

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่ออาการทางลบของผู้ป่วยจิตเวช สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษา และกรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ คือ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท การพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภทในโรงพยาบาล บทบาทและหน้าที่พยาบาลจิตเวช การพยาบาลแบบองค์รวมอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเวช และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องสรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาครั้งนี้ดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางลบ

1.1 ผู้ป่วยจิตเภท

1.1.1 ความหมายโรคจิตเภท

1.1.2 วิทยาการระบาด

1.1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท

1.1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก

1.1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค

1.1.6 การรักษาโรคจิตเภท

1.2 อาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.1 ความหมายอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

1.2.2 การประเมินอาการทางลบ

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.2 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

2.3 ระบบบริการการพยาบาลในโรงพยาบาล

2.4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล

2.5 แนวคิดการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

2.6 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่

มีอาการทางลบ

3. แนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

3.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม

- 3.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
- 3.3 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม
4. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม
5. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ผู้ป่วยจิตเภทและอาการทางลบ

1.1 ผู้ป่วยจิตเภท

1.1.1 ความหมาย ผู้ป่วยจิตเภท ตามความหมายของ ICD- 10 (The International Classification of Diseases- 10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะ และอารมณ์แบบไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ท้อ (Blunter) สติสัมปชัญญะและเซาว์ปัญญา มักก็อยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ดันติผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์มีผลกระทบต่อการทำงานที่ในชีวิตปกติของบุคคลนั้น กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรมเป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมองหรือพิษจากยาที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Sadock & Sadock (2002) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็น โรคทางจิตเวชที่ไม่ทราบสาเหตุแน่ชัดมีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และอาการทางลบ (Negative symptoms) ถึงแม้ไม่มีความผิดปกติทางด้านการรับรู้ (Cognitive disorders) แต่โรคจิตเภทเป็นสาเหตุของความเสื่อมด้านการรับรู้ (Cognitive Impairment) ดังนั้นอาการของโรคจิตเภทมีผลต่อการรับรู้ ความรู้สึ พฤติกรรม สังคมและการทำหน้าที่

โรคจิตเภท (Schizophrenia) เป็นกลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมอง อาการที่สำคัญคือมีความผิดปกติในการคิด (Thinking) การรับรู้ (Perception) การสื่อสารขาดแรงจูงใจ มีอารมณ์ไม่เหมาะสมหรืออารมณ์ท้อ (Inappropriate หรือ Blunted affect) และมีพฤติกรรมที่ผิดปกติ (American Psychiatric Association, 2000)

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท หมายถึง ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยไม่ได้มีสาเหตุจากสารเสพติดและภาวะความเจ็บป่วยทางกาย มีลักษณะอาการทางบวก (Positive symptoms) และ

อาการทางลบ (Negative symptoms) ความผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์มีผลต่อการทำหน้าที่ในชีวิตปกติของบุคคลนั้น

1.1.2 วิทยาการระบาด โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตที่พบมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคจิตชนิดอื่นๆ มีอุบัติการณ์ของการเกิดโรคจิตเภทอยู่ในระหว่าง 0.1- 0.5 ต่อ 1,000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Life time Prevalence) 7.0 – 9.0 ต่อ 1,000 (มาโนช หล่อตระกูล, 2544) อัตราความชุกของโรคในประชากรทั่วไปพบร้อยละ 0.5- 1 (Kaplan & Sadock, 2000) พบได้ทั้งในเพศชายและเพศหญิงในสัดส่วนเท่าๆกัน มักเริ่มปรากฏอาการครั้งแรกในช่วงวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (สมภพ เรืองตระกูล, 2542 ; Boyd, 2005) ความผิดปกติของโรคอาการแสดงของโรคเพศชายพบได้เร็วกว่าเพศหญิง เพศชายมักเริ่มแสดงอาการในช่วงอายุ 15 ถึง 25 ปี เพศหญิงจะเริ่มแสดงอาการระหว่างอายุ 25 ถึง 35 ปี (สุชาติ พหลภคย์, 2544) พบก่อนอายุ 10 ปีหรือหลังอายุ 40 ปี พบน้อยมาก (WHO, 2002 อ้างถึงใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1.1.3 สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นการเจ็บป่วยที่มีความสลับซับซ้อนสาเหตุที่ทำให้เกิดโรคจิตเภทยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน แต่เป็นที่ยอมรับกันทั่วไปว่า สาเหตุการเกิดโรคจิตเภท ไม่ได้เกิดจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่งเพียงอย่างเดียว แต่เกิดจากหลายปัจจัยร่วมกัน โดยพัฒนาเป็นรูปแบบอธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคจิตเภทที่มีชื่อว่า Vulnerability stress model of schizophrenia แนวคิดนี้เชื่อว่าปฏิสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านชีวภาพสิ่งแวดล้อม ทำให้บุคคลเกิดภาวะเสี่ยงและการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภท รวบรวมผลงานวิจัยต่างประเทศพบว่าข้อบ่งชี้ถึงปัจจัยของการเกิดโรคจิตเภทไม่อาจสรุปได้ว่ามาจากสาเหตุใดสาเหตุหนึ่ง Kaplan & Sadock (2000) ได้อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคเช่นเดียวกัน คือ ไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ สาเหตุที่ได้รับการยอมรับกันมากมีรายละเอียดดังนี้

1.1.3.1 ปัจจัยด้านชีวภาพ (Biological factor) การศึกษาทางด้านพันธุกรรม สนับสนุนสมมติฐานที่ว่าปัจจัยทางพันธุกรรมสัมพันธ์กับสาเหตุของโรคจิตเภท ญาติของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอัตราเสี่ยงของการเกิดโรคนี้นสูงกว่าประชาชนทั่วไป ถึงร้อยละ 5- 10 คู่แฝดที่เกิดจากไข่ใบเดียวกันมีโอกาสจะเป็นโรคจิตเภทมากกว่าคู่แฝดที่เกิดจากไข่คนละใบ ถึง 4 เท่า และมีโอกาสเกิดโรคจิตเภทได้มากกว่าคนทั่วไปถึง 50 เท่า (Kaplan & Sadock, 1998) นอกจากนี้ปัจจัยด้านสภาพแวดล้อมทางชีวภาพบางประการมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยโรคจิตเภท ได้แก่ ความบกพร่องในการพัฒนาการของสมองของเด็กขณะอยู่ในครรภ์หรือหลังคลอดใหม่ๆ เช่น การได้รับการกระทบกระเทือนของสมองในระหว่างคลอด (อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) แนวคิดด้านชีวภาพให้เหตุผลว่าความผิดปกติของระบบสารชีวเคมีในสมองมีความสัมพันธ์กับโรคจิตเภท ดังนี้

ความผิดปกติของสารสื่อประสาท(Neurotransmitters) มีสมมติฐานที่เชื่อว่าสารโดปามีน(Dopamine) ที่ทำงานเพิ่มขึ้นจะทำให้พบว่ามีอาการด้านบวกสัมพันธ์กับการทำงานมากเกินไป ส่วนอาการด้านลบสัมพันธ์กับการทำงานลดลงของโดปามีนซึ่งมีการศึกษามาสนับสนุนสมมติฐานนี้ว่า ยาต้านโรคจิตเป็นตัวระงับการทำงานของโดปามีน (Dopamine Blocker) อย่างไรก็ตามยังมีข้อสังเกตที่เพิ่มเติมที่สำคัญในสมมติฐานนี้คือ

1) การค้นพบยาที่ต่อต้านการออกฤทธิ์ของโดปามีน ที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ป่วยจิตเวช และการค้นพบสารสื่อประสาทบางชนิด เช่น ซีโรโทนิน (Serotonin) นอร์อิพิเนฟริน (Norepinephrine) กาบา (Gamma- aminobutyric acid : GABA) และกลูตาเมท (Glutamate) เป็นต้น ซึ่งพบว่า การเปลี่ยนแปลงของสารเคมีเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับการเกิดอาการของโรคจิตเภทได้เช่นกัน

2) ความผิดปกติของโครงสร้างสมอง พบว่ามีความผิดปกติส่วนของลิมบิก (Limbic system) นอกจากนี้ยังมีบางรายพบว่าเซลล์ประสาทในฮิปโปแคมปัสของผู้ป่วยโรคจิตเภทมีการเรียงตัวไม่เป็นระเบียบ บางการศึกษารายงานว่าช่องในสมองด้านข้างและช่องที่สาม (Lateral and third ventricle) ในสมองของผู้ป่วยโรคจิตมีขนาดกว้างขึ้นและ Cortical volume มีขนาดเล็กลง การค้นพบนี้อธิบายว่าการเสื่อมสลายของระบบประสาทที่เกี่ยวข้องเป็นสาเหตุหนึ่งของการเกิดโรคจิตเภท (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542 ; Boyd, 2005) การตรวจ CT Scans ในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าในส่วน frontal lobe ของผู้ป่วยจิตเภทลดลง (Hypofrontality) ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีกระบวนการคิดการอ่านการวางแผนต่างๆเสียไป ขาดความคิดริเริ่มและมีอารมณ์เฉยชา ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติในสมองดังกล่าวจึงมักมีอาการทางด้าน Negative symptoms มากกว่า Positive symptoms (Andreasen & Black, 1991 ; Gur & Chin, อ้างถึงใน พรธรรณา แสงส่อง, 2549) ส่วนอาการทางด้าน Positive symptoms เชื่อว่าเกิดจากความผิดปกติของ temporolimbic structures และ subcortical- cortisol interconnectivity โดยเฉพาะระหว่าง frontal cortex และ diencephalic limbic structure ที่ผิดปกติ

1.1.3.2 ปัจจัยทางจิตวิทยาและด้านสังคม (Psychosocial factors) อธิบายสาเหตุของการเกิดโรคจิตเภทได้หลายด้านตามทฤษฎีดังนี้

1) ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ (Psychoanalytic theory) นักจิตวิเคราะห์เชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทเกิดจากมีความผิดปกติในการจัดระบบอัตตา (Ego organization) ซึ่งมีความผิดปกติอย่างมาก จนกระทบกระเทือนต่อการตีความเกี่ยวกับความเป็นจริง และกระทบกระเทือนต่อการควบคุมแรงขับ ไม่ว่าจะเป็แรงขับทางเพศหรือแรงขับชนิดก้าวร้าว การจัดระบบอัตตาผิดปกติเพราะในวัยเด็กผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ไม่ราบรื่นกับมารดา ทำให้ขาดความสามารถในการสร้าง

ความรู้สึกว่ามารดาขังอยู่ ไม่ได้หายไปไหน ขาดความสามารถในการสร้างเอกลักษณ์ที่มั่นคงต่อตนเอง Freud กล่าวว่าผู้ป่วยโรคจิตต่อสู้กับความเครียดด้วยวิธีการถดถอยวัย (Regress) ซึ่งการถดถอยวัยเช่นนี้ทำให้บุคคลนั้นไม่สามารถพัฒนาไปสู่อนาคตที่บรรลุลักษณะที่มากพอที่จะตีความหรือเข้าใจความแท้จริงของเหตุการณ์

2) ทฤษฎีครอบครัว (Family theory) เดิมเชื่อว่าลักษณะของมารดาบางประการหรือการเลี้ยงดูในรูปแบบทำให้เด็กเกิดความขัดแย้งในจิตใจ จนทำให้มีการพัฒนาอนาคตในทางที่ไม่ถูกต้องเมื่อโตขึ้น จึงมีความเสี่ยงต่อการป่วยเป็นโรคจิตเภท โดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่อาการกำเริบบ่อยๆพบว่ามีการใช้อารมณ์ต่อกัน (expression- emotion) สูง ได้แก่ การดำเนินวิพากษ์วิจารณ์ (eroticism) มีท่าทีไม่เป็นมิตร (hostility) หรือจู้จี้เกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional over involvement)

3) อธิบายตามทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) ซึ่งกล่าวว่าผู้ป่วยโรคจิตขณะที่ยังเป็นเด็กได้เรียนรู้ ปฏิกริยา และเรียนรู้วิธีการคิดที่ไม่เป็นเหตุผล (Irrational) คือผู้ป่วยจะคิดอย่างไม่มีเหตุผล โดยเลียนแบบมาจากบิดามารดา ซึ่งอาจมีปัญหาทางจิตอยู่ด้วย เรียนรู้ทักษะทางสังคมไม่ดี จนเกิดความพร่องและเป็นสาเหตุของความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างบุคคล

4) อธิบายตามสถานะทางสังคมผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท พบมากในสังคมที่เศรษฐกิจต่ำยากจน ซึ่งอาจเป็นจากการที่ผู้ป่วยมีอาการโรคจิตอยู่เรื่อยๆทำให้การดำรงชีพไม่สามารถคงอยู่ในสถานภาพเดิม (Downward drift hypothesis) หรือการที่สภาพสังคมบีบคั้นทำให้คนเป็นโรคจิตเภทมากขึ้น (Social causation) (มานิต ศรีสุรภานนท์ และ จำลอง ดิษยวณิช , 2542 ; มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

ปัจจุบันยังไม่ทราบสาเหตุที่แน่ชัดของการเกิดโรคจิตเภท แนวคิดเกี่ยวกับการเกิดโรคจิตเภทที่ได้รับความนิยมในปัจจุบัน คือ Stress- Diathesis Model แนวคิดนี้เชื่อว่าโรคจิตเภทเกิดจากบุคคลที่มีแนวโน้ม หรือจุดอ่อนบางอย่างอยู่แล้ว เมื่อถูกกระตุ้นด้วยปัจจัยบางประการที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียด ทำให้เกิดอาการของโรคจิตเภทขึ้นมา โดยจุดอ่อนหรือปัจจัยกระตุ้นนี้อาจเป็นปัจจัยทางชีวภาพ ปัจจัยด้านจิตสังคม หรือหลายปัจจัยรวมกัน (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544)

1.1.4 ลักษณะอาการทางคลินิก แบ่งออกได้เป็น 2 กลุ่มใหญ่ๆตามเกณฑ์การวินิจฉัยของสมาคมแพทยอเมริกัน (American psychiatric association, 1994 ; Boyd, 2005; สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) มีดังนี้

