

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน ผู้ศึกษาได้ศึกษา ค้นคว้าจากตำรา เอกสาร วารสาร บทความ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปสาระสำคัญที่เป็นประโยชน์ ต่อการวิจัย นำเสนอเป็นลำดับ ดังนี้

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท
 - 1.1 ความหมาย
 - 1.2 สาเหตุ
 - 1.3 อาการวิทยาและอาการทางคลินิก
 - 1.4 การดำเนินของโรค
 - 1.5 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท
 - 1.6 การรักษาโรคจิตเภท
2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.1 ความหมาย
 - 2.2 แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem
 - 2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
 - 2.5 การประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและในชุมชน
 - 3.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช
 - 3.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน
 - 3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน
4. แนวคิดในการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท
 - 4.1 ความหมายของการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.2 แนวคิดการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้าน
 - 4.3 จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

5. โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคจิตเภท

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

1.1 ความหมาย

ตามความหมายของ ICD-10 (The International Classification of Diseases-10) ขององค์การอนามัยโลก กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์แบบไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ที่อับ (Blunted) สติสัมปชัญญะและเขาวิญญูญมักคืออยู่ แม้ว่าจะมีการสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (เกษม ดันดิผลาชีวะ, 2536)

สมภพ เรืองตระกูล (2542) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และพฤติกรรม เป็นเวลาอย่างน้อย 6 เดือน โดยผู้ป่วยไม่มีโรคทางกาย โรคของสมอง หรือพิษจากยา ที่เป็นสาเหตุของอาการดังกล่าว

Fox & Kan (1996) กล่าวว่า โรคจิตเภทเป็นโรคที่ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิต และประชากรโดยทั่วไปร้อยละ 1 ที่ป่วยเป็นโรคจิตเภท ส่วนมากเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ตอนต้น พบได้ทั้งผู้ชายและผู้หญิง มีการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีฐานะยากจนมีโอกาสเสี่ยงต่อการป่วยด้วยโรคนี้มากกว่าผู้ที่มีฐานะดี 8 เท่า และมากกว่าร้อยละ 40 เป็นผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาล

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่า ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิต ในด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม อารมณ์ และความรู้สึก อย่างรุนแรง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการปรับตัวเกี่ยวกับการดำเนินชีวิตประจำวันจนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆในสังคม รวมทั้งมีความบกพร่องเกี่ยวกับพฤติกรรมดูแลตนเองในเรื่องต่างๆไป

1.2 สาเหตุ

Kaplan & Sadock (1995) กล่าวว่า สาเหตุของการเกิดโรคจิตเภท ยังไม่สามารถหาข้อสรุปที่แน่นอนได้ และปัจจัยที่ได้รับการยอมรับอย่างมาก ได้แก่

1.2.1. ปัจจัยทางชีววิทยา แบ่งเป็น

1) ด้านกรรมพันธุ์และองค์ประกอบของร่างกาย มีการศึกษา ค้นพบว่า ความผิดปกติใน Gene มีส่วนเกี่ยวข้องกับโรคทางจิต มีการศึกษาอัตราการเกิดโรคในผู้ป่วยจิตเภทพบว่า ผู้ที่มีความเกี่ยวข้องพันทางสายเลือด จะมีโอกาสป่วยเป็นโรคทางจิตมากขึ้น

2) ชีววิทยาของร่างกาย สรีระวิทยาของสมองและชีวเคมีของสมอง พบว่าการเปลี่ยนแปลงในการเจริญเติบโต และระดับฮอร์โมนของร่างกาย มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงของอารมณ์ และจิตใจ

3) โรคของสมอง เช่น เนื้องอกของสมอง การอักเสบของสมอง โรคลมชัก รวมทั้งการได้รับเชื้อโรคที่เป็นอันตรายต่อสมอง เชื้อหุ้มสมองอักเสบ การที่สมองได้รับพิษของสารเสพติด เช่น เหล้า กัญชา ยาม้า กระท่อม กาว ผงขาว ฯลฯ และการที่สมองได้รับอันตรายอย่างรุนแรง เช่น ถูกตีที่ศีรษะ รถคว่ำ พยาธิสภาพของโรคดังกล่าว ทำให้เซลล์ของสมองถูกทำลาย และเกิดความเสื่อมของเซลล์สมอง อันเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดความผิดปกติของจิตได้

4) สารจากต่อมไร้ท่อ เช่น โรคไทรอยด์เป็นพิษ (Hyperthyroidism) จะทำให้ผู้ป่วยมีอาการหงุดหงิด กระวนกระวาย มีความเครียด มีอารมณ์เศร้าและเฉื่อยชา ความจำเสื่อม และโรคขาดฮอร์โมนจากต่อมไทรอยด์ (Hypothyroidism) ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เฉื่อยชา ความจำเสื่อม อารมณ์เฉยเมย ไม่อยากพูด และประสาทหลอน

1.2.2. กระบวนการทางจิตใจและอารมณ์ (Psychodynamic) ของแต่ละบุคคลมีผลต่อพฤติกรรม และแรงจูงใจของคน ซึ่งเป็นสาเหตุอย่างหนึ่งที่เชื่อว่า ทำให้คนเกิดปัญหาทางจิตใจ

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

1.2.4. การเรียนรู้ตามหลักพฤติกรรมศาสตร์ เนื่องจากผู้ป่วย ได้มีประสบการณ์การเรียนรู้บางอย่าง ที่ทำให้เกิดผลเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ การได้รับสิ่งเร้า แรงเสริม หรือการลอกเลียนพฤติกรรมที่ทำให้มีบุคลิกลักษณะที่ไม่เหมาะสม

1.3 อาการวิทยาและอาการทางคลินิก

โรคจิตเภทเป็นความผิดปกติที่ยังไม่ทราบสาเหตุแน่ชัด ผู้ป่วยส่วนใหญ่เริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่น เมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น อาการในช่วงกำเริบจะเป็นกลุ่มอาการด้านบวกเช่น ประสาทหลอน หลงผิด และในระยะหลังส่วนใหญ่มีกลุ่มอาการด้านลบ ซึ่งไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษาด้วยยา เช่น พูดน้อย เฉื่อยชา แยกตนเอง ระบาดวิทยาอุบัติการณ์ 0.1-0.5 ต่อ 1000 ความชุก 2.5-5.3 ต่อ 1000 ความชุกโดยคำนวณตลอดชีวิต (Lifetime prevalence) 7.0-9.0 ต่อ 1000 หญิงและชายพบได้พอกัน ชายเริ่มเป็นอายุน้อยกว่าหญิง พบในช่วงอายุ 15-54 ปี

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

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

1.4 การดำเนินของโรค

ผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ส่วนใหญ่มักเริ่มมีอาการตอนวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น การดำเนินโรค จะเกิดขึ้นช้าๆแรกๆ อาการอาจจะน้อยและไม่ชัดเจน ทำให้ผู้ดูแล ไม่ได้สังเกตหรือเห็นความสำคัญและเมื่ออาการเกิดชัดเจนขึ้นผู้ดูแลจึงนำมาพบแพทย์ ปัจจุบันมีการรักษาหลายวิธีการดำเนินโรคจึงเปลี่ยนไป ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีการดำเนินโรคที่จะเปลี่ยนแปลงเป็น 5 แบบ คือ (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2536) หายขาดโดยไม่กลับเป็นซ้ำอีก หายโดยกลับเป็นอีกหายโดยไม่สมบูรณ์ คือ พอจะเข้าสังคมได้ แต่มีความบกพร่องในบุคลิกภาพจะต้องได้รับการช่วยเหลือเรื้อรัง แต่ไม่มีอาการรุนแรง ระยะเวลาป่วย 2 ปี เป็นตัวบ่งบอกความเรื้อรังของ ผู้ป่วยโรคจิต มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ

1.4.1 การดำเนินโรคของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท โดยทั่วไปแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ

1) ระยะเริ่มมีอาการหรืออาการนำ (prodromal phase) ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีอาการมาหลายปีก่อนที่จะปรากฏอาการทางจิตชัดเจน จึงทำให้ญาติไม่ทันสังเกตเห็นความเปลี่ยนแปลงจากอาการผิดปกติ มักให้ประวัติว่าเริ่มมีอาการ เช่น มีอาการแยกตัวเองออกจากเพื่อน เก็บตัว สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นลดลง ห่างเหินจากสังคม เชื่องช้า มีปัญหาในเรื่องการเรียน และขาดความสนใจในหน้าที่ของตน เป็นต้น โดยทั่วไปผู้ที่เป็นโรคจิตเภท จะมีการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพและการทำหน้าที่ตามปกติลงเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมาไป จะเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลันเป็นระยะ ๆ (Kaplan & Sadock, 1995) จากการศึกษาพบว่า ก่อนที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทจะเกิดอาการกำเริบ มักจะมีอาการนำมาก่อนเป็นอาการที่ไม่ใช่อาการทางจิต เช่น นอนไม่หลับ เบื่ออาหาร ซึมเศร้า ความจำไม่ดี และอยู่ไม่สุข เป็นต้น (Herz, Glazer, Mirza, Mostert, & Hafex, 1989) ซึ่งอาการนำเหล่านี้ใช้ระยะเวลามากกว่า 1 เดือน

2) ระยะอาการกำเริบ (active phase) เมื่อเกิดอาการกำเริบจะเกิดอาการทางจิต เช่น หลงผิด ประสาทหลอน และมีพฤติกรรมแปลก ๆ เป็นต้น ส่วนใหญ่ อาการกำเริบรุนแรงเป็นพัก ๆ จะปรากฏขึ้นเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท มีอาการเจ็บป่วยเป็นระยะเวลายาวนานมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ตามมารวมกับมีอาการหวาดระแวง และปฏิเสธการรักษา หรือเมื่อผู้ที่เป็นโรคจิตเภท และครอบครัว รอคู่อารณานานเกินไปก่อนที่จะมารับการรักษา หรือเมื่อมีอาการเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วโดยมีสาเหตุ ส่งเสริมมาจากการช็อกยาเกินเอง หรือมีการใช้แอลกอฮอล์ (Herz et al, 1989)

3) ระยะอาการหลงเหลือ (residual phase) เป็นระยะที่อาการทางจิตสงบ แต่ยังมีอาการทางจิตหลงเหลืออยู่ ยิ่งป่วยนานกลุ่มอาการด้านบวก (positive symptoms) หรืออาการทางจิต จะลดความรุนแรงลงในขณะที่กลุ่มอาการด้านลบจะมีมากขึ้น (negative symptoms) เช่น อารมณ์เฉยเมย ขาดแรงจูงใจ นอนมากเกินไป อ่อนเพลีย และแยกตัวเอง ทำให้มีอาการกำเริบเป็น

ช่วง ๆ ได้ การดูแลรักษาในระยะนี้ เน้นการดูแลตนเอง ป้องกันอาการกำเริบ ฟื้นฟูสภาพและป้องกันการกลับเป็นซ้ำของโรคในผู้ที่ เป็นโรคจิตเภทที่เป็นครั้งแรก แล้วอาการทางจิตสงบจะได้รับการรักษาด้วยยาต่อไปอีก 1 ปี แต่ขนาดของยาจะลดลงหากมีอาการกำเริบเป็นครั้งที่ 2 จะได้รับยาต่อเนื่องไประยะยาวอย่างน้อย 5 ปี (มาโนช หล่อตระกูล, 2543) ในระยะนี้ กลุ่มอาการด้านลบทำให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท มีความลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวัน เกิดความเครียดได้ง่ายและความเครียดนี้เองจะกระตุ้นให้อาการกำเริบเฉียบพลันได้นอกจากนี้อาจเกิดอาการซึมเศร้าตามมา อาการนี้ถือว่าเป็นลักษณะสำคัญของผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท และมีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบ การฆ่าตัวตาย

