

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคจิตที่พบบ่อยที่สุด คือโรคจิตเภท มีอาการหวาดระแวง หลงผิด มีปัญหาบุคลิกภาพการปฏิบัติหน้าที่การงานบกพร่อง และความสัมพันธ์กับสังคมเสียไป พบผู้ป่วยรายใหม่ปีละ 6,000 คน ที่สำคัญคือโรคนี้อาจมีระยะเวลาการดำเนินโรคนาน และมีโอกาสกลับเป็นซ้ำสูง(กรมสุขภาพจิต, 2549) ความชุกชั่วชีวิต (lifetime prevalence) ของโรคจิตเภทมีค่าประมาณร้อยละ 0.5-1 และมีอัตราการเกิดโรค (incidence rate) ประมาณ 1:10,000 ต่อปี ความชุกของโรคจิตเภทในเพศชาย และเพศหญิงมีค่าเท่ากัน ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะเริ่มมีอาการช่วงวัยรุ่นหรือวัยผู้ใหญ่ตอนต้น (อายุ 15-35 ปี) (ชะฤทธิ พงศ์อนุตรี, 2536) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเป็นผู้ที่มีความผิดปกติทางด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมอารมณ์ที่ผิดปกติจากคนทั่วไป ไม่สามารถควบคุมอารมณ์และพฤติกรรมได้ เป็นโรคที่มีความสำคัญเนื่องจากเป็นโรคที่มีลักษณะเรื้อรัง (เกษม ต้นติผลาชีวะ, 2537) ซึ่งสามารถดำเนินโรคนเข้าสู่วัยสูงอายุได้ แต่โรคนี้อาจพบว่ามีอาการของโรคครั้งแรกได้ภายหลังจากอายุ 45 ปี ร้อยละ 28 และร้อยละ 12 ภายหลังจากอายุ 64 ปี แต่อย่างไรก็ตาม มีข้อเสนอแนะว่าร้อยละ 90 ของผู้ป่วยเคยมีอาการมาตั้งแต่วัยผู้ใหญ่ และที่เหลือร้อยละ 10 เริ่มเป็นครั้งแรกในวัยสูงอายุ จากการศึกษ้อัตราชุกในผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปพบในช่วง 0.1% ถึง 0.5% และพบการเกิดโรคในช่วงอายุ 40 ปีขึ้นไปประมาณ 23.5% และหลังจากอายุ 60 ปี พบ 1.5% (Moran Lawlor, 2005)

บุคคลเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกาย และจิตใจในทางที่เสื่อมถอยมีปัญหาด้านสุขภาพตามมา โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มผู้สูงอายุ ก็เป็นปัญหาสำคัญอีกประการหนึ่งของระบบสุขภาพ จากรายงานของกรมสุขภาพจิต ปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปในหน่วยงานบริการสุขภาพจิตพบว่าในรอบ 5 ปี (2547-2551) มีผู้ป่วยนอกเข้ารับบริการ 141,566 รายต่อปี และเป็นผู้ป่วยใน 2,663 รายต่อปี ทั้งนี้ปัญหาสุขภาพจิตโรคจิตเภทในวัยสูงอายุที่พบคิดเป็นร้อยละ 25.73 (กรมสุขภาพจิต, 2551) สำหรับรายงานสถิติจำนวนผู้ป่วยจิตเภทในวัยสูงอายุ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา พบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงกล่าวคือในปี พ.ศ. 2548 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเภท 466 คนเป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ 95 คน, ปี พ.ศ. 2549 ผู้ป่วยจิตเภท 370 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจำนวน 88 คน และปี พ.ศ.2550 มีผู้ป่วยจิตเภท 466 คน

เป็นผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจำนวน 106 คน คิดเป็นร้อยละ 4.9, 4.2 และ 5 ตามลำดับ ซึ่งเห็นได้ว่ามีแนวโน้มจะมีจำนวนผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมากขึ้น

