

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ศึกษาค้นคว้าจากตำรา วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญและเป็นประโยชน์ต่อการศึกษา นำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมายและสาเหตุของโรค
 - 1.2 การดำเนินโรค
 - 1.3 การรักษาโรคจิตเภท
 - 1.4 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง
 - 2.2 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล
 - 3.2 การบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลบางพลี
 - 3.3 ระบบบริการในชุมชน
4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
 - 4.1 หลักการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว
 - 4.2 การปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล
5. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 5.1 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท
 - 5.2 แนวคิดการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
 - 5.3 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

- 5.4 บทบาทของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 5.5 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
- 5.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
6. แนวคิดในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 6.1 ความหมายของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 6.2 แนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 6.3 จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน
7. การติดตามทางโทรศัพท์
8. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
9. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้เกี่ยวกับผู้ป่วยโรคจิตเภท

1.1 ความหมายและสาเหตุของโรค

โรคจิตเภท หรือ Schizophrenia เป็นโรคจิตเวชที่พบมากที่สุด ในจำนวนโรคจิตชนิดต่างๆ จิตแพทย์ชาวสวิสชื่อ Paul Eugene Bleuler (30 April 1857-15 July 1939) ได้เป็นผู้ตั้งชื่อโรคนี้ว่า Schizophrenia โดยให้ความหมาย การไม่สัมพันธ์กันหรือการแยกส่วนจากกัน ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1911 และได้ใช้มาจนปัจจุบัน Bleuler เน้นว่าโรคนี้เป็น โรคที่มีความผิดปกติของกระบวนการคิด (Thought process) โดยไม่มีพยาธิสภาพทางสมอง

โรคจิตเภท หมายถึง คนที่มีใจแตกแยก ในทางจิตเวชศาสตร์ โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีความผิดปกติของความคิดเป็นอาการเด่นแต่มีผลถึงการรับรู้ อารมณ์และพฤติกรรม โดยผู้ป่วยไม่มีอาการทางกายหรือสูญเสียการทำงานของอวัยวะทางสมองส่วนใดเลย โดยที่ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรม ความคิด แตกต่างจากบุคคลทั่วไปอย่างมาก อาการที่พบได้ในภาวะความเจ็บป่วยของโรคนี้ได้แก่ การมองโลกผิดไปจากความจริง ประสาทหลอน ความคิดหลงผิด ความคิดผิดปกติ การแสดงออกทางอารมณ์ไม่เหมาะสม ซึ่งอาการของผู้ป่วยจิตเภทนี้ส่วนใหญ่มักจะเป็นเรื้อรัง อาจมีบ้างในบางคนที่มีอาการเพียงช่วงเวลาสั้นๆและสามารถหายเป็นปกติได้ แต่ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทก็มักต้องการการรักษาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาที่ค่อนข้างนานเหมือนกัน ตามเกณฑ์วินิจฉัย ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะต้องมีอาการที่เข้าเกณฑ์ดังนี้ (มาโนช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544; Hirsch & Weinberger, 2001; Jone & Buckley, 2003) อาการหลงผิด อาการประสาทหลอน พุดจา สับสนมาก มักเปลี่ยนเรื่องจนฟังไม่เข้าใจพฤติกรรมเรื่อยเปื่อย วุ่นวาย หรือมีท่าทางแปลกๆ อาการด้านลบ ได้แก่ อารมณ์เฉยเมย ไม่ค่อยพูด หรือเฉื่อยชา เพียงอาการเดียวก็ถือว่าเข้าเกณฑ์ หากเป็น

อาการหลงผิดที่มีลักษณะแปลกพิลึก หรือหูแว่วเสียงคุยกัน หรือแว่วเสียงวิจารณ์ตัวผู้ป่วย กิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวกับหน้าที่การงาน การคบหาพูดคุยกับผู้อื่นแย่มาก หรือไม่สนใจดูแลสุขอนามัยของตนเองอย่างมาก มีอาการต่อเนื่องนาน 6 เดือนขึ้นไป โดยมีระยะอาการกำเริบ นานอย่างน้อย 1 เดือน และระยะเวลาที่เหลืออาจเป็นระยะเริ่มมีอาการหรือระยะอาการหลงเหลือ จิตแพทย์ซักถามประวัติอื่นๆ เช่น ความเจ็บป่วยทางจิตในญาติๆ ประวัติส่วนตัว การเลี้ยงดู ลักษณะอุปนิสัย การปรับตัว และจิตแพทย์ยังต้องสืบค้นต่อไปว่าผู้ป่วยอาจเป็นโรคทางจิตเวชอื่นๆ ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับอาการเหล่านี้หรือไม่ ดังนั้นเกณฑ์การวินิจฉัยในข้างต้นนี้จึงเป็นเพียงแนวทางในเบื้องต้นเท่านั้น เป็นองค์ประกอบหนึ่งในหลายๆ องค์ประกอบที่นำมาใช้ในการวินิจฉัย ตามความหมายของ ICD-10 (The International classification of Diseases-10) โรคจิตเภท เป็นโรคที่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขว้ปัญญามักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (เกษมตันติผลาชีวะ, 2536)

สรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านความคิดการรับรู้พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวัน ไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและ พฤติกรรมของตนเอง มีความบกพร่องในการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับกาดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ไป

สาเหตุของการป่วยเป็นโรคจิตเภท โรคจิตเภทเดิมเชื่อกันว่าการเลี้ยงดูในวัยเด็กที่ไม่ถูกต้อง ทำให้เด็กเมื่อโตขึ้นป่วยเป็นจิตเภท แต่จากการศึกษาวิจัยที่ปรากฏในปัจจุบันขัดแย้งกับความเชื่อนี้ โดยในปัจจุบันเชื่อว่าสาเหตุหลักเป็นเรื่องของความผิดปกติของระบบในร่างกาย ซึ่งเป็นผลมาจากสิ่งดังต่อไปนี้

1. กรรมพันธุ์ จากการศึกษาพบว่าญาติของผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคจิตเภทสูงกว่าประชากรทั่วไป ยังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดมากยิ่งขึ้นมีโอกาสสูง คือหากติดตามคนทุกๆ ไป ไปเรื่อยๆ 100 คนจะพบว่าผู้ที่เกิดป่วยเป็นจิตเภท 1 คน การติดตามพี่น้องของผู้ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทไปเรื่อยๆ 100 คนจะพบว่าเกิดป่วยเป็นโรคจิตเภท 8 คน จะเห็นว่ายังมีความใกล้ชิดทางสายเลือดเท่าไรก็ยังมีโอกาสมากขึ้น อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตคือแม้แต่แฝดใบเดียวกัน คนหนึ่งเป็นอีกคนหนึ่งก็ไม่ได้พบว่าเป็น 100 เปอร์เซ็นต์ แสดงว่ากรรมพันธุ์จะมีส่วนในการเกิดโรคแต่ก็ไม่ได้เป็นสาเหตุทั้งหมด

2. ระบบสารเคมีในสมอง เชื่อว่าโรคนี้เป็นจากสารเคมีในสมองที่มีชื่อว่าโดปามีนในบาง

บริเวณของสมองมีการทำงานมากเกินไป และพบว่าการศึกษาโรคจิตรักษาโรคนี้ได้เป็นจากการที่เข้าไปออกฤทธิ์ยับยั้งการออกฤทธิ์ของสาร โดปามีน

3. ความผิดปกติในส่วนอื่นๆ ของสมอง พบผู้ป่วยโรคจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่มีช่องในสมอง(ventricle) โดกว่าปกติ ซึ่งผู้ป่วยเหล่านี้ส่วนใหญ่มีอาการด้านลบเป็นอาการเด่น บางการศึกษาพบว่าผู้ป่วยเหล่านี้มีเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนหน้าลดลง และการทำงานของสมองส่วนหน้ามีไม่เต็มที่ในแง่ของครอบครัวนั้น พบว่าสภาพครอบครัวมีผลต่อการกำเริบของโรคโดยในครอบครัวของผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบบ่อยๆ พบว่ามีหารใช้สารมึนต่อกันสูง ได้แก่ ขอบตำหนิติเตียน ผู้ป่วยมีท่าทีไม่เป็นมิตร หรือเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับผู้ป่วยมากเกินไป

1.2 การดำเนินโรค โรคจิตเภทอาการของโรคทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

1.2.1 ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (Prodromal phase) ผู้ป่วยจะแสดงอาการแบบค่อยเป็นค่อยไป ก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตอย่างชัดเจน เช่นอาการแยกตัวออกจากเพื่อนสัมพันธ์ยากกับคนอื่นลดลง อาจขลุกตัวอยู่แต่ในห้อง อาจหันไปสนใจในด้านปรัชญา ศาสนา มีปัญหาในหน้าที่รับผิดชอบ การเรียนหรือการทำงานและเมื่อผู้ป่วยได้รับการรักษาอาการสงบแล้ว ก็จะมีอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเกิดขึ้นเป็นระยะๆ

1.2.2 ระยะอาการกำเริบ (Active phase) ผู้ป่วยบางคนอาจมีอาการระยะเริ่มต้นไม่ถึงเดือน ส่วนใหญ่อาการจะกำเริบเมื่อผู้ป่วยเผชิญกับความกดดันทางจิตใจ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการทางจิตอย่างเห็นได้ชัด ส่วนใหญ่เป็นอาการทาง (Positive symptoms)

1.2.3 ระยะอาการหลงเหลือ (Residual phase) ส่วนใหญ่แล้วอาการต่างๆ ที่กำเริบจะเป็นอยู่ช่วงหนึ่ง เมื่อรักษาก็จะทุเลาแม้ว่าผู้ป่วยจะมีอาการทางจิตสงบลงแล้ว แต่ก็ยังมีอาการหลงเหลืออยู่ ส่วนใหญ่จะเป็นอาการทางลบ (Negative symptoms)

จากการติดตามศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการป่วยด้วยโรคจิตเภททั้งในและต่างประเทศหลายๆ เล่ม พบว่ามีผลการศึกษาที่สอดคล้องกันโดยพบว่า มีผู้ป่วยจิตเภทอยู่จำนวนหนึ่งที่เป็นแค่ครั้งเดียวแล้วหายขาด หรือเป็นแค่ 2-3 ครั้งและแต่ละครั้งที่หายป่วยก็สามารถกลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วย (Complete remission) ได้แต่จำนวนเปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่หายยังพบได้น้อยอยู่ ซึ่งส่วนใหญ่หลังจากที่อาการทุเลาลงผู้ป่วยจะยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างและมีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ นอกจากนี้ผู้ป่วยเป็นบ่อยครั้งก็ยังมีอาการหลงเหลือมากขึ้น และอาการด้านลบจะค่อยๆ ลดความรุนแรงลง ทำให้อาการที่เกิดในระยะหลังจะเป็นอาการด้านลบมากกว่า และจากการติดตามผู้ป่วย 5 ปีหลังจากการเจ็บป่วยครั้งแรก พบว่า ร้อยละ 22 ของผู้ป่วยมีอาการเพียงครั้งเดียว ร้อยละ 35 ความบกพร่องเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ หลังการป่วยแต่ละครั้ง โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ และร้อยละ 8 มีความบกพร่องหลังจากป่วยครั้งแรกและมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ โดยไม่กลับสู่ภาวะปกติ