1) **กลุ่มอาการด้านบวก (Positive symptoms)** ลักษณะอาการด้านบวกที่สำคัญ ได้แก่ มีการแสดงออกในด้านความผิดปกติของความคิดและความผิดปกติ (Disorganized thought

and speech) คือ ผู้ป่วยมีความคิดลักษณะแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม มีอาการ หลงผิด (Delusion) คือ การที่ผู้ป่วยมีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริงและเป็นความเชื่อที่ฝังแน่น มีอาการประสาทหลอน (Auditory hallucination) ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียง และสัมผัส

2) **กลุ่มอาการด้านลบ (Negative symptoms)** คือลักษณะอาการด้านลบที่สำคัญ ได้แก่ มีลักษณะการแสดงพฤติกรรมน้อยลง มีปัญหาในด้านการแสดงออกของอารมณ์ (Affective flattening) พูดน้อยลง (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย เรื่องเรียน เก็บตัว ไม่แสดงออกเฉยเมย

1.1.5 การดำเนินโรคและการพยากรณ์โรค แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544 ;สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

1) **ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (Prodromal phase)** ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป มักมีปัญหาด้านการเรียน การงาน หรือด้านสัมพันธภาพกับผู้อื่น เก็บตัว ละเลยเรื่องสุขภาพอนามัย และการแต่งกาย แต่จะยังไม่มีอาการผิดปกติที่ชัดเจน ญาติมักพบว่าผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงไป ระยะเวลาในช่วงนี้ไม่แน่นอน โดยเฉลี่ยประมาณ 1 ปีก่อนที่อาการกำเริบ โดยทั่วไปแล้วผู้ป่วยจะมีอาการนำที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ วิตกกังวล ไม่มีสมาธิ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความสนใจในตนเองบกพร่อง

2) **ระยะอาการกำเริบ (Active phase)** ส่วนใหญ่แล้วอาการกำเริบจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เช่น ตกงาน ถูกย้าย สอบตก เป็นต้น ในระยะนี้ความผิดปกติจะมีมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัด อาการทางจิตจะปรากฏชัดเจน พบว่าคนที่ เป็นโรคจิตเภทมักมีอาการด้านบวก (Positive symptoms) ในระยะกำเริบที่พบบ่อยดังนี้

ก. **อาการหลงผิด (delusion)** มีความเชื่อผิดไปจากความเป็นจริง มีความคิดหวาดระแวงร่วมด้วย (persecutory delusion) เชื่อว่ามีคนจ้องปองร้ายหรือไม่ประสงค์ดีกับตนเอง คนที่มาประสงค์ร้ายอาจเป็นคนๆเดียวหรือเป็นขบวนการ เชื่อว่าตนเองถูกกลั่นแกล้ง

ข. **อาการประสาทหลอน (hallucination)** ประสาทหลอนคือการรับรู้ทั้งๆที่ไม่มีสิ่งกระตุ้น ซึ่งเป็นได้กับการรับรู้ทั้งทางรูป รส กลิ่น เสียงและสัมผัส อาการประสาทหลอนที่พบบ่อยคือ เสียงแว่ว (auditory hallucination) โดยผู้ที่เป็นมักได้ยินเสียงคนพูดเป็นเรื่องราวและขณะที่ได้ยินก็รู้สึกตัวคืออยู่ตลอด มิใช่ได้ยินแค่เสียงคนเรียกชื่อบางครั้งหรือได้ยินเฉพาะตอนเคลิ้มหลับเท่านั้น ประสาทหลอนชนิดที่พบรองลงไปคือ ภาพหลอน อาจเห็นคนใกล้ขีด เห็นเจ้าพ่อเจ้าแม่ และมักมีหูแว่วร่วมด้วยประสาทหลอนชนิดอื่นๆ

ค. อาการด้านความคิด ผู้ป่วยมักมีความคิดในลักษณะที่มีเหตุผลแปลกๆ ไม่เป็นเหตุเป็นผลหรือไม่เหมาะสม หมกมุ่นกับความคิดที่ตนเองเข้าใจคนเดียว (autistic thinking) ผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมความคิดให้เป็นไปในแนวทางเดียวกัน ได้ตลอด ซึ่งจะแสดงออกมาให้เห็น โดยผ่านทาง การพูดสนทนา โดยอาจจะพูดไม่ต่อเนื่องกัน โดยที่อีกเรื่องหนึ่งก็ไม่เกี่ยวข้องเรื่องเดิม หรือเกี่ยวข้องเพียงเล็กน้อย (loosening of association) หรืออาจพบว่าตอบไม่ตรงคำถามเลย (irrelevant answer) หากเป็นหลายๆการวางคำในตัวเองจะสับสนไปหมด ทำให้ฟังไม่เข้าใจเลย (incoherent speech) บางคนอาจใช้คำแปลกๆที่ไม่มีใครเข้าใจเลยนอกจากตัวเอง

ง. อาการด้านอารมณ์ อาจพบว่าผู้ป่วยมีลักษณะเฉยเมย ไร้อารมณ์ บางคนอาจมีการแสดงออกของอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม เช่น หัวเราะคนเดียวต่างๆที่ไม่มีเรื่องน่าขำ อารมณ์เศร้าพบได้บ่อยเช่นกัน โดยเฉพาะในระยะที่อาการโรคจิตดีขึ้น

จ. อาการด้านพฤติกรรม พฤติกรรมในช่วงนี้จะเปลี่ยนไปอย่างเห็นได้ชัด ซึ่งอาจเป็นจากความหลงผิด ประสาทหลอน หรือเป็นจากความคิดแปลกๆของผู้ป่วย บางรายเก็บตัวมากขึ้น อยู่แต่ในห้อง ไม่อาบน้ำหลายวันติดกัน บางคนอาจควบคุมตนเองไม่ค่อยได้ กลายเป็นคนหงุดหงิดฉุนเฉียวง่าย มีพฤติกรรมก้าวร้าวอย่างไม่เคยเป็นมาก่อน

3) ระยะอาการหลงเหลือหลังจากระยะอาการดีขึ้น (residual phase) ภายหลังจากผู้ป่วยในระยะกำเริบหรือภายหลังได้รับการรักษาแล้ว ผู้ป่วยจำนวนหนึ่งอาการจะค่อยๆทุเลาจนเป็นปกติ บางคนอาการที่แสดงออกไม่ได้เป็นอาการของโรคจิตชัดเจน อาการทางจิต เช่น ประสาทหลอน หรืออาการหลงผิดอาจยังมีอยู่แต่ไม่ได้มีผลต่อผู้ป่วยมากเหมือนในระยะแรก และไม่ได้เป็นอาการเด่น ลักษณะอาการที่หลงเหลืออยู่ส่วนใหญ่เป็นอาการทางด้านลบ เช่น เก็บตัวเฉื่อยชา ไม่สนใจตัวเอง เป็นต้น

1.1.6 การรักษาโรคจิตเภท แบ่งการรักษาโรคจิตเภทตามระยะอาการออกเป็น 3 ระยะดังนี้ (American Psychiatric Association, 2000)

1) ระยะแรก เรียกว่า ระยะอาการทางจิตแบบเฉียบพลัน (Acute phase) การรักษาที่ควรได้รับ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม หลักการที่สำคัญคือ ในระยะนี้ต้องค่อยๆลดความรุนแรงของอาการทางจิตลง โดยต้องค่อยๆเพิ่มขนาดยาอย่างสม่ำเสมอ ในช่วงสองสามวันแรก จนกระทั่งอาการทางจิตเริ่มทุเลาจึงค่อยๆปรับขนาดยาลง ในรายที่มีอาการทางจิตรุนแรงจะไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา แพทย์อาจพิจารณารักษาด้วยไฟฟ้า

2) ระยะที่สอง เรียกว่า ระยะคงเสถียรภาพ (Stabilization phase) เมื่ออาการทางจิตเฉียบพลันของผู้ป่วยสงบลงแล้ว ลดขนาดยาต้านโรคจิตที่ใช้ทีละน้อย ในช่วงที่กำลังลดยาด้าน

อาการทางจิตเพิ่มขึ้นหรือกลับคืนมาอีก จำเป็นต้องเพิ่มขนาดยาที่เล็กน้อย จนสามารถควบคุมอาการได้ ระยะคงเสถียรภาพการรักษาใช้เวลา 1-3 สัปดาห์

3) **ระยะที่สาม** เรียกว่า ระยะคงสภาพการรักษา (Stable phase) เป้าหมายของการรักษาในระยะนี้คือการคงสภาพอาการทางจิตโดยใช้ยาต้านโรคจิตขนาดต่ำ ระยะเวลาของระยะนี้ขึ้นอยู่กับผู้ป่วยแต่ละราย โดยทั่วไปประมาณ 6 เดือนถึง 2 ปี บางรายอาจใช้ระยะเวลานานถึง 5 ปีหรือตลอดไป จึงเป็นเรื่องยากลำบากที่จะทำให้ผู้ป่วยคงสภาพการรักษาไว้ได้ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่รู้สึกว่าตนเองไม่จำเป็นต้องใช้ยาอีกต่อไปในเมื่อมีอาการดีขึ้นแล้ว จึงพบว่าผู้ป่วยมีอัตราให้ความร่วมมือในการรักษาที่ต่ำมาก

1.1.6.1 การรักษาด้วยยาต้านโรคจิต (Antipsychotic drugs) ปัจจุบันการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตในผู้ป่วยจิตเภทเป็นที่นิยมใช้โดยทั่วไป หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลระยะหนึ่ง จะต้องกลับไปอยู่กับครอบครัวและชุมชน จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการใช้ยาต้านโรคจิต ร้อยละ 75 ของผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตมีอาการดีขึ้นและกลับไปอยู่ในสังคมได้ (Barry, 2002) ยาต้านโรคจิตที่นิยมใช้กันอยู่หลายชนิด (สมาคมจิตแพทย์อเมริกัน, 2000) แบ่งการรักษาด้วยยาออกเป็น 2 กลุ่ม ตามการออกฤทธิ์ของสารสื่อประสาทในสมอง ได้แก่

1) **ยาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม (Typical antipsychotic drugs)** หลักการใช้ยากลุ่มนี้แบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ รักษาอาการระยะเฉียบพลันกับการให้ยาในระยะยาว เพื่อป้องกันภาวะกลับเป็นซ้ำ ยาต้านโรคจิตชนิดดั้งเดิมที่นิยมใช้กัน คือ Phenthiazine Butyrophenone Thioxanthenes

2) **ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ (Atypical antipsychotic drugs)** ยาในกลุ่มนี้ปัจจุบันมี 4 ชนิด ได้แก่ ยา Clozapine หรือชื่อทางการค้าว่า Clozaril, ยา Risperidone ชื่อทางการค้าคือ Risperidal ยา Olanzapine ชื่อทางการค้าคือ Zyprexa และยา Quetiapine ชื่อทางการค้าคือ Seroquel (NIMH, 1999)

การออกฤทธิ์ของยาต้านโรคจิต (Actions) แต่เดิมสันนิษฐานว่าโรคจิตเภทมีความสัมพันธ์กับการออกฤทธิ์มากเกินไปของโดปามีน ทั้งนี้พบว่ายากลุ่มดั้งเดิมที่ใช้รักษาโรคจิตเภททุกชนิดนั้นออกฤทธิ์ต่อโดปามีนรีเซพเตอร์ (Dopamine receptor) ส่วนในปัจจุบันมีการศึกษาค้นพบยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ การออกฤทธิ์ต่อโดยปิดกั้นโดปามีน รีเซพเตอร์ (Dopamine receptor) และ Serotonin- 5-Hydroxy Tryptamine (5-HT_{2A}) Receptors ยากลุ่มใหม่นี้จะรักษาอาการทางจิตด้านลบได้ดีกว่ากลุ่มดั้งเดิม ในขณะที่อาการด้านบวกรักษาได้ดีเท่ากัน การเกิดผลข้างเคียงจากฤทธิ์ของยาน้อยกว่ายากลุ่มดั้งเดิม และสามารถให้วันละ 1 ครั้งได้ เนื่องจากครึ่งชีวิตของยามี

ระยะเวลาที่ยาวนาน แต่ยาต้านโรคจิตกลุ่มใหม่ มีราคาสูงกว่ายาต้านโรคจิตกลุ่มดั้งเดิม ยาต้านโรคจิตหลายชนิดก่อให้เกิดอาการข้างเคียง (Kaplan & Sadock, 2000) ดังต่อไปนี้

1) ฤทธิ์ต้านโคลีนี (Anticholinergic effects) ประกอบด้วย ปากแห้ง คอแห้ง ท้องผูก ท้องอืด บางรายอาจมีปัสสาวะคั่ง ปัสสาวะลำบาก ตาพร่า รูม่านตาขยายและต้อหิน ผู้ป่วยที่ได้รับยาโคลซาปีน (Clozapine) มักจะมีน้ำลายไหลยืด และกลืนปัสสาวะไม่ได้

2) อาการ Extra pyramidal Effect : EPS ประกอบด้วยอาการเหล่านี้ คือ

ก. Dystonia มักเกิดระหว่าง 1 ชั่วโมง ถึง 5 วัน หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านโรคจิต อาการที่พบคือ คีรษะและคอบิดเบี้ยวไปข้างใดข้างหนึ่งอย่างรุนแรง ลำตัวแอ่นตาค้าง และเหลือบขึ้นไปจนมองไม่เห็นตาดำ บางรายลิ้นคับปากและสั่น

ข. Parkinson like syndrome ประกอบด้วย มือสั่นขณะพัก กล้ามเนื้อเกร็ง ทำเดินแบบชอยเท้า การเคลื่อนไหวช้า สีหน้าไร้อารมณ์ น้ำลายไหล

ค. Akinesia แสดงอาการออกมาในรูปอ่อนเพลีย กล้ามเนื้ออ่อนแรง การเคลื่อนไหวช้า ทำทางแข็งทื่อ ในรายที่เป็นรุนแรงจะเกิดอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อต่อ

ง. Akathisia มักเกิดภายใน 5 ถึง 40 วัน หลังเริ่มใช้ยา กลุ่มนี้ผู้ป่วยจะรู้สึก ตื่นเต้น กระวนกระวาย เดินไปมา ผุคลุกผุคั่ง ขาสั่น ง่วงงัน ซึ่งมีลักษณะคล้ายความวิตกกังวล

