



## แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชตามแบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอน

กัญญาดา ภัทรกิจจารุ<sup>1</sup>

จิรวรรณ ชัยวิศิษฏ์<sup>2</sup>

### บทนำ

การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกของกระบวนการพยาบาล และถือว่าเป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เนื่องจากในการวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยนั้น จำเป็นจะต้องอาศัยข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน ตรงตามสภาพความเป็นจริงของผู้ป่วย และครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ พยาบาลจึงต้องมีกรอบการทำงานที่ได้มาจากแนวคิดทฤษฎีทางการพยาบาล และองค์ความรู้จากศาสตร์สาขาต่างๆ มาประยุกต์ใช้ให้เกิดประสิทธิภาพ แนวคิดแบบแผนด้านสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของกอร์ดอน เป็นแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพที่ได้รับการยอมรับและถูกนำมาประยุกต์ใช้ทางการพยาบาลอย่างกว้างขวางในปัจจุบัน ซึ่งแนวคิดแบบแผนสุขภาพพัฒนาขึ้นโดย มาจอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon) ในปี 1987 จากความเชื่อว่าบุคคลจะมีภาวะสุขภาพดีหรือไม่ดีขึ้นอยู่กับความปกติ (function) หรือความผิดปกติ (Dysfunction) เป็นการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพของผู้รับบริการที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่ง แต่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของผู้รับบริการทั้งในปัจจุบันและในอนาคต ประกอบด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผน (Gordon, 1994) เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้รับบริการได้เป็นองค์รวม

สถาบันการศึกษาทางการพยาบาลในประเทศไทย ได้นำแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนในทุกสาขาวิชา โดยบรรจุไว้ในหลักสูตรอย่างเป็นทางการ ปัจจุบัน มีตำราทางการพยาบาลและเอกสารทางวิชาการต่าง ๆ จำนวนมากที่เขียนไว้เกี่ยวกับการแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน โดยส่วนใหญ่จะเขียนในลักษณะของการประเมินสุขภาพผู้รับบริการทางกายในการปฏิบัติพยาบาลขั้นพื้นฐานมากกว่าการเขียนในเชิงเฉพาะเจาะจงตามลักษณะของผู้ป่วยแต่ละประเภท โดยเฉพาะในการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชซึ่งผู้รับบริการจะมีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากผู้ป่วยทางกายทั่วไป การรวบรวมข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งพบว่าในตำราทางการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชยังมีการกล่าวถึงน้อย

มากเกี่ยวกับการประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช

การประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชนั้น พยาบาลต้องบูรณาการองค์ความรู้ทั้งเรื่องโรคและอาการทางจิตเวช ความสามารถในการสัมภาษณ์และซักประวัติผู้ป่วยทางจิต ซึ่งต้องอาศัยทักษะความเชี่ยวชาญในการสื่อสารเพื่อการบำบัดเป็นสำคัญ จึงนับเป็นความซับซ้อนและท้าทายสำหรับพยาบาลวิชาชีพที่ยังขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช หรือนักศึกษาพยาบาลที่ฝึกภาคปฏิบัติการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชในการนำแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอนไปประยุกต์ใช้ได้เหมาะสมและถูกต้อง ในการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง เพียงพอ ที่จะนำมากำหนดปัญหาทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาลได้ตรงตามภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช ในขณะที่เอกสาร/ ตำราวิชาการที่เกี่ยวข้องยังมีน้อยและยากต่อการศึกษาค้นคว้าเพิ่มเติม ดังนั้น ผู้เขียนจึงได้รวบรวมองค์ความรู้ทั้งจากเอกสาร ตำราวิชาการ และประสบการณ์การทำงานในการประยุกต์ใช้แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอนในการประเมินพฤติกรรมทางสุขภาพผู้ป่วยจิตเวช เพื่อเผยแพร่เป็นแหล่งความรู้ให้กับผู้ปฏิบัติงานทางการพยาบาล และนักศึกษาพยาบาล