(มาโนช หล่อตระกูลและปราโมชย์ สุนิษฐ์, 2544) Lieberman (2005) ได้ศึกษาผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นครั้งแรกโดยติดตามผู้ป่วยเป็นเวลา 1 ปีพบว่า หลังการรักษาผู้ป่วยร้อยละ 74 หายป่วยและไม่มีอาการหลงเหลืออยู่เลย (Fully remitted) ร้อยละ 12 ยังคงมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง (partially remitted) และพบว่า การหายของโรคจิตเภทมีเปอร์เซ็นต์ลดลงดังเช่นในการศึกษาของ Stephens (1978) อ้างถึงใน Torrey, 2006:106) พบในช่วงเวลาของการป่วยระยะ 10 ปี และ 30 ปี มีผู้ป่วยจิตเภทสามารถหายป่วยอย่างสมบูรณ์ (Completely recovered) ร้อยละ 25 เป็นจำนวนที่เท่าๆกัน และมีผู้ป่วยจิตเภทที่อาการดีขึ้นมากแต่ยังต้องพึ่งพาญาติในการดูแล สำหรับช่วงเวลา 10 ปี พบร้อยละ 25 ส่วนช่วงเวลา 30 ปีพบมากกว่าร้อยละ 35

1.3 การรักษาโรคจิตเภท วิธีการรักษาที่ถูกพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยผู้ป่วยจิตเภทมีหลายวิธีได้แก่

1.3.1 ยาต้านโรคจิต ยาต้านโรคจิตได้ถูกพัฒนาขึ้นมาเมื่อประมาณ 40 กว่าปีก่อน ยาเหล่านี้มีผลต่อ Dopamine receptor ช่วยลดอาการทางจิตได้มาก ยาที่ใช้ส่วนใหญ่เป็นยารับประทาน ในปัจจุบันเริ่มมีการใช้ยาชนิดฉีดเข้ากล้ามเนื้อเพราะสามารถคงระดับของยาไว้ในร่างกายได้นาน ช่วยลดปัญหาในเรื่องการลืมกินยา การขาดยา แต่ยาที่ยังไม่สามารถรักษาผู้ป่วยจิตเภทให้หายขาดได้หรือไม่สามารถรับประกันได้ว่าอาการของโรคจะกำเริบกลับมาเป็นใหม่อีก และจะต้องกินยาต้านโรคจิตไปนานเท่าไร เป็นคำถามที่ผู้ป่วยและญาติจะถามบ่อยมาก พบว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วยจิตเภทถ้าไม่ได้รับยาต่อเนื่องมักมีอาการกลับเป็นซ้ำของโรค เพราะฉะนั้นส่วนใหญ่จะต้องใช้ยารักษาเพื่อป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรค

ผลข้างเคียงของยาต้านโรคจิต ยาต้านโรคจิตก็เหมือนยาทั่วไปคือมีผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ ในช่วงแรกหลังจากที่ได้รับยาผู้ป่วยมักมีอาการง่วงนอน กระสับกระส่าย ปวดเมื่อย ตัวสั่น ตาพร่ามัว ซึ่งสามารถรักษาได้ด้วยยาอีกตัวหนึ่งที่เรียกว่ายาต้านพาร์กินสันเพื่อแก้ผลข้างเคียงของยา

1.3.2 การฟื้นฟูสภาพจิตใจ เป็นวิธีการรักษา โดยไม่ใช้ยา จะเน้นในด้านการฝึกการเข้าสังคม การฝึกอาชีพเพื่อช่วยผู้ป่วยเอาชนะกับปัญหาที่เกิดขึ้นในด้านของสังคม หน้าที่การงาน ซึ่งโปรแกรมของการฟื้นฟูสภาพจิตใจนี้จะรวมถึงการปรึกษาด้านอาชีพ การเข้าสังคม ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยประสบความสำเร็จในด้านนี้หลังจากที่หายจากโรคและออกไปใช้ชีวิตในสังคม

1.3.3 การทำจิตบำบัด เป็นการรักษาโดยใช้วิธีพูดคุยระหว่างผู้ป่วยกับผู้เชี่ยวชาญ เช่นแพทย์ จิตแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา ในเรื่องปัญหา ประสบการณ์ ความคิดความรู้สึกร่วมกัน ความสัมพันธ์ต่างๆ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจตนเองและปัญหาของตนเองมากขึ้น และเรียนรู้ที่จะแยกแยะสิ่งที่เป็นความจริงกับที่ไม่ใช่ความจริง

1.3.4 ครอบครัวยุติบำบัด ครอบครัวยุติบำบัดเป็นการรักษาที่มีผู้เกี่ยวข้องด้วยคือ ผู้ป่วย ญาติพี่น้อง และผู้รักษาซึ่งมีวัตถุประสงค์แตกต่างกันออกไปหลายอย่าง เช่น ช่วยให้ครอบครัวเข้าใจ

เกี่ยวกับโรคจิตเภทและปัญหาเกี่ยวกับโรคนี้ เข้าใจวิถีทางที่จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการลดน้อยลง

1.3.5 กลุ่มบำบัด กลุ่มบำบัดเป็นวิธีการรักษาที่มีผู้เกี่ยวข้องคือ ผู้ป่วยจำนวนหนึ่ง จำนวนประมาณ 6-12 คนกับผู้รักษา 1-2 คน มาร่วมเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของกันและกัน พร้อมกับช่วยกันแก้ไขพฤติกรรมที่ผิดปกติต่างๆ จากการพูดคุยกันในกลุ่ม ซึ่งจะเป็นการช่วยเหลือผู้ป่วยได้อย่างมากในช่วงที่จะต้องกลับไปใช้ชีวิตเหมือนเดิมหลังป่วย ซึ่งอาจจะต้องพบปัญหาต่างๆ มากมายในช่วงนั้น นอกจากนี้ยังพบว่าจะมีกลุ่มบำบัดอีกประเภทหนึ่งซึ่งกลุ่มผู้ป่วยจัดขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือตนเองโดยไม่มีผู้รักษา แต่ก็มีประโยชน์เพราะผู้ป่วยแต่ละคนอาจได้รับการช่วยเหลือประคับประคองด้านจิตใจซึ่งกันและกันและกันและรู้ว่าตนไม่ได้เผชิญปัญหาอยู่คนเดียว

1.3.6 การรักษาด้วยไฟฟ้า เป็นการรักษาโดยใช้กระแสไฟฟ้าขนาดต่ำผ่านสมอง บริเวณที่กำหนดเพื่อกระตุ้นให้เกิดการชักแบบทั้งตัว (generalized seizure) จะใช้ต่อเมื่อการรักษาด้วยยาไม่ได้ผล หรือมีข้อบ่งชี้ชัดเจน ได้แก่ มีอาการซึมเศร้ามาก มีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง มีอาการตัวแข็ง (catatonic) รุนแรง มีอาการคลุ้มคลั่งมาก อาการข้างเคียงและผลแทรกซ้อนที่อาจพบได้เช่น อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน งุนงง สับสน พบได้ใน 1-2 ชั่วโมงแรกหลังการรักษา หลังจากนั้นอาการมีงง สับสนจะหายไป ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการหลงลืม เมื่อหยุดการรักษาจะค่อยๆ ดีขึ้น และหายไปภายใน 3-6 เดือน

1.4 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท โรคจิตเภทเป็นโรคที่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังมีความผิดปกติของความคิด และการรับรู้เป็นลักษณะเด่น มีการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทเกิดการเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิต ความผิดปกติจากการเจ็บป่วยทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิต และการทำงาน ไม่สามารถทำงานหรือช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้อง มีพฤติกรรมแปลกๆ รวมทั้งอาการประสาทหลอน และอาการหลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2543) มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกายสกปรก สวมใส่เสื้อผ้าที่ไม่สะอาด ไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้าและไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิต วงศ์สุรประภิต, 2542) ค่อยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน (Underwood, 1990) ไม่สนใจรับประทานอาหารหรือรับประทานอาหารไม่เพียงพอ (Chesla, 1996) การกลับเป็นซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้นส่งผลกระทบต่อสรูปได้ดังนี้

1. ผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท การที่ป่วยซ้ำทำให้ผู้ที่เป็โรคจิตเภทมีความสามารถในการดูแลตนเองลดลงร่วมกับการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพมากขึ้น และถ้าป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพถาวรมากขึ้น (Sadock & Sadock, 2000) จากการศึกษาของ Breier, Schreiber, Dyer, & Pickar, (1991) ที่ติดตามเยี่ยมผู้ที่เป็โรคจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 58 คน ภายในระยะเวลา 12 ปี ของการเจ็บป่วย หลังจากนั้นจะพบว่ามีอาการเสื่อมลงเรื่อยๆ จนถึงปีที่ 10 ของการ

เจ็บป่วยหรือมากกว่านั้นตามจำนวนครั้งของการเจ็บป่วย

2. ผลกระทบต่อครอบครัว ที่พบมากที่สุด คือ ความสัมพันธ์ภายในครอบครัว จิตเภทที่จะหารายได้สู่ครอบครัว (รัชนีกร อุปเสน, 2541) บางรายต้องหยุดงานเพื่อมาดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทต้องทำงานบ้านเองทั้งหมดเพราะผู้ป่วยโรคจิตเภทไม่ยอมช่วยทำงาน ต้องนอนเป็นประจำเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการกำเริบ และเกิดภาวะเครียดจนเกิดอาการปวดศีรษะ นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ อ่อนล้ากับการดูแล (ทานตะวัน เข้มบุญเรือ, 2540) เกิดความกดดันให้กับตนเองทำให้มีโอกาที่จะมีความผิดปกติทางจิตสูง (Sallhe, 1994) จากการศึกษาของรัชนีกร อุปเสน (2541) ที่ศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พบว่าการดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภททำให้เป็นภาระในด้านการสูญเสียทางเศรษฐกิจ รองลงมา คือการพักผ่อน และผลเสียต่อสุขภาพตามลำดับ

3. ผลกระทบต่อสังคม พบว่าผู้ป่วยเป็นโรคจิตเภทจำนวนหนึ่งเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนเมื่อมีอาการทางจิตจะทำความเดือดร้อนให้ชุมชน เช่น ทำร้ายผู้อื่นเนื่องจากมีอาการหวาดระแวง หลงผิดหรือบางครั้งพกพาอาวุธไว้กับตัว บางครั้งทำลายข้าวของ (วิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) มีพฤติกรรมที่น่ารังเกียจหรือเป็นอันตรายต่อสังคม (ปริทรรศ สิลปะกิจ, 2535) มีพฤติกรรมทางเพศไม่เหมาะสม มีโอกาสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เช่น โรคเอดส์ และมีความเสี่ยงต่อการคิดสารเสพติดมากกว่าคนปกติ และจากการศึกษาของ Mallakh (1998) ที่พบว่าร้อยละ 51 ของผู้ที่เป็นโรคจิตมักคิดสุรา หรือสารเสพติด