1.1.6.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electro Convulsive Therapy: ECT) การรักษาด้วยไฟฟ้าจะได้ผลดีในระยะเฉียบพลันหรือในระยะที่มีอาการทางอารมณ์ร่วมด้วย หรือในผู้ป่วยที่รักษาด้วยยาไม่ได้ผล ผู้เชี่ยวชาญส่วนใหญ่เชื่อว่าการใช้ยารักษาผู้ป่วยจิตเภททั่วไปดี และเหมาะสมกว่าใช้กระแสไฟฟ้า ในกรณีผู้ป่วยคือต่อยาต้านโรคจิตหรือเกิดอาการข้างเคียง จากการใช้ยามากจนรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่ได้ผล การรักษาด้วยกระแสไฟฟ้าร่วมกับยาจะทำให้ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น นอกจากนี้ยังมีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยไฟฟ้านี้คือ ผู้ป่วยเป็นชนิดคาทาโทเนีย แบบงงสับสน (Stupor) หรือ ตื่นเต้น กระวนกระวาย (Excitement) มีอาการซึมเศร้าร่วมด้วย และมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง ทักษะผู้ป่วยมีอาการคลุ้มคลั่งมากและใช้ยาแล้วไม่ได้ผล (สมภพ เรื่อง ตระกูล, 2542 ; Kaplan & Sadock, 2000)

1.1.6.3 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial therapy) การรักษาทางด้านจิตสังคมมักใช้รักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว หรือการรักษาด้วยวิธีใดวิธีหนึ่ง การรักษาทางด้านจิตสังคมเป็นการบำบัดรักษาในระยะทุเลา อาการทางจิตสงบลง ซึ่งผู้ป่วยสามารถควบคุมตนเองได้มากขึ้น การบำบัดทางจิตสังคมมีทั้งการบำบัดรายบุคคลแบบรายกลุ่ม การบำบัดที่สำคัญได้แก่

1) พฤติกรรมบำบัด (behavior therapy) พฤติกรรมบำบัดมีจุดมุ่งหมายเพื่อเพิ่มทักษะทางสังคม ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะในการสื่อสาร ดังนั้นถ้าผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมที่แสดงออกซึ่งทักษะดังกล่าวก็จะได้รับรางวัล จะได้รับรางวัล ซึ่งอาจเป็นคำชม หรือเหรียญ หรือเบี้ย (token economy)

2) ครอบครัวบำบัด (family therapy) โดยใช้หลักการเน้นครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแลรักษาผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยต้องกลับไปดำเนินชีวิตกับครอบครัว และเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคที่มีการดำเนินโรคเป็นแบบเรื้อรัง ถึงแม้บางรายยังได้รับการรักษาด้วยยาอยู่ก็ยังคงต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวด้วย เพื่อส่งเสริมให้ครอบครัวได้เข้าใจเกี่ยวกับโรคที่ผู้ป่วยเป็นอยู่ การปฏิบัติต่อผู้ป่วย การแสดงความเห็นอกเห็นใจ และการกระตุ้นให้เกิดกำลังใจ

3) จิตบำบัดรายบุคคล และจิตบำบัดรายกลุ่ม (individual group psychotherapy) เป็นการช่วยเหลือให้ผู้ป่วยเกิดความสมดุลทางจิตใจด้วยการให้กำลังใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพูดระบายความรู้สึก ให้ผู้ป่วยเข้าใจในพฤติกรรมของตนเอง ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ได้รับผลดีจากการรักษาทางจิตบำบัดแบบประคับประคอง ส่งเสริมให้กำลังใจ ช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหของตนได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้น

4) การฟื้นฟูสภาพ ทักษะทางสังคม (rehabilitation) ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทควรได้รับการฟื้นฟูสภาพในด้านการฝึก การประกอบอาชีพ การแก้ปัญหาและทักษะการจัดการกับอารมณ์และความเครียด ทักษะการคิด ทักษะการสร้างสัมพันธภาพและทักษะการเรียนรู้ทางปัญญา สังคม ทักษะต่างๆ เหล่านี้สามารถนำมาใช้ได้อย่างได้ผลในผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่เป็นผู้ป่วยนอกที่อยู่ในระยะอาการสงบ และใช้ควบคู่ไปกับการรักษาด้วยยา (NIMH, 1999)

5) นิเวศน์บำบัด (milieu therapy) หมายถึง การจัดสภาพบรรยากาศเพื่อการบำบัดอย่างมีจุดมุ่งหมาย มีแบบแผน มีหลักการ มีวัตถุประสงค์และวิธีการเฉพาะผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเท่านั้น เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดทัศนคติที่ดี ต่อการรักษาดูแลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะการอยู่ในสังคม เพิ่มความแข็งแกร่งของจิตใจ และพัฒนาเสริมสร้างคุณค่าของตนเอง

1.2 อาการทางลบ (Negative symptoms) ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มักมีลักษณะเด่นคือ มีความผิดปกติของกระบวนการความคิดเป็นหลักและการรับรู้ที่มีลักษณะเฉพาะ อารมณ์แบบไม่เหมาะสม นำไปสู่พฤติกรรมที่ผิดปกติ อาการทางลบเป็นลักษณะอาการทางจิตที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยจิตเภท ในปัจจุบันได้มีผู้ให้ความหมายและลักษณะอาการดังนี้

1.2.1 ความหมายอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

Carpenter et al. (1988) กล่าวว่า อาการทางลบ หมายถึง ลักษณะอาการที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนในลักษณะอาการพูดน้อยกว่าปกติหรือตอบคำถามเพียงสองสามคำ เนื้อหาในการพูดน้อย การแสดงออกทางอารมณ์จำกัด การเคลื่อนไหวเชื่องช้า และไม่มีอารมณ์สนุกสนาน (Anhedonia)

Andreson & Olsen (1982) และสมภพ เรืองตระกูล(2542) กล่าวว่า ลักษณะอาการทางลบ คือ ลักษณะอาการดังต่อไปนี้ อาการที่การแสดงออกของอารมณ์ลดลงมาก หน้าตาเฉยเมยไม่ค่อยสบตาแม้ว่าบางครั้งอาจยิ้มหรือมีอารมณ์ดีบ้าง (Affective flattening) อาการพูดน้อย เนื้อหาในการพูดมีน้อย (Alogia) ขาดความกระตือรือร้น เฉื่อยชาลง ไม่สนใจเรื่องการแต่งกาย ผู้ป่วยอาจนั่งอยู่เฉยทั้งวัน (Avolition) ขาดความสนุกสนานเบิกบานใจ (Anhedonia) และลักษณะอาการที่ขาดความใส่ใจในการร่วมทำกิจกรรมต่างๆ (Attentional impairment)

Kay, Fiszbein & Opler (1987) กล่าวว่า อาการทางลบ คือ อาการที่ขาดไปจากสภาพปกติและมีลักษณะอาการดังต่อไปนี้

- 1) การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) หมายถึง การแสดงการตอบสนองทางอารมณ์น้อยกว่าปกติ ซึ่งแสดงออกทางสีหน้า การเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และท่าทางการสื่อสารน้อยกว่าที่ควรจะเป็น
- 2) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotion withdrawal) คือ การขาดความสนใจและความรู้สึกเกี่ยวข้องรวมทั้งไม่มีความรู้สึกผูกพันทางอารมณ์กับเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต
- 3) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) คือ การขาดความสามารถในการเข้าใจคนอื่นไม่สามารถเปิดตนเองในการพูดคุย ไม่สามารถแสดงความรู้สึกใกล้ชิด ความสนใจ
- 4) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) คือ การมีความสนใจและการริเริ่มที่จะมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมลดลง เนื่องจากมีลักษณะเฉื่อยชา ไร้อารมณ์ ขาดพลัง หรือแรงผลักดันภายในทำให้การมีส่วนร่วมในความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นลดลงและละเลยการทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวัน
- 5) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) มีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม ซึ่งแสดงออกโดยมีปัญหาในการจัดหมวดหมู่ การสรุปเป็นกฎเกณฑ์โดยทั่วไป และการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความคิดระดับที่สูง
- 6) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) คือ การมีกระแสคำพูดช้าลงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์กับการไร้อารมณ์ การขาดแรง

กระตุ้นภายใน การระมัดระวังตนหรือการบกพร่องของการรับรู้ แสดงออกโดยการมีกระแสดำพูดที่สั้นไหลอย่างต่อเนื่องน้อยลงและได้เนื้อหาในการติดต่อสื่อสารน้อยกว่าปกติ

7) การคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) คือ ความคิดขาดความสั้นไหล ความเป็นอิสระ เป็นธรรมชาติและความยืดหยุ่น ซึ่งแสดงออกโดยการมีความคิดที่ตายตัว คิดซ้ำซากหรือมีความคิดว่างเปล่าไม่ค่อยมีเนื้อหาความคิด

8) จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า อาการทางลบ คือ ลักษณะอาการที่ขาดหายไปจากสภาพปกติ หรือมีอาการลดน้อยลงกว่าสภาพปกติ ไม่เป็นธรรมชาติ โดยแสดงออกอย่างชัดเจนทางด้านเนื้อหาในการพูดคุย ขาดการแสดงออกทางด้านอารมณ์ การขาดความใส่ใจในการร่วมกิจกรรม ขาดความสามารถในการสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น แยกตัวจากสังคม และมีความบกพร่องในการคิดแบบนามธรรม คือซ้ำซากอย่างตายตัว

1.2.2 การประเมินอาการทางลบ วิธีการประเมินอาการทางลบนั้น ได้มีการพัฒนาเครื่องมือต่อกันมาดังนี้

Andersen (1989) ได้ใช้เครื่องมือ Scale for the Assessment of Negative Syndrome (SANS) ประเมินลักษณะอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท 5 ลักษณะอาการ คือ การแสดงทางอารมณ์ (affect) การขาดความสามารถในการใช้ความคิด (alogia) ความรู้สึกไร้พลัง เฉยเมย (Avolition) การรู้สึกขาดความสุขหรือยินดีกับกิจกรรมต่างๆ (anhedonia) การไม่สามารถมีสมาธิในการสนใจกิจกรรมต่างๆ (attention impairment)

Kay et al. (1987) ได้สร้างเครื่องมือ Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) เป็นเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นให้เป็นเครื่องมือที่มีมาตรฐานในการจำแนกชนิดและลักษณะอาการต่างๆ ของโรคจิตเภท โดยประกอบด้วยคำถาม 30 ข้อ เป็นเครื่องมือที่ได้รับการยอมรับว่า มีการกำหนดความหมายของอาการต่างๆ และวิธีการในการใช้ประเมิน Positive and Negative Symptoms และกลุ่มอาการอื่นๆ ของโรคจิตเภทอย่างละเอียดรอบคอบ Positive and Negative Syndrome Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินกลุ่มอาการ ทางบวก และ ทางลบ ในผู้ป่วยจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัยมาแล้วว่ามีอาการ Positive และ Negative อย่างไรบ้าง มากน้อยเพียงใด ในขั้นต้น Positive and Negative Syndrome Scale ได้รับการพัฒนาขึ้นโดยดัดแปลงจากเครื่องมือวัดทางจิตเวช 2 ชุด คือ Brief Psychiatric Rating Scale (Overall & Gorham, 1962) และ Psychopathology Rating Schedule (Singh & Kay, 1975) โดยเลือกเอาข้อคำถามต่างๆ ที่บ่งถึงกลุ่มอาการ ทางบวก และ ทางลบ ของโรคจิตเภทที่ดีที่สุด เกณฑ์การให้คะแนนมี 7 ระดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันเป็นขั้นๆ อย่างสม่ำเสมอ ได้มีการทดลองใช้ในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการวินิจฉัย

ตาม DSM-III จำนวน 101 คน การวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของเครื่องมือมีความสอดคล้องภายใน (internal consistency) ดี ตั้งแต่ .73 ถึง .83

ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) ได้ทำการแปล Positive and Negative Syndrome Scale เป็นภาษาไทย หลังจากนั้นได้นำมาดัดแปลงแก้ไขและเรียบเรียงให้เหมาะสม มีการฝึกใช้ Positive and Negative Syndrome Scale ทั้งฉบับภาษาไทยและภาษาอังกฤษเพื่อทดสอบหา inter-rater reliability โดยการให้คะแนนผู้ป่วยจากวิดีโอทัศน์ตามวิธีและเกณฑ์มาตรฐานที่ Kay และคณะกำหนดไว้ (Kay et al., 1988) ซึ่งใน Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ คือ การแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking)

หงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ได้สร้างเครื่องมือประเมินอาการทางลบจากโครงสร้างเนื้อหาของ Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด (Kay et al., 1988) ซึ่งประกอบด้วย การประเมินลักษณะอาการทางลบ 7 อาการ แต่มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ คือการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ (Blunted affect) 2 ข้อ การแยกตัวทางอารมณ์ (Emotional withdrawal) 2 ข้อ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง (Poor rapport) 2 ข้อ อาการแยกตัวจากสังคม (Passive/apathetic social withdrawal) 2 ข้อ มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม (Difficulty in abstract thinking) 2 ข้อ การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ (Lack of spontaneity and flow of conversation) 2 ข้อ และการคิดอย่างตายตัว (Stereotyped thinking) 1 ข้อ ประเมินโดยการอาศัยการสังเกตและการสัมภาษณ์จากผู้ป่วย แล้วให้คะแนนตามเกณฑ์ที่กำหนด ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหาเท่ากับ .71 และได้ค่าความเที่ยงจากวิธี inter-rater reliability เท่ากับ .84

จะเห็นได้ว่าจากการประเมินอาการทางลบนั้นสามารถประเมินได้ โดยใช้วิธีการประเมินทั้งจากการสังเกตและสัมภาษณ์จากผู้ป่วยโดยตรง หรือการสัมภาษณ์จากญาติและเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้วิธีการสัมภาษณ์และการสังเกตจากผู้ป่วยโดยตรง ทั้งนี้เพราะข้อมูลที่ได้จะเป็นจริงและมีความชัดเจนจากอาการที่ปรากฏอยู่ในตัวผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือของหงษ์ บรรเทิงสุข (2545) ที่พัฒนามาจาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย (PANS-T) ที่ธนา นิลชัยโกวิทย์และคณะ (ม.ป.ป.) แปลและสร้างขึ้นจากแนวคิด (Kay et al. 1988) โดยมีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ ที่ประเมินอาการทางลบ 7 อาการ คือการแสดงอารมณ์น้อยกว่าปกติ

