

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ เป็น โครงการศึกษาอิสระแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลัง (The one group pretest posttest design) เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ก่อนและหลัง การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อเปรียบเทียบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

สมมติฐานของการศึกษา

ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมมีคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองสูงขึ้น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยอายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็น โรคจิตเภท ตามเกณฑ์การวินิจฉัยใน DSM- IV และ ICD 10 ที่มารับบริการที่กลุ่มงานผู้ป่วยใน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา

2. เป็นผู้ป่วยโรคจิตเภทที่มารับบริการที่กลุ่มงานผู้ป่วยใน เพศชาย และหญิง ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา อายุ 60 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป จำนวน 20 คน ที่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล สามารถอ่านออก-เขียนได้ ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับการได้ยิน การพูด และการใช้ภาษาไทยในการสื่อสาร มีคะแนน ประเมินสภาพทางจิต (BPRS) ไม่เกิน 36 คะแนน สามารถแสดงความรู้สึกและสามารถโต้ตอบได้ มีคะแนนการประเมินด้วยแบบบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living หรือ ADL) มีคะแนน Barthel index น้อยกว่า 95 คะแนน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษานี้มี 3 ประเภท คือ

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1.1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพสมรส จำนวนครั้งที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ระยะเวลาในการเจ็บป่วย ระดับการศึกษา รายได้ และศาสนา

1.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง เป็นแบบประเมิน ของ อัญชลี ศรีสุพรรณ(2547) ที่สร้างจากแนวคิดทฤษฎีการดูแลตนเองด้านร่างกาย และด้านจิตใจของของ Hill and Smith (1985) และแนวคิดพฤติกรรมดูแลตนเอง ด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) และจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความสามารถในการดูแลตนเองทั้งทางด้านร่างกาย และด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งแบบประเมินชุดนี้เป็นแบบสังเกตการณ์ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นแบบประมาณค่าแบ่งคำตอบเป็น 3 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 32 ข้อ ดังนี้

1. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกาย

การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขวิทยาส่วนบุคคลขณะอยู่โรงพยาบาล (จำนวน 11 ข้อ) ความพร้อมในการปฏิบัติตามแผนการดูแลรักษาที่บ้าน (จำนวน 4 ข้อ)

2. ความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

การรู้จักตนเอง (จำนวน 5 ข้อ) การติดต่อสื่อสารที่มีคุณภาพ (จำนวน 5 ข้อ) การเผชิญปัญหา (จำนวน 3 ข้อ) การพัฒนาระบบสนับสนุนทางสังคม (จำนวน 4 ข้อ)

มีการแบ่งคะแนน เป็น 3 ระดับ คือ 1 หมายถึง น้อย 2 หมายถึง ปานกลาง 3 หมายถึง มาก และให้น้ำหนักคะแนนซึ่งมีคะแนนเต็ม 96 คะแนน โดยเปรียบเทียบคะแนนก่อนและหลังการเข้าร่วมการศึกษา ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 ราย ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่าง และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .94

2. เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา

1.1 โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ผู้ศึกษาได้ปรับปรุงจากการศึกษาของ อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) ที่พัฒนามาจากแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม ของ นพรัตน์ ไชยธานี (2544) ที่อธิบายการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง โดยนำเสนอวิธีการไว้ 6 กิจกรรม และนำโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมไปปรึกษากับอาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบแก้ไขเนื้อหา

ภาษาที่ใช้ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับการศึกษา และปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ แล้วนำไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และจิตแพทย์ 1 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) ความถูกต้องชัดเจน ครอบคลุมความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ รูปแบบและความเหมาะสมของกิจกรรม การจัดลำดับของเนื้อหา และความเหมาะสมของเวลาในแต่ละกิจกรรม จากนั้นผู้ศึกษานำโปรแกรมมาปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิให้สมบูรณ์ร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา อีกครั้งก่อนนำไปใช้จริงมีกิจกรรมประกอบด้วย 6 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่1. การสร้างสัมพันธภาพ

กิจกรรมที่2.การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา

กิจกรรมที่3. การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย

กิจกรรมที่4.การพัฒนาทักษะด้านสังคม

กิจกรรมที่5. การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

กิจกรรมที่6.การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตน

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา เครื่องมือกำกับการทดลองในการศึกษานี้ มีจำนวน 1 ชุด คือ

แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเอง ปรับจาก ของอัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) สร้างขึ้นเพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจ ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ที่สอดคล้องกับเนื้อหาที่จะให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ในโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวมได้แก่การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจ กำหนดเกณฑ์การให้คะแนน โดยมีลักษณะเป็นข้อคำถามที่ให้ผู้ป่วยจิตเภทเลือกตอบ 1 คำตอบว่าถูกหรือผิด ให้คะแนนข้อที่ตอบคำตอบถูก 1 คะแนน และให้คะแนนข้อที่ตอบคำตอบผิดให้ 0 คะแนน ถ้าค่าคะแนนที่ได้ไม่เป็นไปตามเกณฑ์ คือ ร้อยละ 75 ผู้ศึกษาและสมาชิกจะทำความเข้าใจร่วมกันและเสริมกิจกรรมในส่วนที่เกี่ยวข้อง จากนั้นจึงทำการวัดประเมินซ้ำจนกว่าจะมีคะแนนผ่านเกณฑ์ จำนวน 20 ข้อ ดังนี้ ข้อความทางบวก 14 ข้อ และข้อความทางลบ 6 ข้อ

การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ผู้ศึกษานำเครื่องมือไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษาในครั้งนี้ จำนวน 30 ราย ที่ไม่ได้เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา และนำข้อมูลที่ได้อาวิเคราะห์หาความเที่ยงของเครื่องมือ โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder – Richardson Reliability) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาดำเนินการศึกษาร่วมกับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม โดยแบ่งการดำเนินการศึกษา เป็น 3 ระยะดังนี้

1.ระยะเตรียมการศึกษา

1.1 ผู้ศึกษาเตรียมเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการศึกษา คือ แผนกิจกรรมการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบประเมินความสามารถในการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท เครื่องมือกำกับการทดลองในการศึกษา คือ แบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท และเครื่องมือที่ใช้ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างคือ แบบประเมินและบันทึกความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Activities of Daily Living หรือ ADL, แบบประเมินอาการทางจิต BPRS และเตรียมความพร้อมของผู้ศึกษาและผู้ช่วยผู้ศึกษา

1.2 ผู้ศึกษาติดต่อประสานงานกับบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอความร่วมมือในการศึกษาและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1.3 ผู้ศึกษาจัดเตรียมการนัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างโดยนัดหมายดำเนินการทุกวัน เริ่มดำเนินการระหว่างเดือน มีนาคม 2552 – เมษายน 2552

2.ระยะดำเนินการศึกษา

ผู้ศึกษาแจ้งผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างให้ทราบว่า จะมีการดำเนินการในวันจันทร์ถึงวันอาทิตย์ เริ่มดำเนินการตั้งแต่วันที่ 17 มีนาคม 2552 ถึงเดือน เมษายน 2552 กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมโครงการ จะได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมที่กำหนดตามตาราง ผู้ศึกษาดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมรายกลุ่ม โดยแบ่งเป็นกลุ่มย่อยเป็น 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6-8 คน แบ่งเป็นช่วงเวลาเช้าเวลา 10.00-11.00น. และบ่ายเวลา 13.30-14.30 ตามกำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม ครั้งละ 60 นาที จนครบ 6 กิจกรรม เป็นเวลา 3 สัปดาห์ ติดต่อกันหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม 6 กิจกรรม จะประเมินความรู้ในการดูแลตนเอง และหลังจากสิ้นสุดกิจกรรม 6 กิจกรรม ไปแล้ว 1 สัปดาห์จะประเมินผลโดยใช้แบบความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท โดยผู้ช่วยผู้ศึกษาเป็นคนประเมิน ผู้ศึกษาดำเนินการทำกิจกรรมกลุ่ม ที่ห้องกิจกรรมกลุ่มหอผู้ป่วยประสาทจิตเวชศาสตร์ชาย ของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จพระยา และแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษา ให้ข้อมูลเรื่องการพิทักษ์สิทธิ์ ให้ลงชื่อยินยอมเข้าร่วมโครงการศึกษา ขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล และทำการประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Pre-test) ก่อนการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม โดยผู้ช่วยผู้ศึกษากลุ่มเป็นพยาบาลวิชาชีพที่มีความชำนาญด้านการดูแลผู้ป่วยจิตเวช และทำความเข้าใจกับแบบประเมินก่อนนำไปใช้ เป็นผู้ประเมินทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ตามโปรแกรม

3. ระยะประเมินผลการศึกษา

ผู้ศึกษาได้ทำการประเมินความรู้จากแบบวัดความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจบกิจกรรมที่ 6 และประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Post-test) หลังการสิ้นสุดโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมไปแล้ว 1 สัปดาห์ และนำข้อมูลที่ได้ของกลุ่มตัวอย่างมาตรวจสอบความถูกต้องก่อนนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติต่อไป

วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้โปรแกรมทางสถิติ โดยนำคะแนนที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งก่อนและหลังการศึกษา มาคำนวณหาค่าสถิติดังนี้

1. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยาย (Descriptive Statistics) ใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอ้างอิง (Inferential Statistics) เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลตนเองก่อนและหลังได้รับ โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์ โดยใช้สถิติ Paired samples t-test
3. กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

ค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุ ทั้งก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยค่าคะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุ หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมเพิ่มขึ้น จากค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุก่อนการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม และค่าคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้ในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคจิตเภทสูงอายุ หลังการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมเพิ่มขึ้น ก่อนการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาผลของการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุสามารถนำมาอภิปรายผลตามสมมติฐานได้ดังนี้

สมมติฐานการศึกษา ผลการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุเพิ่มขึ้นภายหลังจากการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้

จากผลการศึกษา พบว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ประกอบด้วย การดูแลบุคคล ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งมีการสร้างสัมพันธภาพ อย่างต่อเนื่องเข้ามามีส่วนร่วมอยู่ในการดำเนินโปรแกรมทำให้ผู้ป่วย มีความไว้วางใจในทีมพยาบาล และสามารถติดตาม ปัญหาของผู้ป่วยได้อย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยรับทราบกระบวนการพยาบาลและเพื่อ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าใจในปัญหาของตนเองในทุกด้าน ไม่ว่าทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ที่เป็นอยู่ปัจจุบัน เป็นการสร้างสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วย เกิดความไว้วางใจ เกิดการเรียนรู้ถึงการมีสัมพันธภาพกับบุคคลอื่น การให้ความร่วมมือในการ ค้นหาปัญหาของตนเอง ระบุปัญหาและกำหนดเป้าหมายร่วมกันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงสุขภาพที่ดี การกำหนดเป้าหมายร่วมกันในการแก้ไขปัญหาที่มีผลกระทบต่อสุขภาพและการดำเนินชีวิต ของผู้ป่วย สามารถร่วมมือในการบำบัดรักษา นำไปสู่การปรับตัวและการดำเนินชีวิตที่ดีขึ้น (นพรัตน์ ไชยชำนาญ, 2544) สัมพันธภาพบำบัดที่ให้ เป็นสัมพันธภาพระหว่างพยาบาลและผู้ป่วยแบบกลุ่ม โดยเป็นสัมพันธภาพที่มีขั้นตอนการดำเนินงานและเป้าหมายที่ชัดเจน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้ค้นหา ปัญหา ระบุปัญหา และมีแนวทางแก้ไขปัญหา ได้เกิดทักษะและการเรียนรู้ แก้ไขความคิด ทศนคติ มีการเปลี่ยนแปลงสู่สุขภาพที่ดี สามารถปรับตัวดำเนินชีวิตได้อย่างมั่นใจเกิดความพึงพอใจในชีวิต

จากการศึกษาของพยุงจิต วรมุณีนิทร (2525) พบว่า การใช้สัมพันธภาพเพื่อการบำบัด มีผลทำให้ความแปรปรวนทางพฤติกรรมของผู้ป่วยลดน้อยลง ดังนั้นการสร้างสัมพันธภาพจึงมีความสำคัญต่อผู้ป่วย ที่จะช่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีแรงจูงใจกระตุ้นให้สามารถดูแลตนเองได้ มีความคิดทำกิจกรรมด้วยตนเอง และทำให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกำหนดเป้าหมาย ทิศทางในการ ดูแลตนเองของผู้ป่วย (Atkinson, 1996 อ้างในอัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นวิธีการที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ เกี่ยวกับภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยของตนเองตามความเป็นจริง และเป็นการสนับสนุนผู้ป่วย ให้มีความสามารถในการดูแลตนเองตามศักยภาพได้อย่างถูกต้องเหมาะสม เป็นข้อมูลในการ ตัดสินใจและปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกมีอำนาจในการควบคุมตนเอง ยังช่วยให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลจากโรคและการรักษา (Kaplan & Sadock, 1995) ให้ข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ และการรักษาผู้ป่วยจิตเภท ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญที่จะทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจในตนเอง เกิดความกระตือรือร้นว่าตนเองจะต้องปฏิบัติตนอย่างไรที่จะทำให้อาการดีขึ้น และที่สำคัญผู้ป่วยจะให้ความร่วมมือกับการรักษาเป็นอย่างดี ส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ดำเนินการ โดยสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วยรับรู้ เป็นกลุ่ม โดยให้ผู้ป่วยให้ผู้ป่วยร่วมแสดงความคิดเห็นความรู้ร่วม อภิปรายแสดงความคิดเห็นสรุปความเข้าใจ และวิธีการประยุกต์นำไปใช้ เมื่อมีความรู้ความเข้าใจแล้วผู้ป่วยจะเข้าใจ รู้วิธีลงมือ ทำ เกิดกำลังใจ

