

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญและความเป็นมา

ในปัจจุบัน “สุรา” จัดเป็นสิ่งเสพติดให้โทษชนิดหนึ่งที่ไม่ผิดกฎหมายและสังคมยอมรับ (Zena Hymen, 2004) และมีการบริโภคอยู่ในระดับสูง การดื่มสุรามีผลโดยตรงต่อผู้ดื่มทั้งทางร่างกาย จิตใจ และส่งผลกระทบต่อครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ กล่าวคือ ด้านร่างกาย สุรามีผลโดยตรงต่อตับของผู้ดื่ม ทำให้เกิดการคั่งของไขมันในตับ ตับอักเสบ และตับแข็งได้ (กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, 2542) อีกทั้งยังพบว่าผู้ดื่มสุรามีโอกาสเป็นมะเร็งตับ ซึ่งเป็นสาเหตุการตาย หนึ่งในสิบอันดับของสาเหตุการตายที่สำคัญ (ชูชัย ศุภวงศ์, 2542) ด้านจิตใจ พบว่า บุคคลที่ดื่มสุราเป็นประจำ (Alcohol abuse) และผู้ที่ติดสุรา (Alcohol dependence) มักจะมีอารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ฉุนเฉียว ก้าวร้าว เสียความสามารถในการตัดสินใจ การดื่มระยะยาว จะทำให้เกิด อาการทางจิต (Alcoholic psychosis) เช่น มีอาการนอนไม่หลับ มีอาการซึมเศร้าและมีความคิดอยากฆ่าผู้อื่น จนถึงมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย (ปริทรรศ ศิลปกิจ, 2542) บางรายควบคุมตัวเองไม่ได้ มีอาการอะอะ อาละวาด (Mary, Kenneth and Correta, 2003) ส่วนผลกระทบต่อด้านครอบครัวและเศรษฐกิจ คือ การใช้เวลาไปกับการดื่มของผู้ติดสุรา จนขาดความรับผิดชอบในหน้าที่การงาน ไม่สามารถประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ส่งผลต่อความสัมพันธ์ในครอบครัว เกิดความเครียด ขัดแย้ง ทะเลาะวิวาทและแสดงพฤติกรรมรุนแรงกับบุคคลรอบข้าง โดยเฉพาะคนในครอบครัว เมื่อเกิดเป็นความเจ็บป่วยทางร่างกาย หรือทางจิตใจ ต้องเป็นภาระของครอบครัว หากมีความเรื้อรัง ครอบครัวและสังคมต้องดูแลช่วยเหลือในระยะยาว ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลและสูญเสียเศรษฐกิจของประเทศชาติ (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542)

ถึงแม้ว่าการดื่มสุราจะก่อให้เกิดผลกระทบต่าง ๆ มากมายดังกล่าวแล้ว แต่ประชาชนก็ยังนิยมการดื่มสุราอย่างแพร่หลาย ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่า การดื่มสุราเป็นปัญหาพฤติกรรมชนิดหนึ่ง (ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง รวมถึงผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม ซึ่งพฤติกรรมการดื่มสุราของบุคคลนั้น เกิดจากปัจจัยต่าง ๆ หลายประการ ทั้งภายใน และภายนอกตัวบุคคล ไม่ว่าจะเป็นปัจจัยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์และด้านสังคม โดยเฉพาะพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษาของ จากการศึกษายของ ไพรัช บวรสมพงษ์ (2542) พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นปัญหา กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำ ถึงร้อยละ 15.29 อีกทั้งผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเองเพราะใช้เวลาไปกับการดื่มสุรา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542) ที่ศึกษาการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง ที่มา