4. ผลกระทบต่อประเทศ คือ ขาดกำลังคนในการพัฒนาประเทศ และการสูญเสียทางเศรษฐกิจอย่างมาก ดังการศึกษาวิจัยต้นทุนการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่โรคพยาบาลจิตเวชขอนแก่น พบว่า ต้นทุนผู้ป่วยนอกเฉลี่ย 175.36 บาท/ครั้ง ผู้ป่วยใน 9446.7 บาท/ราย (วิวัฒน์ ยถาภูษานนท์ และคณะ, 2536) และในแต่ละปีจะต้องสูญเสียงบประมาณในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทเป็นเงินสูงกว่า 200 ล้านบาทต่อปี และมีแนวโน้มว่าจะสูงขึ้นเรื่อยๆ เนื่องจากมีจำนวนผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในแต่ละปีเพิ่มขึ้น (กรมสุขภาพจิต, 2541)

จากปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตเภทดังที่กล่าวมาแล้วสรุปได้ว่า ตลอดระยะเวลาของการเจ็บป่วย ปัญหาที่สำคัญคือ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บกพร่องในหลายๆ ด้านเช่น การใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเอง ครอบครัว สังคม ประเทศชาติ

2. พฤติกรรมการดูแลตนเอง

2.1 ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเอง

Orem (2001) ให้ความหมายเกี่ยวกับการดูแลตนเองว่าเป็นการปฏิบัติในกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองอย่างตั้งใจและมีเป้าหมาย โดยใช้กระบวนการเรียนรู้ด้วยตนเอง เพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตนเอง เมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่ และพัฒนาการของแต่ละบุคคลดำเนินไปได้ถึงขีดสูงสุด

Hill and Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นความตั้งใจของบุคคลที่จะรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพของตนเอง เพื่อป้องกัน ควบคุม หรือรักษาโรค ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจในตัวบุคคลนั้นเองหรือสภาพของบุคคลนั้นก็ได้

จากความหมายข้างต้นสรุปได้ว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่เกิดจากความตั้งใจเป็นกระบวนการที่บุคคลปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองอย่างมีเป้าหมายผสมผสานระหว่างประสบการณ์การปฏิบัติสัมพันธ์ของบุคคล การติดต่อสื่อสารและวัฒนธรรมในสังคม ช่วยส่งเสริมคุณค่าแห่งชีวิต

2.2 แนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem Orem (2001) เชื่อว่าการดูแลตนเองเป็นการกระทำโดยธรรมชาติ บุคคลที่มีวุฒิภาวะจะมีอำนาจและพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองเหมาะสม ตามสภาพที่เป็นจริงทั้งในสิ่งแวดล้อมที่คงที่หรือเปลี่ยนแปลงไป และการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จริงจังมีเหตุผลในการควบคุมทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอก ที่มีผลต่อการกระทำหน้าที่และกระบวนการพัฒนาหรือสนับสนุนให้มีความผาสุก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ สนับสนุน ส่งเสริมแนวทางที่เฉพาะในการรวมตัวกันของ โครงสร้างการทำหน้าที่ และพัฒนาการของมนุษย์ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น (Orem, 2001: 43)

ในแนวคิดของ Orem (1991) การดูแลตนเอง คือการมีกิจกรรมเพื่อตอบสนองความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด (therapeutic self-care) ซึ่งต่างจากการมีกิจกรรมการดูแลตนเองที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ (non therapeutic self-care) โอเร็ม อธิบายการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งหมด 3 ลักษณะ คือ

1. การดูแลตนเองโดยทั่วไป เป็นการดูแลตนเองที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริม และการรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคน ทุกวัยแต่จะต้องปรับให้เหมาะสมกับระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไปมีดังนี้ คงไว้ซึ่งอากาศ อาหารและน้ำ ที่เพียงพอ คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน คงไว้ซึ่งความ

สมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิตหน้าที่
สวัสดิภาพ ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุด ภายใต้ระบบสังคมและ
ความสามารถของตนเอง

2. การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ เป็นการดูแลที่เกิดจากกระบวนการ
พัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่นการตั้งครรภ์ การคลอด การเจริญเติบโต และเหตุการณ์
ที่มีผลเสีย หรือเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาการ เช่นการสูญเสีย หรืออาจเป็นการดูแลตนเองที่จำเป็น
ทั่วไปให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับกระบวนการออกเป็น
2 อย่าง

2.1 พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีช่วยสนับสนุนกระบวนการ
ของชีวิตและพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วุฒิภาวะในวัยต่างๆ

2.2 ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทา
บางอารมณ์เครียด หรือผลที่เกิดจากการปรับตัวทางสังคม ขาดการศึกษา การเจ็บป่วย การบาดเจ็บ
การเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต การเจ็บป่วยในระยะสุดท้ายและการตาย

3. การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นเนื่องจากเกิด
ความพิการตั้งแต่กำเนิด โครงสร้างหรือหน้าที่ของร่างกายผิดปกติ เช่น เกิดโรคหรือความเจ็บป่วย
จากการวินิจฉัย และการรักษาของแพทย์ การดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะนี้มี 6 อย่าง คือ

3.1 แสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้ เช่น
เจ้าหน้าที่สุขภาพอนามัย

3.2 รับรู้ สนใจและดูแลผลของพยาธิสภาพ และที่กระทบต่อพัฒนาการ
ของตนเอง

3.3 ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูและการป้องกันพยาธิ
สภาพที่เกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 รับรู้ สนใจและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการ
รักษาหรือจากโรค

3.5 ปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากความเจ็บป่วย และการรักษา
โดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์ ภาพลักษณ์ที่ดี ปรับบทบาทของตนให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเอง
และบุคคลอื่น

3.6 เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ รวมทั้ง
ผลของการวินิจฉัยและการรักษา ในรูปแบบแผนของการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง
ให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ซึ่งจะเห็นว่าการสนองตอบต่อ

ความต้องการการดูแลตนเอง ในประเด็นนี้บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆ เข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบดูแลตนเองทั้งหมดที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค บรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพการวินิจฉัย การรักษาต่อพัฒนาการของตนเอง

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนทุเลา มีระดับความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) หลังจากแพทย์อนุญาตให้กลับบ้าน ผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมดีขึ้นสามารถปฏิบัติอาชีพการงานได้ระยะหนึ่งเท่านั้น แต่ไม่นานก็จะมีอาการป่วยซ้ำต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (อรพรรณ ถือนุญชวิชัย, 2542; Montgomery and Kirkpatrick, 2002; Meijel et al. 2003 อังโนวุฒิ วงษ์แสง, 2548) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ (2541) พบว่าหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะแรกผู้ป่วยมีความสนใจและสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ต่อมาผู้ป่วยจะไม่ยอมช่วยเหลือตนเองและเรียกร้องความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว และพบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายสู่ชุมชนยังมีปัญหาในการดูแลตนเองอย่างมาก (รัชณี ศรีหิรัญ, 2544) ขาดความสนใจในการรักษาความสะอาดร่างกายขาดความสนใจด้านสุขภาพ ด้านการเรียน การทำงาน แยกตัวอยู่ตามลำพัง ใช้สารเสพติด (สมภพ เรื่องตระกูล, 2542) ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเช่น การจัดเตรียมอาหาร การเลือกรับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การนอนหลับพักผ่อน การรับประทานยา ผู้ป่วยสามารถรับประทานได้แต่ยังไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างสมบูรณ์ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545) โดยเฉพาะเรื่องการดูแลตนเองด้านการรับประทานยา ผู้ป่วยมักหยุดยาเองจากสาเหตุหลายประการ เช่น ไม่สามารถทนต่ออาการข้างเคียงจากยารักษาอาการทางจิตได้ บางรายขาดความรู้โดยเชื่อว่าเมื่อตนเองอาการดีขึ้น แล้วไม่ต้องรับประทานยาต่อและเกิดความเบื่อหน่ายที่ต้องรับประทานยา (สิรินทร เชื้อวโสธร, 2545; อุมพร กาญจนรักษ์, 2545; กาญจนา ชัยเจริญ, 2547; ผลทิพย์ ปานแดง, 2547)

ดังจะสรุปปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเองดังนี้ คือ

- 1) ขาดความสามารถในการประเมินความผิดปกติ
- 2) ไม่สามารถขอความช่วยเหลือเพื่อการดูแลสุขภาพ
- 3) ไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา
- 4) ปัญหาการควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออก

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษา จึงได้นำโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมาศึกษากับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี โดยประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่เป็นปัญหา 4 ด้านคือด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

2.4 ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

2.4.1 ปัจจัยพื้นฐาน (Basic condition factor) เป็นปัจจัยที่กำหนดการกระทำ หรือพฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ตามแนวคิดของ Orem มี 10 ประการ (Orem, 1995) คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม ระบบบริการและการดูแลด้านสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และทรัพยากรที่สามารถแสวงหาได้ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของOrem มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์กับปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.4.2 ปัจจัยด้านความรู้ โดยความรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตในชุมชน การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน การสังเกตอาการนำก่อนอาการทางจิตกำเริบ ประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการมาพบแพทย์ตามนัด ความรู้เกี่ยวกับแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาที่สามารถแก้ไขเองได้เป็นต้น โดยความรู้ด้านต่างๆ เหล่านี้มีความจำเป็นอย่างยิ่งในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนดังการศึกษาของ Kennedy et al.(2000) อ้างถึงใน ยุติ วงษ์แสง(2548) พบว่าการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้ที่รับรู้ถึงลักษณะอาการทางจิต จัดการกับอาการทางจิตด้วยตนเอง ตลอดจนการรับรู้ถึงผลที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัตินั้น จะมีผลลดการป่วยซ้ำสอดคล้องกับการศึกษาของ Baker (1995) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีความสนใจต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของตน ค้นพบอาการเตือนก่อนการป่วยซ้ำ สามารถป้องกันการป่วยซ้ำได้ ซึ่งการที่ผู้ป่วยสามารถรู้ถึงลักษณะอาการทางจิต จัดการกับอาการทางจิตด้วยตนเอง ตลอดจนการรับรู้ถึงผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติได้นั้น ต้องเกิดจากที่ผู้ป่วยมีความรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการกับอาการของโรคก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุวิมล สมัตถะ(2541) พบว่าการเยี่ยมบ้าน โดยผสมผสานการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การจัดการสิ่งแวดล้อม มีผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยดีขึ้น ดังนั้นจะเห็นว่าความรู้สำหรับผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง โดยเฉพาะมีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองที่ผู้ป่วยปฏิบัติ