การแยกตัวทางอารมณ์ มนุษย์สัมพันธ์บกพร่อง อาการแยกตัวจากสังคม มีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม การสนทนาไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นธรรมชาติ และการคิดอย่างตายตัว ที่มีความเหมาะสมและครอบคลุมอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มาเป็นเกณฑ์ในการประเมินอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ผู้ศึกษาจะใช้แนวคำถามในการสัมภาษณ์จาก SCI-PANSS (Standardized Clinical Interview for the Positive and Negative Syndrome Scale) ฉบับภาษาไทยมาประเมินในอาการมีปัญหาในการใช้ความคิดนามธรรม ส่วนในอาการอื่น ๆ นั้นผู้ศึกษาจะใช้วิธีการสังเกตโดยตรงอย่างต่อเนื่อง (Continuous direct observation) หมายถึงการที่ผู้ศึกษาเป็นผู้ไปสังเกตพฤติกรรมของกลุ่มตัวอย่างจากสถานการณ์จริงที่มีความต่อเนื่องของระยะเวลาการสังเกต ทั้งนี้ผู้ศึกษาจะเป็นผู้กำหนดระยะเวลาในการสังเกตนั้นๆ เช่น ทำการสังเกตตั้งแต่เวลา 8.00 น. ถึง 16.00 น. ทุกวัน เป็นระยะเวลา 2 สัปดาห์ ส่วนการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) นั้นเป็นการสังเกตโดยที่ผู้ศึกษาไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่างๆ กับกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้จะทำการสังเกตอยู่ห่างๆ แต่อย่างไรก็ตามในการเข้าไปเก็บข้อมูลจริงนั้น การคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ศึกษาและกลุ่มตัวอย่างเป็นสิ่งสำคัญ ดังนั้น จึงอาจมีบางโอกาสที่มีความจำเป็นจะต้องเข้าไปมีส่วนร่วมกับกลุ่มตัวอย่างในบางกิจกรรม

2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมายการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทพบว่ามีผู้ให้ความหมายของการพยาบาลไว้ดังนี้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแล ช่วยเหลือบุคคลในด้านสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้รับบริการและครอบครัว ในลักษณะที่คำนึงถึงคนทั้งคนเป็นหน่วยเดียว นั่นคือการยึดหลักปัจเจกบุคคลหรือที่เรียกว่าการพยาบาลแบบองค์รวม

อำไพ พุ่มศรีสวัสดิ์ (2543) กล่าวว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทถือเป็นแนวทางการพยาบาลโดยรวมของผู้ป่วยจิตเภทเกือบทั้งหมด เพราะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการผิดปกติหลายประการ พยาบาลจึงยึดหลักการปฏิบัติ 4 มิติ คือ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ การปฏิบัติแบ่งออกเป็น 3 ลักษณะ คือ 1) การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระคือต้องใช้การบำบัดตามคำสั่งแพทย์ 2) การปฏิบัติกึ่งอิสระ คือ ปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ 3) การปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือ การพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์

Leininger (1994 อ้างถึงใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) กล่าวถึงการพยาบาลว่าเป็นการดูแล และเป็นกระบวนการช่วยเหลือ การสนับสนุนส่งเสริม การเอื้ออำนวยผู้อื่นเป็นรายบุคคลหรือราย กลุ่มทั้งในครอบครัวและชุมชน ด้วยการเอาใจใส่โดยมีเป้าหมายของการดูแลสุขภาพ คือ ต้องมีองค์ ความรู้ที่หลากหลาย ทั้งทางด้านวิชาการและความเข้าใจคุณค่า ความเชื่อ ค่านิยมและวิถีชีวิตของแต่ละ บุคคล ซึ่งแตกต่างกันไปตามวัฒนธรรม โดยการดูแลจะต้องสนองความต้องการที่มุ่งรักษาไว้ซึ่ง ภาวะสุขภาพของบุคคล

Shives (1994) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือการให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ โดยเริ่มให้การพยาบาลตั้งแต่ระยะส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค บำบัดรักษาและฟื้นฟู สมรรถภาพของผู้ป่วย ทั้งทางร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการรักษา การจัดกลุ่ม กิจกรรมบำบัด และการให้การบำบัดรักษาอื่นๆร่วมกับบุคคลากรในทีมจิตเวช

สรุปการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภททั้งทางด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ด้วยกระบวนการปฏิสัมพันธ์ พร้อมการให้ความรู้การให้ สุขศึกษาในการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพทางสุขภาพจิต โดยการให้การดูแล นั้น ต้องใช้ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ และศิลปะในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเฉพาะสุขภาพจิตของ บุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตที่ดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสมสามารถปรับตัวให้เข้ากับ สิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปและสามารถพึ่งตนเองได้ตามศักยภาพ

2.2 การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าอาการทางลบเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลด้านลบต่อ คุณภาพชีวิต (หงษ์ บรรเทิงสุข, 2545; Caron et al., 1998; Barry & Crosby, 1996; Ho et al. 1998) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสูญเสียการทำบทบาทหน้าที่ รวมทั้งความสัมพันธ์ของผู้ป่วยระหว่างสมาชิกใน ครอบครัวและผู้อื่นลดลง ขาดทักษะที่จะเป็นในการดำเนินชีวิตประจำวัน มีความยากลำบากในการ อยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคม ทำให้มีประสิทธิภาพในการทำงานกับผู้อื่นน้อยลง ไม่สามารถทำงานหรือ ประกอบอาชีพได้ ส่งผลให้ขาดรายได้ ต้องเป็นภาระผู้อื่น มีความคาดหวังและความพึงพอใจใน ชีวิตต่ำ ส่งผลให้อาการทางจิตแย่ลง (กรมสุขภาพจิต, 2549) ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทต้องพึ่งพาผู้อื่นและ รู้สึกว่าตนเองไร้ค่า ขาดสิ่งค่าจุนทางด้านจิตใจก่อให้เกิดความเครียด เกิดอาการทางจิตกำเริบและ เกิดการป่วยซ้ำได้ การป่วยซ้ำแต่ละครั้งจะส่งผลต่อการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท มีสมรรถภาพการ ดำเนินชีวิตลดลง (American Psychiatric Diagnosis, 1994) ส่งผลกระทบต่อความสามารถในการ ดำเนินชีวิต เป็นอุปสรรคให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่สามารถตอบสนองความต้องการพื้นฐานของมนุษย์เพื่อ การดำรงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดี

พยาบาลปฏิบัติงานโดยให้ความรู้ในศาสตร์การพยาบาล ศาสตร์ที่เกี่ยวข้อง ในการทำความเข้าใจกับความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้ใช้บริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพ เพื่อเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงของบุคคลมุ่งสู่การมีสภาพชีวิตที่ปกติสุขหรือมีสุขภาวะที่ดี

บทบาทการพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท คือ เป็นผู้ให้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ กับผู้ป่วยและครอบครัว ส่งเสริมสนับสนุนเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ส่งเสริมเทคนิควิธีการในการจัดการกับอาการทางลบ โดยพยาบาลจะเป็นผู้อำนวยความสะดวกในการส่งเสริมสนับสนุนให้กำลังใจ และติดตามประเมินผล (Dennis et al., 2000)

สรุปได้ว่า การพยาบาลเพื่อลดอาการทางลบ เน้นการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยรู้แนวทางการดูแลตนเองอย่างถูกวิธี สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวัน ได้มากที่สุด ทั้งในด้านการรับประทานยา การทำกิจวัตรประจำวัน การเข้าสังคม การเผชิญปัญหา การให้กำลังใจ รวมทั้งการสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของตนเองได้

บทบาทพยาบาล (Nursing roles) บทบาทของพยาบาล ซึ่ง Peplau (1952 อ้างใน จินตนา ยูนินพันธุ์ และวารภรณ์ ชัยวัฒน์, 2550) อธิบายบทบาทพยาบาลที่เชื่อมโยงกับการดำเนินการของสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยในระยะต่าง ๆ พยาบาลอาจปฏิบัติบทบาทเหล่านี้ที่ละบทบาทสลับกัน หรือปฏิบัติพร้อมกันก็ได้ บทบาทเหล่านี้ได้แก่

1. ผู้แปลกหน้า (Stranger) ในระยะแรกของสัมพันธ์ภาพ เมื่อพยาบาลพบผู้ป่วยครั้งแรกในลักษณะเชิงรับ คือ ผู้ป่วยมาหน่วยบริการสุขภาพด้วยความตั้งใจหรือไม่ตั้งใจก็ตาม นับว่าผู้ป่วยมีความต้องการที่จะรับการช่วยเหลือ ส่วนในสถานการณ์เชิงรุก คือ พยาบาลพบผู้ป่วยในชุมชน ทั้งสองฝ่ายเป็นบุคคลแปลกหน้าต่อกัน การพบกันครั้งแรกของพยาบาลและผู้ป่วยไม่ว่าในสถานการณ์เชิงรับหรือเชิงรุก พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการต้อนรับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นบุคคลสำคัญ พยาบาลต้องให้เกียรติผู้ป่วย ไม่ใช่ค่านิยม ความเชื่อของตนเองเป็นพื้นฐานของการตัดสินใจใด ๆ ต้องไม่มีอคติ ในทางตรงกันข้ามพยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยในฐานะที่เป็นบุคคล

2. บทบาทผู้ให้ข้อมูล (Resource person) บทบาทนี้พยาบาลจะเป็นผู้ให้คำตอบ/ให้ข้อมูลทางสุขภาพ(รวมทั้งข้อมูลเกี่ยวกับการบำบัดรักษา และแผนการรักษาของแพทย์และแผนการพยาบาล) ทุกคำถามของผู้ป่วยและครอบครัว คำตอบ/ข้อมูลที่ให้จะเป็นคำตอบที่เฉพาะเจาะจงเปรียบเสมือนว่าเป็นแหล่งข้อมูลทางด้านสุขภาพ นอกจากนั้นพยาบาลจะต้องเป็นผู้กำหนดว่า ผู้ป่วยจะต้องเรียนรู้ เข้าใจถึงข้อมูลประเภทใด ต้องมีทักษะอะไรบ้าง ในแต่ละระยะของกระบวนการของโรค

และในสถานการณ์ของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยไม่ถาม จึงเป็นหน้าที่ของพยาบาลที่จะต้องช่วยเหลือให้ผู้ป่วยตระหนักถึงความจำเป็นที่ต้องเรียนรู้ ซึ่งก็คือการช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองนั้นมีข้อบกพร่องหรือยังไม่รู้เรื่องใด ปฏิบัติตัวเรื่องใดยังไม่ถูกต้อง หรือมีเรื่องใดที่ต้องเรียนรู้ใหม่ การปฏิบัติบทบาทให้ข้อมูลนี้ เกิดขึ้นควบคู่กับบทบาทของการสอน และ/หรือ การให้คำปรึกษาที่เน้นให้ผู้ผู้ป่วยตัดสินใจด้วยตนเอง

3. บทบาทผู้สอน (Teaching) บทบาทผู้สอนนี้ Peplau (1952) กล่าวว่า เป็นบทบาทที่สำคัญอย่างยิ่งของการพยาบาล การสอนคือ การช่วยให้ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การคิด ความรู้สึก และการกระทำอย่างถาวร การสอนเริ่มจากการค้นคว้าหาว่าผู้ป่วยนั้นต้องการความรู้ในเรื่องใด จึงจะมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้ เช่น ผู้ป่วยต้องมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรค ฤทธิ์ของยา จึงจะรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสนใจสังเกตการณ์เปลี่ยนแปลงของตนเอง เป็นต้น เมื่อค้นหาความต้องการได้แล้ว ต่อไปต้องให้ผู้ผู้ป่วยได้รับรู้ว่าสิ่งที่ตนต้องเรียนรู้ นั้นสำคัญต่อตนเองอย่างไร จากนั้นพยาบาลจึงจะเริ่มการสอน ด้วยวิธีการอย่างใดอย่างหนึ่ง

4. บทบาทผู้นำ (Leadership) ในการปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยนั้น พยาบาลมีพันธะหน้าที่ในการปกป้อง คุ้มครองให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือในทุกด้านตลอดเวลาจากบุคลากรทีมสุขภาพ โดยเฉพาะในทีมการพยาบาลซึ่งเป็นทีมใหญ่ เพราะนอกจากจะรับผิดชอบดูแลผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจแล้ว ต้องจัดสิ่งแวดล้อม รวมถึงการประสานงานในระบบบริการสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเต็มที่ พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้นำ ในส่วนที่จะวางแผน กำกับดูแล และทำงานร่วมกันแบบช่วยเหลือและร่วมมือกัน จนบรรลุผลให้ผู้ผู้ป่วยได้รับบริการที่ดีที่สุด

5. บทบาทผู้ทดแทน (Surrogate) ในบทบาทนี้ พยาบาลจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับความเหมือนความต่างระหว่างพยาบาลกับบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ ที่ผู้ป่วยเคยมีสัมพันธภาพมาก่อน ทั้งนี้เพราะหากสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยมีการพัฒนาการไปด้วยดี ผู้ป่วยไว้วางใจพยาบาล มั่นใจและพอใจที่จะรับการดูแลช่วยเหลือ ผู้ป่วยจะรู้สึกสบายใจ ได้รับความรัก ความอบอุ่น จนอาจเกิดความสับสนในขอบเขตของสัมพันธภาพได้ โดยเฉพาะหากผู้ป่วยเป็นผู้ที่มีปัญหาทางจิต พยาบาลต้องช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจความเหมือนความต่าง และขอบเขตของสัมพันธภาพทางสังคม

6. บทบาทให้คำปรึกษา (Counseling) บทบาทนี้มีความสำคัญในสถานการณ์พยาบาลทุกสถานการณ์ โดยเฉพาะบทบาทที่ทำหน้าที่ดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ในบทบาทนี้พยาบาลต้องช่วยผู้ป่วยให้ระลึกได้และเข้าใจอย่างชัดเจนว่ากระบวนการคิด ความรู้สึกและความสัมพันธ์ของตน

สัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งก็คือการเข้าใจปัญหาของตนเอง จากนั้นพยาบาลต้องร่วมกับผู้ป่วยค้นหาวิธีการต่าง ๆ ทั้งที่เคยทำมาแล้ว และยังไม่เคยทำในการแก้ปัญหาที่มีอยู่ ตลอดจนทบทวนผลดีและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น แล้วจึงให้ผู้ป่วยตัดสินใจเลือกวิธีการแก้ปัญหาใหม่ หรือปฏิบัติตัวใหม่