1.5 ปัญหาของผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตเภท

โรคจิตเภทเป็นโรคที่พบได้มากที่สุด มีลักษณะเป็นโรคเรื้อรัง มีความผิดปกติของความคิดและการรับรู้เป็นลักษณะเด่นมีการรักษาที่ยาวนานส่งผลให้ผู้ที่ เป็นโรคจิตเภท คือ การเปลี่ยนแปลงหลายอย่างในวิถีชีวิต ความผิดปกติจากการเจ็บป่วยทำให้มีปัญหาในการดำเนินชีวิตและการทำงานไม่สามารถทำงานหรือช่วยตนเองได้ ผู้ที่เป็น โรคจิตเภทมักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ขาดความสัมพันธ์กับญาติพี่น้องมีพฤติกรรมแปลกๆ รวมทั้งมีอาการประสาทหลอนและอาการหลงผิด (สมภพ เรืองตระกูล, 2545) มีปัญหาเรื่องสุขอนามัยส่วนบุคคล การแต่งกายสกปรกสวมใส่เสื้อผ้าไม่สะอาด ไม่รักษาความสะอาดของเสื้อผ้า และ ไม่เปลี่ยนเสื้อผ้าในเวลาอันควร (สถิตย์ วงศ์สุระ-ประภิต, 2542) ด้อยความสามารถในการดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน ไม่สนใจรับประทานหรือรับประทานได้ไม่เพียงพอ ซึ่งปัญหาของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทแต่ละระยะของการดำเนินของโรคมิตดังนี้

ระยะเริ่มมีอาการ จะมีปัญหาด้านหน้าที่ความรับผิดชอบ ด้านสัมพันธภาพ ด้านสุขอนามัยหรือการแต่งกาย ด้านพฤติกรรมจะมีพฤติกรรมเปลี่ยนไป

ระยะอาการกำเริบ ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทส่วนใหญ่จะมีปัญหาเรื่องการรับรู้ผิดจากความ เป็นจริง หูแว่ว ประสาทหลอน แสดงพฤติกรรมโต้ตอบ เช่น เสี่ยงสั่งให้ทำร้ายตนเองหรือผู้อื่น หรืออาจแสดงพฤติกรรมก้าวร้าว รุนแรง มีการทำร้ายบุคคลในครอบครัว มีพฤติกรรมทางเพศซึ่งเป็นภัยต่อสังคม มักไม่นอนในเวลากลางคืน ทำลายข้าวของ (วรกช นิธิกุล, 2535)

ระยะอาการหลงเหลือ เป็นระยะที่ปัญหาทางด้านความรุนแรงจากอาการทางจิตลดลง แต่อาจมีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ ปัญหาที่พบของผู้ที่เป็น โรคจิตเภทในระยะนี้ที่รุนแรงและส่งผลกระทบมากคือ การกลับเป็นซ้ำ ซึ่งพบว่าในกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้รับประทานยา มีอัตราป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 60-70 (Sadock & Sadock, 2000)

1.6 การรักษาโรคจิตเภท

การรักษาแต่ละแบบตามระยะอาการดังกล่าวมีเป้าหมายที่แตกต่างกัน การรักษาทั้ง 3 แบบ (มาโนซ หล่อตระกุล และ ปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2543) ประกอบด้วย

1.6.1 การรักษาพยาบาลระยะอาการกำเริบ เป็นการรักษาในระยะที่ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทมีอาการทางจิตรุนแรงหรือมีปัญหาต้องดูแลใกล้ชิด เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้คือการควบคุมอาการให้สงบลงโดยเร็ว ซึ่งเน้นจะรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อดูแลใกล้ชิด ควบคุมเรื่องยา และอาการข้างเคียงของยาหรือเพื่อวินิจฉัยโรค ช่วยลดความตึงเครียดที่มีในผู้ป่วย และครอบครัวลง และเพื่อสร้างสัมพันธที่ดี ระหว่างทีมรักษากับผู้ป่วยและครอบครัวเพื่อให้เกิดการดูแลต่อเนื่องต่อไป ซึ่งการรักษาในระยะนี้ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากบุคคลด้านจิตเวช การรักษาในระยะนี้ ได้แก่

1) การรักษาด้วยยา ยาที่เป็นหลักในการรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภท คือยา รักษาโรคจิต ยาจะช่วยควบคุมอาการทางจิตให้อยู่ในระดับที่สามารถปรับตัวได้ และช่วยให้เกิดความพร้อมต่อการบำบัดทางจิตและสังคมต่อไป ยารักษาโรคจิตจะออกฤทธิ์ยับยั้ง ตัวจับโดปามีนในสมอง ทำให้อาการแสดงของโรคลดลง โดยเฉพาะอาการด้านบวก จะเห็นผลชัดเจนในประมาณ 2-3 สัปดาห์ระหว่างรับการรักษาด้วยยาผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น ปากคอแห้ง น้ำลายไหลยืด กล้ามเนื้อแข็งเกร็ง คอบิดไปด้านใดด้านหนึ่ง อาการเหล่านี้สามารถบรรเทาได้โดยการเปลี่ยนยาหรือการให้ยาลดผลข้างเคียงร่วมไปด้วย

2) การรักษาด้วยไฟฟ้า โดยทั่วไปใช้ในกรณีผู้ป่วยไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาหรือในรายที่มีอาการที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย มีพฤติกรรมก้าวร้าวแบบค้างแข็ง (catatonia) ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานและ นำการรักษาด้วยไฟฟ้า ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงที่ระบบสื่อสารประสาทเช่นเดียวกับการรักษา ด้วยยาการรักษาด้วยไฟฟ้าในผู้ที่เป็นโรคจิตเภท ผลการรักษาไม่ดีเท่ากับการรักษาด้วยยา การรักษาจะทำประมาณ 6-12 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันประมาณ 1-2 วัน ในระหว่าง 1-2 ชั่วโมง การรักษาด้วยไฟฟ้ามักพบว่าผู้ป่วยอาจมีอาการข้างเคียง เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดศีรษะ มึนงง สับสน เป็นต้น ซึ่งผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลตามอาการที่เกิดขึ้นแต่ละราย

3) การรักษาด้วยสิ่งแวดล้อม เพื่อลดความกดดันของผู้ป่วย โดยมีการจัดสิ่งแวดล้อมให้ผ่อนคลาย ส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมและปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรือในกรณีที่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่นไม่สามารถควบคุมเองได้ อาจใช้การผูกมัดและจำกัดบริเวณ หรือ พิจารณาฉีดยาควบคุมอาการร่วมด้วย การดูแลในระยะนี้ต้องดูแลใกล้ชิด ตรวจสอบผู้ป่วยเป็นระยะเพื่อประเมินความรู้สึกตัวและผลข้างเคียงของยา เมื่อผู้ป่วยอาการดีขึ้นจึงพิจารณายุติการผูกมัดหรือการจำกัดบริเวณผู้ป่วย

1.6.2 การรักษาพยาบาลในระยะอาการทุเลา ในระยะนี้ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารดีขึ้น การรักษาในโรงพยาบาลเพื่อควบคุมอาการและบำบัดทางจิตใจ โดยทั่วไปมีลักษณะเช่นเดียวกับระยะอาการกำเริบ ซึ่งจะเน้นการบำบัดทางจิตสังคม ดังนี้

1) การบำบัดทางจิต มี 2 ลักษณะคือ บำบัดรายบุคคลและบำบัดแบบกลุ่ม ซึ่งสองลักษณะต่างก็มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ และใช้ศักยภาพของตนเองที่มีให้ได้มากที่สุด แต่ต่างกันที่จิตบำบัดแบบกลุ่มจะบำบัดโดยอาศัยอิทธิพลของกระบวนการกลุ่มทำให้เกิดการเรียนรู้การสร้างสัมพันธภาพ และมีความไว้วางใจผู้อื่นมากขึ้น ซึ่งช่วยลดปัญหาการแยกตนเองออกจากสังคมลงได้

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

3) การบำบัดครอบครัว จุดมุ่งหมายส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัว ผู้ป่วยให้มีลักษณะสร้างสรรค์ การรักษาผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องยึดหลักให้ครอบครัวมีส่วนร่วม ตั้งแต่ต้น การพบผู้ป่วยและญาติ จะช่วยให้ทุกฝ่ายได้ระบายความรู้สึก ที่มีต่อกัน โดยมีผู้รักษาเป็นคนกลาง บางครอบครัวมีการใช้อารมณ์ต่อกันสูงและอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเป็นเวลานานในแต่ละวัน ซึ่งอาจไปเพิ่มความกดดันให้แก่ผู้ป่วย การทำครอบครัวบำบัดเน้นการให้ความรู้ในเรื่องโรคจิตเภท และวิธีปฏิบัติที่ดูแลจะช่วยได้เป็นอย่างดี

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

จากการที่ได้กล่าวเกี่ยวกับโรคจิตเภทมาทั้งหมดข้างต้น สรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่มีจำนวนมากที่สุดในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวช การรักษาต้องผสมผสานระหว่างการรักษาด้วยยา การบำบัดทางจิตสังคม การเข้าค่ายบำบัด การเข้าชุมชน การเข้าทำงาน การเข้าศึกษา และการรักษาด้วยจิตสังคมเข้าด้วยกันจึงจะได้ผลดี สามารถช่วยให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่ภาวะปกติได้มากที่สุดและเนื่องจากโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง ดังนั้นการให้การดูแลผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญ การวางแผนการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วย จะทำให้ทราบถึงปัญหาหรือแนวโน้มของการมีอาการทางจิตมากขึ้น จนทำให้ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลซ้ำอีก โดยสามารถนำการวางแผนการพยาบาลอย่างเป็นระบบและให้การพยาบาลที่ครอบคลุมแบบองค์รวม เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับเข้าสู่ชุมชนได้ และเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทอีกด้วย

2. พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

2.1 ความหมาย ในปัจจุบันแนวคิดเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้เป็นที่สนใจของบุคลากร เนื่องจากสามารถช่วยให้บุคคลดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างมีความสุข และสวัสดิภาพที่ดี (ลีอชัย และทวีทอง, 2533) การดูแลตนเองเป็นบทบาทสำคัญต่อภาวะสุขภาพของประชาชน เนื่องจากเป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อสุขภาพ และชีวิตของบุคคลด้วยตนเอง โดยลดการพึ่งพาผู้อื่น ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของพฤติกรรมการดูแลตนเองไว้ ดังนี้

Orem (1991) กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นกิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการกระทำที่จงใจมีเป้าหมาย (deliberate action) มีระบบระเบียบ เป็นขั้นตอนและเมื่อกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้างหน้าที่ และพัฒนาการดำเนินไปได้ถึงขีดสุดของแต่ละบุคคล นอกจากนี้ปัจจุบัน Orem (2001) ยังได้เน้นถึงจุดประสงค์ของการดูแลตนเองที่มีเป้าหมายสูงสุดเพื่อให้บุคคลมีความผาสุก

สมณฑา บุญชัย (2545) กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลตั้งใจกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

สรุปพฤติกรรมการดูแลตนเอง หมายถึง กิจกรรมต่างๆ ที่บุคคลกระทำด้วยตนเอง เพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ประกอบด้วยพฤติกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป พฤติกรรมการดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ และพฤติกรรมการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ

2.2 การดูแลตนเองตามแนวคิดของโอเรียม

จากแนวคิดข้างต้น จะเห็นว่าบุคคลจำเป็นต้องมีการดูแลตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งการทำหน้าที่ และพัฒนาการตลอดจนความผาสุก ที่จะเกิดขึ้น Orem ได้แบ่งการดูแลตนเองออกเป็น 3 ลักษณะ คือ (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล , 2540)

2.2.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (universal self-care requisites)

เป็นการดูแลตนเองเพื่อการส่งเสริม รักษาไว้ซึ่งสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคล การดูแลตนเองเหล่านี้จำเป็นสำหรับบุคคลทุกคนทุกวัย แต่ต้องปรับให้เหมาะสมตามระยะพัฒนาการ จุดประสงค์ และกิจกรรมการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป มีดังนี้

2.2.1.1. คงไว้ซึ่ง อากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ (maintenance of sufficient intakes of air, water, food)

2.2.1.1.1 บริโภคอากาศ น้ำ และอาหารให้เพียงพอกับหน้าที่ ของร่างกายที่ปกติ แล้วคอยปรับตามความเปลี่ยนแปลง ทั้งภายในและภายนอก

2.2.1.1.2 รักษาไว้ซึ่งความคงทนของโครงสร้างและหน้าที่ ของอวัยวะที่เกี่ยวข้อง

2.2.1.1.3 การหายใจ การเคี้ยวและการรับประทานอาหารโดยไม่ ทำให้เกิดโทษต่อร่างกาย

2.2.1.2. คงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นปกติ (provision of care associated with eliminative processes and excrements)

2.2.1.2.1 จัดการให้มีการขับถ่ายปกติทั้งจัดการกับตนเองและ สิ่งแวดล้อม

2.2.1.2.2 จัดการเกี่ยวกับกระบวนการในการขับถ่ายซึ่งรวมถึง การรักษาโครงสร้างและหน้าที่เป็นไปตามปกติ และการระบายสิ่งปฏิกูลจากการขับถ่าย