แบบแผนด้านสุขภาพ (Functional Health Pattern) ของกอร์ดอน แบ่งออกเป็น 11 แบบแผน ประกอบด้วย แบบแผนด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ แบบแผนด้านโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร แบบแผนด้านการขับถ่าย แบบแผนด้านกิจกรรมและการออกกำลังกาย แบบแผนด้านสติปัญญาและการรับรู้ แบบแผนด้านการพักผ่อนนอนหลับ แบบแผนด้านการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ แบบแผนด้านบทบาทและสัมพันธภาพ แบบแผนด้านเพศและการเจริญพันธุ์แบบแผนด้านการปรับตัวและการทนทานต่อความเครียด และ แบบแผนด้านคุณค่าและความเชื่อ โดยในการประยุกต์ใช้ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยที่มีปัญหาทางสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละแบบแผน มีรายละเอียด ดังนี้

<sup>1</sup>อาจารย์พยาบาลประจำ หัวหน้าสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

<sup>2</sup>อาจารย์พยาบาลประจำ สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

**แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ**

**การรับรู้สุขภาพ** เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิดความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพของตนเอง โดยเฉพาะต่อโรคและอาการเจ็บป่วยทางจิตที่ผู้ป่วยเป็น ทั้งในอดีตและปัจจุบัน

ตัวอย่างคำถามที่ควรใช้ในการประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพตนเองของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล เช่น “พอจะบอกถึงสาเหตุที่คุณต้องมาโรงพยาบาลได้หรือไม่” “ช่วยเล่าให้ฟังหน่อย ได้ไหมว่าเกิดอะไรขึ้น คุณถึงมาอยู่ที่โรงพยาบาลครั้งนี้” “คุณคิดว่าการที่คุณต้องมาอยู่โรงพยาบาลเพราะอะไร” “ญาติทราบไหมคะว่าผู้ป่วย ไม่สบายครั้งนี้เป็นอะไร” เป็นต้น

**การดูแลสุขภาพ** เป็นการรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติขณะเจ็บป่วยทางจิต ทั้งในขณะที่ผู้ป่วยอยู่บ้านและขณะอยู่โรงพยาบาล รวมถึงการปฏิบัติตัวเพื่อการดูแลตนเองในอนาคตเมื่อกลับไปอยู่บ้านว่า ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง เหมาะสมหรือไม่ ซึ่งโดยส่วนใหญ่ผู้ป่วยที่ปฏิเสธการเจ็บป่วยมักไม่ปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา เช่น ไม่รับประทานยาต่อเนื่อง ไม่ไปพบแพทย์ตามนัด ขาดความรู้เรื่องโรคและการปฏิบัติตน หรือมีความรู้แต่ไม่ปฏิบัติ เนื่องจากคิดว่าตนเองไม่ได้เจ็บป่วยทางจิต นอกจากนี้ผู้ป่วยบางรายหยุดยาเองเนื่องจากไม่สบายหรือทุกข์ทรมานจากผลข้างเคียงจากยา หรือผลข้างเคียงจากยานั้นเป็นอุปสรรคต่อการดำรงชีวิตประจำวันและการประกอบอาชีพ เช่น ง่วงมาก เวียนศีรษะ ปากคอแห้ง พูดไม่ชัด เป็นต้น ตัวอย่างผู้ป่วยรายหนึ่งที่มีอาชีพขับรถแท็กซี่บอกว่า “กินยาแล้วง่วง ขับรถไม่ได้ อันตราย จะให้หยุดงานก็ไม่มีเงินเลี้ยงครอบครัว”

ตัวอย่างคำถามที่ควรใช้ในการประเมินเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ “อยู่ที่บ้านคุณรับประทานยาอย่างไร ใครเป็นคนจัดให้” “ยาหมดหรือเมื่อแพทย์นัด คุณได้กลับมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้งหรือไม่” “โดยส่วนใหญ่มารับยาเองหรือมีใครมารับยาแทน” “เคยหยุดยาเองหรือกินบ้างไม่กินบ้าง หรือมีการปรับยาเองไหม” “เมื่อกลับบ้านทราบไหมคะว่าต้องดูแลตัวเองอย่างไร” “พอจะบอกถึงอาการเตือนก่อนที่จะมีอาการกำเริบได้ไหมคะ” “ถ้าหากคุณมีอาการ... เมื่อกลับไปอยู่บ้านคุณจะทำอย่างไร” “คุณดื่มกาแฟ หรือสูบบุหรี่ หรือใช้สารเสพติดไหมภายหลังออกจากโรงพยาบาล ไปอยู่ที่บ้าน” “เวลาที่คุณออกไปทำงาน คุณดูแลตัวเองเรื่องการรับประทานยาอย่างไร” เป็นต้น

