไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความตึงเครียด ลดความขัดแย้ง ตัวผู้ป่วยเองและครอบครัว จะสามารถช่วยกันป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยการสังเกตอาการเตือน เนื่องจากก่อนจะมีอาการกำเริบมักจะมีอาการอื่นนำมาก่อน ซึ่งการรักษาที่เหมาะสมทันที่ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ กิจกรรมที่ผู้ศึกษาใช้โทรศัพท์ในการติดตามผู้ดูแลเพื่อซักถามปัญหา รับฟังเรื่องราวเกี่ยวกับสถานการณ์ของผู้ป่วยจิตเภทและ กระตุ้นเตือนให้ผู้ดูแลรวมทั้งสมาชิกครอบครัว นำความรู้และทักษะที่ได้รับจากการทำกิจกรรมแต่ละครั้ง ไปปฏิบัติต่อเนื่งที่บ้านเพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น

9. เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันที และระยะ

ติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทกลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลศรีธัญญาพบว่า พฤติกรรม การดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรม การดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการพักผ่อนนันทนาการ และการออกกำลังกายและด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

สุมณฑา บุญชัย(2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทในโครงการ การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 89.80 มีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูง พิจารณารายด้านพบว่า พฤติกรรมอยู่ในระดับสูง ทุกด้านคือ การดูแลความสะอาดร่างกายร้อยละ 95.92 ด้านอากาศ อาหาร น้ำร้อยละ 87.76 ด้านขับถ่ายร้อยละ 81.63 ด้านการพักผ่อนและนันทนาการร้อยละ 75.52 ด้านการรับประทานยาและการจัดการกับอาการต่างๆ ร้อยละ 73.47 และด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นร้อยละ 67.35

สุวิมล สมัตตะ (2541) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังที่ได้รับการดูแลโดยใช้ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พรสวรรค์ พูลกระจำง(2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองต่อ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเรียม พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท ภายหลังใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ศึกษาเรื่องการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่

บ้านของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านสูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

โชติพร พันธุ์วัฒนาชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของOrem (2001) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill & Smith(1990) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อน ได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัทธนา ชันลา (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคับประคองที่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านกลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 20 คน ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคับประคองที่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

นารณฤดี วัชรศิษย์ (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านกลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 20 คน ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการให้สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ด้านด้านการใช้จ่ายทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

อัญชฎี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 40 คนซึ่งคัดเลือกเป็น 2 กลุ่ม ตัวอย่างกลุ่มละ 20 คน ผลการทดลอง พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมน้อยกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 นอกจากนี้ยังพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สูงกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่รับ 0.5 และอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม น้อยกว่าผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.5 ผลงานวิจัยในต่างประเทศ มีดังนี้ คือ

John et al. (1984) ได้ทำการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบผลการให้การรักษาระหว่างผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในโรงพยาบาล กับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลในชุมชน โดยทำการศึกษาในผู้ป่วย 120 คน ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชของรัฐ และสุ่มตัวอย่างแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มควบคุม ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล กลุ่มทดลองจะไม่ถูก Admit ถ้าสามารถเลี้ยงได้ ผู้ป่วยและญาติจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการรักษาในชุมชน และมีบริการ Crisis service ตลอด 24 ชั่วโมง ผู้ป่วยส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรค Psychotic disorder มากกว่าครึ่งจะป่วยด้วยโรคจิตเภท ในช่วง 12 เดือน ของการรักษานี้ ร้อยละ 96 ของกลุ่มยังคง Admit และร้อยละ 51 Admit มากกว่า 1 ครั้ง และในกลุ่มทดลองพบว่า ร้อยละ 60 ไม่ถูก Admit และร้อยละ 8 Admit มากกว่า 1 ครั้ง กลุ่มควบคุมใช้เวลาเฉลี่ย 58.5 วัน ในโรงพยาบาลจิตเวช ในขณะที่กลุ่มทดลองใช้เวลา 8.4 วัน การรักษาในชุมชนไม่ได้เพิ่มภาระให้แก่ชุมชน สิ่งที่สำคัญที่ได้จากการศึกษา คือ ความพึงพอใจของญาติที่ได้มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลลัพธ์ที่ได้เหนือความคาดหมาย ใช้จ่ายจ่ายในชุมชนน้อยกว่า และญาติมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยเบื้องต้นในชุมชนอีกด้วย

Doherty (1998) ได้เขียนรายงานการศึกษาเกี่ยวกับองค์กรต่างๆที่ได้จัดบริการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริการผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่งซึ่งผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในอีก พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มีบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบในการดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้ประสบการณ์การทำงานร่วมกันของ สหวิชาชีพ ก็จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น โดยธรรมชาติแล้วการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความสุขอย่างมากที่ได้รับการดูแล เพราะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านที่แวดล้อมด้วยญาติพี่น้อง การจัดระบบนี้สามารถสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการได้ทั่วโลก และจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นในอนาคต

Boardman et al. (1999) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ วิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 2 แห่ง วิธีการโดยการ Admit ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงไปยังหอผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน (n = 110) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่ Admit ที่ Acute Wards ทำการประเมินผลอาการทางคลินิก และทางสังคม โดยประเมินทุก 6 และ 12 เดือน สำหรับการวัดความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ จะทำการประเมินเมื่อครบ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในชุมชน เกิดผลดีต่ออาการของผู้ป่วย มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Langle et al. (2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชหลายโรค โดยการดูแลรักษาอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของ

ผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งได้พัฒนารูปแบบนี้มากกว่า 4 ปี เป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลทางด้านจิตเวชในขณะที่อยู่ที่บ้าน โดยการประเมินความต้องการและให้การบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจในด้านการลดค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการอยู่รักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมากกว่า 3 ปี ลดลงเหลือ 206 วัน และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลงจาก 70,000 เหรียญสหรัฐต่อปี เหลือเพียง 8,000 เหรียญสหรัฐต่อปี จากผลการศึกษาเพียง 1 ราย เป็นสิ่งที่เกิดความหวัง ในการผลักดันให้มีการพัฒนาการประเมินการวางแผนการรักษารายบุคคลอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน

ประกอบด้วย 6 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิต และการรักษาด้วยยา

ทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม

สุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์

ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายกลุ่มครอบครัว 3 ครอบครัว

จำนวน 4 ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 40-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรม

ในแต่ละครั้ง ดังนี้

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,3

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,4

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,5

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,3,4,5

เพิ่มเติมกิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ ครั้งละ 15 นาที หลังเสร็จ

สิ้นกิจกรรมในแต่ละครั้ง

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง

ของผู้ป่วย จิตเภท

- 1) ด้านการใช้ยาทางจิต
- 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต
- 3) ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน
- 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