2.2.1.2.3 ดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล

2.2.1.2.4 ดูแลสิ่งแวดล้อมให้สะอาดถูกสุขลักษณะ

2.2.1.3. รักษาความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน (maintenance of a balance between activity and rest)

2.2.1.3.1 เลือกกิจกรรมให้ร่างกายได้มีการเคลื่อนไหว เช่น การออกกำลังกาย การตอบสนองทางอารมณ์ ทางสติปัญญา และการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นอย่างเหมาะสม

2.2.1.3.2 รับรู้และเข้าใจถึงความต้องการการพักผ่อนและการออกกำลังกาย

2.2.1.3.3 ใช้ความสามารถ ความสนใจ ค่านิยมและกฎเกณฑ์ทางวัฒนธรรมขนบธรรมเนียมประเพณี เป็นพื้นฐานในการสร้างแบบแผนการพักผ่อน และการมีกิจกรรมของตนเอง

2.2.1.4. รักษาความสมดุลระหว่างการใช้เวลาเป็นส่วนตัวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น (maintenance of a balance between solitude and social interaction)

2.2.1.4.1 คงไว้ซึ่งคุณภาพและความสมดุลที่จำเป็น ในการพัฒนาเพื่อเป็นที่พึ่งของตนเอง และสร้างสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะช่วยให้ตนเองทำหน้าที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ รู้จักติดต่อขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น ในเครือข่ายสังคมเมื่อจำเป็น

2.2.1.4.2 ปฏิบัติต่อตนเพื่อสร้างมิตร ให้ความรัก ความผูกพันกับบุคคลรอบข้าง เพื่อจะได้พึ่งพาซึ่งกันและกัน

2.2.1.4.3 ส่งเสริมความเป็นตัวของตัวเองและการเป็นสมาชิกในกลุ่ม

2.2.1.5. ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ (prevention of hazards to life, functioning, and well being)

2.2.1.5.1 สนใจและรับรู้ต่อชนิดของอันตรายที่อาจเกิดขึ้น

2.2.1.5.2 จัดการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่อาจเป็นอันตราย

2.2.1.5.3 หลีกเลียงหรือปกป้องตนเองจากอันตรายต่างๆ

2.2.1.5.4 ควบคุมหรือจัดเหตุการณ์ที่เป็นอันตรายต่อชีวิตและสวัสดิภาพ

2.2.1.6. ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม และความสามารถของตนเอง (promotion of normalcy)

2.2.1.6.1 พัฒนาและรักษาระบบ วัชระอัตโนมัติโนทัศน์ที่เป็นจริงของตนเอง

2.2.1.6.2 ปฏิบัติในกิจกรรมที่ส่งเสริมพัฒนาการของตนเอง

2.2.1.6.3 ปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมและรักษาวัชระโครงสร้างหน้าที่ของบุคคล

2.2.1.6.4 ค้นหาและสนใจในความผิดปกติของโครงสร้างและการทำหน้าที่ที่แตกต่างไปจากปกติของตนเอง

2.2.2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (development self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองที่เกิดขึ้นจาก กระบวนการพัฒนาการของชีวิตมนุษย์ในระยะต่างๆ เช่น การตั้งครรภ์ การคลอดบุตร การเจริญเติบโตเข้าสู่วัยต่างๆ ของชีวิต และเหตุการณ์ที่มีผลเสียหรือเป็น

อุปสรรคต่อพัฒนาการเช่น การสูญเสียคู่ชีวิต หรือบิดามารดา หรืออาจเกิดจากการดูแลตนเองที่จำเป็น โดยทั่วไปเป็นต้น เพื่อปรับให้สอดคล้องกับการส่งเสริมพัฒนาการ การดูแลตนเองที่จำเป็นสำหรับ กระบวนการพัฒนาการแบ่งออกเป็น 2 อย่างคือ

1) พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ดีที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่ช่วยให้บุคคลเจริญเข้าสู่วัยวุฒิภาวะในวัยต่างๆ คือ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ระหว่างการคลอดในวัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยสูงอายุ

2) ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อการพัฒนาการของบุคคลการป้องกันมี 2 ลักษณะคือ 1) การป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น 2) การบรรเทาหรือเอาชนะอาการที่เกิดขึ้น และการที่บุคคลไม่สามารถพัฒนาความสามารถในการป้องกันผลกระทบที่เกิดขึ้น จากการขาดการศึกษา การมีปัญหการปรับตัวทางสังคม สุขภาพไม่ดีหรือพิการ ขาดการสนับสนุนจากญาติ เพื่อนหรือคนอื่น ขาดทุนทรัพย์และความมั่นคงในอาชีพ มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆ ในชีวิต มีปัญหาเกี่ยวกับสถานภาพ มีความเป็นอยู่ภายใต้ความกดดันและเผชิญความเจ็บป่วยในขั้นสุดท้าย และอยู่ในภาวะใกล้เสียชีวิต

2.2.3 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ (health deviation self-care requisites) เป็นการดูแลตนเองเมื่อบุคคลอยู่ในภาวะเจ็บป่วย หรือได้รับอันตราย ซึ่งมีพยาธิสภาพหรือความทุพพลภาพ หรือบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรค อยู่ระหว่างการรักษา ทำให้โครงสร้างของร่างกายเปลี่ยนแปลงไป เช่น เนื้องอก แขนหรือขาหัก มีการเปลี่ยนแปลงของระบบสรีระ เช่น มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หรือการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น อารมณ์เปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว เบื่อหน่ายชีวิต สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นเปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น ถ้าบุคคลที่มีสุขภาพเบี่ยงเบนไป มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเองได้ก็จะสามารถประยุกต์ความรู้ เกี่ยวกับการรักษาพยาบาลไปใช้ในการดูแลตนเอง ได้เช่นเดียวกัน (Orem อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2540) กล่าวว่าการดูแลตนเองของผู้ที่มีความเบี่ยงเบนทางสุขภาพมีดังนี้ คือ

1) การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือทางสุขภาพอนามัยที่เหมาะสม

2) การตระหนักและเอาใจใส่ต่อผลและพยาธิสภาพของโรค ที่เกิดขึ้น และระยะ หรือสถานการณ์ต่างๆ ตลอดจนผลกระทบที่มีต่อพัฒนาการของตนเอง

3) การปฏิบัติตามแผนการวินิจฉัย การรักษา และการฟื้นฟูอย่างมีประสิทธิภาพเพื่อป้องกันมิให้โรคลุกลามมากขึ้น ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนมากขึ้น โดยร่างกายสามารถทำหน้าที่ได้ตามปกติ แก้ไขความพิการ และความผิดปกติ หรือชดเชยส่วนที่บกพร่องไป

4) การรับรู้และสนใจดูแล และป้องกันความไม่สุขสบาย จากผลข้างเคียง

ของการรักษาหรือจากโรค

5) การปรับตัว ต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น จากความเจ็บป่วย และการรักษาโดยรักษาไว้ซึ่งอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ที่ดีของตนเอง ปรับบทบาทของตนเองให้เหมาะสมในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น

6) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพหรือภาวะโรคที่เป็นอยู่ รวมทั้งผลการวินิจฉัยและการรักษาในรูปแบบการดำเนินชีวิตที่ส่งเสริมในการพัฒนาของตนเอง ให้ดีที่สุดในความสามารถที่เหลืออยู่ รู้จักตั้งเป้าหมายที่เป็นจริง ดังนั้นจะเห็นว่าการดูแลตนเองนั้น บุคคลจะต้องมีความสามารถในการผสมผสานความต้องการดูแลตนเองในประเด็นอื่นๆเข้าด้วยกัน เพื่อจัดระบบการดูแลตนเองทั้งหมด เพื่อที่จะช่วยป้องกันอุปสรรค หรือบรรเทาเบาบางผลที่เกิดจากพยาธิสภาพ การวินิจฉัย และการรักษาต่อการพัฒนาการของตนเอง

2.3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเภท เป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางจิตเกี่ยวกับ ความรู้สึก ความคิด อารมณ์ และพฤติกรรมอย่างรุนแรง (ประคิษฐ์ ตันสุรัตน์, 2534) มักมีการดำเนินของโรคแบบเรื้อรังมีความบกพร่องในการปฏิบัติหน้าที่ความรับผิดชอบของตน (สมศรี เชื้อหิรัญ, 2532) ซึ่งความบกพร่องนี้ ย่อมส่งผลกระทบต่อตัว ผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน อย่างแน่นอนจากภาวะของโรค ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของกระบวนการคิด การตัดสินใจ และการรับรู้โดยมีการแสดงออกของพฤติกรรมที่ผิดปกติ จึงทำให้ไม่สนใจที่จะดูแลสุขภาพด้วยตนเองปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทที่พบ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง คือ

1) การประเมินความผิดปกติ ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีปัญหาเรื่องการกลับเป็นซ้ำ นั้น ส่วนใหญ่มักไม่สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นกับตนได้ เช่น ก่อนที่อาการทางจิตจะกำเริบตนจะมีความรู้สึกอย่างไร หรือจะมีเหตุการณ์อะไรเกิดขึ้นก่อน จึงทำให้ไม่มีการป้องกัน และไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากผู้อื่นได้

2) การขอความช่วยเหลือเพื่อการดูแลสุขภาพ ผู้ป่วยจิตเภท อาจจำเป็นต้องขอความช่วยเหลือจากญาติหรือคนใกล้ชิดได้ เช่น การปรึกษาญาติเมื่อมีอาการเปลี่ยนแปลง การให้ญาติพาไปพบแพทย์ เป็นต้น แต่เราพบว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่ ไม่สามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลรอบข้างได้ เนื่องจาก ไม่สามารถประเมินความผิดปกติที่เกิดขึ้นได้หรือบางครั้งมีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับญาติ

3) ความร่วมมือในการรักษา ปัญหาที่พบส่วนใหญ่ คือผู้ป่วยจิตเภทไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา เช่น ไม่ยอมรับประทานยา ไม่มาพบแพทย์ตามนัด ส่งผลให้มีอาการ

กำเริบ กลับเป็นซ้ำ รวมทั้งเป็นภาระแก่ญาติได้ สาเหตุอาจมาจาก ผู้ป่วยไม่เข้าใจถึงภาวะสุขภาพของตนเอง ไม่สามารถจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา ทำให้รู้สึกเบื่อหน่าย ท้อแท้กับการรักษา

4) การควบคุมอารมณ์ และพฤติกรรมการแสดงออก เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภท จะแสดงออกมาในรูปความผิดปกติของพฤติกรรม และไม่สามารถควบคุมอารมณ์ของตนเองได้ จึงทำให้ผู้ป่วยสูญเสียสัมพันธภาพที่ดีกับบุคคลอื่น ส่งผลกระทบในด้านสังคม และด้านการปรับตัว เมื่อมีปัญหาไม่สามารถพูดคุยปรึกษาใครได้ และผลที่ตามมาคือทำให้ผู้ป่วยสูญเสียหน้าที่ทางสังคมไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึง ได้ศึกษา การใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ในเขตชุมชนอำเภอบ้านหมี่ โดยประเมินพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย เป็นการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ การดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ โดยโอเร็ม (Orem,1991) กล่าวว่า การดูแลตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลแต่ละคนริเริ่มและกระทำ ได้ด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดประโยชน์ในการดำรงชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

2.4 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic conditioning factors) เป็นปัจจัยที่กำหนดการกระทำ หรือพฤติกรรม การดูแลตนเองซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคลตามแนวคิดของ Orem มี 10 ประการ Orem (1995) คือ อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม และวัฒนธรรม ระบบบริการและการดูแลด้านสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต และกิจกรรมในชีวิตประจำวัน สภาพแวดล้อม แหล่งประโยชน์ และทรัพยากรที่สามารถแสวงหาได้ ซึ่งจากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยพบว่า ปัจจัยพื้นฐานตามแนวคิดของโอเร็ม มีความเกี่ยวข้องและสัมพันธ์ กับปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ดังนี้

2.4.1 อายุ เป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงพัฒนาการของบุคคล ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง พฤติกรรม การดูแลตนเองของบุคคลจะเพิ่มขึ้นตามอายุ จะสูงสุดในวัยผู้ใหญ่ และลดลงเมื่อเข้าสู่วัยชรา Orem (1995) เมื่อบุคคลมีวุฒิภาวะมากขึ้น ย่อมมีการตัดสินใจหาทางเลือกที่ดี จากการศึกษาของจันท์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ที่ศึกษาพฤติกรรม การดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ และเป็นช่วงซึ่งบุคคลมีวุฒิภาวะ การพัฒนาการดูแลตนเองสูงสุด