เกิดกระบวนการของการช่วยเหลือซึ่งกันและกันของสมาชิกกลุ่ม (กองการพยาบาล, 2540) ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

การรับประทานอาหารที่เหมาะสมและครบถ้วน น้ำที่สะอาดเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย การได้รับอากาศที่บริสุทธิ์ การพักผ่อน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การดูแลตนเองในการทำความสะอาดร่างกาย และรวมทั้งการจัดการกับฤทธิ์ข้างเคียงของยา จะทำให้บุคคลมีร่างกายที่สมบูรณ์ แข็งแรง มีจิตใจที่สดใส และมีพลังที่จะทำกิจกรรมต่างๆในชีวิตประจำวันได้ หากได้มีการปฏิบัติอย่างสม่ำเสมอทุกวัน จะส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ป่วย การดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นกิจกรรมที่แสดงถึงการดูแลเพื่อปกป้องร่างกายและมีความสัมพันธ์กับทุกส่วนของการดูแล ร่วมกับกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อลดภาวะเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือความพิการตลอดช่วงชีวิต (Hill and Smith, 1990) และเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพร่างกายที่ดี อาหารต้องรับประทานอาหารที่มีคุณค่าครบถ้วน ตามหลักโภชนาการและตามความต้องการของร่างกาย โดยเลือกรับประทานอาหารสด หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีสารเสพติดทุกชนิด รับประทานอาหารในปริมาณที่พอเหมาะ การรับประทานอาหารไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้ร่างกายขาดอาหารส่วนการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ทำให้ร่างกายแข็งแรงไม่เจ็บป่วยซึ่งเป็นแนวทางแห่งความสุขอย่างหนึ่ง (เอก ธนะศิริ, 2536 อ้างใน ศรีสุดา แซ่ลิ้ม, 2539) จากการศึกษาของ (Chesla, 1996) ผู้ป่วยจิตเภทต้องได้รับอาหารในแต่ละวันครบทั้ง 3 มื้อ เพื่อเพียงพอแก่ความต้องการของร่างกาย แต่พบว่าผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนบางส่วนมีปัญหาในการรับประทานอาหาร อาจปฏิเสธอาหารจากภาวะของโรค เช่น หวาดระแวง หลงผิด ซึมเศร้า เบื่ออาหาร ทำให้ได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ ร่างกายขาดสารอาหารส่งผลต่อระบบการทำงานของร่างกายและความเครียดได้

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) ไม่ว่าจะเป็กิจกรรมการดูแลตนเองทั้งด้านร่างกายและจิตใจการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองนั้นเกี่ยวเนื่องมาจากทุกกิจกรรมข้างต้นส่งเสริมกัน รวมทั้งทำให้ผู้ป่วยนั้นมีโอกาสระบายความรู้สึกนึกคิดที่มีอยู่ของตนเอง กับบุคคลที่สามารถเข้าใจตนเองได้ จะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่ามากขึ้น

การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในเรื่องความเชื่อ ทศนคติ ในเรื่องความเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การตอบสนองต่อความต้องการ การทางด้านจิตวิญญาณจากการศึกษาของ Greasley et.al. (2001) อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวคิดที่ จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญความเจ็บป่วย มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญต่อปัญหาของตนเอง โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้แก้ปัญหาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย แต่เป็นการส่งเสริมสนับสนุนจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและเยียวยาตนเอง โดยการใช้จิตวิญญาณของพยาบาล การเปิดใจ การเคารพวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย (Peri, 1995) การส่งเสริมสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และยังเป็น การช่วยให้จิตใจสงบสบาย