2.4.3 ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ Becker et.(1974) อ้างถึงใน พิสมร เดชดวง (2545) ได้กล่าวถึงรูปแบบความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ต่อลักษณะพฤติกรรมด้านสุขภาพของแต่ละบุคคลที่เกิดจากการรับรู้ ถึง โอกาสและความรุนแรงต่อชีวิตการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ในการลดความเสี่ยง หรือลดการเจ็บป่วยลง ทำให้อุปสรรคในการป้องกันการป่วยซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ก็จะทำให้เกิดการรับรู้ความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันการมีอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำใน โรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษา มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสม เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรม

ดูแลตนเอง จากการศึกษาของ อูมาพร กาญจนรักษ์ (2545) ถึงปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ยาตามเกณฑ์การรักษา สอดคล้องกับ เพชร คันธสายบัว (2544) ศึกษาวิเคราะห์ตัวแปรจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งพบว่า แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอำนาจจำแนกผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำ

2.4.4 แหล่งสนับสนุนทางสังคม มีการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยจิตเภทมีการรับรู้ถึงการมีแหล่งประโยชน์ทางสังคม จะช่วยให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีความพึงพอใจในการดำเนินชีวิตของตน(หงส์ บันเทิงสุข, 2545) และเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมยังมีผลต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน นอกจากนี้การศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์(2534) เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับสูง สอดคล้องกับที่ Chien et al.(2003) กล่าวว่าการศึกษาทักษะทางสังคมเข้าไปในระยะต่างๆ ของการเจ็บป่วย เป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งสำหรับผู้ป่วยจิตเภท นอกจากนี้การสนับสนุนจากครอบครัว ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนอีกประเภทหนึ่ง ซึ่งจะช่วยให้ส่งเสริมความพยายามให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้ทั้งด้านร่างกายและอารมณ์ ช่วยให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ แรงจูงใจที่จะริเริ่มปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง (Jopp and Carroll, 1993 อ้างถึงในยุวดี วงษ์แสง, 2548)

จะเห็นได้ว่าจากปัจจัยข้างต้นมีความสำคัญอย่างยิ่งกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ทั้งปัจจัยด้านความรู้ ด้านแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แหล่งสนับสนุนทางสังคม การส่งเสริมสนับสนุน ให้ความรู้ สร้างแรงจูงใจเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในการดูแลตนเอง และเชื่อมั่นในแพทย์และพยาบาล ที่จะสามารถให้ความช่วยเหลือ ได้ และเชื่อว่าตนเองสามารถดำเนินชีวิตด้วยตนเองอย่างมีความสุขและไม่ป่วยซ้ำ ดังนั้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลเพื่อลดความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จึงต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าว เป็นส่วนประกอบในการประเมินปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทด้วย

2.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 ข้อ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536 พรทิพย์ ธรรมวงศ์, จินดารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542 จันทรา ธีระสมบุรณ์,) คือ

2.5.1 การดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิต โดยมีสาเหตุจากการขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภทจะเห็นได้จากการศึกษาของ สุรรัตน์ โปจรัส(2535) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท และการบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยโดยศึกษา 3 ด้านคือ ตัวผู้ป่วยเอง ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติของญาติต่อการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล

สัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ทักษะคิดความพร้อมของญาติต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการทางจิตญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน 1-2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแลญาติ ส่วนมากมีความพร้อมในการดูแลปานกลาง การรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วน สาเหตุการกินยาไม่ครบถ้วนคือ ไม่ยอมกินยา ญาติควบคุมไม่ได้ หยุคกินยาเอง คิดว่าตนเองหายขาด ขาดคนดูแลเอาใจใส่ เรียงลำดับจากมากไปน้อยการมารับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยมารับการรักษาตามทัศนคติต่อการเจ็บป่วย ญาติส่วนใหญ่คิดว่าไม่หายขาด ทักษะคิดของญาติต่อผู้ป่วย และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีต่อญาติ ญาติมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย แต่ทัศนคติด้านลบค่อนข้างมาก

2.5.2 การดูแลด้านสุขภาพจิตเนื่องจากอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหา ด้านการรับรู้ จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย (สมจิตต์ ลุประสงค์ และคณะ , 2538) และ จากพฤติกรรมถดถอย ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

2.5.3 ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ผลจากการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ผลจากการไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกาฬอน หิด ผู้ป่วยจิตเวชมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรก และอาจทำให้เกิดบาดแผลได้ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

2.5.4 ด้านการป้องกันการกลับซ้ำพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีปัญหาเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา (เพลินพิศ จันทรสักดิ์ และคณะ, 2539) จึงทำให้เกิดอาการกำเริบ จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในเรื่องของพฤติกรรมดูแลตนเองซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดผลกระทบอื่นๆ ที่จะตามมา และเมื่อวิเคราะห์ตามข้อมูลข้างต้นจะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่สำคัญใน 4 ด้าน คือ ซึ่งจากสภาพปัญหาที่ได้มีความสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1991) ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แนวคิดนี้ในการประเมิน ดังนั้นพฤติกรรมดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท การศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ การประเมินการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทมีหลายรูปแบบ เช่น การสังเกต การตอบคำถาม การประเมินตนเอง การสัมภาษณ์ เป็นต้น แม้ว่าการใช้การประเมินจะมีหลายวิธี แต่การสัมภาษณ์เป็นวิธีการที่นิยม และสามารถได้ข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการวางแผนการช่วยเหลือ เนื่องจากบทบาทของพยาบาลจิตเวชเป็นผู้ให้การพยาบาลและดูแลผู้ป่วยโดยตรงอย่างใกล้ชิดมากกว่าวิชาชีพอื่น

ผู้ศึกษาเชื่อว่าการมีสัมพันธภาพที่ดีระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะสามารถทำให้ผู้ศึกษาได้ข้อมูลจากผู้ป่วยข้อมูลที่ตรงกับความจริง ความคิดและความรู้สึกของผู้ป่วยมากที่สุด (อุมพร กาญจนรักษ์, 2545) ในการศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้ป่วย โดยใช้เครื่องมือแบบสัมภาษณ์ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในชุมชน ที่สร้างขึ้นโดย นารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้จ่ายทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ แบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 24 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 4 ระดับ ให้ผู้ตอบแบบสอบถามเลือกตอบข้อความนั้นๆ ตรงกับการปฏิบัติตนของตนมากที่สุด แบ่งข้อคำถามทั้งหมด ดังนี้

- | | |
|-------------------------------------|-------------------------|
| 1. ด้านการใช้จ่ายทางจิตและสารเสพติด | จำนวน 9 ข้อ (ข้อ 1-9) |
| 2. ด้านการดูแลสุขภาพจิต | จำนวน 8 ข้อ (ข้อ 10-17) |
| 3. ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน | จำนวน 4 ข้อ (ข้อ 18-21) |
| 4. ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ | จำนวน 3 ข้อ (ข้อ 22-24) |

3. ระบบการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาลและบริการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช ต้องมีการผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสถานการณ์แวดล้อม สถานที่และภาวะสุขภาพของผู้รับบริการในขณะที่พยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้รับบริการ ซึ่งจะมีความแตกต่างกันในด้านสถานที่ปฏิบัติงาน สำหรับผู้ป่วยจิตเภท หากแบ่งความต้องการการได้รับการพยาบาลตามสถานที่ที่ให้บริการสามารถแบ่งได้ เป็น 2 ลักษณะ ได้แก่

3.1 ระบบบริการในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่มักมีอาการทางจิตที่รุนแรง (Active phase) มีความผิดปกติด้านความคิด การตัดสินใจ โดยการรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จะทำในกรณีต่อไปนี้ (ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534)

1. มีพฤติกรรมที่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น หรือก่อให้เกิดความเดือดร้อนรำคาญแก่บุคคลอื่น
2. มีปัญหาอื่นๆ ที่ต้องดูแลใกล้ชิด เช่น อาการข้างเคียงที่รุนแรงจากยา
3. เพื่อควบคุมเรื่องยา ในกรณีที่ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา
4. มีปัญหาในการวินิจฉัย

3.2 การบริการพยาบาลผู้ป่วยโรคจิตเภท โรงพยาบาลบางพลี

โรงพยาบาลบางพลี เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 60 เตียง ให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในลักษณะผู้ป่วยนอก เปิดให้บริการแก่ผู้ป่วยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 โดยมีสัลดแพทย์ที่ผ่านการอบรมด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เป็นผู้ให้การดูแลผู้ป่วย มีพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการศึกษาลัทธิศูตรปริญญาโทด้านการให้การปรึกษา 2 คน และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการศึกษาลัทธิศูตรปริญญาโทด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 คน ลักษณะของผู้ป่วยที่มารับบริการ เป็นผู้ป่วยที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อมารักษาต่อใกล้บ้านตามสิทธิหลักประกันสุขภาพ โดยมารับบริการแบบผู้ป่วยนอก คือ ตรวจรักษาโดยแพทย์ รับยาและกลับบ้าน

สำหรับลักษณะการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่มารับบริการที่โรงพยาบาลบางพลี ซึ่งเป็นลักษณะของงานผู้ป่วยนอก มีดังนี้

1. ให้การพยาบาลผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจิตเวชและมารับการรักษาต่อแบบผู้ป่วยนอก
2. การประสานงานกับโรงพยาบาลจิตเวช เพื่อส่งต่อผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง
3. การประสานงานกับหน่วยงานทางด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องที่บ้าน

4. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรค และการรักษา และให้บริการปรึกษาแก่ผู้ป่วยและญาติในกรณีที่มีปัญหาเกี่ยวกับอาการและการรักษาของผู้ป่วย

ซึ่งในบทบาทของพยาบาล ซึ่งมีความสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในด้านการบำบัดรักษา การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพและการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลจึงเป็นผู้ที่มีความสำคัญในการที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้และสามารถดูแลตนเองเมื่ออยู่ที่บ้าน ได้ ซึ่งบทบาทของพยาบาลในการช่วยเหลือผู้ป่วยที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอกนั้น ได้แก่

(อำไพวรรณ พุ่มศรีสวัสดิ์, 2541)

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาลให้การพยาบาลโดยตรง โดยการประเมินภาวะสุขภาพ คัดกรองผู้ป่วยก่อนพบแพทย์ เก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วย และตัดสินใจทางคลินิก ในการจัดระบบการบริการที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยแต่ละคน สร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดในปัญหาที่ซับซ้อนจนครบกระบวนการ ประสานงานกับพยาบาลแพทย์ บุคลากรทางสุขภาพจิตและจิตเวชที่เกี่ยวข้องเพื่อร่วมปรึกษาวางแผนช่วยเหลือผู้ป่วย

2. ให้การดูแลผู้ป่วยโดยการทำงานเป็นทีม เสนอแนะแนวทางและปรับปรุงระบบบริการให้บริการพยาบาลที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้พยาบาลต้องเป็นตัวแทนของผู้ป่วยในการประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ครบถ้วน