2.4.2 เพศ ความแตกต่าง ระหว่างเพศชาย และเพศหญิง ในด้านร่างกาย และจิตใจ อาจส่งผลให้เกิดความแตกต่างในการแสดงพฤติกรรมได้ จากการศึกษาของ Van Dogen อ้างใน รัชณี ศรีหิรัญ (2544) ที่ศึกษาทัศนคติของผู้ป่วยโรคจิตต่อยาต้านโรคจิต จำนวน 92 ราย พบว่า เพศ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการใช้ยาต้านโรคจิตอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยเพศหญิง จะมีทัศนคติที่ดี และให้ความร่วมมือในการรับประทานยา รวมทั้งการรักษาดีกว่าเพศชาย

2.4.3 ระยะเวลาพัฒนาการ ระยะเวลาพัฒนาการในแต่ละวัยจะมีความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน เช่นในวัยเด็กอาจจะยังดูแลตนเองไม่ได้ ในวัยสูงอายุความสามารถในการดูแลตนเองลดลง วัยผู้ใหญ่เป็นวัยที่มีพัฒนาการสูงสุดมีวุฒิภาวะสามารถดูแลตนเองได้ ในวัยนี้ เป็นวัยที่ต้องปฏิบัติหน้าที่ตามบทบาท เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวช แม้ว่าจะเข้าสู่วัยผู้ใหญ่แล้ว แต่เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วย มักจะเริ่มตั้งแต่ช่วงอายุวัยรุ่นตอนปลายและวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นวัยที่ต้องศึกษาหาความรู้กำลังกำหนดแบบแผนชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจะส่งผลให้เกิดความตึงเครียด การช่วยเหลือสนับสนุนเพื่อบรรเทาความตึงเครียดให้ลดลง ส่งผลต่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งในวัยใหญ่นั้นการสนับสนุนจากคู่สมรส จะส่งผลถึงการดูแลตนเอง การมีสถานภาพสมรส เป็นปัจจัยที่บ่งชี้ถึงแหล่งประโยชน์จากครอบครัว เมื่อมีปัญหาหรือความเจ็บป่วยขึ้น การสนับสนุนจากครอบครัวเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตนเอง จากการศึกษาของ Brown อ้างในรัชณี ศรีหิรัญ (2544) พบว่า ผู้ป่วยที่มีคู่สมรส มีกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพ และมีการดูแลตนเองได้ดีกว่าผู้ป่วยที่เป็นโสด

2.4.4 ภาวะสุขภาพ หมายถึง โครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกาย การเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค ตลอดจนภาวะทางอารมณ์ที่บ่งบอกถึงความสามารถในการเผชิญปัญหา ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทต้องเผชิญกับภาวะของโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ซึ่งหลังจากควบคุมโรคให้สงบระยะหนึ่ง โรคจิตอาจมีอาการกำเริบเป็นระยะๆ จำนวนครั้งที่รักษาในโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยจิตเภทเป็นตัวบ่งชี้ถึงการดำเนินของโรคว่าเปลี่ยนแปลงไปเป็นแบบใด ในผู้ที่เป็นโรคจิตที่กลับป่วยซ้ำบ่อยๆ จะยังมีความผิดปกติมากขึ้น ซึ่งทำให้การดูแลตนเองยุ่งยากมากขึ้น (จันทร์-ประภา ไชยรักษ์ และคณะ, 2536) การเจ็บป่วยที่ยาวนาน ประสบการณ์การบำบัดรักษาที่ยาวนาน ทำให้ผู้ที่เจ็บป่วย มีการปรับตัวและพัฒนาการเผชิญปัญหา Orem เชื่อว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง จะแปรเปลี่ยนไปตามประสบการณ์ของบุคคล Orem (1995)

2.4.5 สังคม วัฒนธรรม เนื่องจากภาวะการเจ็บป่วยทางจิตส่งผลกระทบต่อจิตใจของผู้ที่เจ็บป่วยเป็นอย่างมาก ผู้ป่วยรู้สึกเป็นปมด้อย เป็นตราบาป ครอบครัวไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ ในผู้ที่เป็นโรคจิต ในระยะที่มีอาการหลงเหลืออยู่นั้น สังคมและวัฒนธรรมมีอิทธิพลเป็นอย่างมาก เพราะการที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ จะทำให้แยกตัวมากขึ้น หมกมุ่นกับ

ความคิดของตนเอง ไม่รู้ว่าจะพูด หรือสื่อสารบอกความต้องการกับใคร ขาดทักษะทางสังคม เกิดความตึงเครียด สิ่งเหล่านี้ จะเป็นปัจจัยกระตุ้นให้มีการกลับป่วยซ้ำได้ เมื่อมีการป่วยซ้ำบ่อยๆ ก็จะทำให้เกิดความเสื่อมสภาพ จนกระทั่ง ไม่สามารถดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้ในที่สุด

2.4.6 ระบบบริการสุขภาพ และการดูแลด้านสุขภาพ เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองและพึ่งพาตนเองได้ เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังในปัจจุบัน เปลี่ยนไปจากการรักษาในโรงพยาบาลเป็นการดูแลตนเองที่บ้าน ดังนั้นระบบบริการสุขภาพจึงต้องเอื้ออำนวยโดยมีการจัดระบบส่งต่อ จัดบริการช่วยพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง จัดบริการสุขภาพผ่านสื่อต่างๆ ซึ่งระบบบริการดังกล่าวนี้ว่าเป็นความจำเป็นอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน สถานบริการใกล้บ้านเป็นแหล่งประโยชน์ที่จำเป็นถ้าระบบบริการในชุมชนมีความเข้มแข็งพอ และมีประสิทธิภาพสามารถดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยได้ จะลดภาวะค่าใช้จ่ายลง สะดวก ลดเวลาการเดินทาง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยอยู่ที่บ้านได้ระยะยาว

2.4.7 ระบบครอบครัว ความรักความผูกพัน ในครอบครัวเป็นปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรม ที่สำคัญมากเพราะสิ่งเหล่านี้ทำให้สมาชิกรับรู้ความต้องการ เกิดการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน โดยเฉพาะในภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งต้องการความช่วยเหลือสนับสนุน เพื่อให้ตนเองเกิดความมั่นใจในการเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภท ที่ต้องอยู่กับ โรคเรื้อรังและยาวนาน เกือบตลอดทั้งชีวิต โดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านนั้น การสนับสนุนจากระบบครอบครัวจะมีอิทธิพลต่อการเจ็บป่วยมาก ดังเช่นผลการศึกษาที่พบว่า วิธีการดูแลผู้ป่วยของครอบครัวมีผลอย่างมากในการกำหนดอัตราการป่วยซ้ำ (ชะฤทธิ พงษ์-อนุตรี, 2536) การแสดงอารมณ์สูงที่มีลักษณะวิพากษ์วิจารณ์สูง ไม่เป็นมิตรหรือการมีอารมณ์ผูกพันมากเกินไปของครอบครัว มีผลต่อการป่วยซ้ำของผู้ป่วยจิตเภท

2.4.8 แบบแผนชีวิตในการดำเนินชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยจิตเภทเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน จะมีแบบแผนชีวิตการดูแลตนเองที่ประกอบไปด้วยการปฏิบัติกิจกรรม เพื่อสนองตอบทั้งด้านร่างกายและจิตใจในด้านต่างๆ เช่น ด้านโภชนาการ ด้านการพักผ่อนนันทนาการ การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกายและเสื้อผ้า การขับถ่าย การเข้าสังคมปฏิสัมพันธ์ ผู้ป่วยจิตเภทที่ยังมีอาการหลงเหลือ ต้องมีการปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เข้ากับภาวะการเจ็บป่วย ก็จะทำให้ไม่เกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ หรือสิ้นหวังประทศานยา การปรับแบบแผนชีวิตดังกล่าวจะส่งเสริมให้มีการป้องกันการป่วยซ้ำ และฟื้นฟูให้กลับสู่สภาพเดิม สำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่กลับไปอยู่ที่บ้าน

2.4.9 สภาพแวดล้อม ความแตกต่างของสภาพแวดล้อมจะมีผลต่อวิธีการดูแลตนเองที่ต่างกัน ในผู้ป่วยจิตเภทที่อาศัยอยู่ที่บ้านจะต้องมีการปรับตัว ผู้ป่วยจิตเภทในรายที่มีอาการหลงเหลือ ต้องดูแลตนเองมากกว่าสมาชิกคนอื่นๆ ต้องปรับวิธีการดูแลตนเอง เช่น

พัฒนาการเรียนรู้วิธีการปรับตัว การเผชิญกับปัญหาความเครียด การอยู่ร่วมกับสมาชิกในบ้านและชุมชนใกล้เคียง ให้สามารถใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยยังคงมีการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง

2.4.10 แหล่งประโยชน์และทรัพยากร การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต เป็นโรคเรื้อรังเสียค่าใช้จ่ายสูง ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งบุคคล สิ่งของ เงินทอง แหล่งประโยชน์เหล่านี้ จะช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพ พัฒนาได้เต็มตามศักยภาพ และยังเป็นแหล่งให้ความหวังและกำลังใจ ที่จะมีชีวิตอยู่และดูแลตนเอง

ในแนวคิดเรื่องการดูแลตนเองของ Orem นั้น ได้ให้ความสำคัญในเรื่องของปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล อันเป็นปัจจัยเฉพาะที่มีความสัมพันธ์กับความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด การดูแลตนเองเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับทุกคน และจะจำเป็นมากขึ้นเมื่อบุคคลมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง (จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ , 2545) จากข้อมูลดังกล่าวทำให้ทราบว่า ปัจจัยพื้นฐานในทุกๆข้อ มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภททั้งสิ้น ดังนั้นในการปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล เพื่อลดความบกพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทจะต้องคำนึงถึงปัจจัยดังกล่าวในการประเมินสภาพอาการและปัญหาเบื้องต้น ของผู้ป่วยจิตเภทด้วย

2.5 การประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท

จะเห็นได้ว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่อง ในเรื่องของพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องดำเนินการแก้ไข เพื่อลดการกลับเป็นซ้ำและลดผลกระทบอื่นๆ ที่จะตามมาและจากการทบทวนวรรณกรรม ที่เกี่ยวข้องพบว่ามีความรู้เรื่องมือ ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเอง 2 เครื่องมือ ดังนี้

2.5.1 จากการศึกษาของพวงเพ็ญ เข็มปัญญารัชและคณะ 2542 ได้แบ่งการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองเป็น 6 ด้าน คือ การดูแลตนเองด้านอากาศ/อาหาร/น้ำ ด้านการจับถ่าย ด้านการดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการพักผ่อนและนันทนาการ ด้านการปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น และด้านการรับประทานและการจัดการกับอาการต่างๆ ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ

2.5.2 จากการศึกษาของ (ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536; พรทิพย์ ธรรมวงศ์, จินดารัตน์ พิมพ์ดีและคณะ, 2542; จันทรา ธีระสมบูรณ์, 2542; Carson, 1995; Hunter, 2000) เกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่สำคัญอยู่ 4 ด้านคือด้านการดูแลตนเองด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลด้านสุขภาพจิต ด้านการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันดูแลความสะอาดของร่างกาย ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ

ซึ่งจากสภาพปัญหาในชุมชนบ้านหมี่ พบว่าปัญหาที่พบได้มีความสอดคล้องกับการประเมินทั้ง 4 ด้านจากการศึกษาของ(ภัทรอำไพ พิพัฒนานนท์, 2536; พรทิพย์ ธรรมวงศ์, จินดา-

รัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ, 2542; จันทรา ธีระสมบุรณ์, 2542; Carson, 1995; Hunter, 2000) ในการประเมินพฤติกรรมการดูแลตนเองในการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้การประเมินพฤติกรรมที่สำคัญทั้ง 4 ด้านซึ่งประกอบด้วย