รับบริการในหน่วยอายุกรรมโรงพยาบาลศิริราช ใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านทั่วไป และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ โดยใช้เครื่องมือมาตราส่วนประมาณค่า 3 ระดับ พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีการดูแลตนเองเพียงในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.14 และยังพบอีกว่า มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา อยู่ในระดับต่ำ ที่คะแนนเฉลี่ยเพียง 1.09 จึงทำให้มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งต้องปรับปรุง เช่น พบว่ายังมีการดื่มสุราในระยะเจ็บป่วย และเมื่อดื่มสุราติดต่อกันนานจะทำให้เกิดพิษสุราเรื้อรังจนเกิดอาการทางจิต เช่น มีอาการ ประสาทหลอน หูแว่ว นอนไม่หลับ(สายพิน กมลชัย, 2540) แต่อาการของโรคจิตจากสุราจะเป็น ๆ หาย ๆ จนหยุดไปได้ภายใน 1 สัปดาห์ มีเพียงส่วนน้อยของผู้ป่วยที่จะเกิดอาการประสาทหลอนทางหูเรื้อรังเหมือนในผู้ป่วยโรคจิตเภท (สุวทนา อารีพรพร, 2524) ดังนั้น โรคจิตจากสุราจึงจัดได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี เพราะผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นจนหยุดดื่มได้ระยะหนึ่งแล้วมักกลับไปดื่มอีก (สายพิน ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอเนื่องจากการดำเนินของโรคเป็น ๆ หาย ๆ มีลักษณะเรื้อรัง ซึ่งขึ้นอยู่กับ การดื่มสุราของผู้ป่วย และมีโอกาสหายขาดได้น้อย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ต้องการปรับตัวเองอยู่เสมอเพื่อให้อยู่ในครอบครัวและสังคมได้ และที่สำคัญต้องมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองในด้านต่าง ๆ ที่เหมาะสมโดยเฉพาะ ซึ่งหากผู้ป่วยปฏิบัติได้ก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข มีสุขภาพจิตดี และไม่ต้องเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

การที่บุคคลดำรงรักษาสุขภาพจิตที่ดีได้ บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของตน ซึ่ง จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ได้ให้ความหมายของการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตว่า หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นปกติวิสัย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจและ กิจกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 7 ด้าน คือ การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติ และการสูญเสีย การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคมการฝึกทักษะการผ่อนคลาย และกิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ซึ่งแต่ละด้านนั้นมีความสำคัญ และมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคลทั้งสิ้น ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมเพื่อสะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีปัญหาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้านดังนี้

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) เชื่อว่า การพัฒนาการรู้จักตนเองเกี่ยวข้องกับการที่บุคคลรับรู้และรู้สึกต่อตนเองทั้งในด้านพฤติกรรม ความคิด รวมทั้งค่านิยม นั่นคือรู้สึกสำนึกในคุณค่าของตนสามารถเผชิญกับประสบการณ์นั้นๆ ได้ สอดคล้องกับ Hill and Smith (1990) ที่กล่าวว่า การดูแลตนเอง เป็นการปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่ซับซ้อน ต้องเกิดจากความสมัครใจในการกระทำเพื่อดูแลตนเอง โดยใช้ศักยภาพความสามารถของตนเอง ในทางตรงกันข้าม ชีวิตที่ไม่รู้จักตนเอง

เป็นชีวิตที่ปราศจากคุณค่า (เอ็อมเดือน เนตรแหม, 2541) จากการศึกษาของ ปรีทรรศ ศิลปกิจและคณะ(2542) ที่ศึกษาความทุกข์และภาวะสุขภาพจิตคนไทยที่ติดสุรา พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุรา มีความรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองตกต่ำและสิ้นหวัง จนมีอาการซึมเศร้าอยู่ในระดับที่ควรจะไปพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัช บวรสมพงษ์ (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมักมองตนเอง หรือเข้าใจตนเองผิดไปจากที่ตนเป็นจริง จะประเมินค่าสูงกว่าที่ตนเป็นจริง จนทำให้ผิดหวังในตนเอง

การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพจะช่วยให้บุคคลสามารถจัดลำดับความสำคัญของงาน ช่วยให้กิจกรรมทุกอย่างที่ต้องการสำเร็จลงได้ และช่วยให้กิจกรรมที่ทำมีเป้าหมาย รวมทั้งช่วยให้บุคคลคำนึงถึงการใช้เวลาเพื่อสุขภาพจิตของตน การวางแผนหรือวางเป้าหมายต่าง ๆ ในชีวิตสัมพันธ์กับเวลาทั้งสิ้น ความสำเร็จในการบริหารเวลานั้นเป็นทักษะซึ่งส่งเสริมให้บุคคลรู้จักใช้เวลาอย่างยืดหยุ่น มากกว่าเข้มงวด ใช้เวลาที่มีอยู่ให้เกิดประโยชน์สูงสุด หรือมีประสิทธิภาพมากที่สุด (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ซึ่งรวมไปถึงการใช้เวลาเพื่อการพักผ่อน การออกกำลังกาย และการทำให้สังคมมีความสำคัญมากขึ้น ดังนั้นถ้าบุคคลหรือโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่ไม่สามารถบริหารเวลาในชีวิตของตนได้อย่างเหมาะสม อาจเกิดความเครียด และนำไปสู่การมีปัญหาด้านสุขภาพจิตได้

การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) เชื่อว่าเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้บุคคลได้รับการตอบสนองความต้องการด้านอารมณ์ ได้รับการยอมรับและเห็นว่ามีคุณค่า การมีส่วนร่วม และเป็นส่วนหนึ่งของสังคม รวมทั้ง การได้รับการช่วยเหลือด้านสิ่งของ การเงิน แรงงาน และด้านข้อมูลข่าวสาร เหล่านี้ช่วยให้บุคคลเกิดความมั่นคงทางอารมณ์ ตระหนักถึงความมีคุณค่าในตนเอง ช่วยลดความเครียด จากการศึกษาของ ไพรัช บวรสมพงษ์ (2542) ที่พบว่า การสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุรามักจะไม่ทราบถึงแหล่งประโยชน์หรือแหล่งบริการทางสุขภาพที่มีอยู่และวิธีการดูแลสุขภาพที่ทันสมัยจนทำให้ขาดความรู้ ความสามารถในการดูแลตนเอง ทำให้ต้องพึ่งพาผู้อื่นในที่สุด

การติดต่อสื่อสาร จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) กล่าวว่า บุคคลจะมีสุขภาพจิตที่ดีได้ จะต้องมีความสามารถส่งและรับข่าวสารที่เป็นความต้องการ ความคิด ความรู้สึกระหว่างบุคคลได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากการศึกษาของ จุลนิศย์ จันทร์ขมภู (2546) ที่ศึกษา ปัญหาจากการดื่มสุราของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังตามการรับรู้ของตนเองและภรรยาพบว่ามีภาวะทะเลาะเบาะแว้งในครอบครัวบ่อยขึ้น พุดจากกันไม่รู้เรื่อง นอกจากนี้ การที่มีผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังในครอบครัว จะส่งผลกระทบต่อปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันและการทำหน้าที่ของครอบครัว (Gillis et. al., 1989) และ จากการศึกษาของไพรัช บวรสมพงษ์ (2542) พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มักประสบปัญหาความสัมพันธ์กับ

เพื่อนร่วมงานและนายจ้าง และบางครั้งก็สร้างปัญหาให้คนใกล้ชิด ทั้งนี้เนื่องจากขาดทักษะการสื่อสารอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการเผชิญปัญหา จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) กล่าวว่า ผู้ที่มีสุขภาพจิตดี จะสามารถจัดการกับสถานการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น ให้อยู่ในภาวะสมดุลได้ จากการศึกษาพบว่าเมื่อผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเกิดปัญหาความเครียด มักจะจัดการกับความรูสึกดังกล่าวด้วยการหลีกเลี่ยง โดยการหันไปพึ่งสุรา แทนที่จะใช้การค้นหาเหตุผล และแก้ไขปัญหาด้วยเหตุผลหรือวิธีการต่างๆ ที่เหมาะสม (ไพรัช บวรสมพงษ์, 2542) ทำให้สังคมทั่วไปมีความเชื่อต่อผู้ที่ติดสุราว่าชอบปฏิเสธปัญหา ไม่ยอมรับว่าตนเองติดสุรา ชอบพูดโกหก (Montgomery and Johnson, 1992) สอดคล้องกับการศึกษาของปริทรรศ ศิลปกิจ และคณะ (2542) ที่พบว่าเมื่อเกิดปัญหาด้านจิตใจแล้ว ผู้ที่ดื่มสุรามักใช้วิธีการจัดการกับปัญหา โดยการดื่มสุราเพื่อบรรเทาความรู้สึกที่เกิดขึ้น ซึ่งวิธีการดังกล่าวนี้ถือเป็นวิธีการเผชิญปัญหาอย่างไม่มีประสิทธิภาพ