3. ด้านการให้ความรู้ โดยทำหน้าที่ในการให้ความรู้สอน ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย และครอบครัวถึงการพัฒนาทักษะทางสังคม การปรับตัว และการสร้างทักษะต่างๆในการดูแลตนเอง

4. เป็นที่ปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิตสำหรับผู้ป่วย และครอบครัว

5. พยาบาลต้องติดตามงานวิจัยใหม่ๆ ที่เกี่ยวข้องกับสาขาการพยาบาล นำมาปรับใช้ในการบริการแก่ผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และจะต้องทำการวิจัยจากปัญหาที่พบเพื่อนำผลการวิจัยนั้นมาแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

6. จัดกิจกรรมด้านการส่งเสริมและป้องกันปัญหาทางสุขภาพจิตโดยการให้คำปรึกษาครอบครัว จัดกลุ่มให้ความรู้ จัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตในชุมชน

7. ผู้บำบัดโดยวิธีจิตบำบัดทั้งรายบุคคลและรายกลุ่มให้การบำบัดครอบครัว รวมทั้งวิธีการบำบัดด้วยการบำบัดวิธีต่างๆ ครอบครัว ซึ่งต้องอาศัยสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด

จากบทบาทดังกล่าว พยาบาลจิตเวชผู้ให้การดูแลแก่ผู้ป่วยในลักษณะผู้ป่วยนอก จึงควรมีการจัดการบริการที่ครอบคลุมถึงตัวผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ เมื่ออยู่ที่บ้าน ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

3.3 ระบบบริการในชุมชน

แนวโน้มการรักษาพยาบาลในระยะนี้จะเน้นที่ครอบครัวและชุมชน เนื่องจากการฟื้นฟูสภาพภายหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลจะเป็นหน้าที่ของญาติหรือครอบครัว ซึ่งครอบครัวเป็นส่วนสนับสนุนช่วยเหลือที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วย (อุมพร ตรังคสมบัติ, 2540) โดยญาติและครอบครัวจะดูแลผู้ป่วยร่วมกับทีมสุขภาพ ตั้งแต่รับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาล จนกระทั่งกลับไปอยู่ที่บ้าน เนื่องจากผู้ป่วยและครอบครัวมีความจำกัดทางด้านกำลังกายและความคิด จึงต้องการพึ่งพาหน่วยงานของภาครัฐและเอกชนที่มีอยู่ในชุมชน เพื่อนำมาเป็นแหล่งประโยชน์ และตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวต่อไป ซึ่งหน่วยงานที่สามารถให้การช่วยเหลือที่มีอยู่ในชุมชน ได้แก่ สถานเอนาเมีย ศูนย์สุขภาพชุมชน โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ศูนย์ฝึกอาชีพ รวมทั้งมูลนิธิต่างๆที่ตั้งขึ้นมาโดยมีวัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีความต่อเนื่อง จึงมีการใช้ระบบส่งต่อผู้ป่วย เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลเบื้องต้นในท้องถิ่น หรือสถานบริการที่ใกล้บ้านมากที่สุด ซึ่งเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยลง ถ้าผู้ป่วยมีอาการรุนแรงหรือซับซ้อน ควรได้รับการดูแลจากพยาบาลผู้มีความชำนาญเฉพาะทาง โดยใช้ระบบการส่งต่อซึ่งเป็นการส่งต่อจากระดับล่างสู่ระดับบน ส่วนการส่งต่อจากระดับบนลงล่าง คือการส่งต่อผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากโรงพยาบาล

ในระดับจังหวัดจนอาการทุเลาแล้ว แต่ยังคงดูแลอย่างต่อเนื่อง ก็อาจส่งต่อผู้ป่วยมายังโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย หรือศูนย์สุขภาพชุมชนใกล้บ้าน โดยไม่จำเป็นต้องนอนค้างในสถานบริการนั้น ซึ่งรูปแบบการพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน ได้แก่ การดูแลสุขภาพที่บ้าน ซึ่งมีแนวคิดในการดูแลดังนี้ (กัลยาณี โนนินทร์, 2542)

1. เป็นการบริการเชิงรุก ที่ให้บริการที่บ้านของผู้รับบริการทั้งที่มีสุขภาพดี เจ็บป่วย พิกัด หรือป่วยหนัก เพื่อทุเลาความเจ็บปวดทรมาน
2. เป็นการบริการที่ให้โดยทีมสุขภาพ ซึ่งเป็นการปฏิบัติงานของบุคลากรในหลายสาขาวิชาชีพพร้อมกัน
3. เป็นการบริการที่ให้แก่ผู้รับบริการแบบผสมผสาน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสภาพ
4. เป็นบริการที่ส่งเสริมให้เกิดการพึ่งพาตนเองของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพในการปฏิบัติ สามารถสังเกตอาการผิดปกติและแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เกิดขึ้น เพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ยอมรับภาวะสุขภาพและกระดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข
5. เป็นบริการที่เน้นความร่วมมือระหว่างสมาชิกในครอบครัวและชุมชน
6. เป็นบริการที่มีระบบบันทึกข้อมูลข่าวสาร และมีการติดต่อสื่อสารอย่างต่อเนื่องระหว่างสถานบริการกับผู้ป่วยและครอบครัว
7. เป็นบริการที่จัดตามความเหมาะสม สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงทรัพยากรที่มีอยู่

สรุปได้ว่า การรักษาพยาบาลจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน เป็นการรักษาพยาบาลที่เน้นการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ซึ่งญาติและครอบครัวมีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเองและการปรับตัวของผู้ป่วย เป็นการเชื่อมโยงการดูแลรักษาพยาบาลจากสถานพยาบาลไปสู่ผู้ป่วยได้โดยตรงและดีที่สุด การส่งเสริมสนับสนุนให้ญาติ ครอบครัว และชุมชน หน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพที่บ้าน จะต้องอาศัยความร่วมมือและการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพ จึงสามารถนำแหล่งประโยชน์จากญาติ ครอบครัว ชุมชนและหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน มาใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วย

4. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

4.1 หลักการการดูแลผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัว

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทนั้น พบว่าเน้นการรักษาด้วยยาเป็นหลัก แต่ทั้งนี้ต้องมีการดูแลทางด้านจิตสังคมร่วมด้วย ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยดีขึ้นได้เร็วกว่าการรักษาด้วยยาเพียงอย่างเดียว โดยใช้ทีมสหวิชาชีพเข้ามาร่วมกันให้การดูแล โดยให้การดูแลทั้งผู้ป่วยและครอบครัว รูปแบบการดูแลจึง

ต้องประกอบด้วยหลักการปฏิบัติที่ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพจิต การป้องกันปัญหาสุขภาพจิต การบำบัดรักษา และการฟื้นฟูสภาพ นั่นคือให้การดูแลครบทั้ง 4 มิติ

1. การส่งเสริมสุขภาพจิต (Promotion of Mental Health) จัดเป็นการป้องกันปัญหาสุขภาพจิตขั้นต้น โดยมีหลักการว่าสุขภาพจิตดีจะมีพื้นฐานจากการมีกำเนิดที่ดี มีสุขภาพสมบูรณ์ แข็งแรง ได้รับความรักความอบอุ่นอย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีความมั่นคงทางจิตใจ ให้ความรักผู้อื่นได้ ยอมรับตนเอง ไม่มีปมด้อย บุคคลที่มีคุณสมบัติดังกล่าว จะมีพื้นฐานจิตใจที่เข้มแข็ง สามารถเผชิญปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ดี อยู่ในสังคมได้ดี ทำประโยชน์แก่ตนเองและผู้อื่นได้

2. การป้องกันปัญหาสุขภาพจิตหรือรักษาสภาวะทางสุขภาพจิตให้ดี (Prevention or maintenance of Mental Health) ปัญหาสุขภาพจิตสามารถเกิดขึ้นได้กับคนทุกเพศทุกวัย อาจทำให้เกิดความคับข้องใจ ความเครียดและความวิตกกังวล ได้

3. การบำบัดรักษา การที่บุคคลมีปัญหาสุขภาพจิต หากไม่จัดการให้หมดไปโดยเร็ว อาจทำให้ อาจทำให้เจ็บป่วยเป็นโรคจิต โรคประสาท มีผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ที่เจ็บป่วยทางจิตใจ จะขาดความสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม ขาดความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ การตัดสินใจ ขาดความสามารถในการเข้าสังคม รวมทั้งขาดการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทจึงเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย

สรุปได้ว่า การให้การดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ โรงพยาบาลจะต้องทำความเข้าใจและให้การดูแลช่วยเหลือทั้งการดูแลผู้ป่วยและครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความสมดุลของสุขภาพทั้งตัวผู้ป่วยและครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแล การทำความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดการพยาบาลครอบครัว จึงเป็นพื้นฐานในการที่จะช่วยให้พยาบาลสามารถปฏิบัติการพยาบาลให้กับผู้ป่วยจิตเภท และให้การดูแลช่วยเหลือครอบครัวไปพร้อมๆกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.2 การปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาล

การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช ต้องมีการผสมผสานวิธีการปฏิบัติที่หลากหลาย ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ โดย กิจกรรมที่ให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย ได้แก่

4.2.1 การจำแนกประเภทของผู้ป่วย โดยมีการจำแนกประเภทของผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ เป็นการประเมินอาการทางจิต เพื่อแยกประเภทในการให้การพยาบาล ในปัจจุบันใช้เกณฑ์ในการจำแนกประเภทผู้ป่วยของกรมสุขภาพจิต (2539) ซึ่งตั้งเกณฑ์การจำแนกไว้ 5 ระดับ แต่ในทางปฏิบัติปัจจุบัน แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่ 1) ประเภทฉุกเฉินวิกฤติ 2) ประเภทแรกรับ 3) ประเภท

เร่งรัดบำบัด และ 4) ประเภทบำบัดระยะยาว

4.2.2 การให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล ซึ่งในการให้การพยาบาลในแต่ละประเภท กรมสุขภาพจิตได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลไว้ ซึ่งในการให้การพยาบาลแต่ละประเภท ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล เป็นกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการให้การพยาบาลโดยทั่วไป เพื่อกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ถึงแวดล้อมได้ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้

4.2.3 การให้การพยาบาลทางด้านจิตใจ เป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและให้การบำบัดทางด้านจิตใจ เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การทำจิตบำบัดประคับประคอง การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้การปรึกษา เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้

5.การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

5.1 หลักการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท

เนื่องจากโรคจิตเภทส่วนใหญ่มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรังที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและบุคลิกภาพโดยรวม จากการศึกษาส่วนใหญ่พบว่าปัญหาที่สำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับไปรักษาซ้ำได้แก่ มีการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม มีความบกพร่องในการดูแลตนเอง ขาดการรับประทานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้เกิดอาการกำเริบจนต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาล เกิดผลกระทบทั้งต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว ชุมชนและประเทศชาติ ดังนั้นเป้าหมายหลักของการพยาบาลเพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ไม่กลับไปป่วยซ้ำ จึงไม่ได้มุ่งดูแลเฉพาะการบำบัดอาการของโรค การดูแลผู้ป่วยต้องให้การดูแลทั้ง “บุคคล” โดยสาระสำคัญที่พยาบาลต้องคำนึงถึง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) คือ