1) การดูแลตนเองด้านการใช้จ่ายทางจิต โดยมีสาเหตุจาก การขาดความรู้เรื่องโรคจิตเภท จะเห็นได้จากการศึกษาของ สุวีรัตน์ โบจรัส (2535) ทำการศึกษาเรื่องทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท และการบริการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลจัดให้ผู้ป่วยโดยศึกษา 3 ด้านคือ ตัวผู้ป่วยเอง ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วยจิตเภท ทัศนคติของญาติต่อการบริการบำบัดรักษาของโรงพยาบาล สัมภาษณ์ญาติของผู้ป่วยที่พาผู้ป่วยมาโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป จำนวนกลุ่มตัวอย่าง 50 ราย ทัศนคติความพร้อมของญาติต่อความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้าน เมื่อมีอาการทางจิต ญาติจะนำผู้ป่วยเข้ารับการรักษาใน 1 – 2 สัปดาห์ ความพร้อมในการดูแลญาติส่วนมากมีความพร้อม ในการดูแลปานกลาง การรับประทานยาในแต่ละวัน ผู้ป่วยรับประทานยาไม่ครบถ้วน สาเหตุการกินยาไม่ครบถ้วนคือ ไม่ยอมกินยา ญาติควบคุมไม่ได้ หยุคกินยาเอง คิดว่าตนเองหายขาด ขาดคนดูแลเอาใจใส่ เรียงลำดับจากมากไปน้อย การมารับการรักษาตามนัด ผู้ป่วยมารับการรักษาตามทัศนคติต่อการเจ็บป่วย ญาติส่วนใหญ่คิดว่าไม่หายขาด ทัศนคติของญาติต่อผู้ป่วย และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติที่ดีต่อญาติ ญาติมีทัศนคติด้านบวกต่อผู้ป่วย แต่ทัศนคติด้านลบค่อนข้างมาก

2) การดูแลด้านสุขภาพจิต เนื่องจากอาการทางจิตอาการทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมักมีปัญหาด้านการรับรู้จึงไม่สนใจเกี่ยวกับการหลีกเลี่ยงสิ่งแวดล้อมที่อาจทำให้เกิดการเจ็บป่วย (สมจิตต์ ลูประสงค์ และคณะ ,2538) และจากภาวะพฤติกรรมดลลอย/ภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยจิตเภท

3) ด้านการการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ดูแลความสะอาดของร่างกาย ผู้ป่วยมักไม่สนใจทำความสะอาดร่างกายในเรื่องการอาบน้ำ แปรงฟัน สระผม การตัดเล็บให้สั้น การสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ผลจากการไม่แปรงฟันทำให้เป็นโรคเกี่ยวกับเหงือกและฟัน ผลจากการไม่อาบน้ำ ทำให้มีโรคผิวหนัง เช่น กลาก เกื้อื้อน หิด ผู้ป่วยจิตเวชมักไม่ค่อยสวมรองเท้าเมื่อออกจากบ้าน ทำให้มีโอกาสสัมผัสกับสิ่งสกปรก และอาจทำให้เกิดบาดแผลได้ (ทิพวรรณ น่วมทอง, 2547)

4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีปัญหาเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเอง เรื่องการรับประทานยา (เพลินพิศ จันทรศักดิ์ และคณะ, 2539) ทำให้เกิดอาการกำเริบ

จะเห็นว่าในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท มีความบกพร่องในการดูแลตนเองที่สำคัญใน 4 ด้าน คือ ซึ่งจากสภาพปัญหา ที่ได้มีความสอดคล้อง กับแนวคิดการดูแลตนเองของโอเร็ม(1991) ผู้ศึกษาจึงเลือกใช้แนวคิดนี้ ในการประเมิน ดังนั้นพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองที่บ้าน ของผู้ป่วยจิตเภท ในการศึกษานี้ จึงประกอบด้วย

- 1) ด้านการใช้จ่ายทางจิต
- 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต
- 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน
- 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ

จากวรรณกรรมดังกล่าวข้างต้นพบว่า ได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือเพื่อใช้ในการประเมินพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เช่น พัทธนา ชันลา(2548) ซึ่งใช้แบบสัมภาษณ์การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเอง 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการใช้จ่ายทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และ 4) ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ 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. ด้านการป้องกันการกลับซ้ำ | จำนวน 3 ข้อ(ข้อ 22-24) |

3. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านและในชุมชน

3.1 ความหมายของการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

จินตนา ยูนิพันธ์ (2536) กล่าวว่า การพยาบาลเป็นกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือบุคคล ในด้านสุขภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เป็นการดูแลช่วยเหลือผู้ใช้บริการ ครอบครัว และชุมชน โดยคำนึงถึงผู้ใช้บริการในฐานะปัจเจกบุคคลที่เป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสังคมโดยรวม หรือที่เรียกว่า การพยาบาลแบบองค์รวม

ฉวีวรรณ สัตยธรรม (2541) กล่าวว่า การพยาบาลจิตเวช คือ การพยาบาลเฉพาะทางสาขาหนึ่งของการพยาบาล ซึ่งต้องใช้ความรู้ทางทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมมนุษย์ ซึ่งเป็นวิทยาศาสตร์และใช้ตนเองอย่างมีวัตถุประสงค์ในการพยาบาลซึ่งเป็นศิลปะ มีความเป็นเอกลักษณ์

เฉพาะตัว เนื่องจากต้องใช้ทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ในการส่งเสริมสุขภาพจิต โดยเฉพาะสุขภาพจิตของบุคคล ครอบครัว ชุมชน ให้มีสุขภาพจิตดี มีพฤติกรรมที่เหมาะสม มีวิถีภาวะทางอารมณ์ ปรับตัวได้ดีในสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจะเป็นการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิตด้วย อีกทั้งให้การบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้ยอมรับตัวเอง ปรับปรุงตัวเอง ยินยอมให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล มีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและพึ่งพาตนเองได้

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539) กล่าวว่า การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการพยาบาลสาขาหนึ่งที่เน้นการพยาบาลด้านจิตสังคม โดยใช้แนวคิดและทฤษฎีทางจิตวิทยา ตลอดจนศาสตร์อื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพฤติกรรมมนุษย์ เป็นกรอบแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมสุขภาพจิต ป้องกันการเกิดอาการทางจิต ช่วยเหลือและฟื้นฟูบุคลิกภาพแก่ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิตใจ อารมณ์ และการปรับตัว ทั้งในภาวะสุขภาพปกติ เบี่ยงเบน และเจ็บป่วยทางจิต

3.2 แนวคิดการปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช

การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยึดหลักการปฏิบัติ เพื่อตอบสนองความต้องการของบุคคล ซึ่งลักษณะสำคัญของการปฏิบัติการพยาบาล คือ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) พยาบาลต้องมีความยึดมั่นผูกพัน (Commitment) ต่อการปฏิบัติการพยาบาลเป็นเบื้องต้น การที่พยาบาลมีความเมตตา กรุณา ยึดมั่นประโยชน์ที่ผู้ใช้บริการจะได้รับเป็นสำคัญ (Compassion) ให้ความสำคัญกับความต้องการและการตอบสนอง ความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเป็นธรรมชาติ เต็มกำลัง เต็มความสามารถตลอดเวลา ดูแลช่วยเหลือจนเกิดผลลัพธ์โดยผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ มีความสุข สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข (Conscience) พยาบาลต้องศึกษาหาความรู้จนเข้าใจธรรมชาติของผู้ใช้บริการ ธรรมชาติของการเจ็บป่วย การดำรงชีวิตของผู้ป่วย หรือผู้ที่มีปัญหาทางสุขภาพ ภายใต้อสภาพแวดล้อมที่เป็นสภาพการณ์จริง ทำความเข้าใจกับประสบการณ์การเจ็บป่วย ตามมุมมองของผู้ป่วย ตลอดจนการพัฒนาความรู้และความชำนาญในการดูแลช่วยเหลือ (Competence) สามารถแก้ปัญหาสุขภาพ บรรเทาความทุกข์ของผู้ป่วย สร้างความสุขสบาย และสามารถพัฒนาคุณภาพชีวิต ให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตที่เป็นสุขภายในครอบครัวที่อบอุ่น และมีการสนับสนุนเอื้ออาทรกัน ในชุมชนที่เข้มแข็ง พยาบาลจะต้องพัฒนาการรู้จักตนเพื่อการดำรงสติ มีสมาธิ เพื่อให้ตนเองสามารถใช้ความรู้ และประสบการณ์ของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ใช้บริการ เพื่อการช่วยเหลือผู้ป่วยแก้ปัญหาสุขภาพ (Therapeutic Relationship) พยาบาลต้องมีสติ ไตร่ตรอง ผสมผสานความรู้ ความรู้สึกลงในขณะนั้น (Empathy) พัฒนาและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ต้องการพยาบาลใช้วิธีการปฏิบัติการพยาบาลอย่างเป็น

ขั้นตอน ซึ่งเป็นระบบการพยาบาลที่ยึดผลลัพธ์ทางการพยาบาลเป็นเป้าหมาย ด้วยการปฏิบัติเป็นขั้นตอนดังนี้

1) วินิจฉัยปัญหา หรือความต้องการการพยาบาลของผู้ใช้บริการ โดยการคิด ไตร่ตรอง วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้ใช้บริการ และองค์ความรู้ทางการพยาบาล อย่างรอบคอบ

2) กำหนดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่พึงประสงค์ ทั้งผลลัพธ์ระยะสั้นและระยะยาว รวมทั้งเกณฑ์การประเมินผลลัพธ์สำหรับผลลัพธ์นั้น ๆ

3) กำหนดวิธีปฏิบัติกรพยาบาลอย่างเป็นระบบ ทั้งที่เป็นการปฏิบัติการพยาบาล ที่กระทำโดยตรงต่อผู้ใช้บริการ และครอบครัว รวมทั้งการบริหารจัดการระบบบริการพยาบาลที่มุ่งสู่ผลลัพธ์ ทางการพยาบาลที่ตั้งไว้

4) ปฏิบัติกิจกรรมตามที่กำหนดไว้ รวมทั้งรวบรวมผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นทั้งที่เป็นผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติการพยาบาล โดยตรงและผลลัพธ์อื่น ๆ ที่ตามมา

5) ประเมินความสำเร็จของการปฏิบัติการพยาบาล จากความสอดคล้องของผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจริง กับผลลัพธ์ที่คาดหวัง และพิจารณาคุณค่าของผลลัพธ์อื่น ๆ ที่เกิดขึ้น ต่อการดำรงชีวิตของผู้ใช้บริการร่วมด้วย

6) จัดระบบการพยาบาลใหม่อย่างต่อเนื่อง เพื่อมุ่งสู่ผลลัพธ์ระยะยาว คือ การมีสุขภาพดี หรือการมีชีวิตที่ปกติสุข สิ่งสำคัญของการพยาบาล คือ การทำงานตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล แบบมีผู้ใช้บริการเป็นศูนย์กลาง มุ่งพัฒนาผู้ใช้บริการในฐานะบุคคลทุกคน ในลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่มีองค์ประกอบด้าน กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณอยู่ร่วมกันอย่าง ผสมผสานแยกกันไม่ได้ การปฏิบัติงานของพยาบาลจิตเวช จึงครอบคลุมบทบาทที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับสิ่งแวดล้อม และภาวะสุขภาพของผู้บริการครอบคลุมบทบาท 6 บทบาท คือ

6.1) บทบาทผู้เลี้ยงดู โดยการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยพยาบาลจะต้องยอมรับผู้ป่วยอย่างไม่มีเงื่อนไข และมุ่งสนับสนุนและ พัฒนาการส่วนบุคคลในทุกด้าน

6.2) บทบาทผู้ประสานงาน พยาบาลจะต้องวางแผน ดำเนินการและ ประสานการจัดกิจกรรมในหอผู้ป่วย ทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวกับการพยาบาล กิจกรรมทางสังคม พยาบาลเป็นผู้ใกล้ชิดผู้ป่วยมากที่สุด จึงรับหน้าที่ประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วย

6.3) บทบาทผู้แทนสังคม พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยพัฒนา พฤติกรรมทางสังคมที่เหมาะสม โดยการจัดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ฝึกทดลองพฤติกรรมทางสังคมใหม่

ในการดำรงชีวิตประจำวันร่วมกับบุคคลอื่น ๆ เพื่อเตรียมให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม ทนทาน หรือปรับตัวได้ในสิ่งแวดล้อมที่เป็นอยู่ในโรงพยาบาล ในสังคมที่บ้านและในชุมชน

6.4) บทบาทผู้ให้คำปรึกษา พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ใช้บริการให้สำรวจปัญหา แบบแผนการแก้ปัญหาเดิมของตน และพัฒนาหรือแสวงหาวิธีการแก้ปัญหาใหม่ ปรับวิธีการคิด ปรับความรู้สึกต่อตนเองใหม่ เพื่อลดความทุกข์ทรมานของตนเอง และสามารถแสวงหาความช่วยเหลือ ช่วยให้ผู้ใช้บริการมีกำลังใจ จะต่อสู้และปรับตัวในสภาพการณ์ที่เป็นอยู่ได้ดีขึ้น