นอกจากนี้ ควรมีการประเมินการรับรู้ของญาติเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยและการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องตั้งแต่ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลจนถึงกลับไปอยู่บ้าน

**แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร**

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มักมีปัญหาในการรับประทานอาหาร เช่น รับประทานน้อยเกินไป หรือรับประทานมากเกินไป ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ถูกต้องจึงมีความสำคัญอย่างมาก ปัญหาเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่พบบ่อยในผู้ป่วยจิตเวช ได้แก่

- ผู้ป่วยจิตเภทชนิดคาทาโทนิค (Schizophrenia Catatonic Type) ผู้ป่วยจิตเภทชนิดนี้ จะมีลักษณะนิ่งเฉย ไม่เคลื่อนไหว ไม่ทำอะไร ไม่รับประทานอาหาร และจะนั่งเฉย ทำเดียนาน ๆ ทั้งวัน
- ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติด้านการกิน Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa
- ผู้ป่วยติดสารเสพติด (Substance related psychotic disorder)
- ผู้ป่วยทางจิตที่มีภาวะหลงผิด หวาดระแวง เช่น หลงผิดว่ามีคนปองร้าย (Persecutory Delusion) คนวางยาพิษในอาหาร
- ผู้ป่วยซึมเศร้า (Depressive disorder) มักซึมเศร้าจนไม่ยอมรับรับประทานอาหาร เบื่ออาหาร
- ผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia) ปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อมพบได้ทั้งสองลักษณะ คือ ไม่รับประทานอาหารเพราะเข้าใจว่าตนเองรับประทานแล้ว หรือรับประทานอาหารวันละหลายๆ มื้อ เนื่องจากหลงลืมจำไม่ได้ว่าตนเองได้รับประทานไปแล้ว
- ภาวะการดื่มน้ำมากผิดปกติ ในผู้ป่วยโรคจิต (Polydipsia in Patient with Psychosis)

**แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย**

แบบแผนที่ควรประเมินทั้งจำนวนครั้งของการขับถ่าย และความสามารถในการดูแลตนเองในการขับถ่าย เนื่องจากผู้ป่วยอาจมีปัญหาท้องผูก ท้องเดิน ปัสสาวะลำบาก ซึ่งเกิดได้จากผลข้างเคียงจากยาทางจิตเวช โดยเฉพาะผู้ป่วยที่ได้รับยาลิเทียม ควรเฝ้าระวังภาวะ Lithium intoxication เช่น มีอาการท้องเดิน คลื่นไส้ อาเจียน และ ประเมินว่าผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองในการขับถ่ายและการทำความสะอาดอย่างไร หรือต้องมีคนผู้ป่วยบางรายใช้ห้องน้ำแล้วไม่ราด ไม่ล้างทำความสะอาด บางรายปัสสาวะ/ อุจจาระเรี่ยราดในที่สาธารณะ หรือในที่ที่ไม่ใช่ที่ในการขับถ่าย เช่น อ่างล้างมือ บางรายมีพฤติกรรมแปลกประหลาด เช่น เล่นอุจจาระ หรือกินอุจจาระของตนเอง

#### แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่มีการสูญเสียหน้าที่ในการดูแลตนเอง เช่น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ผู้ป่วยที่มีความพร่องทางสติปัญญาและการรู้คิด ผู้ป่วยจิตเวชสารเสพติด เป็นต้น ปัญหาที่พบ ได้แก่ การไม่อาบน้ำเป็นเวลานาน (อาจเป็นเดือนหรือเป็นปี) ผู้ป่วยมักมีลักษณะเกียจคร้าน ไม่ทำอะไร ส่วนใหญ่จะกินกับนอน ไม่สนใจทำกิจวัตรประจำวัน ไม่ทำงานบ้าน ไม่ออกกำลังกาย ทั้งที่เมื่อก่อนเคยทำ ซึ่งอาการเหล่านี้มักส่งผลกระทบต่อตามมาหลายอย่าง เช่น ความรู้สึกเป็นภาระของญาติหรือผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ซึ่งโดยส่วนใหญ่ครอบครัวจะมองว่าผู้ป่วยขี้เกียจ นิสัยไม่ดี งอมืองอเท้า ไม่ช่วยเหลือตัวเอง ทั้งที่พฤติกรรมเหล่านี้เป็นอาการทางจิตอย่างหนึ่งที่เรียกว่า “อาการด้านลบ” (negative symptoms)