- 1) การเน้นการให้การพยาบาลแบบองค์รวม โดยการปฏิบัติการพยาบาลต้องเน้นการให้การพยาบาลต่อผู้ป่วยทั้งร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ
- 2) คำนึงถึงครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยควบคู่ไปกับการดูแลช่วยเหลือ การทำหน้าที่ของพยาบาลจะสมบูรณ์ตามขอบเขตของกฎหมายได้ นอกจากจะให้ความช่วยเหลือตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพของผู้รับบริการ ยังต้องคำนึงถึงการดูแลช่วยเหลือการตอบสนองความต้องการสุขภาพครอบครัว รวมทั้งดำเนินการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับปัญหาสุขภาพนั้นๆ ที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน
- 3) การดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง การกระทำหน้าที่ของผู้ประกอบวิชาชีพพยาบาล ต้องครอบคลุมการดูแลและการช่วยเหลือบุคคล ครอบครัวและชุมชนในภาวะเมื่อเจ็บป่วย คือการ

ช่วยเหลือให้สภาพการเจ็บป่วยหายไป (Restoration) ด้านการช่วยเหลือ การดูแล บำบัดรักษา/บรรเทาอาการของโรคฟื้นฟูสภาพ (Rehabilitation) เพื่อกระตุ้น รักษาระดับของการฟื้นฟู (Recover Healing) การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การป้องกันโรค (Disease Prevention) การป้องกันสุขภาพ (Health Protection)

5.2 แนวคิดการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน พัฒนามาจากการดูแลสุขภาพที่บ้านซึ่งเป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยดำเนินการตามวัตถุประสงค์ดังนี้

(Pelletier,1988;Klebnoff, 1989 อ้างใน อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2545)

- 1) ช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพดีเช่นเดิม ฟื้นฟูสภาพ ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการของผู้ป่วยให้น้อยที่สุด
- 2) ลดอัตราการเข้ารับการรักษาด่วนในโรงพยาบาล
- 3) พัฒนาการทำงานเป็นทีมกับชุมชน
- 4) ให้บริการอย่างมีความรู้ ให้ความสำคัญกับสัมพันธภาพระหว่างผู้ป่วยและครอบครัว ผู้ป่วยกับผู้บำบัด
- 5) ให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครบถ้วนซึ่งไม่สามารถทำได้ในโรงพยาบาล
- 6) ประสานงานติดต่อระหว่างผู้ป่วยกับชุมชน
- 7) เป็นแหล่งให้ความรู้กับผู้ป่วยและครอบครัว
- 8) ประสานงานติดต่อระหว่างบ้านกับโรงพยาบาล มีการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยและครอบครัว
- 9) เป็นแหล่งให้ความรู้สำหรับผู้ป่วยและครอบครัวเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง เช่น การใช้ยา การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม

10) จัดบริการให้ความรู้แก่ชุมชนในการดูแลรักษาด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างต่อเนื่อง จากการพัฒนาแนวคิดการดูแลสุขภาพที่บ้าน สรุปได้ว่า การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นรูปแบบการรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน โดยพัฒนาการทำงานเป็นทีม ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดบริการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัวและชุมชน ในการดูแลรักษา การป้องกัน การส่งเสริม และการฟื้นฟูสภาพ ให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งสุขภาพจิตที่ดี ช่วยลดพยาธิสภาพและลดความพิการ และได้รับการดูแลที่ต่อเนื่อง และดูแลตนเองที่บ้านอย่างมีความสุข

5.3 การพยาบาลเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน การจัดกิจกรรมการพยาบาลในการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาลดังนี้

5.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการกระทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดี มีสุขภาพ ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาล ที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคล และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพ แนวทางในการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน มีดังนี้ (เปรมฤดี คำรักษ์, 2545)

5.3.1.1 การสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพเพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที

5.3.1.2 การให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัวและสมาชิกของชุมชน

5.3.1.3 กระตุ้นให้ผู้ป่วย และครอบครัว ได้มีในการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกาย

5.3.1.4 การดูแลที่บ้านและการบำบัดการให้การพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

5.3.1.5 ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดี

5.3.1.6 การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึกลึกๆภายในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

5.3.2 การดูแลที่บ้าน (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเอง และดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันอย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือกาย จิต สังคมและจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหในปัจจุบัน (Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา ตระหนักรู้ถึงการมีส่วนร่วม

ร่วมกับสาเหตุและการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและช่วยให้ผู้ป่วยได้หาความหมายจากประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

2) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ เข้าใจ สถานภาพและปัญหาของตน ตระหนักรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธภาพ เช่น การทักทาย การแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหาเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหา และตัดสินใจแก้ไขปัญหากับตนเอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้กำลังใจ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วยความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการทางจิต ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เกิดจากพื้นฐานความเชื่อ ว่าการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทางวัตถุและบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเผชิญความเครียด และยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การให้ความรู้เรื่องการจัดสิ่งแวดล้อม จึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว ส่วนสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างบรรยากาศที่มีผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย มีความอบอุ่นเป็นมิตร รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย พบและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และให้เกียรติยกย่องนับถือ ทั้งในฐานะความเป็นบุคคล และตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

5) การป้องกันภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นใน

ขณะนั้นโดยเร็ว ลดภาวะเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วยและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤตและฉุกเฉินโดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งความช่วยเหลือ และการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

5.3.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรมการจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวของชุมชนที่จะจัดการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างการพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

5.4 บทบาทของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

การที่ครอบครัวจะอยู่ร่วมกับผู้ป่วยจิตเภทได้ตามปกติ ผู้ดูแลจะต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิตของผู้ป่วย สมาชิกในครอบครัวต้องมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกันมีความเมตตา ตลอดจนมีความอดทนต่อผู้ป่วย ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี (2536) ได้กล่าวถึงเหตุที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องเข้ามามีส่วนในการช่วยเหลือผู้ป่วยดังนี้

5.4.1 ผู้ดูแลเป็นบุคคลที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากที่สุดใช้เวลาอยู่ร่วมกับผู้ป่วยนานที่สุดและมีความผูกพันกับผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ ผู้ดูแลจึงเป็นบุคคลที่รู้ปัญหาของผู้ป่วยมากกว่าคนอื่น ๆ

5.4.2 บ้านถือเป็นสังคมแห่งแรกของผู้ป่วยและเป็นแหล่งลอมพฤติกรรมที่ดีแก่ผู้ป่วย

5.4.3 การรักษาโรคทางจิตไม่เหมือนการรักษาโรคทางกายการรักษาโรคทางจิตจำเป็นต้องใช้กลวิธีในการช่วยลดปัญหาของผู้ป่วยที่มีผลกระทบต่อบุคคลอื่น ๆ ในครอบครัวการหมั่นมาปรึกษาแพทย์บุคลากรจะเป็นสิ่งที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีโอกาสดีขึ้นได้มากกว่าการปล่อยปัญหาทิ้งไว้เฉยๆ และอาจเป็นทางหนึ่งที่จะลดภาระความเดือดร้อนของผู้ป่วยที่มีต่อครอบครัวได้

5.4.4 ผู้ดูแลหรือญาติเป็นผู้รับภาระในด้านการใช้จ่ายของผู้ป่วย ถ้าผู้ป่วยเรื้อรังยิ่งทำให้ผู้ดูแลและญาติเดือดร้อนในการรับภาระค่าใช้จ่าย

5.5 การมีส่วนร่วมของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

จะเห็นได้ว่าโรคจิตเภท เป็นโรคที่เรื้อรัง (APA, 1994 อ้างใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2538) พบว่าผู้ป่วยจิตเภท ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษาและต้องการการดูแล จากแพทย์ พยาบาล

รวมทั้ง ครอบครัวจนตลอดชีวิต และร้อยละ 50 มีอาการเป็นๆ หายๆ และจากการนำนโยบายการ
 จําหน่ายผู้ป่วยออกสู่ครอบครัวโดยเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้นั้น ทำให้ผู้ดูแลและครอบครัวต้อง
 รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ซึ่ง Horowitz (Horowitz, 1982 cite in Davis, 1992 อ้างถึงใน
 ครุณี คชพรหม, 2543) ได้กล่าวถึงการให้ครอบครัวและผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทใน
 ชุมชนหรือที่บ้านดังนี้

5.5.1 การดูแลกิจวัตรประจำวันต่างๆ ในการดูแลมีหลักที่สำคัญคือ ผู้ดูแลต้อง
 พยายามกระตุ้นให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด และผู้ดูแลจะช่วยเหลือเฉพาะกิจกรรมที่ผู้ป่วย
 ทำเองไม่ได้หรือทำได้แต่ไม่สมบูรณ์ เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภท การคิด การตัดสินใจของผู้ป่วยอาจ
 กระทำด้วยตนเองไม่ได้ พร้อมทั้งสนับสนุนให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความเชื่อมั่นในตนเอง และ
 กิจวัตรประจำวันที่ผู้ดูแลจำเป็นต้องให้การดูแลผู้ป่วยมีดังนี้

- 1) การรักษาความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความ
 บกพร่องในการดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นและจัดหาอุปกรณ์ที่ใช้ในการ
 อาบน้ำ แปรงฟัน การสระผม การรักษาความสะอาดของเล็บ
- 2) การให้ผู้ป่วยได้มีส่วนช่วยทำงานเล็กๆ น้อยๆ ภายในบ้าน เพื่อเป็นการฟื้นฟู
 สมรรถภาพด้านการทำงาน แม้จะไม่ใช่งานอาชีพที่มีรายได้ตอบแทนที่เลี้ยงตนเองได้แต่จะทำให้
 ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองที่มีอยู่ อีกทั้งเป็นการเบี่ยงเบนความคิดที่ฟุ้งซ่านให้มาอยู่ที่งานหรือ
 กิจกรรมที่มอบให้ทำ หรือในรายที่ผู้ป่วยซึมเศร้าแยกตัวเอง ถ้าได้ทำงานจะทำให้ผู้ป่วยหันเหความ
 สนใจไปอยู่ที่การทำงานได้
- 3) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยา การที่ผู้ป่วยรับประทานยามาสม่ำเสมอจะสามารถ
 ควบคุมอาการของโรคจิตได้ การรับประทานยาที่ต่อเนื่องเป็นระยะเวลาอันอาจทำให้ผู้ป่วยเบื่อ
 หน่าย คือ ขัดขืน ไม่ร่วมมือในการรับประทานยา ผู้ดูแลจำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด โดยคอย
 กระตุ้นเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยา ในผู้ป่วยบางรายผู้ดูแลต้องเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วยรับประทาน
 และติดต่อกับ โรงพยาบาลเพื่อขอรับยาอย่างต่อเนื่องตามแผนการรักษา
- 4) การดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ผู้ดูแลต้องคอยดูแลให้ผู้ป่วยรับประทาน
 อาหารให้ตรงเวลาและให้ได้รับสารอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ทั้งนี้การรับประทานอาหารที่ตรงเวลาจะ
 ทำให้ผู้ป่วยได้รับประทานยาหลังอาหารได้ครบตามแผนการรักษา การรับประทานอาหารที่ไม่มี
 คุณค่านอกจากจะไม่เป็นผลดีต่อผู้ป่วยแล้วอาจทำให้ผู้ดูแลต้องมีการะทางด้านการเงินเพิ่ม ควรให้
 ผู้ป่วยได้รับประทานอาหารที่ข้อย่าง รับประทานผักและผลไม้เพื่อจะช่วยให้ระบบขับถ่ายสะดวก
- 5) การดูแลผู้ป่วยในด้านการแต่งกาย ผู้ป่วยโรคจิตเภทจะมีความบกพร่องในด้าน
 การแต่งกาย ขาดความสนใจในสิ่งแวดล้อม การตัดสินใจไม่ดี ผู้ป่วยหญิงบางรายอาจแต่งหน้าเข้ม