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีอาการทางบวก คือ ประสาทหลอน อาการหลงผิดและความผิดปกติของพฤติกรรม ผู้ป่วยมักมีอาการหลงผิดแบบหวาดระแวงว่ามีคนปองร้าย อาการหลงผิดเป็นเรื่องราว มีหูแว่วเสียงคนว่าร้าย และเสียงคนวิจารณ์ การกระทำต่างๆ อาการที่พบบ่อยที่สุดโดยพบในผู้ป่วยมากกว่า 2 ใน 3 คืออาการหลงผิด ซึ่งมีเนื้อหาแปลกประหลาดเหลือเชื่อ (bizarre) เช่น คิดว่าตัวเองสามารถติดต่อกับมนุษย์ดาวอังคารได้ ความผิดปกติของ association อารมณ์ไม่เหมาะสมกับเหตุการณ์ผู้ป่วยจำนวนมากมีความผิดปกติของบุคลิกภาพ โดยเฉพาะชนิดหวาดระแวงแยกตัว ผู้ป่วยจำนวนมากไม่น้อยมีความบกพร่องของการมองเห็นและการได้ยิน มีความผิดปกติของสมอง แต่ไม่มีลักษณะเฉพาะเจาะจง เช่น ขนาด ventricles ขยายใหญ่เล็กน้อย บริเวณ white matter มีความผิดปกติมาก และ thalamus โดกว่าปกติมาก (สมภพ เรืองตระกูล, 2547) ตามธรรมชาติผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุ มีลักษณะอาการค่อนข้างที่จะซับซ้อน เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงหน้าที่ของสมองในทางที่เสื่อมถอย เช่น อาการหลงลืม สมองเสื่อม การศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทอายุ 77 ปีขึ้นไปจำนวน 997 คน แสดงอาการหูแว่ว และความคิดหวาดระแวง คิดเป็นร้อยละ 4 นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุนี้มีความเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อเสื่อม โรคพาร์กินสัน เป็นต้น (Christensen and Blazer, 1984)

ผู้ป่วยจิตเภทมักมีการดำเนินโรคแบบเรื้อรังและไม่หายขาด ผู้ป่วยอาจกลับมาป่วยซ้ำได้ (จันทร์ประภา ไชยรักษ์ และคณะ, 2536) ซึ่งเห็นได้ว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง จนเข้าสู่ผู้สูงอายุ ดังนั้นเมื่อผู้ป่วยเหล่านี้ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเรื้อรัง รักษาไม่หายมักใช้ชีวิตโดยคิดว่าตนเองเจ็บป่วยตลอดเวลา ไม่สามารถทำงานหรือปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ รู้สึกว่าตนเองต้องพึ่งพิงบุคคลรอบข้าง ทั้งครอบครัว ทีมสุขภาพ และชุมชน ดังนั้นจึงเกิดภาวะแก่บุคคลเหล่านี้ จากการที่ต้องพึ่งพิงผู้อื่นสูง ส่งผลกระทบและการสูญเสียตามมาต่อตัวผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว สังคมและชุมชน ซึ่งผลกระทบของความเจ็บป่วยต่อตัวผู้ป่วย ทำให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง สอดคล้องกับการสำรวจข้อมูลในประเทศอเมริกา พบว่าโรคเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญอันดับหนึ่ง และหนึ่งในจำนวนนี้มากกว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้ป่วยที่ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ (Tiden and Weinert, 1987)

จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเภทในวัยสูงอายุมีความบกพร่องในการทำหน้าที่ต่างๆ ของบุคคลในหลายๆ ด้าน การศึกษาเปรียบเทียบอาการ และการทำหน้าที่ของบุคคลในผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุจำนวน 184 คน ในสถานบริการสุขภาพชุมชน รัฐนิวแฮมเชอร์ โดยใช้แบบประเมินอาการและทักษะการดำเนินชีวิต พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีปัญหาในการทำหน้าที่ของบุคคล 4 ด้าน คือ

ทักษะทางสังคม, ปัญหาด้านพฤติกรรม, ทักษะการดูแลตนเอง และทักษะการดำเนินชีวิต (Bartels, Mueser, and Miles, 1997) นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังพบว่า การปรับตัวในการดำเนินชีวิต ซึ่งประกอบด้วย สัมพันธภาพทางสังคม การดูแลตนเอง และการควบคุมตนเองมีความสัมพันธ์กับอาการทางคลินิก และการทำหน้าที่ทางปัญญา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Mc Gurle et al, 2000)

สอดคล้องกับข้อมูลการประเมินด้วยแบบบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living หรือ ADL) ช่วงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2551 ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยในจำนวน 22 คน มีคะแนน Barthei index อยู่ในช่วง 0-20 คะแนน หมายถึง ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้อย่างรุนแรงมากต้องการการช่วยเหลือมากที่สุด จำนวน 8 ราย ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้างต้องการการช่วยเหลือบางอย่าง จำนวน 9 ราย ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้พอควรต้องการการช่วยเหลือเล็กน้อย จำนวน 2 ราย และผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ดีทำได้ด้วยตัวเอง จำนวน 3 ราย จึงเห็นได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุส่วนใหญ่มีความบกพร่องเรื่องความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ความสามารถในการดูแลตนเองนั้นมีน้อย ต้องการการช่วยเหลืออย่างมาก

จากการศึกษาสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เป็นปัญหาการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน นำมาสู่การฟื้นฟูที่ใช้ระยะเวลานาน เป็นผู้ที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรม และอารมณ์ ส่งผลให้มีการตอบสนองต่อสิ่งแวดล้อมไม่สอดคล้องกับความจริง มีการเสื่อมของบุคลิกภาพ สัมพันธภาพทางสังคมบกพร่อง เก็บตัวไม่เข้าสังคม การทำหน้าที่ทางสังคม และการประกอบอาชีพบกพร่อง การเคลื่อนไหวช้า การเปลี่ยนแปลงของหน้าที่ของสมอง ในทางที่เสื่อมถอย เช่น อาการหลงลืม สมองเสื่อม การรับรู้ช้า นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุนี้มีความเจ็บป่วยทางกาย เช่น โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคข้อเสื่อม โรคพาร์กินสัน เป็นต้น มีภาวะพึ่งพา และต้องการการช่วยเหลือสูง มีความสามารถในการดูแลตนเองบกพร่อง ไม่ว่าจะเป็นความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคม (christenson and blazer, 1984; Kansas State University, 1999)

หากการดูแลผู้ป่วยโดยมุ่งเน้นให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้มากที่สุดนั้นถือว่าเป็นสิ่งที่ควรปฏิบัติอย่างยิ่ง เพราะการดูแลตนเองเป็นพื้นฐานเพื่อนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่ดี ซึ่งจะทำให้ประชาชนในชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น Hill & Smith (1990) กล่าวว่า การดูแลตนเอง ประกอบด้วย การรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสาร การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การบริหารเวลา การพัฒนาและดำรงระบบสนับสนุนทางสังคม และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

จากแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยดังกล่าว นับว่าเป็นปัญหาสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนา งานสาธารณสุขให้บรรลุเป้าหมาย การรับผู้ป่วยไว้รักษาในโรงพยาบาล มีเป้าหมายพื้นฐานเพื่อให้ ผู้ป่วยได้รับการรักษาพยาบาลได้อย่างถูกต้อง ตลอดจนสามารถดูแลตนเอง ควบคุมพฤติกรรม ตนเองได้ ได้เรียนรู้ที่จะดำเนินชีวิตต่อไปได้อย่างมีความสุข (ศิริพร จิรวินกุล, 2536) และการ ปรับตัวเข้ากับสังคมเดิมของตนเองให้เร็วที่สุด (Lazarc, A, ed, 1989) และเมื่อรักษาจนอาการดีขึ้น สามารถกลับไปใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้แล้ว ก็ต้องทำการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถ พึ่งพาตัวเองได้ และมีศักยภาพในการดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข

การปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองนั้นขึ้นอยู่กับก็นำความสามารถมาใช้ กล่าวคือ บุคคลอาจมี ความสามารถในการดูแลตนเองแต่ไม่ได้นำมาใช้ (Kearney & Flishcher, 1979 อ้างใน สมจิต หนูเจริญกุล, 2539) สอดคล้องกับสมจิต หนูเจริญกุล (2539) กล่าวว่าบุคคลที่ปฏิบัติกรดูแลตนเอง ได้ดีย่อมมีความสามารถในการดูแลตนเอง และความสามารถจะเป็นพื้นฐานของการปฏิบัติ เช่นเดียวกับ วันวิสาข์ ชูจิตร (2543) ที่กล่าวไว้ว่า การวัดความสามารถในการดูแลตนเอง จึงน่าจะ ใกล้เคียงกับการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองมากที่สุด

การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง คือ ปัจจัยพื้นฐานเป็นปัจจัย เฉพาะของแต่ละบุคคลซึ่ง ประกอบด้วย อายุ เพศ สังคมวัฒนธรรม สภาพที่อยู่อาศัย ระบบบริการ สุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต แหล่งประ โยชน์ และความต้องการ การดูแล ตนเองทั้งหมดของบุคคล (Orem, 1991) มีความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยพื้นฐานกับความสามารถใน การดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองไม่ได้เป็นแบบเชิงเหตุเชิงผล (Causal Relationship) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ซึ่งปัจจัยดังกล่าวส่งผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ไม่ว่าจะป็นด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ แต่ทั้งนี้การพิจารณาความสามารถในการ ดูแลตนเองต้องคำนึงถึงปัจจัยพื้นฐานดังกล่าวด้วย