สรุป การที่พยาบาลมีความรู้ความเข้าใจในบทบาทของพยาบาลจะทำให้ดูแลผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาวะที่ดีและเกิดความพึงพอใจในองค์ประกอบของชีวิต ส่งผลถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ถือว่าเป็นศิลปะของการพยาบาล หมายถึง การใช้ความรู้อย่างผู้ชำนาญการจนสามารถช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลง แก้ปัญหา หรือปฏิบัติตัวใหม่อย่างยั่งยืน

2.3 ระบบบริการ การพยาบาลโรงพยาบาล

การรับผู้ป่วยจิตเภทเข้ารับไว้รักษาใน โรงพยาบาล จะกระทำในกรณีต่อไปนี้ คือ ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองหรือผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่ผู้อื่น มีปัญหาอื่นๆที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น มีอาการข้างเคียงรุนแรงจากยา ในกรณีผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยาหรือมีปัญหาในการวินิจฉัยเป็นต้น (ไพรัตน์ พุกษชาติ, 2543)

ขณะที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตรุนแรง (Acute phase) ทั้งอาการด้านบวกและด้านลบ มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ (Herz and Marder, 2002 อ้างถึงใน พรรณภา แสงส่อง, 2549) การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในการตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการเพื่อให้สามารถดำรงชีวิตตามปกติ สามารถทำได้โดยใช้แนวคิดการพยาบาลเพื่อชีวิตปกติสุข (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542) ดังนี้

1. การดูแลช่วยเหลือให้ผู้รับบริการรับรู้ วันเวลา สถานที่ บุคคล
2. การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถจัดการกับความคิด อารมณ์และการแสดงออก การควบคุมอารมณ์และการแสดงพฤติกรรมของตน
3. การช่วยเหลือให้ผู้รับบริการสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข โดยเสริมสร้างศักยภาพส่วนบุคคล ด้านต่างๆดังนี้

3.1 การดูแลเรื่องกิจวัตรประจำวัน ได้แก่ การที่บุคคลสามารถปฏิบัติกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการขั้นพื้นฐานทางด้านร่างกาย เช่น การดูแลทำความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร การดูแลเคลื่อนไหวร่างกาย และการขับถ่าย การพักผ่อนนอนหลับ เป็นต้น

3.2 การดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม ได้แก่ ความสามารถของบุคคลด้านสังคมในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลที่อยู่รอบข้าง และการมีกิจกรรมเพื่อการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่น

3.3 การมีสัมพันธภาพเชิงบำบัด ได้แก่ ความสามารถของบุคคลในการมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลและทีมสุขภาพที่ส่งผลต่อการบำบัดทางจิต เกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึก การแสดงออกและการกระทำ

3.4 การมีสมรรถนะทางด้านร่างกาย หรือความแข็งแรงด้านร่างกาย ได้แก่ การดำรงรักษาเสริมสร้างความแข็งแรงของระบบกายวิภาค และเสรีภาพของบุคคล ให้ทำหน้าที่ในการสร้างความมั่นคงแก่บุคคล สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข การรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล สามารถลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วยและครอบครัว จะได้รับการดูแลจากบุคลากรทางด้านจิตเวช ซึ่งจะช่วยในด้านอื่นๆที่นอกเหนือไปจากเรื่องยา

เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยจิตเวช

เกณฑ์	ผู้ป่วยวิกฤต	ผู้ป่วยแรกรับ	ผู้ป่วยเรื้อรัง บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
1. การรับรู้เวลา สถานที่	ไม่ถูกต้อง	สับสน	ถูกต้องในเรื่อง ใกล้ตัว	+ถูกต้องในเรื่อง ใกล้ตัว
2. การจัดการกับ ความคิด อารมณ์ และการ แสดงออกของ ตนเอง(การ ควบคุมตนเอง)	* เป็นอันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่นและ หรือทำลาย ทรัพย์สิน	* มีแนวโน้ม (เสี่ยง)ที่จะเป็น อันตรายต่อ ตนเอง ผู้อื่น และ หรือทำลาย ทรัพย์สิน	เป็นอันตรายต่อ ตนเองใน ส่วน คุณค่าและการทำ หน้าที่	ไม่เป็นอันตราย แต่ไม่เป็น ประโยชน์ (สร้างสรรค์)ต่อ ตนเอง ผู้อื่น และ สิ่งแวดล้อม
3. ศักยภาพส่วน บุคคล				
3.1 การดูแล ตนเองเรื่อง กิจวัตรประจำวัน	ต้องการทำให้	ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ช่วยเหลือ	ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ประคับประคอง สนับสนุนอย่าง ใกล้ชิด(บอก ซ้ำๆ)	ดูแลตนเองได้ โดยมีการ ประคับประคอง สนับสนุนสอน และจัด สิ่งแวดล้อมเป็น ครั้งคราว
3.2 การดำรงตน ในฐานะสมาชิก ของสังคม				

เกณฑ์	ผู้ป่วยวิกฤต	ผู้ป่วยแกร็บ	ผู้ป่วยเร่งรัด บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว	
- การเข้าร่วม กิจกรรมการอยู่ ร่วมกัน	X	+	-	ได้โดยไม่ต้อง รับผิดชอบ	ได้แต่ร่วม รับผิดชอบ
- การพูดคุย ทักทายในกลุ่ม เพื่อนบุคลากร	X	+	-	ได้แต่ไม่มีการ ริเริ่ม	ได้โดยเริ่มตนเอง
3.3 การมีสัมพันธ์ ภาพเชิงบำบัด					
- ใ่วางใจ พยาบาล	X	/	/	/	
- ฟัง ได้ตอบ	X	X	+	/	
- คิดแสดง ความคิด	X	X	+	+	
- บอกความรู้สึก ของตนเอง	X	X	(X)+	+	
3.4 สมรรถภาพ ทางกาย					
- พยาธิสภาพทาง กาย	*อุบัติเหตุมีภาวะ เสี่ยงที่จะเป็น อันตรายต่อชีวิต (ABC)	มี ไม่เสี่ยงต่อชีวิต	มี ไม่รุนแรง	ไม่มี	
	* มีพยาธิสภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ	มี ไม่เสี่ยงต่อชีวิต	มีเสี่ยงปานกลาง ต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน	มี ไม่เสี่ยงต่อชีวิต ไม่มีพยาธิสภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ	

เกณฑ์	ผู้ป่วยวิกฤต	ผู้ป่วยแรกรับ	ผู้ป่วยเร่งรัด บำบัด	ผู้ป่วยบำบัด ระยะยาว
- ผลกระทบจาก การรักษา	* มีอันตรายต่อ ชีวิต * มีพยาธิสภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ	มี ไม่เสี่ยงต่อชีวิต	มีเสี่ยงปานกลาง ต่อการเกิด ภาวะแทรกซ้อน	มี ไม่เสี่ยงต่อชีวิต ไม่มีพยาธิสภาพ เกี่ยวกับ Vital Organ

เครื่องหมายที่ใช้ในเกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วย

X	หมายถึง	ไม่มีพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น
*	หมายถึง	มีพฤติกรรมหรือเหตุการณ์เกิดขึ้น ให้ถือว่าเป็นผู้ป่วยในคอลัมน์ โดยไม่ต้องดูเกณฑ์อื่น
±	หมายถึง	มีการกระทำหรือพฤติกรรมตามเกณฑ์แต่ไม่สม่ำเสมอ เช่น การ พูดคุย ทักทายในผู้ป่วยแรกรับ พบครั้งนี้ผู้ป่วยพูดคุยทักทายดี ต่อไปอาจไม่พูดคุยเลยก็ได้
/	หมายถึง	มีพฤติกรรมหรือการกระทำเกิดขึ้น

2.4 ผลลัพธ์ทางการพยาบาล การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคลที่เป็นผู้รับบริการจากพยาบาล เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการ ตามขอบเขตของกฎหมายและจริยธรรมแห่งวิชาชีพเพื่อเกิดผลลัพธ์ คือ การเปลี่ยนแปลงของบุคคลสู่การมีสภาพชีวิตปกติสุข

2.5 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาลคือ

2.5.1 พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาล เป็นเบื้องต้น การพยาบาล มีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนองความต้องการของผู้บริการ อย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์ โดยผู้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเป็นสุข (Conscience)

2.5.2 พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพภายใต้สภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการ

พัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น

สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง ดังนั้นการปฏิบัติงานของพยาบาลจึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลายขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อมและภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ ครอบคลุมบทบาทของพยาบาลจิตเวช 6 บทบาท คือ

1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยทั้งอันตรายที่เกิดจากปัจจัยภายในผู้ป่วยเองและปัจจัยภายนอก พยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างมีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและพัฒนาการส่วนบุคคลในรอบด้าน

2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล กิจกรรมทางสังคม กิจกรรมทางสันติภาพ และกิจกรรมอื่นๆที่มุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุดจึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย ซึ่งเป็นผลมาจากกระบวนการพยาบาล และบันทึกผลการประเมินนี้สำหรับบุคลากรในทีมสุขภาพ

3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนาพฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่ ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่นเป็นกลุ่มเล็กและให้ข้อมูลย้อนกลับเกี่ยวกับการแสดงพฤติกรรมของผู้ป่วย และการตอบสนองของผู้ป่วยต่อบุคคลรอบตัว ทั้งนี้เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล และในสังคมที่บ้านหรือในชุมชน

4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาวิธีใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ รวมทั้งรับผิดชอบในการกระทำของตนเองเพื่อตนเอง เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้ใกล้ชิดและทีมสุขภาพได้ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

5) บทบาทผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้สนับสนุนให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายจิตใจและสังคมอย่างถาวร

6) บทบาทผู้ชำนาญการทางเทคนิค พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลและการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

นอกจากการปฏิบัติการพยาบาลตามบทบาททั้ง 6 บทบาทนี้แล้ว พยาบาลควรให้ความสำคัญกับความต้องการของมนุษย์ด้วย เพื่อนำมาผสมผสานกับการให้กิจกรรมการพยาบาล ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองที่ตรงตามความต้องการมากที่สุด เมื่อพิจารณาความต้องการของมนุษย์โดยทั่วไปแล้ว จัดเป็น 4 ประเภท ได้แก่ (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางร่างกาย เพิ่มความแข็งแกร่งของอวัยวะของร่างกายในสถานะที่มีการเปลี่ยนแปลงในระบบโครงสร้างของบุคคล ทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมหรือจิตวิญญาณ ความต้องการเพื่อการอยู่รอดนี้จะเปลี่ยนแปลงในลักษณะที่เพิ่มขึ้นหรือลดลงได้ตลอดเวลา เป้าหมายการตอบสนองความต้องการกลุ่มนี้ คือชีวิตอยู่รอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) บุคคลแต่ละคนต้องสวมบทบาทหลายบทบาทในเวลาเดียวกัน บุคคลยังมีอายุมากขึ้นเท่าใด บทบาทที่ต้องกระทำยิ่งมากขึ้นเท่านั้น ทั้งบทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) คือ บทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิดจะไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยากมาก บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) เป็นบทบาทที่บุคคลได้มาตามระยะพัฒนาการซึ่งบุคคลสามารถเลือกได้ และเป็นบทบาทที่ค่อนข้างถาวร และบทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) คือบทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราวเท่านั้น เมื่อบุคคลมีบทบาทหลายบทบาทบุคคลนั้นยังมีความเสี่ยงต่อการเกิดความเครียดในบทบาท และยังยากลำบากในการตอบสนองหรือแสดงพฤติกรรมตามบทบาทที่มีอยู่ได้ทั้งหมด เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ คือความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) หมายถึงความต้องการให้มีความกลมกลืนของกระบวนการด้านความคิด ความเชื่อและศรัทธา อารมณ์และการแสดงออก (Integrated thought, belief, emotion and action) มีความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้นในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการของบุคคลที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลจะมีความ

สบายใจ ฟังพอใจ มีความวิตกกังวลในระดับต่ำ รู้สึกและรับรู้คุณค่าในตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน กล่าวได้ว่า เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการในกลุ่มนี้ คือ บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงและพอใจ

4. ความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่ม ซึ่งเป็นไปตามธรรมชาติทางสังคมมนุษย์ ความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคลนี้ หากได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสม บุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย ซึ่งหมายถึงมีการเรียนรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อมเกิดขึ้น ผู้การมีอุดมการณ์ของความคิดและอารมณ์และการพึ่งพาสนับสนุน ปรึกษาปรึกษาซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงของชีวิต

ความต้องการของบุคคลทั้ง 4 ประเภทดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน บุคคลจะมีความต้องการทุกด้านพร้อมๆ กัน การตอบสนองก็เช่นเดียวกัน ไม่มีแบบแผนแน่นอนว่าต้องตอบสนองด้านใดก่อนหรือหลัง นอกจากนี้การกระทำที่มุ่งตอบสนองความต้องการด้านหนึ่ง ก็สามารถตอบสนองความต้องการด้านอื่นร่วมไปด้วยเสมอ อาจกล่าวได้ว่า การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ด้านการส่งเสริมป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้การพยาบาลแบบองค์รวม ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน ทั้งแบบตัวต่อตัวหรือเป็นกลุ่ม อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดีในแนวองค์รวม

แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท จะปฏิบัติงานอยู่ใน 3 ลักษณะ คือ การปฏิบัติงานที่ไม่อิสระ คือ ต้องให้การบำบัดรักษาตามคำสั่งทางการแพทย์ การปฏิบัติหน้าที่ที่กึ่งอิสระ คือ การปฏิบัติงานที่ใช้การพิจารณาตัดสินใจบนพื้นฐานความรู้ความเข้าใจ ทักษะและประสบการณ์ และการปฏิบัติงานอย่างอิสระ คือ การพยาบาลและบำบัดรักษาในขอบเขตของวิชาชีพ โดยอาศัยความรู้ หลักการ ทักษะและประสบการณ์ ซึ่งการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่พยาบาลจะต้องยึดหลักการปฏิบัติการพยาบาลเป็นแนวทางในการดำเนินการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการตอบสนองตามความต้องการ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองให้สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2.6 บทบาทการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งซึ่งเน้นการพยาบาลด้านจิตใจ ทั้งด้านการดูแล รักษาฟื้นฟู ป้องกันและส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้รับบริการรายบุคคล ครอบคลุมชุมชนทั้งในภาวะสุขภาพดี/เบี่ยงเบนและความเจ็บป่วย โดยพยาบาลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในศาสตร์ทางการพยาบาลด้านจิตใจและที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ ตลอดจนแนวทางการบำบัดรักษาที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความคิด อารมณ์และความรู้สึก