6.5) ผู้ให้ความรู้/ผู้สอน พยาบาลจะทำหน้าที่เป็นครู หรือผู้สอนให้ความรู้ สนับสนุน ให้ข้อมูลย้อนกลับ ให้กำลังใจเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลตนเอง ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างถาวร

6.6) ผู้ชำนาญการทางคลินิก พยาบาลจะช่วยเหลือผู้ป่วยโดยการกระทำกิจกรรมแทนผู้ป่วยในส่วนที่ผู้ป่วยกระทำเองไม่ได้ การดูแลผู้ป่วยในด้านที่เกี่ยวกับการรักษาพยาบาล และการช่วยเหลือผู้ป่วยให้พ้นจากความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ พยาบาลจะต้องใช้ความรู้ ความสามารถทางเทคนิคการรักษาพยาบาล การสนับสนุน การประคับประคองช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อมีปัญหาเฉพาะอย่าง

จากแนวคิดดังกล่าว นำมาปรับใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในการศึกษาครั้งนี้ กล่าวได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภท คือ การปฏิบัติการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย ในด้านการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูสุขภาพจิต โดยใช้โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน ใช้กระบวนการปฏิสัมพันธ์อย่างมีระบบและขั้นตอน เป็นการเยี่ยมบ้านเป็นรายครอบครัว อย่างมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในภาวะสุขภาพของผู้ป่วยสู่การมีสุขภาพดี

3.3 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

การจัดกิจกรรมการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาลดังนี้

3.3.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุข-ภาวะ (Pender, 2002) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาพดี แนวทางในการพยาบาล เพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีดังนี้ (เปรม-ฤดี ดำรักษ์, 2545)

1) เชื่อมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที

2) ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัว และสมาชิกในชุมชน

3) กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย

4) เชื่อมบ้านและให้การบำบัดการพยาบาล ตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว

5) ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภท การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพ

6) การจัดกิจกรรม ที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึกรากฐานจิตใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

3.3.2 การเชื่อมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคอง ให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชน ได้อย่างมีความสุขกิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

1) การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเภท และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญห ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหในปัจจุบัน (Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา ตระหนักรู้ถึงการมีส่วนร่วมกับสาเหตุและการแก้ไขปัญห ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญห สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น

และช่วยให้ผู้ป่วยได้หาความหมายจากประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

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

3) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัว เพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัวประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอาการทางจิต ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

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

5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤติและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยเร็ว ลดภาวะเครียด ความคับข้องใจทางอารมณ์ของผู้ป่วยและป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับ

ผู้ป่วยและผู้อื่น ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤติและฉุกเฉินโดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งความช่วยเหลือ และการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

3.3.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชนการจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลทำให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเภทมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวของชุมชนที่จะจัดการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างการพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

3.4 บทบาทของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน

พยาบาลจิตเวชเมื่อมาปฏิบัติงาน ในชุมชนเป็นพยาบาลจิตเวชชุมชน ย่อมจะมีบทบาทแตกต่างเพิ่มเติมจากบทบาทที่เคยปฏิบัติอยู่เดิม ในโรงพยาบาลจิตเวช กิจกรรมการพยาบาลมักเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช เป็นรายบุคคล และเป็นกลุ่ม แต่การปฏิบัติงานในชุมชน บริการพยาบาลให้กับคนหลายลักษณะ ทั้งที่เป็นผู้ป่วย เป็นบุคคลที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและประชาชนทั่วไป พยาบาลจะต้องประสานร่วมงานบริการกับบุคลากรหลายอาชีพ ไม่เฉพาะกับทีมจิตเวชเท่านั้น เพราะเหตุนี้ความรู้ความสามารถของพยาบาลจิตเวช จึงควรจะเหนือกว่าพยาบาลจิตเวชทั่วไป หรือจัดเป็นผู้ชำนาญเฉพาะ (Specialist) (อุบล นิวัติชัย, 2527)

3.4.1 บทบาทของพยาบาลจิตเวชชุมชน

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

2) บทบาทของผู้บริหารเรื่องยา (Drug Administrator) นอกจากจิตแพทย์ พยาบาลจิตเวช นับได้ว่าเป็นผู้ได้รับการศึกษาอบรม เรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วย มากกว่าบุคลากรอื่นในทีมจิตเวช ความจริงงานนี้ไม่ได้ช่วยให้พยาบาลดีขึ้นในแง่วิชาชีพ แต่เท่าที่ผ่านมา จะพบว่าป็นงานซึ่งพยาบาลจิตเวชส่วนใหญ่ให้เวลามากกว่าการพยาบาลอื่นๆ และบางครั้งละเลยการให้การพยาบาลบางชนิดที่พยาบาลควรตัดสินใจทำด้วยตนเอง อย่างไรก็ตามการรักษาด้วยยาสงบจิต (Tranquilizer) ให้ผลดีอย่างมากแก่ผู้ป่วยทางจิตเวช และเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ดังนั้นในปัจจุบันพยาบาลจิตเวชอาจได้รับมอบหมายให้รับหน้าที่นี้มากกว่าเดิม และอาจเป็นที่ปรึกษาของบุคลากรอื่น ที่ยังขาดความรู้ ขาดประสบการณ์ในเรื่องการให้ยาแก่ผู้ป่วยจิตเวช

3) บทบาทนักวิชาการสุขภาพจิต (Mental Health Educator) พยาบาลจิตเวชถูกจัดให้เป็นผู้รอบรู้เรื่องสุขภาพจิต จึงเป็นผู้ที่จะทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้เหล่านั้นแก่ผู้ป่วย ครอบครัว และประชาชนทั่วไปในชุมชน ด้วยเทคนิคต่างๆ ทางการพยาบาลจิตเวช

4) บทบาทของผู้แทนหน่วยงานสุขภาพจิต (Mental Health Community Worker) เมื่อองค์กร หน่วยงานในชุมชน มีกิจกรรมที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพจิตและการป้องกันปัญหาทางจิตเวชพยาบาลจิตเวชควรให้ความร่วมมือ ประสานประโยชน์ โดยทำหน้าที่เสมือนตัวแทนจากหน่วยบริการสุขภาพจิต

5) บทบาทของผู้บริหารงานสุขภาพจิต (Mental Health Administrator) พยาบาลจิตเวชเป็นผู้มีความรู้ความสามารถควรมีบทบาทในระดับของผู้วางแผนและกำหนดนโยบาย โดยมีความสามารถวิเคราะห์ ประเมินปัญหา กำหนดจัดลำดับความสำคัญ และแผนการแก้ปัญหา จะต้องรู้จักกำหนดการใช้ทรัพยากรในชุมชนให้เกิดประโยชน์อย่างเต็มที่ที่มีการควบคุมและดำรงไว้ซึ่งบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมที่มีประสิทธิภาพ

6) บทบาทผู้นิเทศก์และผู้ให้คำปรึกษา (Supervisor and Consultant) พยาบาลจิตเวช มีหน้าที่สำคัญอีกประการหนึ่ง คือการสนับสนุนระดับรอง สอนบุคลากรอื่นให้เข้าใจงานของจิตเวชชุมชน เพื่อให้สามารถปฏิบัติงานตามทิศทางที่มุ่งสู่ เป้าหมายเดียวกัน ทั้งในรูปแบบการให้คำแนะนำและช่วยปฏิบัติ เมื่อปัญหาทางสุขภาพจิต และการพยาบาลจิตเวช ยุ่งยากเกินความสามารถของพยาบาลทั่ว ๆ ไป

7) บทบาทพยาบาลจิตเวชในสถาบัน (Role of Psychiatric Nurse) พยาบาลจิตเวชมีหน้าที่รับผิดชอบเป็นพยาบาลจิตเวชในสถาบันอีกบทบาทหนึ่งที่จะต้องรับในบางสถานการณ์ที่พยาบาลจิตเวชจะต้องลงมือปฏิบัติโดยเฉพาะในปัญหาที่ยุ่งยากซับซ้อน

3.4.1 บทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน Morgan and Mc cain (1993) ได้กล่าวถึงบทบาทของพยาบาลที่จะดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านไว้ดังนี้

1) ต้องประกันสิทธิของผู้ป่วยและมีความรับผิดชอบ
2) มีการประเมินสุขภาพของผู้ป่วยตั้งแต่เริ่มต้นและที่กำลังดำเนินอยู่และประเมินความต้องการทางจิตสังคมและอารมณ์ด้วย

3) มีการพัฒนาการวางแผนการดูแล

4) มีการประสานการดูแลของบริการทั้งหมด ในการวางแผนและ

นำไปใช้เป็นทีม

- 5) มีการเตรียมการดูแลอย่างต่อเนื่องโดย 24 ชม.ต่อวัน หรือ 7 วันต่อ 1 สัปดาห์
- 6) มีการพิจารณาในด้านกฎหมาย ประเด็นทางจริยธรรม หรือภาวะที่ยุ่งยากใจ
- 7) มีโปรแกรมประสานงานและการจัดการ
- 8) มีการส่งต่อผู้ป่วยตามความเหมาะสม การเคลื่อนย้าย หรือการจำหน่ายผู้ป่วย
- 9) มีการควบคุมการติดต่อประเมีนผู้ป่วย การพัฒนาการนำนโยบายการควบคุมการติดต่อไปใช้ มีการประกันกิจกรรม
- 10) มีการให้ความรู้ การปฐมนิเทศน์ และการพัฒนาเจ้าหน้าที่
- 11) เตรียมการป้องกันการรักษา การจัดบริการพยาบาล
- 12) การจัดการตามความต้องการของผู้ป่วย และตามการดำเนินไปของโรค
- 13) เป็นผู้สนับสนุนผู้ป่วย
- 14) การให้ความรู้ผู้ป่วย
- 15) เป็นผู้ดูแลสิ่งแวดล้อมและดูแลบุคคลและสนับสนุนการบริการพยาบาลจิตเวชที่ดูแลที่บ้านอาจใช้ชนิดของการช่วยเหลือแบบการสอนผู้ป่วย บางครั้งอาจนั่งเคียงๆ กับผู้ป่วย การพูดกับผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหา โดยที่การดูแลผู้ป่วยสามารถทำได้

4. แนวคิดในการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

4.1 ความหมายของการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

การให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้าน หมายถึงกระบวนการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสุขภาพอันมีผลให้บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพทั้งด้านความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีเป็นประโยชน์แก่บุคคล สังคม และชุมชน โดยให้ประชาชนมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ สร้างความตระหนักถึงความจำเป็นในการดูแลสุขภาพ จาก การได้รับความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพที่ดี (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546)

4.2 แนวคิดการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

Orem (1991) กล่าวว่า ระบบการพยาบาล (nursing system) คือระบบที่ได้มาจากการใช้ความสามารถทางการพยาบาล เพื่อปรับแก้ไขความสมดุลระหว่างความสามารถในการดูแลตนเอง กับความต้องการดูแลตนเองทั้งหมด ของผู้ป่วย ระบบพยาบาล จะเกิดขึ้น เมื่อพยาบาลมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย หรือผู้รับบริการ และลงมือกระทำเพื่อสนองความต้องการ การดูแลตนเอง รวมทั้งปรับการใช้ และ พัฒนาความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง การแบ่งชนิดของระบบการพยาบาล แบ่งตามความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการเคลื่อนไหว และการจัดกระทำ (Control of movement and manipulatim) ซึ่งแบ่งออกได้เป็น 3 ระบบคือ

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

system)

การพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-educative nursing system) เป็นการพยาบาลที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยที่มีความสามารถที่จะปฏิบัติ และเรียนรู้ที่จะกระทำการดูแลตนเองได้ และเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่ช่วยในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น โดยการให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ที่จะกำหนดความต้องการการดูแล และกระทำการดูแลตนเอง โดยผู้ป่วยจะได้รับวิธีการให้ความช่วยเหลือตามระบบ ตามแนวคิดของโอเร็ม (Orem, 1991) ดังนี้