นอกจากนี้ควรประเมินลักษณะการเคลื่อนไหวที่ผิดปกติทั้งที่เป็นพฤติกรรมผิดปกติ แปลกประหลาด ทำทางแปลกๆ เช่น Catalepsy , Waxy flexibility, Catatonic stupor, Stereo type, พฤติกรรมวุ่นวาย (agitation) เดินไปมาไม่หยุด ผู้ป่วยที่มีอาการของ Extra pyramidal symptom เช่น กระสับกระส่าย (Akathisia) แฉิ่งแฉิ่ง (Acute dystonia) การเคลื่อนไหวเชื่องช้า (Akinesia) อาการคล้ายพาร์กินสัน (Parkinson liked syndromes) เป็นต้น

#### แบบแผนที่ 5 สติปัญญาและการรับรู้

แบบแผนนี้สำหรับผู้ป่วยจิตเวช หน้าที่การประเมินสภาพจิตในมิติด้านความรู้ปัญญาและการรู้คิด (Cognition) ได้แก่

1. การรู้สึกตัว (Conscious) เช่น สับสน เบลอๆ
2. การคิด (Thought) ประเมินทั้งรูปแบบความคิดและเนื้อหาความคิด โดยผู้ป่วยโรคจิตมักมีอาการหลงผิด หวาดระแวง เป็นต้น
3. การรับรู้ (Perception) ประเมินอาการประสาทหลอน (Hallucination) และแปลสิ่งเร้าผิด (Illusion)
4. การรับรู้เวลา สถานที่ บุคคล (Orientation) ผู้ป่วยที่มักพบว่ามีปัญหา Disorientation โดยเฉพาะผู้ป่วย Dementia, Delirium
5. ความจำ (Memory) โดยเฉพาะในผู้ป่วยสมองเสื่อม (Dementia)
6. สมาธิและความสนใจ (Attention and concentration) ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่สมาธิ/ ความสนใจไม่ค่อยดี เช่น ผู้ป่วยที่ซึมเศร้า กังวล ผู้ป่วย mania
7. ความรอบรู้ทั่วไป (Fund of knowledge) ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังมักมีความเสื่อมถอยในด้านความรู้รอบรู้ทั่วไปเนื่องจากไม่สนใจข่าวสาร สิ่งรอบตัวต่าง ๆ

#### 8. การคิดนามธรรม (Abstract thinking)

มักพบความผิดปกติ ผู้ป่วยทางจิตชนิด Organic psychosis ผู้ป่วย Dementia ผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา

#### 9. การตัดสินใจ (Judgment) ผู้ป่วยบางราย

มีอาการหุนหันพลันแล่น มีการตัดสินใจที่ไม่เหมาะสม เสี่ยงต่อการเกิดอันตรายหรือผลกระทบที่รุนแรงตามมาได้ ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับอาการประสาทหลอน (Hallucination) ได้แก่ “คุณเคยได้ยินเสียงพูด ในขณะที่ไม่มีใครเลยบ้างมั๊ย” “คุณเห็นอะไรที่คนอื่นไม่เห็นบ้างมั๊ย”

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการประเมินเกี่ยวกับเนื้อหาความคิด ได้แก่ “คุณใช้เวลาไหนในการทำ ความสะอาดร่างกายตัวเอง” “คุณรู้สึกลำบากไหมในการตัดสินใจเรื่องเล็กๆน้อยๆ”

#### แบบแผนที่ 6 การพักผ่อนนอนหลับ

ปัญหาการนอนในผู้ป่วยจิตเวชพบได้ทั้งนอนน้อยเกินไปหรือนอนมากเกินไป เช่น ผู้ป่วยที่นอนน้อย พบได้บ่อยในผู้ป่วยที่มีภาวะหวาดระแวง กลัว วิตกกังวลสูง ซึมเศร้า หรือในผู้ป่วย Mania ที่อยู่ในระยะคลุ้มคลั่ง ที่มีกิจกรรมมาก นอนไม่ก็ขี้โม่งก็รู้สึกท้อเพียงพอ หรือ ในผู้ป่วยสมองเสื่อม ผู้ป่วย Delirium ที่มักสับสนเรื่องเวลา เป็นต้น