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) อธิบายว่า การพยาบาลจิตเวชเป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่นๆที่เกี่ยวข้องกับความเป็นมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยฟื้นฟูบุคลิกภาพแก้ปัญหาผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบนและเจ็บป่วยทางจิต

จากขั้นตอนและกระบวนการพยาบาลในการดำเนิน โครงการศึกษานี้ ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติการพยาบาลที่ใช้สมรรถนะและกิจกรรมที่สะท้อนบทบาทของการปฏิบัติ การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชขั้นสูงในการปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภทดังนี้

1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาลโดยตรง โดยการประเมิน วินิจฉัย วิเคราะห์ปัญหาทางการพยาบาลที่ซับซ้อนและให้การพยาบาล การศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ประเมินสถานการณ์ปัญหาเกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในโรงพยาบาล นำข้อมูลด้านระบาดวิทยา สถิติของผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน การสัมภาษณ์ซักประวัติอาการจากผู้ป่วย และญาติให้การวินิจฉัยทางการพยาบาลและวิเคราะห์ปัญหาที่ซับซ้อน ที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบ เพื่อวางแผนในการจัดการกับอาการที่เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ดำเนินการ โดยมีกรอบแนวคิด ทฤษฎี งานวิจัยที่น่าเชื่อถือต่างๆเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทถึงสาเหตุ อาการ และการรักษาผลกระทบของความเจ็บป่วยและประสบการณ์ในการจัดการกับอาการในอดีต ให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันในกลุ่ม

2) ด้านการให้ความรู้ การสอน การชี้แนะแนวทางแก่ผู้ป่วย ในการสอนเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ

3) ด้านการให้คำปรึกษา เป็นที่ปรึกษาให้แก่ผู้ป่วยและพยาบาลประจำหอผู้ป่วย เกี่ยวกับการให้การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภทเพื่อลดอาการทางลบทั้งให้ในระหว่างการดำเนินการและเมื่อผู้ป่วยมีปัญหาที่ต้องการการช่วยเหลือหรือหลังดำเนินการศึกษาโดยผู้ป่วยยังอยู่รับการรักษาในสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

4) ด้านการประสานงาน ผู้ศึกษาประสานงานกับผู้อำนวยการ สถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์ หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล คณะกรรมการจริยธรรม และประสานงานกับหัวหน้าหอผู้ป่วยและพยาบาลจิตเวชในหอผู้ป่วย โดยผู้ศึกษาชี้แจงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ และวิธีการดำเนินการศึกษาและเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อประสานขอความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการดำเนินการศึกษา

5) ด้านการนำผลงานวิจัยมาใช้ จากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้นำผลงานวิจัยจากต่างประเทศมาพัฒนาปรับปรุง ร่วมกับศึกษาแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลแบบองค์รวมเพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท และเหมาะสมกับบริบทของสถาบันกัลยาณ์ราชนครินทร์

6) ด้านการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง เป็นผู้นำแห่งการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ด้านการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมที่มีผลต่ออาการทางลบเพื่อลดลักษณะและความรุนแรงของอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งถือเป็นบทบาทหน้าที่หลักของพยาบาลจิตเวช ภายหลังจากดำเนินการศึกษา มีการพัฒนาคุณภาพบริการเกิดการเปลี่ยนแปลงด้านระบบบริการ มีความตระหนักในบทบาทเรื่องการเสริมสร้างพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทเพื่อป้องกันอาการทางจิตกำเริบและการกลับเป็นซ้ำ

7) บทบาทในการตัดสินใจทางจริยธรรม มีการจัดการความเสี่ยงทางจริยธรรม และการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตลอดการศึกษา

8) การประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาล ด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาทุกขั้นตอนการดำเนินงาน และมีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่มีความเที่ยงและความตรง

9) การประกันคุณภาพ ทางการพยาบาล มีการปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน หรือตามระบบที่กำหนดไว้ในโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่ออาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

3. แนวคิดในการพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม

การพยาบาลแบบองค์รวม เป็นกระบวนทัศน์ใหม่ในแง่มุมมองของสุขภาพ โดยมองบุคคลในลักษณะเน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์ เน้นการผสมผสานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณเข้าเป็นองค์รวม

3.1 ความหมายของการพยาบาลแบบองค์รวม การพยาบาลแบบองค์รวม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลทุกอย่างให้กับบุคคลที่มีการผสมผสานร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณเข้าด้วยกันเป็นหน่วยเดียว โดยมีเป้าหมายเพื่อปรับสมดุลของระบบพลังงานในร่างกายมนุษย์ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการฟื้นฟูตามธรรมชาติ เพื่อดำรงความเป็นหน่วยรวมของบุคคล และการสร้างเสริมสุขภาพที่บรรลุความมีสุขภาพดีหรือมีสุขภาพะ โดยสะท้อนออกมาในลักษณะเป็นหน่วยรวมด้วยการรับผิดชอบในการจัดการดูแลสุขภาพด้วยตนเอง

3.2 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

สมจิต หนูเจริญกุล(2531) กล่าวว่านักทฤษฎีทางการพยาบาลต่างเห็นพ้องต้องกันว่าพยาบาลจะต้องดูแลบุคคลทั้งหมดหรือ Holism และถ้าพิจารณารายละเอียดของทฤษฎี อาจแบ่งแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม ได้เป็น

1. แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม ที่มุ่งสนองความต้องการของมนุษย์ Nighingale (อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2531) เป็นพยาบาลคนแรกที่ทำให้แนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวม โดยเขียนว่า “สิ่งที่พยาบาลต้องกระทำคือ ดูแลผู้ป่วยให้อยู่ในสภาพที่ดีที่สุด หรือให้ธรรมชาติมาเยียวยา” การที่เขียนเช่นนี้แสดงว่า ในดิงเกล ได้เห็นถึงพลังอำนาจและปริมาณคุณภาพได้รับแสงแดดและความอบอุ่นเหมาะสม อยู่ในที่เงียบสงบเพื่อให้ได้พักผ่อนเพียงพอ และได้รับการดูแลความสะอาดทั้งตัวบุคคลและสิ่งแวดล้อม

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

3. แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมที่อาศัยการปรับตัวของมนุษย์ นักทฤษฎีทางการพยาบาลกลุ่มนี้สร้างแนวคิดของการพยาบาลแบบองค์รวมโดยยึดถือการปรับตัวของมนุษย์มองสุขภาพในลักษณะของความสอดคล้องระหว่างบุคคลกับสิ่งแวดล้อมโดยพิจารณาตั้งแต่ระดับเซลล์จนถึงตัวบุคคล มองสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกเน้นถึงการทำงานของส่วนต่างๆ ที่ทำงานร่วมกันทั้งหมด แทนที่จะแยกเป็นส่วนย่อยๆออกมาศึกษาต่างหากนักทฤษฎีทางการพยาบาลได้ใช้แนวคิดนี้ ให้พยาบาลมองคนในลักษณะของการผสมผสานของร่างกาย จิตใจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ตัวอย่างเช่น ทฤษฎีการปรับตัวของรอย (Roy Adaptation Theory) ที่มองการปรับตัวของคนต่อสิ่งเร้าผ่านระบบย่อยสองระบบ คือ กลไกการควบคุม (Regulator) และกลไกการรับรู้ (Cognator) และจะแสดงพฤติกรรมออกมา 4 แนวทางคือ ความต้องการด้านสรีรวิทยา มโนทัศน์แห่งตน (Self concept) บทบาทและหน้าที่ (Role function) และการพึ่งพา รอยพยายามจะมองความเชื่อมโยงในระบบของการควบคุมและการรับรู้เพื่อให้ผสมผสานเป็นองค์รวมอย่างแท้จริง (Roy, 1987 อ้างใน สมจิตร ปทุมานนท์, 2541)

4. แนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือการสร้างความแข็งแรงและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล ซึ่งแบ่งความต้องการดังนี้

1) ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2) ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function need) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือ บทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3) ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้วบุคคลจะเกิดความสบายใจ ฟังพอใจมีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน

4) ความต้องการทางด้านสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย

เมื่อพิจารณาความต้องการทั้ง 4 ประการ ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าเป็นการพิจารณาที่คำนึงถึงความเป็นองค์รวมของบุคคล ซึ่งมีความสอดคล้องกันดังนี้ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

1) ความต้องการด้านชีว-กาย (Biophysical needs) คือความต้องการเพื่อความอยู่รอด

2) ความต้องการด้านจิต-สังคม-กาย (Psycho-social-physical- needs) คือความต้องการเพื่อการทำหน้าที่

3) ความต้องการด้านจิต-สังคม (Psycho-social needs) คือความต้องการด้านสัมพันธ์ภาพเพื่อการเรียนรู้ และการพึ่งพาการสนับสนุนซึ่งกันและกัน

4) ความต้องการด้านจิต-สังคมและจิตวิญญาณ (Psycho-social and spiritual needs) คือความต้องการด้านจิตใจเพื่อความสุขความสงบของจิตใจ

เป้าหมายหลักของการพยาบาลแบบองค์รวม คือ การให้การดูแล “บุคคล” ในฐานะที่บุคคลเป็นองค์รวมและหลักปฏิบัติที่พยาบาลควรมี เสริมจากแนวการพยาบาลที่มีอยู่แล้ว เพื่อให้การพยาบาลแบบองค์รวมสมบูรณ์ขึ้น ได้แก่

1) การแลกเปลี่ยนข้อมูลและให้การศึกษาแก่ผู้รับบริการ (Sharing information and education) เพื่อให้ผู้รับบริการได้นำข้อมูลมาประกอบการตัดสินใจในการรักษาและการปฏิบัติอันแสดงถึงความรับผิดชอบที่ผู้รับบริการพึงมีต่อตนเองและต่อการรักษาสุขภาพของตนเอง

2) การให้ผู้รับบริการได้ร่วมตัดสินใจ (Sharing of decision making) เพื่อให้ผู้รับบริการได้เลือกสิ่งที่เหมาะสมและดีที่สุดสำหรับตนเอง เพราะเจ้าตัวเท่านั้นที่จะรู้ว่าสถานการณ์ของตนเป็นอย่างไรและควรเลือกอะไร สิ่งสำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลต้องชัดเจนและเพียงพอ

3) การตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาลต้องตั้งอยู่บนพื้นฐานของความเป็นจริงที่เหมาะสม (Realistic Goal-setting) ในการตั้งเป้าหมายเป็นสิ่งสำคัญที่พยาบาลจะต้องตั้งร่วมกับเจ้าของปัญหา โดยเป้าหมายที่ตั้งไว้จะต้องอยู่บนเหตุผลของความถูกต้องเหมาะสมและผู้รับบริการรับได้

4) พยาบาลและผู้รับบริการจะต้องปฏิบัติร่วมกัน เพื่อให้การรักษาบรรลุเป้าหมาย (Working together in therapy) ดังนั้นสัมพันธภาพระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการจะต้องเป็นไปในลักษณะสร้างสรรค์และเป็นสัมพันธภาพเพื่อการรักษา

การพยาบาลแบบองค์รวมเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ โดยที่ศาสตร์ทางการพยาบาลต้องการข้อมูล ความรู้ในระดับลึก ซึ่งความรู้ประกอบด้วย การวิภาคสรีระวิทยา พยาธิวิทยา กระบวนการดูแลแบบองค์รวม การบำบัดแบบดั้งเดิมและการรักษา รวมทั้งการฝึกปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนศิลป์ทางการพยาบาล คือ การสร้างความรู้สึกลึกอย่างแรงกล้า การแสดงออกอย่างมีศิลป์ ก็คือการฟื้นฟู ส่วนการที่พยาบาลตอบสนองต่อเสียงเรียกให้บริกาะนั้นคือจิตวิญญาณและการปฏิบัติการพยาบาล พยาบาลแบบองค์รวมต้องไวที่จะปรับให้เกิดความสมดุลระหว่างศาสตร์และศิลป์ ระหว่างการคิดอย่างมีวิจารณญาณกับทักษะความรู้สึที่เกิดขึ้นในใจรวมทั้งมีโอกาที่จะเลือกวิธีการต่างๆที่สามารถนำมาส่งเสริมให้เกิดความสมดุล และกลมกลืนของระบบพลังงานในตัวบุคคล มองชีวิตมนุษย์เป็นเสมือนธรรมชาติของประสบการณ์ที่ซับซ้อนเป็นหน่วยเดียว ซึ่งมีผู้รู้ให้มุมมองไว้หลากหลายดังนี้

Rubin (อ้างถึงในนพรัตน์ ไชยขำนิ, 2544) กล่าวว่าองค์รวมเป็นปัจเจกบุคคลที่มีมุมมองในแง่การผสมผสานทั้งการกระทำ การมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งมีชีวิตที่เป็นสิ่งแวดล้อมทั้งภายในและภายนอก รวมทั้งเน้นการตอบสนองต่อสิ่งกระตุ้นจากสิ่งแวดล้อม ซึ่งผลลัพธ์จากการผสมผสานจะเป็นหน่วยเดียวตามธรรมชาติ

Johnson (1990) แยกแยะมุมมองของการพยาบาลแบบองค์รวมในแง่การผสมผสานกลมกลืน และสมดุลของร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ จุดเน้น คือ หน่วยรวมของปัจเจกบุคคลและกระบวนการ การฟื้นฟูด้วยตนเอง ความเจ็บป่วยเป็นโอกาสที่จะเติบโต และเพิ่มการตระหนักรู้ด้วยตนเอง ความสนใจอยู่ที่สัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้รับบริการ การรับผิดชอบด้วยตนเองของผู้รับบริการ การสร้างเสริมสุขภาพและวิถีชีวิต นอกจากนี้ยังรวมแนวคิดของทางเลือกทางเสริมเข้ากับมุมมองขององค์รวมอีกด้วย