4.2.1 การชี้แนะ เป็นวิธีการที่พยาบาลชี้แนะให้ผู้ป่วยเลือก เมื่ออยู่ใน

สถานการณ์ที่ต้องตัดสินใจ โดยที่พยาบาลไม่ได้เป็นผู้ตัดสินใจให้ผู้ป่วย เป็นเพียงแต่ให้ในรูปแบบต้องการแนะนำ การบอกแนวทาง การให้ข้อมูลที่จำเป็น เพื่อเป็นแหล่งข้อมูลที่ช่วยในการตัดสินใจ เพื่อปรับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรม การดูแลตนเอง หรือตอบสนองต่อการดูแลตนเองที่จำเป็น พยาบาลมักจะใช้วิธีการชี้แนะร่วมกับการสนับสนุน

4.2.2 การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ หมายถึง การให้ความ

ช่วยเหลือผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของความสามารถในการดูแลตนเอง การสนับสนุนด้านจิตใจ เป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วย สามารถปฏิบัติ กิจกรรมดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง แม้มักอยู่ในภาวะเครียด หรือความทุกข์ทรมานจากโรค สามารถควบคุมหรือจัดการกับความเครียดอย่างเหมาะสม ด้วยวิธีการสนับสนุนด้วย คำพูด กิริยา ท่าทาง เช่น การมอง การสัมผัส การให้กำลังใจ โดยพยาบาลต้องเลือกใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ และเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคน รวมทั้งสนับสนุนให้ผู้ป่วยพัฒนาการช่วยเหลือตัวเองได้อย่างเหมาะสม

4.2.3 การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม เป็นวิธีการที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วย เกิดการ

เรียนรู้ และได้พัฒนาความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของผู้ป่วย ในการ

วางเป้าหมายที่เหมาะสม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้ได้ผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ สิ่งแวดล้อมในที่นี้ หมายถึง การปรับเปลี่ยน เจตคติ คุณค่า การใช้ความสามารถในการสร้างสรรค์ การปรับเปลี่ยน อคติ โน้ตส์ และพัฒนาทางด้านร่างกาย โดยพยาบาลต้องจัดให้ผู้ป่วย ได้มีโอกาสมีปฏิสัมพันธ์ และการติดต่อกับบุคคลอื่น เพื่อที่จะได้รับคำแนะนำ และสนับสนุน และใช้วิธีการช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การจัดทำเอกสารหรือ หนังสือ สำหรับผู้ป่วยจิตเภทอ่านที่บ้าน

4.2.4 การสอน วิธีนี้เหมาะสม ที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยในการพัฒนาความรู้ หรือทักษะบางประการ และเป็นวิธีการที่สำคัญมาก วิธีหนึ่ง ในการพัฒนาความสามารถของผู้ป่วย ในการดูแลตนเอง ซึ่งการสอนผู้ป่วยต้องยึดหลักการเพิ่มศักดิ์ศรี และความรู้สึกรับคุณค่าในตนเอง ให้ผู้ป่วยได้มีส่วนในการรู้จักควบคุมตนเอง การสอนสิ่งต่างๆ เพิ่มให้ผู้ป่วย เกิดการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุดรวมถึงให้ผู้ป่วย เป็นบุคคลที่ต้องตัดสินใจ กระทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเอง เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน หลักในการสอนผู้ป่วยดังนี้ (สมจิต หนูเจริญกุล , 2534)

- 1) ควรสอนในสิ่งที่ผู้ป่วย ต้องเรียนรู้ เนื่องจากผู้ป่วยบางคน มักจะมีการเรียนรู้การดูแลตัวเองบางอย่างมาแล้ว
- 2) เนื้อหาที่จะสอนจะต้องเสริมจากความรู้เดิม การเรียนรู้เป็น กิจกรรมที่ต้องดัดแปลง หรือเสริมสร้าง ความรู้สึกรู้จักคิด และการกระทำ
- 3) ความพร้อมของผู้ป่วย เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับการที่จะเรียนรู้ ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถควบคุมอาการของโรค มีอาการอ่อนเพลีย ได้ยากล่อมประสาท มีภาวะเครียด มากเกินไป มีความวิตกกังวลสูง ขอมมีข้อจำกัดในการเรียนรู้
- 4) การเรียนรู้จะมีเพิ่มมากขึ้นควรให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและมีการ ฝึกปฏิบัติการให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมอย่างจริงจังในกระบวนการเรียนการสอน ซึ่งจะกระทำได้โดย การพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ระหว่างผู้ป่วยกับพยาบาล เพื่อเพิ่มการเรียนรู้ พยาบาลไม่เพียง สอนหลักการให้ผู้ป่วย แต่จะต้องให้ผู้ป่วย ทราบว่าจะต้องทำอะไร ให้ผู้ป่วยได้ฝึก และเรียนรู้ ความผิดพลาดว่า ผิดตรงไหน เพราะเหตุใด ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะช่วยเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยในการ เรียนรู้และจำได้แม่นยำยิ่งขึ้น
- 5) การประเมินโดยการให้ข้อมูลย้อนกลับ จะช่วยในการเรียนรู้ ของผู้ป่วยและปรับพฤติกรรม โดยผู้ป่วย และพยาบาลต้องมีสัมพันธภาพที่ดีและอบอุ่น ผู้ป่วยต้อง ได้รับการประเมินถึงความก้าวหน้าในการบรรลุเป้าหมายในการเรียนรู้ การให้คำชม การให้กำลังใจ ในสิ่งที่ผู้ป่วยเรียนรู้ และกระทำการดูแลตนเอง ได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้ จะทำให้ผู้ป่วยมี กำลังใจที่จะกระทำกิจกรรมนั้นๆ ได้ดีขึ้น ส่วนในกิจกรรมที่ผู้ป่วยกระทำไม่ได้ไม่ถูกต้อง พยาบาล จะต้องชี้แจงและแก้ไข พยายามหลีกเลี่ยงไม่ติเตียน หรือทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าเป็นคำสั่งหรือถูกทำ โทษ

6) เนื้อหาที่จะสอน ต้องปรับให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย แต่ละคนซึ่งแตกต่างกัน การประเมินความเข้าใจและการยอมรับของผู้ป่วยด้วย

7) สัมพันธภาพที่ดี และอบอุ่น ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย จะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนการสอน ความไว้วางใจตัวพยาบาล และความเป็นมิตรจะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการเรียนรู้ของผู้ป่วย ความไว้วางใจจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการติดต่อสื่อสาร ร่วมกับส่งเสริมให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง และเพื่อเป็นการเพิ่มแรงจูงใจในการเรียนรู้

4.3 จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยที่บ้าน

จุดมุ่งหมายในการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน (อภิวัฒน์ แก้ววรรณรัตน์, 2546) คือ การให้ความรู้ทางสุขภาพที่ดี ต้องการให้บุคคลยอมรับการปฏิบัติ และมีรูปแบบการดำเนินชีวิต อย่างมีสุขภาพอนามัยดี สามารถใช้วิจารณญาณและความรอบรู้ในการเลือกใช้บริการต่างๆ ทางสุขภาพที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง และสามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง ทั้งในด้านการตัดสินใจร่วม เพื่อปรับปรุงสถานะสุขภาพและสิ่งแวดล้อมของตนเอง

โดยสรุป จุดมุ่งหมายของการให้ความรู้ทางสุขภาพ คือ การพัฒนาบุคคลโดย

1. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว รู้สึกรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีส่วนร่วม ในวิถีทางการดำเนินชีวิตของชุมชนอย่างสร้างสรรค์และมีเป้าหมายในการพัฒนาสุขภาพที่ดี
3. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความเชื่อมั่นในการพัฒนาและพึ่งพาตนเอง
4. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รับข้อมูล ความรู้ ทางสุขภาพอย่างต่อเนื่อง
5. ให้ความรู้ ที่สอดคล้องกับสภาพปัญหา เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และความต้องการของ ประชาชนและชุมชน
6. ให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีความรู้ทางสุขภาพ ส่งเสริม ป้องกัน เสริมสร้างสุขภาพ ดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัว และชุมชนได้

นอกจากนี้จุดมุ่งหมายของพยาบาล ในการให้ความรู้เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่ดีขึ้น มีจุดมุ่งหมายที่สำคัญ 3 ประการคือ

1. ความรู้ด้านสุขภาพ(Health Knowledge) หมายถึง การสอน การแนะนำให้ความรู้ ความเข้าใจ ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพแก่ประชาชน สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปเป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน
2. เจตคติด้านสุขภาพ(Health Attitude) หมายถึง การสอน อธิบาย การให้เหตุผล ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ทำให้ประชาชนมีเจตคติและความรู้สึกนึกคิดเกี่ยวกับสุขภาพดีขึ้นกว่าเดิม

3. การปฏิบัติด้านสุขภาพ(Health Practice) หมายถึง การนำเสนอแนวทาง วิธีการ และการกระทำ เพื่อให้ประชาชนเกิดการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ ให้เหมาะสมยิ่งขึ้น

5. โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้านสำหรับผู้ป่วยจิตเภท

ผู้ศึกษาได้พัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน เพื่อใช้ในการศึกษาครั้งนี้ โดยประยุกต์โปรแกรมการสนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านของนารถดี วัชรศิษย์ (2550) ที่พัฒนาจากโปรแกรมการให้ความรู้และระดับประคองที่บ้านของพัชรา ขันลา (2548) ซึ่งพัฒนาขึ้นด้วยการประยุกต์ด้วยการผสมผสานแนวคิดการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ได้แก่ การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนสิ่งแวดล้อม การสอน การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมและ มีการฝึกปฏิบัติการ การประเมิน โดยการย้อนกลับ มีการปรับเนื้อหาให้เข้ากับความสามารถในการเรียนรู้ของผู้ป่วย และมีสัมพันธภาพที่ดี ร่วมกับแบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านของ สุวิมล สมัตถะ (2541) และโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านของ ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) โดยในโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นมีเนื้อหาการให้ความรู้และสนับสนุนแก่ผู้ป่วยจิตเภทและครอบครัวที่บ้าน ซึ่งมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องใน 4 ด้านที่พบว่าเป็นปัญหาคือ 1) ด้านการใช้ยาทางจิต 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต 3) ด้านการปฏิบัติในกิจวัตรประจำวัน 4) ด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่ยึดหลักการพยาบาลตามระบบสนับสนุนและให้ความรู้ของ Orem (1991) ซึ่งครอบคลุมในเรื่อง การชี้แนะ การสนับสนุนด้านร่างกายและจิตใจ การสนับสนุนด้านสิ่งแวดล้อม และการสอน โดยจำแนกกิจกรรมการพยาบาลออกเป็น 5 กิจกรรม คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว 3) การให้ความรู้เรื่องโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต 4) การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว 5) การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ผู้ศึกษาทำการศึกษาอยู่พบปัญหาที่แตกต่างกันด้านต่าง ๆ ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้ปรับเพิ่มกิจกรรมการเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ซึ่งเป็นการรวมกิจกรรมที่ 1,2,3,4,5 เพื่อเป็นการทบทวนเนื้อหา กิจกรรมในทุกกิจกรรมอีกครั้งเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ทบทวนเนื้อหาทั้งหมดเนื่องจากผู้ป่วยอาจมีการรับรู้ซ้ำการให้ข้อมูลซ้ำ ๆ จะส่งผลให้เกิดความรู้ความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งกิจกรรมดังกล่าวเป็นกิจกรรมการพยาบาลที่มุ่งส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างถูกต้องทั้งในด้านการรับประทานยา มีความรู้เรื่องโรคจิตเภท สามารถดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตได้ถูกต้อง ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ รู้วิธีการป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ครอบครัวเกิดการเรียนรู้เข้าใจวิธีการดูแลช่วยเหลือระดับประคอง ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพ ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพ

การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช เป็นการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ตั้งแต่ 2 คนขึ้นไป เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เป็นวิธีการบำบัดทางจิตที่มีความสำคัญมาก พยาบาลจะต้องใช้ตนเองเป็นเครื่องมือในการบำบัดรักษา ซึ่งเครื่องมือในตัวพยาบาลคือ ความรัก ความเข้าใจในความรู้สึกลูกอื่น ความเห็นใจและการยอมรับผู้อื่น โดยไม่มีอคติ โดยหลักการนี้จะก่อให้เกิดผลตามมาคือ พยาบาลสามารถแยกแยะความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยและครอบครัวให้พบกับสิ่งที่เขาต้องการ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้เกิดการยอมรับสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความรู้สึกไว้วางใจและอบอุ่น