การฝึกทักษะในการผ่อนคลาย เป็นกิจกรรมกลุ่มที่มีการให้ผู้ป่วยฝึกปฏิบัติมีกิจกรรมการฝึกการนวดคลายเครียดให้ตัวเอง การผ่อนคลายกล้ามเนื้อและการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา ส่งเสริมให้จิตใจผู้ป่วยมีความสงบ มีความสุข สามารถแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยเหตุผลและปัญญา เพื่อป้องกันภาวะเครียดมากหรือนานเกินไป Mandel, Jacobs, Arcari, Domar (1996) อ้างในเพลินเสียง โชคอยู่ (2548) กล่าวว่า เทคนิคการผ่อนคลายสามารถแก้ไขปัญหาลักษณะร่างกายและจิตใจ ทำให้ร่างกายและจิตใจมีความพร้อมในการเผชิญกับปัญหา การพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันในเรื่อง ความเชื่อ ทศนคติ ในเรื่องความเจ็บป่วยและประสบการณ์การดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปสู่การตอบสนองต่อความต้องการ การทางด้านจิตวิญญาณจากการศึกษาของ Greasley et.al. (2001) อ้างใน อัญชลี ศรีสุพรรณ (2547) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทและผู้ดูแลมีแนวคิดที่ จิตวิญญาณมีความสำคัญต่อสุขภาพ ทั้งนี้เพราะการส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณจะส่งผลทำให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญความเจ็บป่วย มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้หรือเผชิญต่อปัญหาของตนเอง โดยพยาบาลไม่ได้เป็นผู้แก้ปัญหาทางจิตวิญญาณแก่ผู้ป่วย แต่เป็นการส่งเสริมสนับสนุนจิตวิญญาณของผู้ป่วยให้มีการเจริญเติบโตและเยียวยาตนเอง โดยการใช้จิตวิญญาณของพยาบาล การเปิดใจ การเคารพวัฒนธรรม ความเชื่อของผู้ป่วย (Peri, 1995) การส่งเสริมสนับสนุนสิ่งที่ผู้ป่วยยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองได้ดี และยังเป็น การช่วยให้จิตใจสงบสบาย

เห็นได้ว่าโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมที่ให้กับผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรม การสร้างสัมพันธภาพ การพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการรักษา การสอนการดูแลสุขภาพร่างกาย การพัฒนาทักษะด้านสังคม การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

การสร้างแรงจูงใจและการพัฒนาความมีคุณค่าในตนเองเป็นไปในแนวทางการให้การพยาบาลแบบองค์รวม การปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาล แบบองค์รวม โดยมองบุคคลในลักษณะเน้นคุณค่าความเป็นมนุษย์ เน้นการผสมผสานด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณเข้าด้วยกัน สมาคมพยาบาลองค์รวมแห่งประเทศไทย (AHNA, 1933 อ้างถึงใน สมจิต ปทุมานนท์, 2541)

ซึ่งสรุปได้ว่า ผลจากการศึกษาโปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุมีความสามารถในการดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจสูงขึ้นหลังได้รับโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม จากการประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจำแนกรายด้านด้านร่างกายและสุขภาพจิต สูงกว่าก่อนการศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. จากการศึกษาการใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมสามารถเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทสูงอายุได้ ดังนั้นจึงควรมีการประยุกต์การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมกับผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพจิตกลุ่มอื่นๆ หรือในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังต่อไป

2. ในการจัดกิจกรรมการพยาบาล ควรมีระบบในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลและสถานบริการทางสาธารณสุขอื่นๆซึ่งอาจใช้รูปแบบของกิจกรรมกลุ่มในการช่วยเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองในวัยสูงอายุ

3. ควรมีการจัดกิจกรรมโปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวมให้กับครอบครัว หรือผู้ดูแลของผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุ เพื่อให้ครอบครัวมีความเข้าใจในการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุ ที่ต้องเผชิญทั้งความเจ็บป่วยและปัญหาสุขภาพจิต และลดภาระของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทวัยสูงอายุ เพื่อร่วมกันในการแก้ไขปัญหาวางแผนการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุ และครอบครัว หรือผู้ดูแลต่อไป

4. การใช้โปรแกรมการพยาบาลแบบองค์รวม ในผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุที่มีความบกพร่องด้านความสามารถในการดูแลตนเอง ควรมีการติดตามระยะยาวทุก 6 และ 12 เดือน เพื่อคงไว้ซึ่งระดับความสามารถในการดูแลตนเอง และให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทวัยสูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สำหรับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท สูงอายุ กลุ่มผู้ป่วยนอกหลังจากที่จำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อเป็นการส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองให้คงอยู่อย่างต่อเนื่อง โดยจัดทำขึ้นเป็นระยะ ๆ

2. ควรมีการศึกษาการใช้โปรแกรมการดูแลแบบองค์รวม สำหรับผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในกลุ่มอื่น ๆ ในโรงพยาบาล เช่น ผู้ป่วยจิตเวชทางอารมณ์ เพื่อเปรียบเทียบผลการศึกษาความสามารถในการดูแลตนเองว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ และมีปัจจัยใดบ้างที่มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในกลุ่มอื่นๆ