Dossey (2001) และ Frisch (2000) ให้มุมมองของการพยาบาลแบบองค์รวม 2 ลักษณะคือ 1) ต้องแยกแยะตัวบุคคลในลักษณะความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันของมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ (biopsychosocialspiritual) 2) ต้องทำความเข้าใจว่าปัจเจกบุคคล (individual) เป็นหน่วยรวมที่มีเพียงหน่วยเดียวซึ่งมีความเป็นเฉพาะของแต่ละบุคคล และต้องอยู่ในกระบวนการที่กระทำร่วมกันกับสิ่งแวดล้อม รวมทั้งตระหนักอยู่เสมอว่าหน่วยรวมมีความยิ่งใหญ่กว่าการเอาแต่ละส่วนมารวมกัน

จากแนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมพอสรุปได้ว่า การพยาบาลแบบองค์รวมพยาบาลจะต้องเปลี่ยนกระบวนการทัศน์ โดยเน้นความเป็นปัจเจกบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะตัว เข้าใจในผู้รับบริการ ให้ผู้รับบริการได้ตั้งเป้าหมายในชีวิตและเป็นผู้ตัดสินใจเปลี่ยนวิถีชีวิตใหม่ เพื่อจะได้เรียนรู้ และสามารถพัฒนาตนเอง โดยพยาบาลเป็นผู้สร้างให้เกิดกระบวนการฟื้นฟู อำนวยความสะดวกและเป็นเพียงผู้แนะนำ และผู้ช่วยเหลือเท่านั้น

3.3 มาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวม

สมาคมพยาบาลแบบองค์รวมแห่งประเทศสหรัฐอเมริกา (AHNA, 1993) ได้กำหนดมาตรฐานในการปฏิบัติการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 มาตรฐานเกี่ยวกับวินัยให้ปฏิบัติ

มโนทัศน์ที่ 1 ปรัชญาขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวม ต้องมีส่วนร่วมในการศึกษาต่อเนื่องทางการพยาบาล มโนทัศน์ขององค์รวม ประวัติและทฤษฎีขององค์รวม

มโนทัศน์ที่ 2 รากฐานขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์รวมต้องพัฒนาตนเองอย่างต่อเนื่องเพื่อให้แน่ใจว่ามีความเชี่ยวชาญในการปฏิบัติและให้บริการการพยาบาลแบบองค์รวม

มโนทัศน์ที่ 3 จริยธรรมขององค์รวม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องยึดมั่นในการผสมผสานการดูแลและการ
หายจากการเจ็บป่วย โดยดำรงไว้ซึ่งศักดิ์ศรีความเป็นองค์กรร่วมของผู้รับบริการและผู้ที่เกี่ยวข้องใน
ทุกสิ่งแวดล้อมที่ให้บริการพยาบาล

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องเข้าไปมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและ
การปฏิรูปการดูแลสุขภาพตามแบบขององค์กรร่วม

มโนทัศน์ที่ 4 ทฤษฎีการพยาบาลองค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องระบุทฤษฎีทางการพยาบาลที่ใช้เป็นพื้นฐาน
ในการปฏิบัติพยาบาลแบบองค์กรร่วม

มโนทัศน์ที่ 5 พยาบาลองค์กรร่วมและการวิจัย

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมซึ่งนำไปสู่การสืบค้นความ
จริงเกี่ยวกับปัญหาทางคลินิก โดยทำวิจัยทางการพยาบาลหรือสนับสนุนและใช้ผลการวิจัยที่ผู้อื่นได้
ศึกษาไว้

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องใช้ความรู้สึกรู้สึกคิด วิจาร์ณญาณในการเก็บ
รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยและบุคคลที่มีความสำคัญต่อผู้ป่วย ข้อมูลที่ได้ควรให้ผู้ป่วยได้ตรวจสอบ
ความตรงของข้อมูล

มาตรฐานการปฏิบัติ : ในการวางแผนการพยาบาลองค์กรร่วม ต้องร่วมมือกับผู้ป่วยบุคคลที่มี
ความสำคัญกับผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สุขภาพในทีมสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การดูแลและการเยียวยาผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด

มโนทัศน์ที่ 7 ความหมายและความเป็นองค์กรร่วม

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมต้องเป็นการดูแลผู้รับบริการและผู้ใกล้ชิด ทั้งบุคคล
ไม่ใช่รักษาเฉพาะอาการแสดงที่พบหรือปฏิบัติบริการเพื่อแก้ปัญหาที่พบเท่านั้น

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วม จะต้องประเมินความหมายของสุขภาพ การ
เจ็บป่วย พฤติกรรมเสี่ยง และการบริหารจัดการ การดูแลสำหรับผู้รับบริการแต่ละคน ตลอดจนผู้
มีความสำคัญกับผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องจัดสิ่งแวดล้อมนำทางเป็นสื่อให้เกิดการสวด
มนต์ และการเจริญของจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มโนทัศน์ที่ 8 การดูแลตนเองของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรร่วมจะต้องร่วมวางแผนกับผู้รับบริการและบุคคลสำคัญ
ของผู้รับบริการ ในการดูแลสุขภาพของตนเอง โดยให้เหมาะสมกับระดับความสามารถทางด้าน
ร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของผู้รับบริการ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรรวมจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัว ความลับและจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อเป็นสื่อให้เกิดความสามัคคีและความเป็นองค์กรรวม

มโนทัศน์ที่ 9 การส่งเสริมสุขภาพ

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรรวมต้องมีความยืดหยุ่น พยายามและสามารถยกเลิกการควบคุมการปฏิบัติแบบอย่างที่เคย โดยรู้จักว่าอะไรคือสิ่งที่ดีที่สุด เพื่อร่วมมือให้เกิดการดูแลลักษณะที่ให้ผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง

มาตรฐานการปฏิบัติ : พยาบาลองค์กรรวมช่วยเหลือและสนับสนุนผู้รับบริการและผู้ที่มีความสำคัญกับผู้รับบริการ โดยการระบุแนวทางปฏิบัติ ในการส่งเสริมสุขภาพหรือดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพในการปฏิบัติที่เป็นวิถีชีวิตของผู้รับบริการ

4. การปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการกลุ่ม

กระบวนการกลุ่ม หมายถึง กระบวนการทำงานของบุคคลมากกว่า 2 คนขึ้นไปที่รวมเอาประสบการณ์มาพูดคุยกัน ด้วยความรู้สึกพึงพอใจในความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันเกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน ซึ่งกระบวนการกลุ่มนี้จะช่วยให้แต่ละคนมีโอกาสเรียนรู้ แลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ ข้อคิดเห็นระหว่างกัน เป็นการสร้างแรงจูงใจให้แก่กัน เกิดความเอื้ออารีต่อกัน จนช่วยให้ค้นพบแนวทางและวิธีการแก้ไขปัญหานั้นๆร่วมกัน การดำเนินกระบวนการกลุ่ม มีขั้นตอนดังนี้ (Marram, 1978)

ระยะที่ 1 ระยะสร้างสัมพันธภาพ (The introduction phase: securing a psychosocial environment conducive to self-expression) ระยะนี้เป็นระยะเริ่มต้นในสัมพันธภาพระหว่างผู้นำกลุ่มกับสมาชิกกลุ่ม และสร้างสัมพันธภาพกับสมาชิกด้วยกัน ซึ่งจะทำให้สมาชิกทุกคนรู้สึกมั่นคงปลอดภัย ผู้นำกลุ่มจะต้องเป็นผู้สร้างบรรยากาศแห่งความเป็นมิตร สร้างความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยให้สมาชิกในตอนเริ่มต้นของกลุ่ม ผู้นำกลุ่มต้องกล่าวให้สมาชิกทุกคนเข้าใจจุดมุ่งหมายของการทำกลุ่ม กฎระเบียบ การรักษาความลับ และแนวทางในการปฏิบัติตัวในฐานะสมาชิก เพื่อสร้างความรู้สึกผ่อนคลายภายใน กลุ่มผู้นำกลุ่มจะต้องส่งเสริมให้สมาชิกได้แสดงความคิดเห็น ความรู้สึก แลกเปลี่ยนประสบการณ์กันอย่างอิสระ การเข้าใจวัตถุประสงค์อย่างชัดเจน และการอยู่ในบรรยากาศสภาพแวดล้อมที่น่าพึงพอใจ มีความมั่นคงปลอดภัยจะกระตุ้นให้สมาชิกได้ระบาย แสดงความคิดเห็น และความรู้สึกของตนออกมา

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ (The working phase : locating responsibility in members) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกมีความรู้สึกไว้วางใจและเชื่อมั่นในกลุ่ม ตลอดจนผู้นำกลุ่ม สมาชิกในกลุ่มพร้อมที่จะมีส่วนร่วมในการเปลี่ยนแปลง ความใกล้ชิดสนิทสนมและความเชื่อมั่นในกลุ่ม จะทำให้

สมาชิกในกลุ่มมีการระบายความรู้สึกนึกคิด แลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการเปิดเผยตนเองมากขึ้น สมาชิกจะมุ่งความสนใจอยู่ที่ปัญหา ขอมรับว่าตนเองมีปัญหา หาทางแก้ไขและเลือกวิธีแก้ปัญหา โดยมีเพื่อนสมาชิกในกลุ่มคอยช่วยเหลือสนับสนุน การที่มีโอกาสพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ในกลุ่มนี้จะทำให้เกิดความคิดใหม่ๆมาใช้ในการแก้ไขปัญหาของตน นอกจากนี้ความเชื่อมั่นในกลุ่มจะทำให้สมาชิกสามารถให้ข้อมูลย้อนกลับไปยังเพื่อนสมาชิกในกลุ่มได้ สมาชิกในกลุ่มจะมีบทบาททั้งผู้ให้และผู้รับ ระเบียบนี้เป็นระยะระดมเอาพลังของสมาชิกทุกคนออกมาเพื่อแก้ไขปัญหา

ระยะที่ 3 ระยะสิ้นสุดของการทำกลุ่ม (terminating the group: arriving at a perspective on self and others through change) ระยะนี้เป็นระยะที่สมาชิกในกลุ่มทุกคนบรรลุเป้าหมายไปสู่การเปลี่ยนแปลง ผู้นำกลุ่มและผู้ปวยจิตเภทแต่ละคนในกลุ่มสรุปผลการดำเนินกระบวนการกลุ่มที่ได้รับร่วมกัน

ขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาของการเข้าร่วมกลุ่มมีส่วนสำคัญมากต่อการเรียนรู้ของผู้ปวย ซึ่งได้มีผู้กล่าวถึงเรื่องนี้หลายท่าน เช่น

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

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

หลุยส์ จำปาเทศ (2533) กล่าวว่า การฝึกพฤติกรรมสามารถสามารถกระทำได้ทั้งเป็น รายกลุ่มและรายบุคคล แต่มีความเชื่อว่าการทำเป็นรายกลุ่มโดยทั่วไปแล้วจะได้ผลดีกว่าการฝึกเป็นรายบุคคล เช่น การฝึกเป็นกลุ่มสมาชิกจะได้รับการกระตุ้น หรือการเสริมแรงจากเพื่อนสมาชิกในกลุ่ม และสมาชิกในกลุ่มจะสามารถเรียนรู้ความแตกต่างของสมาชิกกลุ่ม ขอมรับสิทธิของเพื่อนสมาชิกที่เสนอเหตุผลตามความคิดของเขา

จากการศึกษาขนาดของกลุ่ม และระยะเวลาในการฝึกดังกล่าว สรุปได้ว่าจำนวน ขนาดและระยะเวลาที่เหมาะสมที่ผู้ศึกษาพิจารณา คือ กลุ่มละประมาณ 8-10 คน เข้าร่วม โปรแกรมสัปดาห์ละ 2-3 ครั้ง ครั้งละ 45-60 นาที ในระยะเวลา 2 สัปดาห์เนื่องจากผู้ปวยเฉื่อยแล้วอยู่โรงพยาบาล ประมาณ 3-6 สัปดาห์ (ไพรัตน์ พฤษชาติคุณากร, 2534) ด้วยกระบวนการกลุ่ม (Group Process) ตามแนวคิดของ Marram, 1978 และการพัฒนาในลักษณะการเรียนรู้ด้วยกระบวนการกลุ่มนี้ จะทำให้ผู้ปวยได้มีส่วนร่วมสูงสุด และเกิดการเรียนรู้ได้สูงสุด

5. โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดที่ใช้ในการสร้างโปรแกรมสร้างจากแนวคิดการพยาบาลเพื่อการพัฒนาการดำรงชีวิตที่ปกติสุข (Nursing for health life) ของจินตนาญนิพันธุ์ (2542) ที่พัฒนาโดยใช้หลักการความเป็นองค์รวมของบุคคล โดยการช่วยให้บุคคลตอบสนองความต้องการของตนเอง เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การมีชีวิตที่ปกติสุข กล่าวคือ การสร้างความแข็งแกร่งและการทำหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ทางกาย การพัฒนาการปฏิบัติบทบาทหน้าที่อย่างสร้างสรรค์ การสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ที่เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล การสร้างความหวังและให้กำลังใจ ที่สร้างขึ้นโดย อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) มาผสมผสานกัน เป็นกิจกรรมการพยาบาล 5 กิจกรรม ซึ่งแบ่งความต้องการดังนี้

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานของการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการเพื่อเพิ่มความแข็งแรงทางด้านร่างกาย เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเหล่านี้คือชีวิตรอดปลอดภัย

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role Function need) แบ่งเป็นบทบาทปฐมภูมิ คือ บทบาทที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิดจะไม่มีการเปลี่ยนแปลงหรือเปลี่ยนแปลงได้ยาก และบทบาททุติยภูมิ คือ บทบาทที่บุคคลได้มาหรือดำรงอยู่ชั่วคราว เป้าหมายของการตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ คือ ความสำเร็จของการปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่บุคคลดำรงอยู่ หรือปฏิบัติตามบทบาทอย่างสร้างสรรค์ และมีความภาคภูมิใจ

3. ความต้องการทางด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spirit) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเอง และผู้อื่นและไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น ในการดำรงชีวิตประจำวัน เป็นความต้องการที่เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลจะเกิดความสุขใจ พึงพอใจ มีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกถึงคุณค่าแห่งตน รับรู้ศักดิ์ศรีในตน

4. ความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่ร่วมกับบุคคลที่รัก และบุคคลอื่นเป็นกลุ่ม หากบุคคลได้รับการตอบสนองอย่างเหมาะสมบุคคลจะมีการเจริญเติบโตและการพัฒนาการตามวัย