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

การให้คำปรึกษาเป็นกระบวนการช่วยเหลือ โดยอาศัยหลักการติดต่อสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพแบบตัวต่อตัว และกระบวนการแก้ปัญหา ซึ่งพยาบาลผู้ให้คำปรึกษาจะต้องเป็นผู้ได้รับการฝึกฝนทักษะในการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้การดูแลผู้ป่วยจิตเภท พยาบาลจะผสมผสาน กระบวนการให้คำปรึกษา ไปพร้อมกับกระบวนการพยาบาล เพื่อเป็นการช่วยหาทางออกในปัญหาต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยและครอบครัวประสบอยู่ การให้คำปรึกษาผู้ป่วยและครอบครัว จะเริ่มด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่ไว้วางใจ สัมพันธภาพที่สร้างขึ้น เป็นการเปิดโอกาสให้มีการสนับสนุนประคับประคองท่ามกลางความไว้วางใจ และการเปิดเผยข้อมูลหรือความรู้สึกทั้งในด้านการกระทำ ความคิด และความรู้สึก โดยมีการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน มีทิศทางช่วยเหลือที่ชัดเจน เป็นการปฏิบัติการแก้ปัญหามีขั้นตอนและต่อเนื่องเป็นระบบ ซึ่งแต่ละขั้นตอนมีความสัมพันธ์กัน โดยการปฏิบัติขั้นแรก จะส่งผลไปสู่ความสำเร็จในการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไป ในทางกลับกันหากปฏิบัติในขั้นตอนแรกล้มเหลว ก็สามารถทำนายได้ว่าการปฏิบัติในขั้นตอนต่อไปก็จะไม่ประสบความสำเร็จ เป็นการปฏิบัติที่เป็นกระบวนการ มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถค้นหาปัญหา และวิธีการแก้ไขปัญหา ตลอดจนเผชิญปัญหาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านได้

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคจิตเภทและการรักษาด้วยยาทางจิต

การดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีการเปลี่ยนแปลงจากการเน้นการรักษาในโรงพยาบาลด้วยวิธีการต่าง ๆ มาสู่การดูแลในชุมชน และให้ความสำคัญกับการดูแลที่บ้านเป็นอย่างมาก โดยมีเหตุผลว่าครอบครัวเป็นสถาบันที่ดีที่สุดสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เนื่องจากผู้ป่วยไม่สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในโรงพยาบาลได้ตลอดไป ผู้ป่วยต้องกลับบ้านและดำเนินชีวิตที่บ้าน พยาบาลจิตเวชจึงจำเป็นต้องเตรียมความรู้สำหรับครอบครัว ในการให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน เพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัว มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน ได้อย่างเหมาะสม ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดำเนินชีวิต

อยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข มีเป้าหมายเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคทางจิต ในเรื่องความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษาได้ถูกต้อง ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถใช้ใบความรู้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยได้ทุกเรื่อง ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้เต็มศักยภาพครบถ้วนทุกวัน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว

การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด เป็นแนวคิดที่เกิดจากความเชื่อที่ว่า สังคม สิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยมีส่วนทำให้เกิดการเจ็บป่วยทางจิตได้ การจัดสิ่งแวดล้อมที่ถูกต้อง เหมาะสมทั้งทางวัตถุ และทางด้านบุคคล จะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาให้เป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม มีความสามารถเผชิญความเครียด การจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ช่วยในการพัฒนาบุคลิกภาพให้กับผู้ป่วย มีเป้าหมายเพื่อผู้ป่วยและครอบครัวมีความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อม ที่สนับสนุนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน และให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เหมาะสม

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

วิธีป้องกันการกลับเป็นซ้ำคือ การให้ยารักษาโรคจิตอย่างต่อเนื่องและการตรวจตามนัด ปัจจัยอื่น ๆ ที่ช่วยป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำ คือการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวในการเข้าสังคม การลดความตึงเครียด ลดความขัดแย้ง ตัวผู้ป่วยเองและครอบครัวจะสามารถช่วยกันป้องกันการกลับเป็นซ้ำโดยการสังเกตอาการเตือน เนื่องจากก่อนจะมีอาการกำเริบมักจะมีอาการอื่นนำมาก่อน ซึ่งการรักษาที่เหมาะสมทันท่วงทีจะป้องกันไม่ให้เกิดการกลับเป็นซ้ำ การช่วยเหลือบุคคลในภาวะวิกฤตนั้น จะเป็นการทำให้ผู้ป่วยกลับสู่สภาพเดิม พยาบาลต้องเป็นผู้ให้การสนับสนุนทางจิตใจ เกี่ยวกับการป้องกันและการช่วยเหลือ ได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งครอบครัวมีทักษะการจัดการและเผชิญกับภาวะวิกฤติที่จำเป็นได้

6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

สุวิมล สมัตตะ (2541) ได้ศึกษาเรื่อง ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช โดยทดลองใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังที่ได้รับการดูแลโดยใช้

โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน สูงกว่าก่อนได้รับการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วันวิสาข์ ชูจิตร (2543) ศึกษาผลการพยาบาลระบบสนับสนุนและให้ความรู้ ต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองและการฟื้นฟูสภาพในผู้ป่วยบาดเจ็บทรวงอกที่ใส่ท่อระบายทรวงอก ที่หอผู้ป่วย อุบัติเหตุและหอผู้ป่วยศัลยกรรมทรวงอก โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 20 ราย แบ่งเป็นกลุ่ม ทดลอง 10 ราย และกลุ่มควบคุม 10 ราย โดยกลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลระบบสนับสนุน และให้ความรู้เป็นรายบุคคลตามโปรแกรม และกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มทดลอง ดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 และการฟื้นฟูสภาพของกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความเจ็บปวด และความทุกข์ทรมานหลังใส่ท่อระบายทรวงอกวันที่ 2 และ 3 ของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่ม ควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.01

จันทร์ฉาย เนตรสุวรรณ (2545) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีธัญญา พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมอยู่ในระดับสูงร้อยละ 61.6 อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.6 พฤติกรรมการดูแลตนเองรายด้าน ได้แก่ ด้านความสะอาดของร่างกาย ด้านการขับถ่าย ด้านการ รับประทานยา และการจัดการกับอาการต่างๆ อยู่ในระดับสูง ส่วนด้านอาหาร อากาศ น้ำ ด้านการ พักผ่อนนันทนาการ และการออกกำลังกาย และด้านปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นอยู่ในระดับปานกลาง

พรสวรรค์ พูลกระจ่าง(2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองต่อ พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา โดยประยุกต์ใช้ แนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองของโอเร็ม พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท หลังการใช้ โปรแกรมการให้ความรู้และประทับประคองสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และ ประทับประคองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ทิพวรรณ น่วมทอง (2547) ศึกษาเรื่องการใช้โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านต่อ พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทในอำเภอไชโย จังหวัดอ่างทอง กลุ่มตัวอย่างได้รับการ เลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 20 คน ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ บ้านของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรม การดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

โชติพร พันธุ์วัฒนชัย (2547) ศึกษาการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมการ ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลลพบุรี โดยประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีการ ดูแลตนเองของ Orem (2001) ร่วมกับแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจของ Hill- & Smith (1990) พบว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับ โปรแกรมการสอน

สุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พัชณา ชันลา (2548) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านกลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 20 คน ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และปรับประคองที่บ้านมีพฤติกรรม การดูแลตนเองดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

นารอดฤดี วัชรศิษย์ (2550) ศึกษาการใช้โปรแกรมการให้สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านต่อพฤติกรรม การดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทที่บ้านกลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์คุณสมบัติจำนวน 20 คน ผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับโปรแกรมการให้สนับสนุนและให้ความรู้ที่บ้านมีพฤติกรรม การดูแลตนเองทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการใช้ยาทางจิต ด้านการดูแลสุขภาพจิต ด้านการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และด้านการป้องกันการกลับเป็นซ้ำดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

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

Doherty (1998) ได้เขียนรายงานการศึกษา เกี่ยวกับองค์กรต่างๆที่ได้จัดบริการที่เป็นนวัตกรรมใหม่ๆ ในการบริการผู้ป่วยที่บ้าน เป็นบริการเคลื่อนที่ไปให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ภายหลังจากจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นทางเลือกหนึ่ง ที่ผู้ป่วยไม่ต้องเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในอีก พยาบาลเป็นผู้หนึ่งที่มิบทบาทในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้าน และเป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการดูแลรักษาแก่ผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้การพัฒนารูปแบบในการ

ดูแลผู้ป่วยด้วยการใช้ประสบการณ์การทำงานร่วมกันของ สหวิชาชีพ ก็จะช่วยให้การดูแลผู้ป่วยที่มี ปัญหาซับซ้อนได้ดียิ่งขึ้น โดยธรรมชาติแล้วการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่บ้าน ผู้ป่วยจะมีความสุขอย่างมากที่ได้รับการดูแล เพราะสามารถดำรงชีวิตอยู่ในบ้านที่แวดล้อมด้วยญาติพี่น้อง การจัดระบบนี้ สามารถสนับสนุนให้เกิดการดำเนินการได้ทั่วโลก และจะมีความต้องการเพิ่มขึ้นในอนาคต

Boardman et al. (1999) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ วิธีการรักษาผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์ของผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรง ซึ่งเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย 2 แห่ง วิธีการโดยการ Admit ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตรุนแรงไปยังหอผู้ป่วยที่อยู่ในชุมชน (n = 110) เปรียบเทียบกับผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการทางจิตรุนแรงที่ Admit ที่ Acute Wards ทำการประเมินผล อาการทางคลินิก และทางสังคม โดยประเมินทุก 6 และ 12 เดือน สำหรับการวัดความพึงพอใจใน บริการที่ได้รับ จะทำการประเมินเมื่อครบ 12 เดือน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองคือ ผู้ป่วยที่รับไว้ในหอผู้ป่วยในชุมชน เกิดผลดีต่ออาการของผู้ป่วย มากกว่ากลุ่มควบคุม และมีความ พึงพอใจในบริการที่ได้รับดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

Langle et al. (2000) ได้ทำการศึกษาเกี่ยวกับ การดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และผู้ป่วยที่ มีภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชหลายโรค โดยการดูแลรักษาอยู่บนพื้นฐานของความต้องการ ของผู้ป่วยแต่ละคน ซึ่งได้พัฒนารูปแบบนี้มากกว่า 4 ปี เป็นการดูแลผู้ป่วยภายหลังจำหน่ายออก จากโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการพยาบาลทางด้านจิตเวชในขณะที่อยู่ที่บ้าน โดยการประเมิน ความต้องการและให้การบำบัดช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ผลลัพธ์ ของการรักษาด้วยวิธีนี้ได้ผลเป็นที่น่าพึงพอใจในด้านการลดค่าใช้จ่าย ค่าเฉลี่ยจำนวนวันในการอยู่ รักษาของผู้ป่วยในโรงพยาบาล ซึ่งมากกว่า 3 ปี ลดลงเหลือ 206 วัน และค่าใช้จ่ายในการดูแล รักษา ลดลงจาก 70,000 เหรียญสหรัฐต่อปี เหลือเพียง 8,000 เหรียญสหรัฐต่อปี จากผลการศึกษา เพียง 1 ราย เป็นสิ่งที่เกิดความหวัง ในการผลักดันให้มีการพัฒนาการประเมินการวางแผนการรักษา รายบุคคลอย่างเข้มงวดในผู้ป่วยจิตเภท

กรอบแนวคิดที่ใช้ในการศึกษา

โปรแกรมการให้ความรู้และสนับสนุนที่บ้าน

ประกอบด้วย 5 กิจกรรม

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพทางการพยาบาลจิตเวช

กิจกรรมที่ 2 การให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัว

กิจกรรมที่ 3 การให้ความรู้เรื่องโรคจิต และการรักษา
ด้วยยาทางจิต

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อ
ส่งเสริมสุขภาพจิต

กิจกรรมที่ 5 การป้องกันการกลับเป็นซ้ำ

ดำเนินการโดยการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยรายครอบครัว ครอบครัวละ 4
ครั้ง ใช้เวลาดำเนินการครั้งละ 40-60 นาที โดยดำเนินกิจกรรมในแต่ละ
ครั้ง ดังนี้

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมที่ 1,2,3

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,4

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,5

การเยี่ยมบ้านครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมที่ 2,3,4,5

พฤติกรรมการณ์ดูแลตนเอง

ของผู้ป่วย จิตเภท

- 1) ด้านการใช้ยาทางจิต
- 2) ด้านการดูแลสุขภาพจิต
- 3) ด้านการปฏิบัติใน
กิจวัตรประจำวัน
- 4) ด้านการป้องกันการ
กลับเป็นซ้ำ