การพยาบาลในปัจจุบันที่ให้แก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ มีการดูแลผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาใน โรงพยาบาล คือ ในระยะที่มีอาการกำเริบ มีเป้าหมายเพื่อควบคุมอาการให้สงบโดยเร็วด้วยการให้ยา เพื่อลดความรุนแรงของอาการ หรือใช้การรักษาด้วยไฟฟ้า เมื่อใช้การรักษาด้วยยาไม่ได้ผล แต่น้อย ราย ที่จะใช้การรักษาด้วยไฟฟ้าเนื่องจากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน หรือมีข้อจำกัดในการ รักษาด้วยไฟฟ้ามากกว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีอายุน้อย ซึ่งส่วนใหญ่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ดูแล จะได้รับการ รักษาด้วยยาเป็นส่วนใหญ่ และในระยะที่ผู้ป่วยเริ่มควบคุมตนเองได้บ้าง การสื่อสารเริ่มดีขึ้น เป้าหมายในการรักษาในระยะนี้เพื่อควบคุมอาการ และบำบัดทางด้านจิตใจเป็นสำคัญ ลักษณะของ การบำบัดจะใช้กลุ่มกิจกรรม เช่น การสร้างสัมพันธภาพ ฝึกทักษะความจำ กลุ่มออกกำลังกาย กลุ่ม อ่านหนังสือพิมพ์ บางรายมีการสร้างสัมพันธภาพบำบัดรายบุคคลแต่ทำได้น้อยราย

ด้านร่างกาย เน้นเรื่องของการกระตุ้นให้รับประทานอาหาร การดูแลความสะอาดของร่างกาย การดูแลรักษาโรคแทรกซ้อนทางกายตามภาวะของโรค การดูแลผู้ป่วยให้ได้รับการทำกายภาพบำบัด การรับประทานยาทางจิตและทางกายควบคู่กันในรายที่มีโรคแทรกซ้อน เพื่อควบคุมอาการทั้งด้านจิตใจและโรคทางกาย การเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน โดยการทำการวางแผนจำหน่าย แต่การให้ญาติมีส่วนร่วมเป็นไปได้ยาก เพราะส่วนมากผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุไม่ค่อยมีญาติ เพราะส่วนหนึ่งเจ็บป่วยเรื้อรังมาตั้งแต่วัยรุ่นจนเข้าสู่วัยสูงอายุญาติปฏิเสธที่จะรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว บางรายบอกว่าไม่ใช่ญาติโดยตรง จึงเป็นการเตรียมความพร้อมสำหรับผู้ป่วยในการดูแลตนเอง เช่น การให้ความรู้เกี่ยวกับการรับประทานยา การมาตรวจตามนัด การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์ เพราะผู้ป่วยส่วนหนึ่งต้องไปอยู่สถานสงเคราะห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ถึงการดูแลตนเองด้านต่างๆ และมีการพัฒนารูปแบบของการให้บริการแก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ในเรื่องของ การรับรู้เรื่องโรค การรักษา พัฒนาทักษะทางสังคม และการพัฒนาการดูแลด้านจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งการพยาบาลให้ความสำคัญกับการดูแลบุคคลแบบองค์รวม โดยเข้าใจยอมรับ และเห็นคุณค่าของผู้ใช้บริการในฐานะมนุษย์ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542)

จากการศึกษาของการศึกษาของ Greasley et.al. (2001) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและผู้ดูแลมีแนวคิดที่ จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะทำให้ผู้ป่วยมีความหวังมีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญกับความเจ็บป่วย โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้แก้ไขปัญหาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย แต่เป็นผู้ให้การส่งเสริมสนับสนุน จิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและเยียวยาตนเอง โดยการให้จิตวิญญาณของพยาบาล การเปิดใจ เคารพวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย (Peri, 1995) และส่งเสริมสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวทางจิตใจศรัทธาและนับถือ หรือใช้หลักคำสอนในทางศาสนาเข้ามาช่วยจะทำให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และยังเป็น การช่วยให้จิตใจสงบสบาย ส่งผลให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่มีความรู้สึกซึมเศร้า ดังนั้นปัญหาที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุในปัจจุบัน คือ การที่ผู้ป่วยยังไม่ได้รับการดูแลที่เป็นแบบองค์รวมที่ครอบคลุมทั้ง ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และยังไม่มีการกำกับติดตามการให้การพยาบาลแบบองค์รวมที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