ส่วนผู้ป่วยที่นอนมากเกินไป พบบ่อยในผู้ป่วยที่ได้รับยาปริมาณสูง หรือผู้ป่วยที่ได้รับยาทางจิตเวชเป็นครั้งแรก หรืออาจพบในผู้ป่วยที่มีความเสื่อมถอยที่ไม่สนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม นอนทั้งวัน หรือผู้ป่วยซึมเศร้าบางรายมีลักษณะที่นอนมากกว่าปกติแทนที่จะนอนไม่หลับ

#### แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

ปัญหาของผู้ป่วยจิตเวชที่มักพบในแบบแผนนี้ เช่น ความรู้สึกด้อยคุณค่า ไร้ค่า รู้สึกตนเองเป็นภาระคนอื่น รู้สึกถูกตีตราว่าเป็นคนบ้า เป็นต้น แบบแผนนี้เป็นการประเมินความคิด ความรู้สึกต่อตนเอง การมองตนเอง

ตัวอย่างคำถามที่ใช้ในการประเมิน เช่น “คุณคิดว่าตนเองเป็นคนอย่างไร” “คิดว่าคนอื่นมองคุณอย่างไร” เป็นต้น

#### แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

ผู้ป่วยจิตเวชมักมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ด้านการงานและด้านสังคม ผู้ป่วยไม่สามารถลงมือซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ซึ่งเป็นผลมาจากอาการของโรคเอง และบุคลิกภาพดั้งเดิมของผู้ป่วย ปัญหาที่พบได้บ่อย ได้แก่ ผู้ป่วยมักมีปัญหาเกี่ยวกับเพื่อนร่วมงาน ทำงานไม่ได้ ลาออกจาก



งาน เปลี่ยนงานบ่อย มีพฤติกรรมแยกตัว ไม่เป็นมิตร  
หวาดระแวง หลงผิดคิดว่ามีคนจะทำร้าย เป็นต้น

### แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์

แบบแผนนี้ควรประเมินเกี่ยวกับความพึงพอใจ  
ในเพศสัมพันธ์ การเจริญพันธุ์ รวมถึงภาวะกามวิปริต  
(Paraphilia) เช่น การมีความต้องการทางเพศลดลง ซึ่งอาจ  
เป็นผลจากการติ่มสุราเป็นเวลายาวนานและอาจเกิดจาก  
ผลข้างเคียงจากยาทางจิต การมีความต้องการทางเพศ  
เพิ่มขึ้น ซึ่งมักพบในระยะอาการกำเริบของผู้ป่วย Mania  
หรืออาจเป็นผลจากการใช้สารเสพติด ทำให้ขาดสติและ  
ความยับยั้งชั่งใจ อาจพบภาวะเด้านมโตในเพศชายหรือ  
ตรวจพบน้ำนมไหลในเพศหญิงที่ไม่ได้ตั้งครรภ์ บางรายอาจ  
ถูกทารุณกรรมทางเพศ (Sexual abuse) เป็นต้น

### แบบแผนที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด

ควรรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับความเครียด/วิตกกังวล  
ในปัจจุบัน รวมถึงความวิตกกังวล/คับข้องใจที่ผ่านมา  
แบบแผนการปรับตัวต่อปัญหา กลไกทางจิตที่มักใช้เมื่อเกิด  
ความเครียด แหล่งสนับสนุนทางสังคม บุคคลที่ผู้ป่วย  
ไว้วางใจและมักไปปรึกษาเมื่อมีปัญหา นอกจากนี้ควร  
ประเมินสภาพจิตด้านอารมณ์ (Mood/ Affect) อย่าง  
ละเอียด ผู้ป่วยบางรายที่มีภาวะซึมเศร้ารุนแรงอาจมี  
ความคิดฆ่าตัวตายได้

### แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

ควรประเมินว่าผู้ป่วยและครอบครัวมีความเชื่อ  
อย่างไรเกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิต บางรายยังมีความเชื่อ  
ว่าการเจ็บป่วยทางจิตเกิดจากไสยศาสตร์ หรือถูกทำคุณไสย  
รวมถึงประเมินความคิด/ ความเชื่อเกี่ยวกับการรักษาผู้ป่วย  
ทางจิต บางรายเชื่อว่าต้องไปรดน้ำมนต์/ แก้วบน/ รับขันธุ์  
บางรายก็เชื่อว่าต้องไปขอพร หรือแต่งงาน จึงจะหายโดย  
ไม่จำเป็นต้องกินยาตามแพทย์สั่งหรือรักษาในโรงพยาบาล