สำหรับในด้านจิตวิญญาณ เป็นเรื่องของสติปัญญา ที่จะรู้และเข้าใจชีวิตหรือโลกตามที่เป็นจริง โดยใช้ความรู้ หรือการปฏิบัติจนทำให้เกิดความว่างจากความทุกข์ หรือจากกิเลสที่เป็นเหตุทำให้เกิดทุกข์ (พุทธทาสภิกขุ, 2542) และ Hill & Smith (1990) เชื่อว่าความศรัทธาและการปฏิบัติตามคำสอนทางศาสนา เช่น การไปโบสถ์ จะช่วยส่งเสริมให้บุคคลเกิดภาวะที่เป็นสุข เพราะมีจิตใจที่สงบสุขขึ้น สอดคล้องกับ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่เชื่อว่าการดูแลด้านจิตวิญญาณ คือ การที่บุคคลปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่ตนเองยึดถือ จะช่วยขัดเกลาจิตใจให้บุคคลนั้นสามารถดำรงชีวิตอย่างเป็นสุข และพบว่า การดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง จำนวน 970 คน มีความสัมพันธ์ทางบวกปานกลางกับความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) เนื่องจากทุกศาสนาล้วนสอนให้มนุษย์กระทำความดี ละเว้นความชั่ว และมีจิตใจที่สงบ ดังนั้นผู้ที่ไม่ได้ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มักจะขาดความสนใจทางศาสนา จึงมีการดื่มสุราซึ่งถือเป็นการผิดศีล ข้อหนึ่งของพุทธศาสนา (พุทธทาสภิกขุ, 2542) ดังนั้น ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราจึงเป็นผู้มีปัญหาในพฤติกรรมดูแลตนเองด้านจิตวิญญาณ

การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป การดูแลตนเองด้านร่างกาย เป็นกิจกรรมที่บุคคลกระทำเพื่อดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพกายที่ดีนั้น เนื่องจากบุคคลที่มีสุขภาพกายดีเท่านั้น จึงจะมีความพร้อมในการเผชิญปัญหาที่มากกระทบจิตใจได้ (Hill & Smith, 1990) แต่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบต่าง ๆ จากพิษสุรา ทำให้มีปัญหาเรื่องพฤติกรรมดูแลตนเองด้านร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ ไพรัช บวรสมพงษ์ (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรัง มักมีปัญหาสุขภาพ เช่น การรับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ และไม่ครบ 5 หมู่ การนอนไม่หลับ อีกทั้งยังขาดการส่งเสริมสุขภาพให้แข็งแรง ซึ่งสาเหตุและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านต่าง ๆ นั้น มักเกี่ยวข้องกับปัจจัยพื้นฐานที่เป็นคุณสมบัติเฉพาะของแต่ละบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ

ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคมและวัฒนธรรม ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ ระบบครอบครัว แบบแผนการดำรงชีวิต สิ่งแวดล้อมและแหล่งประโยชน์ ซึ่งจะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล (Orem, 1985) สอดคล้องกับการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ข) ที่พบว่า ภูมิหลัง ความเชื่อด้านสุขภาพ การรับรู้เกี่ยวกับบริการสุขภาพของรัฐ ความเชื่อเกี่ยวกับศาสนา และที่อยู่อาศัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลตนเอง แต่เนื่องจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วยโรคจิตจากสารามีผู้ศึกษาไว้น้อยมาก ผู้ศึกษาจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและพบข้อสรุปดังนี้ แรงจูงใจในการที่จะปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรครวมทั้งการดำเนินโรค เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วย (นันทิยา วิสุทธีภักดี, 2545) นอกจากนี้ยังพบว่าแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief model) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิสานาด โชคเกิด (2545) ศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุราของผู้ติดสุราในโรงพยาบาลลำพูน พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุราอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 เนื่องจากการรับรู้ของบุคคลต่อภาวะสุขภาพและการเจ็บป่วยเป็นการนำศักยภาพที่มีอยู่มาใช้ให้เกิดประโยชน์ (Pender, 1996: 35) ซึ่งหากผู้ป่วยมีความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวคือ มีการรับรู้ถึงประโยชน์ ความเสี่ยง อุปสรรคในการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำ และการรับรู้ความรุนแรงของการป่วยซ้ำ ผู้ป่วยจะเกิดความคาดหวัง ความเชื่อต่อความรุนแรง อุปสรรคการป้องกันการมีอาการมากถึงขั้นต้องกลับเข้าไปรักษาซ้ำในโรงพยาบาลจะทำให้ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาที่ดี อันจะส่งผลให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่เหมาะสม นอกจากนี้การมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้แหล่งสนับสนุนและบริการสุขภาพจิต เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเอง (ไพรัช บวรสมพงษ์, 2542) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่ศึกษา ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนไทยภาคกลาง พบว่าผู้ป่วยที่มีการรับรู้การบริการของรัฐ มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อยู่ในระดับสูง

ดังนั้นหากผู้ป่วยโรคจิตจากสารามีการพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้นแล้ว ปัญหาการป่วยกลับซ้ำย่อมลดลง การส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคจิตจากสารามีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ถูกต้องจึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง สอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ที่มุ่งเน้นในด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมาประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายไปกับการซ่อมสุขภาพที่เสียไปมากกว่าการสร้างสุขภาพดี (สปรส, 2543) แม้ว่าบุคคลแต่ละคน จะพัฒนาแบบแผนและวิธีการดูแลตนเอง เฉพาะตนเองแต่การดูแลตนเองจึงมีความจำเป็น และมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลทั้ง