จากการศึกษา การพยาบาลแบบองค์รวมนั้น เป็นการดูแลที่ให้บริการครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆ ได้ การให้การดูแลช่วยเหลือจำเป็นต้องผสมผสานความรู้ทุกๆด้านมาใช้ด้วยการนำศาสตร์การพยาบาลและศาสตร์อื่นที่เกี่ยวข้อง เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลอย่างครอบคลุม ด้วยการช่วยเหลือ ดูแล บำบัดรักษา บรรเทาอาการของโรค หรือรักษาระดับการฟื้นคืนหาย การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค และการป้องกันสุขภาพ ทั้งนี้ต้องปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมด้วย

ตั้งแต่การรวบรวมข้อมูล การวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติ ตามแผนการพยาบาล และการประเมินผล (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542) การศึกษาตามแนวคิดดังกล่าว โดย อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ต่อความสามารถในการดูแลตนเองและอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นการศึกษาใน ผู้ป่วยจิตเภทที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สูงกว่าก่อนการได้รับ โปรแกรมการพยาบาล แบบองค์รวมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และผลการศึกษาของ เพลิน เสียงโชคอยู่ (2548) เรื่องการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม สำหรับผู้ป่วยเป็นกลุ่มต่อพฤติกรรม การดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มงานผู้ป่วยนอกสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา ซึ่งเป็น การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทรายใหม่ ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรม การดูแลตนเองของ ผู้ป่วยจิตเภท หลังได้รับ โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมเหมาะสมกว่าก่อนการ ได้รับ โปรแกรมการ พยาบาลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจ ดำเนินการตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ หลังได้รับการพยาบาล แบบองค์รวม ประกอบกับยังไม่มีผู้ใดศึกษาในผู้ป่วยกลุ่มนี้ ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จ เจ้าพระยาจึงทำการศึกษานี้ขึ้น

คำถามการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม มีความสามารถในการ ดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม แตกต่างกันหรือไม่

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุก่อนและหลัง ได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

แนวเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

ความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ นับเป็นสิ่งสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง โดยเฉพาะความมีคุณค่าในตนเองจะทำให้ ผู้ป่วย มีพลังและสามารถดูแลตนเองได้ แนวทางในการศึกษาครั้งนี้ ใช้แนวทางการดูแล แบบองค์รวม ของอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547)

ที่ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวมของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ และใช้แนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่อธิบายการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิต ซึ่งมี 7 องค์ประกอบ คือ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหา การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา และการดูแลตนเองโดยทั่วไป

การสร้างสัมพันธภาพ เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การให้ความร่วมมือในการค้นหาปัญหาของตนเอง ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น (นพรัตน์ ไชยธานี, 2544) จากการศึกษาของพญจจิต วรรณนิต (2525) พบว่าการใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีผลทำให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ที่จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจกระตุ้นให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความคิดทำกิจกรรมด้วยตนเอง และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกำหนดเป้าหมาย ทิศทางในการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Atkinson, 1996 อ้างในอัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ โรคและการรักษาเป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง และเป็นการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นข้อมูลในการตัดสินใจ และปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากโรคและการรักษา (Kaplan & Sadock, 1995) ดำเนินการโดยสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วยรับรู้เป็นกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยอภิปรายเกี่ยวกับโรคจิตเภท อาการ สาเหตุ การรักษา และผู้ทำการศึกษ้อ่านเอกสารความรู้ให้ผู้ป่วยในกลุ่มฟัง โดยมีภาพพลิกประกอบ และให้ผู้ป่วย อภิปรายแสดงความคิดเห็นสรุปความเข้าใจ และวิธีการประยุกต์นำไปใช้ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจแล้วผู้ป่วยจะเข้าใจ และรู้วิธีทดลองทำ เกิดกำลังใจ เกิดกระบวนการของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม (กองการพยาบาล, 2540) ส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน เป็นกิจกรรมที่ต่อยอดจากกิจกรรมการสร้างสัมพันธภาพ โดยในขั้นตอนนี้การดำเนินการเป็นกิจกรรมกลุ่มให้สมาชิกพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ มีการสาธิตการติดต่อสื่อสารทางบวก โดยให้ผู้ช่วยเป็นคนนำเสนอ อภิปรายและสรุปความคิด การนำไปใช้ ผู้ป่วยจะเรียนรู้การดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชนโดยผ่านเรื่องราวและประสบการณ์ของผู้อื่น จะทำให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้กับตนเอง เกิดการเรียนรู้เรื่องการติดต่อสื่อสารเพื่อบอกความต้องการของตนเอง การรับรู้ถึงความรู้สึกนึกคิด และความต้องการของผู้อื่น เกิดการเรียนรู้ถึงแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่มีส่วนช่วยเหลือผู้ป่วยได้ ซึ่งส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี

การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มีการให้ผู้ช่วยฝึกปฏิบัติมีกิจกรรมการฝึกการหายใจ การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาส่งเสริมให้จิตใจผู้ป่วยมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยเหตุผลและปัญญา เพื่อป้องกันภาวะเครียดมากหรือนานเกินไป Mandel, Jacobs, Arcari, Domar (1996) อ้างในเพลิน เสียง โชคอยู่ (2548) กล่าวว่าเทคนิคการผ่อนคลายสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ทั้งร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายและจิตใจมีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหา

การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตน โดยให้ผู้ป่วยได้พูดระบายเกี่ยวกับตนเอง ทั้งในข้อดี และข้อเสียของตนเอง ยอมรับข้อคิดเห็นที่แตกต่าง สามารถดูแลตนเองในการจัดการความเครียด มองเห็นศักยภาพของตนเอง ทำให้เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง ซึ่งความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเองเป็นองค์ประกอบขั้นพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997, อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) และเป็นสิ่งสำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเองอย่างแท้จริง (Roger, 1961, อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) เป็นคุณสมบัติขั้นพื้นฐานที่สำคัญประการหนึ่งของบุคคลที่จะทำให้ บุคคลตัดสินใจ และลงมือกระทำการดูแลตนเอง สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆได้อย่างมีประสิทธิภาพ (Bandura, 1986) ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการดูแลตนเอง ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองนั้นเกี่ยวเนื่องมาจากทุกกิจกรรมข้างต้นส่งเสริมกัน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยนั้นมีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ของตนเอง กับบุคคลที่สามารถเข้าใจตนเองได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่ามากขึ้น

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในเรื่องความเชื่อ ทศนคติ ในเรื่องความเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การตอบสนองต่อความต้องการทางด้านจิตวิญญาณ จากการศึกษาของ Greasley et.al. (2001) อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวคิดว่า จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็ง

ในการต่อสู้หรือเผชิญความเจ็บป่วย มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญต่อปัญหาของตนเอง โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้แก้ปัญหาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย แต่เป็นการส่งเสริมสนับสนุนจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและเยียวยาตนเอง โดยการใช้จิตวิญญาณของพยาบาล การเปิดใจ การเคารพวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย (Peri, 1995) การส่งเสริมสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวทางจิตใจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และยังเป็นการช่วยให้จิตใจสงบ

จากแนวคิดดังกล่าว โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมจึงเป็นการพยาบาลที่ผสมผสานทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม จิตวิญญาณ และสิ่งแวดล้อม การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวมซึ่งเป็นศาสตร์ทางการพยาบาลที่มุ่งเน้นการให้การพยาบาลบุคคลเป็นองค์รวม จึงเป็นการพยาบาลเพื่อการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุให้ดีขึ้นได้

สมมติฐานในการศึกษา

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

ขอบเขตของการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังทำการศึกษา โดยทำการศึกษา ผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ แผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จังหวัดกรุงเทพมหานคร คือ

1. ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ป่วยเพศชาย และหญิงที่มีอายุเกิน 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคทางจิตเวช (ICD-10) และเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยแผนกผู้ป่วยใน ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา จังหวัดกรุงเทพมหานคร

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาได้แก่

2.1) ตัวแปรต้น คือ การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

2.2) ตัวแปรตาม คือ ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษาโครงการศึกษาอิสระ

การใช้โปรแกรมการพยาบาลองค์รวม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมที่ครอบคลุมความต้องการของผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ที่ไม่สามารถแยกให้บริการสุขภาพเป็นส่วนๆ ได้ การปฏิบัติการพยาบาลในการพัฒนาความรู้ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ในเรื่องการพัฒนาความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเองด้านสุขภาพร่างกาย สุขภาพจิต การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง และการพัฒนาทักษะทางสังคม โดยมีการนำเสนอความรู้และฝึกทักษะโดยกระบวนการกลุ่มร่วมแสดงความคิดเห็นและอภิปรายร่วมกัน ให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ได้รับรู้ประโยชน์ของการพัฒนาการดูแลสุขภาพของตนเองและความสามารถในการดูแลตนเอง การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ของอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ที่ใช้แนวคิดการดูแลแบบองค์รวม ของนพรัตน์ ไชยธานี (2544) ซึ่งพัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมของ Bolander (1994) และแนวคิด การส่งเสริมพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่อธิบายการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต เน้นการส่งเสริมความมีคุณค่าของบุคคล ความมีอำนาจ การสร้างความหวังและกำลังใจ รวมทั้งการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ในการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ร่วมกัน เป็นกลุ่มย่อย อย่างเป็นขั้นตอน โดยมุ่งให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ได้เรียนรู้วิธีการดูแลตนเองได้ หลังจากได้ศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการทำกิจกรรมกลุ่มบำบัด ผู้ศึกษาได้กำหนดการทำกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มย่อย กลุ่มละ 6-8 คน สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ทำกิจกรรม ประกอบด้วย 6 กิจกรรม โดยใช้การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วยขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมดังนี้

1. การสร้างสัมพันธภาพ การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลด้วยการสร้างสัมพันธภาพที่อบอุ่นระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยที่ต่อเนื่องตลอดระยะเวลา 3 สัปดาห์ โดยพบกันจำนวนรวม 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที ดำเนินการสนทนากับผู้ป่วยในรูปแบบของการบำบัดกับผู้ป่วยให้เหมือนกัน ทุกคน ลักษณะของกิจกรรมเป็นการที่ผู้ป่วยได้ร่วมกันค้นหาปัญหา ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายของการเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี นำไปสู่การปรับตัวเพื่อการดำเนินชีวิตที่มั่นคงและพึงพอใจ ตอบสนองความต้องการของตนเอง โดยใช้ศักยภาพของตนเอง และบุคคลใกล้ชิดจัดการกับปัญหาร่วมกันแก้ปัญหาด้านสุขภาพ และปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

2. การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการรักษา หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาล ที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคที่ตนเองเป็นอยู่ การรักษาที่แพทย์ให้ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเองต่อการรักษา และให้ผู้ป่วยแต่ละคนพูดถึงการรักษาของตนเองที่ได้รับให้กลุ่มทราบ โดยพยาบาลส่งเสริมและสนับสนุนให้กำลังใจในการรักษาและนำความรู้ที่ได้จากกลุ่มไปประยุกต์ใช้กับตนเอง

3. การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยการสอนให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้ผู้ป่วยได้ดูแลตนเองทางด้านร่างกายที่ครอบคลุมความต้องการของบุคคล เพื่อส่งเสริมและสนับสนุน ให้กำลังใจผู้ป่วยได้ดูแลตนเองและมุ่งหมายให้ผู้ป่วยได้เห็นความสำคัญของการดูแลตนเองโดยใช้พลังของกลุ่ม

4. การพัฒนาทักษะทางสังคม หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยการสนับสนุนและการสอนให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้วิธีการขอความช่วยเหลือจากครอบครัว สังคมและชุมชน เมื่อเริ่มมีอาการเตือน และส่งเสริมให้ผู้ป่วยพูดบอกถึงความต้องการของตนเองให้ผู้อื่นได้รับทราบและมีการฝึกปฏิบัติทักษะในการสื่อสารด้วยตนเอง

5. การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตน หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยการให้ผู้ป่วยได้มองเห็นข้อดีข้อเสียของตัวเอง จากการที่ได้ฟังกรณีศึกษาที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับตนเอง โดยจะทำให้ผู้ป่วยได้มองเห็นและรับรู้ถึงจุดอ่อนและจุดแข็งของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยสามารถมองเห็นถึงการพัฒนาตนเองได้ ทำให้รู้สึกมีคุณค่าโดยพยาบาลเป็นผู้ที่ส่งเสริมความรู้สึกที่เป็นบวกของผู้ป่วยและนำไปสู่การมีแรงจูงใจเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อให้สามารถดูแลตนเอง รวมทั้งประเมินพฤติกรรม อารมณ์ ความคิดของผู้ป่วย

6. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมของพยาบาลที่พบกันในกลุ่มกิจกรรม 1 ครั้ง ครั้งละ 60 นาที โดยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในสิ่งที่ผู้ป่วยนับถือและศรัทธากับกลุ่ม รวมทั้งสนับสนุนส่งเสริมผู้ป่วยได้รับรู้ว่ายังมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ด้วยวิธีการที่เหมาะสมไม่ขัดต่อการรักษา และสามารถนำไปปฏิบัติใช้ได้ในชีวิตประจำวัน โดยที่ผู้ป่วยเลือกที่จะปฏิบัติด้วยตนเองในวิธีการที่ตนเองถนัด