ใส่เสื้อผ้าสีฉูดฉาด ไม่สนใจเปลี่ยนเสื้อผ้า พฤติกรรมต่างๆ เหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องคอยแนะนำผู้ป่วย ปฏิบัติตนให้เหมาะสมฤดูกาลเทศะ

6) การพักผ่อนนอนหลับ ผู้ดูแลต้องจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วย ไม่มีสิ่งกระตุ้นที่รบกวนการนอน เช่น แสง เสียง หรือในรายที่นอนไม่หลับติดต่อกันเป็นเวลาหลายวัน ผู้ดูแลต้อง คอยสังเกต หาสาเหตุหรือพาผู้ป่วยไปรับการรักษา

7) การออกกำลังกาย ผู้ดูแลต้องคอยกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายสม่ำเสมอ โดยอาจเป็นการให้ช่วยทำงานบ้าน จัดสวน จะทำให้หัวใจสูบฉีดโลหิตไปเลี้ยงร่างกายได้ดีขึ้น

8) การฝึกทักษะทางสังคม เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ได้รับการรักษาอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานจะมีความบกพร่องในการออกสู่สังคมภายนอก ไม่ว่าจะเป็นทักษะการรับประทานอาหาร การสื่อสาร การขอความช่วยเหลือ การเดินทาง การปฏิบัติตนให้ถูกกาลเทศะ ซึ่งทักษะเหล่านี้ผู้ดูแลจะต้องเป็นผู้สอนให้ผู้ป่วยได้ทดลองปฏิบัติเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเองมากขึ้น

9) การปรับตัวในการเผชิญปัญหา ผู้ดูแลต้องคอยชี้แนะและสอนให้ผู้ป่วยเรียนรู้แนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น รวมทั้งการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่แวดล้อมผู้ป่วย

10) การปฏิบัติตัวทางศาสนา เพื่อให้เกิดความสงบสุขทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้ทำบุญตักบาตร รวมทั้งการไปทำบุญที่วัดในวันสำคัญทางศาสนา การสวดมนต์ไหว้พระ

11) การทำให้เกิดความมั่นใจ ผู้ดูแลต้องสนับสนุนให้กำลังใจผู้ป่วย โดยเฉพาะเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่ถูกต้องเหมาะสม ควรให้คำชมเชยเพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในตนเอง

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

1) การป้องกันภาวะซึมเศร้า เนื่องจากผู้ป่วยโรคจิตเภทมีความเปราะบางทางด้านจิตใจ ผู้ดูแลต้องยอมรับพฤติกรรมที่ผู้ป่วยแสดงออก ไม่ตำหนิหรือแสดงท่าทีไม่พอใจ ควรปลอบโยนให้กำลังใจผู้ป่วย ให้คำชมเชยเมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรมนั้นๆ สำเร็จแม้จะเป็นเพียงกิจกรรมเล็กน้อย เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

2) การป้องกันอารมณ์ที่ผิดปกติและเปลี่ยนแปลงง่ายโดยการลด หรือจัดสิ่งกระตุ้นที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงง่าย หาสิ่งยึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจให้ผู้ป่วย

3) การป้องกันความเครียด ผู้ดูแลต้องคอยสังเกตอาการผิดปกติทางด้านจิตใจที่ก่อให้เกิดความเครียดเพื่อจะได้หลีกเลี่ยงปัญหาที่ทำให้ผู้ป่วยเครียด

5.5.3 การประสานงานกับองค์กรของรัฐเพื่อขอความช่วยเหลือ เช่น การขอรับ ค่าปรึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน หรือขอข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแหล่งประโยชน์ที่จำเป็น เพื่อขอความช่วยเหลือต่อไป

5.5.4 การให้ความช่วยเหลือทางการเงินแก่ผู้ป่วย สำหรับการดูแลรักษาและอำนวยความสะดวกในการดูแลผู้ป่วยรวมทั้งเป็นผู้ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยในคำรักษาพยาบาล ตลอดทั้งต้องเสียค่าใช้จ่ายในการปรับสภาพแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสม

5.6 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

พยาบาลจิตเวชเมื่อมาปฏิบัติงานในชุมชนเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ย่อมจะมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม จะมีกิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวชเป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม แต่การปฏิบัติงานในชุมชน การให้บริการพยาบาลให้กับคนหลายลักษณะทั้งที่เป็นผู้ป่วย เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสาน ร่วมงานบริการกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะกับทีมจิตเวชเท่านั้น เพราะเหตุนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวช จึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวชทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ(อุบล นิวัติชัย, 2527)

5.6.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

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

2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator) นอกจากจิตแพทย์พยาบาลจิตเวชนับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรมเรื่องการรักษาให้ยา แก่ผู้ป่วยมากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้การพยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ใช้เวลามากกว่าพยาบาลอื่นๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลควรตัดสินใจทำด้วยตนเองอย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต(Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวช อาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคคลอื่นที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Education) พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัวและประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่างๆ

4) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker) การให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต ในการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาทางจิตเวชในชุมชน

5) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator) การวางแผน กำหนดนโยบาย วิเคราะห์ ประเมินปัญหา การจัดลำดับความสำคัญ และการกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์ และการดำรงไว้ซึ่งการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6) บทบาทผู้นิเทศและผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant) การสนับสนุนและประคับประคอง สอนบุคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติตามทิศทางสู่เป้าหมายเดียวกัน ทั้งรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติเมื่อมีปัญหาสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวชยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่วไป

7) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse) มีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่จะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

6. แนวคิดในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

6.1 ความหมายของการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

การให้ความรู้และประคับประคองแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึงกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอันมีผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ทัศนคติ และการปฏิบัติก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีเป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพจากการได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546 อ้างใน นารฤดี วัชรศิษย์, 2550)

6.2 แนวคิดการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1991) กล่าวว่า ระบบพยาบาล (nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย ระบบพยาบาลจะเกิดขึ้นเมื่อพยาบาลมี

ปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยหรือผู้รับบริการ และลงมือกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการ การดูแลตนเอง รวมทั้งปรับการใช้และพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล แบ่งตามความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และจักกระทำ (control of movement and manipulation) ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระบบได้แก่

- 1) การพยาบาลทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system)
- 2) การพยาบาลระบบทดแทนบางส่วน (Partly compensatory nursing system)
- 3) การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system)

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ที่มีความสามารถ ที่จะปฏิบัติและเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และการกระทำการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบ ตามแนวคิดของ Orem (1991) ดังนี้

1. การชี้แนะ เป็นวิธีการที่พยาบาลชี้แนะให้ผู้ป่วยเลือก เมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจโดยที่พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วย เป็นเพียงแต่ให้ในรูปแบบต้องการแนะนำ การบอกแนวทาง การให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น
2. การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง การให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้มักอยู่ในภาวะเครียดหรือความทุกข์ทรมานจากโรค สามารถควบคุมหรือจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสม โดยพยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเหมาะสม
3. การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการส่งเสริมให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ และได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ในการวางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง การปรับเปลี่ยนเจตคติ คุณค่า การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยน อุดมโนทัศน์และพัฒนาทางด้านร่างกาย โดยพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อจะได้รับคำแนะนำและสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การจัดทำเอกสารหรือหนังสือ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทอ่านที่บ้าน

4. การสอน วิธีที่เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้หรือทักษะบางประการและเป็นวิธีสำคัญมากวิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการรู้จักควบคุมตนเอง เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ ตัดสินใจทำกิจกรรมต่างๆในการดูแลตนเอง

6.3 จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยที่บ้าน

จุดมุ่งหมายในการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน (อภิวันท์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) คือการให้ความรู้ทางสุขภาพที่ดี ต้องการให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติ และมีรูปแบบการดำเนินชีวิตอย่างมีสุขภาพอนามัยที่ดี สามารถใช้วิจารณญาณและความรอบรู้ในการเลือกใช้บริการต่างๆ ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเองและสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการตัดสินใจร่วมเพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพแลสิ่งแวดล้อมของตนเอง และจุดมุ่งหมายของการพยาบาลที่สำคัญ 3 ประการ คือ

6.3.1 ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Knowledge) หมายถึง การสอน การแนะนำให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพแก่ประชาชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเองและชุมชน

6.3.2 เจตคติด้านสุขภาพ (Health Attitude) หมายถึงการสอน อธิบาย การให้เหตุผล ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้ประชาชนมีเจตคติและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม

6.3.3 การปฏิบัติด้านสุขภาพ (Health practice) หมายถึง การนำเสนอแนวทางวิธีการ และการกระทำเพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

7. การติดตามทางโทรศัพท์

โทรศัพท์จัดเป็นสื่อที่มีประโยชน์ ทำให้เข้าถึงบริการง่าย ประหยัดเวลาแลค่าใช้จ่าย มีประสิทธิภาพและคุ้มค่า ผู้ศึกษาจึงนำมาใช้ในการติดตามพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักเพื่อประเมินปัญหาความต้องการหลังจากได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านในสัปดาห์ที่ 4 เพื่อให้คำปรึกษา สอน ชี้แนะ เพิ่มเติม เกี่ยวพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด การดูแลสุขภาพจิต การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งให้การสนับสนุนและให้ความรู้เพิ่มเติมตามสภาพปัญหา ให้กำลังใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลยังกลัว วิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ชมเชยเมื่อผู้ป่วยปฏิบัติถูกต้อง และสนับสนุนให้ปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง (รัชนี ศรีธีร์บุญ, 2544) และจากการศึกษาของ Hunter(2000)ที่