### บทสรุป

ในการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช  
ตามแนวคิด 11 แบบแผนด้านสุขภาพของกอร์ดอนตาม  
แนวทางที่เรียบเรียงมานำเสนอนี้ ให้มีประสิทธิภาพ  
พยาบาลควรฝึกการตั้งคำถามและการบันทึกข้อมูล โดย  
เป็นคำถามที่เฉพาะเจาะจง เน้นการประเมินสภาพจิต การ  
คิดรู้ การตัดสินใจ ตลอดจนอาการแสดงทางกายที่เกี่ยวข้อง/  
นำมาสู่อาการทางจิต และควรหลีกเลี่ยงคำถาม “ทำไม”  
เพราะจะได้คำตอบที่เป็นเพียงเหตุผลที่ผู้ป่วยคิดในขณะ  
ที่ตอบเท่านั้น นอกจากนี้พยาบาลควรรวบรวมข้อมูลทั้งจาก

ตัวผู้ป่วยและครอบครัว/ผู้ดูแล เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชบาง  
รายอาจไม่ให้ความร่วมมือ หรืออยู่ในสภาวะทางจิตที่ไม่  
สามารถรับรู้ตนเองตามความเป็นจริง โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน  
การประเมินแบบแผนที่เกี่ยวกับสภาวะจิตใจ และอารมณ์  
สำคัญอย่างยิ่งพยาบาลต้องบูรณาการองค์ความรู้จากศาสตร์  
สาขาต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องโรคและอาการแสดงทางจิตเวช  
การสัมภาษณ์และซักประวัติทางจิตเวช การทดสอบสภาพ  
จิต และการใช้เครื่องมือประเมินทางสุขภาพจิตต่าง ๆ และ  
พยาบาลควรมีทักษะในการสร้างสัมพันธ์ภาพเพื่อการบำบัด  
เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความไว้วางใจ ให้ความ  
ร่วมมือในการเปิดเผยข้อมูลต่าง ๆ ที่จะประโยชน์ต่อ  
การนำไปใช้ในการวางแผนการพยาบาล

อย่างไรก็ตาม เนื่องจาก บุคคลคือ “องค์รวม”  
ที่ประกอบด้วยร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิต  
วิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกจากกันได้ พยาบาลจึงไม่ควร  
ละเลยในการประเมินภาวะสุขภาพในมิติทางด้านร่างกาย  
เช่นเดียวกับการประเมินในผู้ป่วยโรคทางกายทั่วไป เพื่อ  
นำไปสู่การจำแนกภาวะการเจ็บป่วยทางกายและทางจิตที่  
ถูกต้อง พร้อมทั้งสามารถวางแผนการพยาบาลได้สอดคล้อง/  
ตรงกับสภาพปัญหาจริงของผู้ป่วยจิตเวช

### เอกสารอ้างอิง

1. นริสา วงศ์พนารักษ์. (2557). สัมพันธภาพเพื่อ  
การบำบัด : การประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล.  
วารสารพยาบาลทหารบก. 15(2) : 84-91.
2. นิตยา ศรีจันงค์. (2557). กระบวนการพยาบาล  
ในการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. สืบค้น  
22 กุมภาพันธ์ 2563, จาก[http://www.elnurse.ssruc.ac.th/nitaya\\_si/pluginfile.php/22/block\\_html/content](http://www.elnurse.ssruc.ac.th/nitaya_si/pluginfile.php/22/block_html/content)
3. พรศิริ พันธสี. (2552). กระบวนการพยาบาล &  
แบบแผนสุขภาพ. กรุงเทพฯ : พิมพ์อักษร จำกัด.
4. ยาใจ สิทธิมงคลและคณะ บรรณาธิการ. (2559).  
การพยาบาลจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2.  
กรุงเทพฯ มหานคร : บริษัท แสแกนอาร์ต จำกัด.
5. Gordon, M. (1994). *Nursing Diagnosis :  
Process and Application*, 3rd ed. St.  
Louis : Mosby.
6. Edelman, C.L., & Mandle, C.L., (2006) In D.  
Como, L. Thomas (Eds.). *Health Promotion  
Throughout the Lifespan*. St. Louis: Mosby.
7. Elizabeth, M. Vacarolis. (2011). *Manual  
of Psychiatric Nursing Care Planing*. 4<sup>th</sup>  
ed . St. Louis: Missouri.