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ หมายถึง ศักยภาพของบุคคลในการดูแลตนเอง (Orem, 1991) เพื่อที่จะคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และสวัสดิภาพของตน เป็นการกระทำที่ตั้งใจ และมีเป้าหมาย ซึ่งเป้าหมายของการกระทำ คือ การดูแลตนเองที่จำเป็น (สมจิต หนูเจริญกุล, 2536) ประเมินจากแบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท เป็นแบบสังเกตการทำกิจกรรมของผู้ป่วย

โดยผู้ช่วยผู้ศึกษาที่ทำความเข้าใจและฝึกทดลองใช้แบบประเมินร่วมกับ ผู้ศึกษาแล้วเป็นคนประเมินทั้งก่อนและหลังการให้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อป้องกันการลำเอียง และประเมินจากข้อความในแต่ละข้อ ว่าผู้ป่วยนั้นสามารถปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ได้มากหรือน้อยเพียงใดตามเกณฑ์การประเมิน และให้นำน้ำหนักคะแนนซึ่งมีคะแนนเต็ม 96 คะแนน โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง หมายถึง ศักยภาพในการปฏิบัติเพื่อตอบสนองให้บรรลุ เป้าหมายความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นทั้งทางด้านร่างกาย และจิตใจของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเป็นพฤติกรรมหรือการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ในการทำกิจกรรม กิจกรรมหนึ่งเกี่ยวกับตนเอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี ซึ่งประกอบด้วย

1. การดูแลตนเองด้านร่างกาย หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกาย เพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพที่ดี ประกอบด้วย

1) การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคล หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการช่วยเหลือตนเองด้านต่างๆ ในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน เช่น การรับประทานอาหาร และน้ำ การนอนหลับพักผ่อน การออกกำลังกาย เป็นต้น

2) ความพร้อมในการปฏิบัติตัวตามแผนการดูแลรักษา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเองเกี่ยวกับการรับประทานยา การปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ และพยาบาล รวมทั้งการดูแลตนเอง งดเว้นการใช้สารเสพติด

2. การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง พฤติกรรมหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเภทกระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านจิตใจ ประกอบด้วย

1) การรู้จักตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการรู้จักรูปร่างลักษณะของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง

2) การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการใช้ภาษา สร้างสัมพันธภาพ การสื่อความต้องการของตนเอง การเข้าใจภาษาของผู้อื่น ได้

3) การเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการที่กล้าตัดสินใจในปัญหาที่เกิดขึ้น การบอกถึงวิธีการแก้ไขปัญหาและผ่อนคลายตนเองจากความวิตกกังวล

4) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยในการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและการเป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ปัญหา และการรับรู้ถึงสิทธิของตนเองที่พึงได้รับจากการรักษา

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ หมายถึง ผู้ป่วยเพศชายและหญิงที่อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไปได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภท คือ ผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของบุคลิกภาพ มีความผิดปกติด้านการรับรู้ ที่มีลักษณะจำเพาะและอารมณ์ไม่เหมาะสม หรืออารมณ์ทื่อ (Blunted) สติสัมปชัญญะ และเซาว์ปัญญามักคืออยู่แม้ว่าจะสูญเสียการรับรู้ (Cognitive) (WHO, 1994; อ้างในเกษม ตันติผลลาชีวะ, 2536) บุคคลที่มีอาการผิดปกติด้านความคิด การรับรู้ พฤติกรรมและอารมณ์ ในขณะที่ความรู้สึกตัว และความสามารถทางสติปัญญายังคงปกติ อาการผิดปกติดังกล่าวมีอย่างน้อย 2 อาการ และปรากฏอาการชัดเจนอยู่เป็นเวลาอย่างน้อย 1 เดือน มีการเสื่อมหน้าที่ทางสังคม / การประกอบอาชีพ มีอาการต่อเนื่องกว่า 6 เดือน และไม่มีสาเหตุมาจากสารเสพติดหรือภาวะการเจ็บป่วยทางกาย (WHO, 1994)

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ด้านบริการพยาบาล เป็นแนวทางในการให้พยาบาลจิตเวชได้ใช้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ด้านการวิจัย เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาวิจัยนำไปปรับปรุงใช้กับโรคทางจิตเวชต่อไป