การที่บุคคลจะรับรู้ความต้องการของตนเอง หรือรับรู้เป้าหมายในชีวิตของตนได้นั้นขึ้นอยู่กับความมีสติหรือรู้จักตนเอง (self aware needs) และสมาธิ หรือความใส่ใจ จดจ่อ (Attention) กับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง ของบุคคลในขณะนั้น ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองได้

การปฏิบัติการพยาบาลเป็นการปฏิบัติวิชาชีพ เน้นการใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลอย่างมีระบบและเป็นขั้นตอน ในลักษณะของการดูแลช่วยเหลือรูปแบบต่างๆ ได้แก่ การลง

มีปฏิบัติการกิจกรรมการตอบสนองความต้องการของบุคคลโดยตรง ให้คำแนะนำ และให้การปรึกษา ประคับประคองร่างกายและจิตใจ สอน หรือจัดสภาพแวดล้อมของผู้ใช้บริการ โดยมีจุดมุ่งหมาย สำคัญที่ผู้ใช้บริการมีชีวิตปกติสุข ซึ่งก็คือการที่ผู้ใช้บริการสามารถกระทำกิจกรรมการดูแลตนเอง ใช้ทรัพยากรภายในและภายนอกคนที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุดในการตอบสนองความต้องการ ของตนและผลลัพธ์ทางการพยาบาลข้างต้นจะเกิดขึ้นได้ ปัจจัยสำคัญเบื้องต้น คือ ผู้ปฏิบัติการ พยาบาลหรือผู้ให้การดูแล มีความปรารถนาที่จะดูแล (Caring desires) และผู้ใช้บริการรู้ว่าตนเอง มีความต้องการการดูแลด้านสุขภาพ (Health needs) (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) แนวคิดการดูแล สุขภาพแบบองค์รวมของ Bolander (1994) ซึ่งได้ให้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมไว้ดังนี้

1. การส่งเสริมการรับรู้ถึงคุณค่าของตนเองแก่ผู้ป่วย พยาบาลต้องสร้างบรรยากาศของ ความอบอุ่นเป็นกันเองและไว้วางใจ พยายามสร้างบรรยากาศให้เกิดความคุ้นเคย สบายใจและเกิด ความมั่นคงปลอดภัย ขอมรับพฤติกรรมและความคิดของผู้ป่วย และยอมรับให้ผู้ป่วยระบายความไม่ สบายใจออกมา โดยเฉพาะความคิดหรือพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณที่บางครั้งอาจขัดกับ ความรู้สึกนึกคิดหรือความเชื่อของพยาบาล คำนึงถึงความเป็นส่วนตัว ให้เกียรติ เอื้ออาทรและร่วม ทุกข์ร่วมสุขกับผู้ป่วย ทำให้เกิดความรู้สึกถึงความเป็นบุคคล คุณค่า ศักดิ์ศรีของตนเอง พุดความจริง เป็นการสื่อสารสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจในตนเองและพึงพอใจต่อสัมพันธภาพ

2. การส่งเสริมความรู้สึกมีอำนาจในตนเองแก่ผู้ป่วย ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วย เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานตัดสินใจในการรักษา ทำให้เกิดความรู้สึกมีอำนาจควบคุมตนเองได้ ให้ผู้ป่วย ได้มีส่วนร่วมรับรู้และร่วมตั้งเป้าหมายในการรักษาพยาบาล ซึ่งต้องอยู่บนพื้นฐานที่เป็นจริง มีเหตุผลมีผล ถูกลงต้อง เหมาะสม ประการสำคัญ คือ ให้ผู้ป่วยรับได้

3. การพยาบาลแบบร่วมในความรู้สึกของผู้ป่วย เป็นการนำความรู้สึกของผู้อื่นมาใส่ใจ เพื่อ เข้าใจให้ถ่องแท้โดยไม่สูญเสีย ความเป็นส่วนตัวของตัวเอง

4. การรับฟังและมีเทคนิคในการสื่อสารกับผู้ป่วย พยาบาลจะต้องฟังอย่างตั้งใจ ติดตาม ฟัง โดยไม่ตัดสินใจโต้แย้ง หรือวิพากษ์วิจารณ์ มีความไว สัมผัสถึงความรู้สึกนึกคิดของผู้ป่วยที่อาจ แสดงออกทางท่าทาง คำพูดหรือน้ำเสียงรู้จักเก็บความหรือวิเคราะห์ความหมายได้ครบถ้วน

5. การสร้างความหวังและกำลังใจแก่ผู้ป่วย โดยการกระตุ้นให้ผู้ป่วยระลึกถึงเหตุการณ์ใน อดีต ในเรื่องที่น่าประทับใจในทางที่ดีและไม่ดี ความรู้สึกประทับใจต่างๆ ทำให้เกิดกำลังใจมีเป้าหมาย ในการเพียรพยายามต่อสู้เพื่อการกลับคืนสู่สภาพการณ์ที่ดีอีกครั้ง ปลุกเร้ากำลังใจให้ผู้ป่วยได้ รู้จักใช้คำพูด หรือการแสดงออกต่างๆ ที่เป็นการให้กำลังใจแก่ตนเอง และพยายามที่จะสู้ เช่น “ฉัน ต้องทำให้ได้” กำหนดเป้าหมายในชีวิต ความเชื่อที่ว่าเป้าหมายที่ตั้งใจไว้จะต้องบรรลุผล จะทำให้

ผู้ป่วยเกิดความหวังในชีวิต พยายามต้องพยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีเป้าหมายที่เป็นจริงและมีผลต่อความเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น

6. การจัดหาแหล่งสนับสนุนทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย การส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้รู้สึกว่าตนมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ ทำให้เกิดพลังใจในการเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ ในชีวิตได้ โดยการสวมมนต์ภาวนา เป็นการติดต่อกับสิ่งที่ตนรู้สึกว่าจะทรงพลังอำนาจ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ต้องการที่จะสวมมนต์เพราะช่วยให้ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว ให้ความรู้สึกได้ใกล้ชิดกับสิ่งศักดิ์สิทธิ์ คล้ายกับได้มีการแลกเปลี่ยนส่งผ่านความรัก ความห่วงใยระหว่างพระพุทธเจ้า หรือ พระผู้เป็นเจ้าของมนุษย์ ทำให้รู้สึกว่าได้รับความรัก ความเข้าใจและการอภัย อย่างไรก็ตามกิจกรรมนี้ต้องระมัดระวังใช้ให้เหมาะสม ไม่ให้เกิดการแปรเปลี่ยนเจตนาไป เป็นความคาดหวังที่ไม่เป็นความจริง

7. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย (spiritual well-being) เป็นการกระตุ้นส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสฝึกปฏิบัติ หรือปฏิบัติอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับกิจกรรมการบำบัดทางจิตวิญญาณต่างๆ เช่น การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การฝึกสมาธิ การสร้างจินตนาการทางบวก เป็นต้น รวมทั้งการได้สัมผัสกับประสบการณ์ทางสุนทรียภาพทั้งหลาย เช่น การฟังเพลง การทำกิจกรรมบันเทิง การออกกำลังกาย หรือ การพักผ่อนอย่างมีความสุข เป็นต้น

8. การเรียนรู้โดยศึกษาพร้อมกับผู้ป่วย เป็นการเรียนรู้และศึกษาเกี่ยวกับจิตวิญญาณของผู้ป่วย โดยที่การมีพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือศรัทธา

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลแบบองค์รวม

สมจิตร ปทุมานนท์และคณะ(2541) ศึกษาประสิทธิผลรูปแบบการพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่ศูนย์บริการสาธารณสุขสุขกรุงฯ และแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลวชิระเป็นกลุ่มทดลอง 55 คน และกลุ่มควบคุม 55 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการบริการพยาบาล 6 เดือนตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและกลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การปฏิบัติดูแลสุขภาพแบบองค์รวมและการปฏิบัติในการรักษาทางเลือก/การรักษาเสริม ของทั้งสองกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มทดลองเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สำหรับคุณภาพชีวิตของตัวอย่างในกลุ่มควบคุมลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติส่วนกลุ่มควบคุมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และกลุ่มทดลองมีคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ประสิทธิภาพรูปแบบการให้การพยาบาลแบบองค์รวมต่อการดูแลสุขภาพและคุณภาพชีวิตมีค่าร้อยละ 71.0 และร้อยละ 61.9 ตามลำดับ

มีสุวรรณ ลียุทธานนท์(2542) ศึกษาผลของการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมต่อพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุราษฎร์ธานี ในนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ระดับต้น ชั้นปีที่ 2 โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 27 คน และกลุ่มควบคุมจำนวน 26 คน พบว่าภายหลังการทดลองการสอนและไม่ได้สอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม มีผลทำให้นักศึกษามีพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลเพิ่มขึ้น และพฤติกรรมจริยธรรมในการปฏิบัติการพยาบาลก่อนการทดลองของนักศึกษาทั้งที่ได้รับการสอนและไม่ได้รับการสอนภาคปฏิบัติตามแนวคิดและการพยาบาลแบบองค์รวม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

นพรัตน์ ไชยธานี(2544) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ดูแลแบบองค์รวมต่อภาระและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีภูมิลำเนาใน จังหวัดสุราษฎร์ธานี ที่พาผู้ป่วยเข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนสราญรมย์ เป็นกลุ่มทดลอง 20 คนเป็นกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากได้รับการดูแลแบบองค์รวม 4 สัปดาห์ มีผลทำให้ภาระในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสามารถในการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

อัญชลี ศรีสุพรรณ(2547) ศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ในผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษากลับเป็นผู้ป่วยในของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จำนวน 40 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน และกลุ่มควบคุม 20 คน พบว่า ภายหลังจากให้การดูแลแบบองค์รวม 2 สัปดาห์ มีผลทำให้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และมีผลทำให้อาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทในกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลแบบองค์รวมจะต่ำกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการดูแลแบบปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

6.2 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่ปรากฏงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทแบบองค์รวม โดยมีแค่ผลงานวิจัยที่พบว่า อาการทางลบมีผลกระทบต่อผู้ป่วยจิตเภทอย่างไรจึงได้นำเสนอผลงานวิจัยที่ใกล้เคียง ดังนี้

Ruggeri et al.(2002) ได้ทำการศึกษาวิจัยในเรื่องคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชน ที่ได้รับการพยาบาลโดยใช้ชุมชนเป็นพื้นฐาน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านคุณลักษณะทางประชากร อาการทางคลินิก และลักษณะทางสังคม ความพึงพอใจด้านบริการกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชุมชนประเทศอิตาลี จำนวน 268 ราย โดยผู้วิจัยศึกษาคุณภาพชีวิตตามกรอบแนวคิดของ Oliver(1997) ซึ่งแบ่งคุณภาพชีวิตเป็น 9 ด้าน คือ การทำงานและการศึกษา กิจกรรมนันทนาการ ความเชื่อทางด้านศาสนา การเงิน สภาพโดยทั่วไปของการดำรงชีวิต ความปลอดภัยและกฎหมาย สัมพันธภาพทางสังคม สัมพันธภาพในครอบครัวและสุขภาพ ผลการศึกษาพบว่าอายุสถานภาพสมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับคุณภาพชีวิต อาการทางลบ การว่างงาน ระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต

Normal et al.(2000) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอาการทางจิต ระดับการทำหน้าที่ในผู้ป่วยจิตเภทกับคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในชุมชน 128 คน ที่มารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในรัฐ Ontario ประเทศแคนาดา โดยศึกษาคุณภาพชีวิตตามแนวคิด Heinrichs et al.(1984) แบ่งคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ สัมพันธภาพระหว่างบุคคล การทำหน้าที่ตามบทบาทและหน้าที่ การมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางสังคมและพื้นฐานด้านจิตใจภายใน ผลการศึกษาพบว่า อาการทางบวกมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตส่วนอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิต พบว่าเพศหญิงและผู้ป่วยที่มีสถานภาพสมรสคู่มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีกว่าเพศชาย สิ่งแวดล้อมของบ้านมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตและพบว่า ตัวแปรที่สามารถทำนายคุณภาพชีวิตที่ได้คือ เพศ สถานภาพสมรส สิ่งแวดล้อมของที่อยู่อาศัย สามารถทำนายคุณภาพชีวิตได้ร้อยละ 26

Ho et al.(1998 อ่างใน สรินทร เชี่ยวโสธร, 2545) ได้ทำการศึกษาเรื่องผลลัพธ์ของการให้การพยาบาลเป็นเวลา 2 ปี ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภทเป็นครั้งแรก และการศึกษาคุณภาพชีวิต โดยเป็นแบบการศึกษาระยะยาวในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 50 ราย เครื่องมือในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างเอง โดยอาศัยเครื่องมือวัดคุณภาพชีวิต 8 มิติ คือความบกพร่องในการทำหน้าที่ การทำงาน ความบกพร่องของสมรรถภาพ ความสนุกสนานและกิจกรรมทางสังคม สัมพันธภาพภายในครอบครัว สัมพันธภาพกับเพื่อน การทำหน้าที่ทางสังคมและการตัดสินใจทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 60 ของผู้ป่วยไม่มีงานทำ และพบว่าอาการทางลบมีความสัมพันธ์ทางลบกับคุณภาพชีวิตในด้านการพึ่งพาทางการเงินในระดับปานกลางและการทำหน้าที่ และพบว่าอาการทางลบสามารถทำนายคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ร้อยละ 27

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

ประกอบด้วยกำรบำบัด 2 ประเภท

1. การบำบัดรายบุคคล ได้แก่ สัมพันธ์ภาพบำบัด
2. การบำบัดรายกลุ่ม ประกอบด้วย
 - 2.1 การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคการเจ็บป่วยและการรักษา
 - 2.2 การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย
(การได้รับอาหาร น้ำ อากาศอย่างเพียงพอ ความ สดุดของ การพักผ่อน การออกกำลังกายและการทำกิจกรรม กักับการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล)
 - 2.3 การพัฒนาทักษะทางด้านสังคม
(การสื่อสารขอความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ)
 - 2.4 การสร้างแรงจูงใจและพัฒนาความมึคุณค่าในตน
(การเปิดเผยตนเอง การพัฒนาศัภภาพในตน)

อาการทางลบ