ศึกษาการใช้โทรศัพท์ในการประคับประคองจิตใจในผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตเรื้อรัง มีวัตถุประสงค์เพื่อติดตาม ช่วยเหลือในการแก้ปัญหา กระตุ้น ชักซ้อม ชี้แนะในการดูแลตนเอง ให้แรงเสริมเมื่อแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสม และการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองไม่ได้ได้รับการรักษาซ้ำเลยใน 60 วัน ตลอดระยะเวลาที่ทดลอง

8. โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ในโครงการศึกษาอิสระนี้ผู้ศึกษาค้นคว้าปรับปรุง โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านจากการศึกษาของ นารถฤดี วัชรศิษย์ (2550) ซึ่งได้ปรับปรุงโปรแกรมการให้ความรู้และประคับประคองที่บ้านจากการศึกษาของ พัทธนา ชันลา (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์แนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ผสมผสานกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ(2541) มาประยุกต์ใช้ โดยในโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ มุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องและเหมาะสมใน 4 ด้าน ที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การสอน การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ ด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งประกอบด้วย 6 กิจกรรมคือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก 3) การให้ความรู้ในโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ศึกษาได้ปรับเพิ่มกิจกรรมที่ 6 คือ การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ผู้ศึกษาคาดว่า กิจกรรมทั้งหมดนี้จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนอำเภอบางพลีมีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสม ทั้ง 4 ด้านดังที่กล่าวมา และผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้ เข้าใจวิธีการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ป่วยให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชน ได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก ในลักษณะของการสร้างสัมพันธภาพที่ดีให้เกิดขึ้น แสดงความจริงใจ ห่วงใยเอาใจใส่อย่างสม่ำเสมอ ยินดีที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เกิดความไว้วางใจ และเกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างผู้ศึกษากับผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก และ มีความพร้อมและมีความต้องการการเรียนรู้มากขึ้น

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก โดยผสมผสานกระบวนการให้

คำปรึกษาไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อช่วยหาทางออกในปัญหาต่างๆ ที่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักประสบอยู่ เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ และการเปิดเผยข้อมูล ความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน ปฏิบัติการแก้ปัญหาอย่างมีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กัน โดยการปฏิบัติขั้นแรก จะส่งผลไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติขั้นตอนต่อไป มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถค้นหาปัญหาและวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต จากปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลหลักที่พบในชุมชนอำเภอบางพลี ที่ยังขาดความรู้เรื่องโรคและการรักษาด้วยยาทางจิต ที่ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสมและส่งผลให้เกิดการป่วยซ้ำ ผู้ศึกษาจึงมุ่งที่จะให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ ความหมายสาเหตุ อาการ การดำเนินโรค และการรักษา และรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทตามความเป็นจริง เกิดความกระตือรือร้นว่าจะปฏิบัติอย่างไรให้อาการดีขึ้นและมีแนวทางในการดำเนินชีวิตอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้อย่างที่ถูกต้องและเหมาะสมตามศักยภาพ

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคมสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้องเหมาะสมทั้งทางวัตถุและทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียด และการจัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทสะดวก สะอาด จะช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย และเรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการป่วยซ้ำ วิธีการป้องกันไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ เช่น การช่วยให้อาการทางจิตอย่างต่อเนื่อง และทราบปัจจัยอื่นๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้อาการทางจิตกำเริบ เช่น การช่วยให้อาการทางจิตสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความเครียด และความขัดแย้งในครอบครัว และผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักสามารถสังเกตอาการเตือน รู้วิธีการป้องกันการกำเริบของโรค และการช่วยเหลือในภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช รวมถึงการมีทักษะการจัดการและการเผชิญปัญหาที่จำเป็นได้

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อประเมินปัญหาความต้องการของผู้ป่วยและผู้ดูแลหลัก หลังได้รับโปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน ติดตามเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหา กระตุ้น ชักจูง ชี้แนะในพฤติกรรมให้แรงเสริมเมื่อผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมดูแลตนเองที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่อง กล่าวชมเชยเมื่อผู้ดูแลหลักสามารถดูแลผู้ป่วยได้

9.งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

นารฤดี วัชรศิษย์ (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอท่าช้าง จังหวัดสิงห์บุรี พบว่าคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับโปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมและรายด้าน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและด้านป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

สุวิมล สมัตตะ (2541) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญาและได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังจากที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สมจิตต์ ลูประสงค์ และคณะ (2541) ได้ทำการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน พื้นที่ในการศึกษาคือ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 ตำบล 9 หมู่บ้าน ซึ่งแต่ละหมู่บ้านมีผู้ป่วยโรคจิตอย่างน้อย 1 คน อยู่ภายในความรับผิดชอบของสถานีอนามัย 2 แห่ง คือ สถานีอนามัยตำบลบึงหวาย และสถานีตำบลท่าช้าง และโรงพยาบาลวารินชำราบ กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยโรคจิต 11 รายญาติผู้ป่วย 11 ราย ผู้นำชุมชน 9 ราย พบว่า ด้านการรับประทานยาส่วนใหญ่ผู้ป่วยรับประทานยาเองร้อยละ 81.8 ด้านความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ผู้ป่วยทำได้เองร้อยละ 100.0 ด้านความสามารถในการร่วมกิจกรรมของครอบครัวทำได้ด้วยตนเองร้อยละ 90.9 ด้านความสามารถในการประกอบอาชีพทำได้ด้วยตนเองร้อยละ 63.6 และพบว่าไม่มีผู้ป่วยคนใดกลับมารักษาซ้ำภายใน 1 ปี หลังจากที่ใช้คู่มือ

รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเภทเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์ พบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ มากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนคะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามผลภายหลังการทดลองสองสัปดาห์ น้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

งานวิจัยในต่างประเทศ

Baker (1995) ได้ศึกษา การพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และมารับการรักษาแบบผู้ป่วยนอก ที่โรงพยาบาลจิตเวชในเมืองมอนตัน (Moncton) เมืองนิวบรันสวิก (New Brunswick) และแคนาดา (Canada) จำนวน 15 คนซึ่งเป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าปัญหาที่สำคัญของผู้ป่วยจิตเภทคือ ความทุกข์ทรมานทางอารมณ์ที่แบ่งตามความรุนแรง นำไปสู่พัฒนาการของกระบวนการเกี่ยวข้องกับความก้าวหน้าของความสามารถในการป้องกันการป่วยซ้ำ 3 ระยะ คือ 1) ปฏิกริยาตอบสนองต่อความทุกข์ทรมานเมื่อเริ่มมีความผิดปกติมารบกวนการดำเนินชีวิต ต่อมาผู้ป่วยค้นพบว่าการรักษาทางจิตเวชสามารถช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการป่วยได้ ผลจากปฏิกริยาดังกล่าวเป็นกระบวนการประกอบไปด้วยการค้นหาสิ่งที่ช่วยบรรเทาความเดือดร้อน การค้นพบความช่วยเหลือและการค้นพบความแตกต่างของความรุนแรง 2) การรับรู้ถึงความทุกข์ทรมานด้านจิตใจ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถอธิบายถึงอาการและอาการแสดงออกที่มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวกับการป่วยซ้ำ นับเป็นการให้ความสนใจต่อพฤติกรรมเฉพาะและความรู้สึกเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงที่เริ่มมีอาการรุนแรงขึ้น กระบวนการดังกล่าวประกอบด้วย มีบางสิ่งบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้น ผู้ป่วยมองเห็นอาการที่แสดงถึงความรุนแรงมากขึ้นสามารถระบุสิ่งมากระตุ้นให้อาการได้และค้นพบอาการเตือนก่อนป่วยซ้ำ 3) การลดความทุกข์ทรมานจากการป่วยทางจิต การป่วยซ้ำเป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลค้นหาหนทางที่จะหลีกเลี่ยงการสูญเสียการควบคุมและเฝ้าระวังอาการเตือนที่เกิดขึ้น

Langle และคณะ (2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชหลายโรค โดยการดูแลรักษาอยู่บนพื้นฐานของความต้องการของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งได้พัฒนารูปแบบนี้มานานกว่า 4 ปี เป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลทางด้านจิตเวชในขณะที่อยู่ที่บ้าน โดยการประเมินความต้องการและให้การบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ผลลัพธ์ของการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลเป็นที่น่าพอใจในด้านการลดค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการอยู่รักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมากกว่า 3 ปี ลดลงเหลือ 206 และค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาลดลงจาก 70,000 เหรียญสหรัฐต่อปี เหลือเพียง 8,000 เหรียญสหรัฐต่อปี จากผลการศึกษาเพียง 1 ราย เป็นสิ่งที่เกิดความหวังในการผลักดันให้มีการพัฒนาการประเมินการวางแผนการรักษาพยาบาลบุคคลอย่าง

เข้มงวดในผู้ป่วยจิตเภท

จากแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ที่ได้นำเสนอตามลำดับ จะเห็นได้ว่าการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเป็นการให้บริการพยาบาลที่มีความสำคัญ และเกิดการดูแลที่ต่อเนื่องและคงซึ่งพฤติกรรมและการดูแลตนเองที่เหมาะสม และการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองในการค้นหาอาการนำก่อนการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท โดยการประเมินความต้องการและให้การบำบัดช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการใช้โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่มีผลต่อพฤติกรรมและการดูแลตนเอง ในด้านการใช้ยาทางจิตและสารเสพติด ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และเพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชให้สูงขึ้นด้วย

กรอบแนวคิดการศึกษา

โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 1 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,3 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษา ค้นหาปัญหา ร่วมกันวางแผนแก้ปัญหา

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่อง โรคจิตเภท ความหมาย สาเหตุ อาการ

การดำเนินโรค การรักษา และการใช้ยาทางจิตที่ถูกต้อง

สัปดาห์ที่ 2 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,4 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษา ติดตามปัญหาจากการเยี่ยมครั้งที่ 1

ปัญหาเพิ่มเติม วางแผนแก้ไข

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริม

สุขภาพจิต และ ฝึกฝนทักษะและการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

สัปดาห์ที่ 3 การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,5 ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวชกระตุ้นให้
ผู้ป่วยและผู้ดูแลได้สนทนาแลกเปลี่ยนความคิด

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลหลักติดตามปัญหา

จากการเยี่ยมครั้งที่ 2 ปัญหาเพิ่มเติม ประเมินผลสรุปปัญหา

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรม
ที่นำไปสู่การป่วยซ้ำ

สัปดาห์ที่ 4 การติดตามทางโทรศัพท์

กิจกรรมที่ 6 การติดตามทางโทรศัพท์ เพื่อประเมินปัญหาและความ

ต้องการหลังได้รับ โปรแกรมสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้าน

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง

ของ

ผู้ป่วยจิตเภท

- การใช้ยาทางจิตและ
สารเสพติด
- การดูแลสุขภาพจิต
- การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