ในภาวะปกติและเกิดภาวะเจ็บป่วย หากทำได้อย่างทั่วถึงและถูกต้อง จะทำให้ประหยัดค่าใช้จ่าย และเวลา มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ประเวศ วะสี, 2543)

จากที่กล่าวมาจะเห็นได้ว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตทั้ง 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และกิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ซึ่งเกิดจากสาเหตุการขาดความรู้ ความเข้าใจรวมถึงขาดทักษะและประสบการณ์ในการดูแลตนเองซึ่ง นับว่าเป็นสิ่งสำคัญอย่างมากสำหรับพยาบาลชั้นสูง ที่ต้องจัดการแก้ไขโดยต้องคำนึงถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมในการดูแลตนเองเพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดีขึ้น

ปัญหาของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรานั้นวันยิ่งทวีความรุนแรงขึ้น ดังจะเห็นได้จากสถิติการรับผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยใน โรงพยาบาลศรีธัญญา ปีงบประมาณ 2545 ถึง ปีงบประมาณ 2547 มีจำนวนเพิ่มขึ้น จาก 385 ราย เป็น 455 ราย และ 555 ราย ตามลำดับ นอกจากนี้ ยังพบว่า อัตราการป่วยกลับซ้ำภายใน 90 วัน ซึ่งเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ ของโรงพยาบาลศรีธัญญา ก็มีแนวโน้มสูงขึ้นด้วย คือ 7.27, 12.75 และ 9.36 ราย ตามลำดับ จะเห็นได้ว่า จำนวนผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะ ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราและมีอัตราการป่วยกลับซ้ำสูง

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่รับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2547 จำนวน 6 ราย ถึงเหตุผลในการดื่มสุรา พบว่าผู้ป่วยทุกคนบอกว่าการดื่มสุราทำให้เป็นที่ยอมรับและอยู่ในกลุ่มเพื่อนฝูงได้ เพราะเพื่อนๆ ก็ดื่มกัน และจะรู้สึกเสียหน้าถ้าไม่ดื่ม สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาการพัฒนาและดำรงรักษา การรู้จักตนเอง นอกจากนี้ ผู้ป่วย 4 ราย บอกว่า สังคมคนทำงานก็ยังคงดื่ม เพราะการพบปะตอนเย็นหลังเลิกงานจะใช้สุร่าเป็นสื่อกลางเพื่อเพิ่มรสชาติของการสนทนา ซึ่งสะท้อนถึงปัญหาประสิทธิภาพของการติดต่อสื่อสาร และปัญหาการใช้เวลาไม่เหมาะสม ผู้ป่วย 3 รายบอกว่าสุร่าทำให้คลายความเครียด ช่วยให้หลับได้ สะท้อนให้เห็นถึงการใช้วิธีเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และผู้ป่วย 2 รายซึ่งกลับมาป่วยซ้ำ บอกว่าบรรยากาศของการอยู่บ้าน ไม่มีงานทำ ทำให้รู้สึกอวยากดื่ม และต้องหามาดื่ม แสดงให้เห็นปัญหาของการเผชิญปัญหาไม่เหมาะสม และมีปัญหาด้านการพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะการผ่อนคลาย รวมถึงกิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่น ๆ ซึ่งเป็นปัญหาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตอย่างชัดเจน

จากปัญหาที่กล่าวมานั้น แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีปัญหาพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านต่าง ๆ ที่ได้สอดคล้องกับแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534 ก) ซึ่งกล่าวว่าการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่บุคคลปฏิบัติเป็นปกติวิสัย

โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพด้านจิตใจและกิจกรรมดังกล่าว ประกอบด้วย การดูแลตนเอง 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และกิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นๆ ซึ่งแต่ละด้านนั้นมีความสำคัญและมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน อันจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตของบุคคล ทั้งนี้ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และที่สำคัญต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ซึ่งหากผู้ป่วยปฏิบัติได้ก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและไม่ต้องกลับไปเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการที่บุคคลดำรงรักษาสุขภาพจิตที่ดีได้ บุคคลต้องมีการดูแลตนเองที่ส่งเสริมสุขภาพจิตของตนเองอย่างเหมาะสม โดยเฉพาะการหลีกเลี่ยงเพื่อการไม่ดื่มสุรา เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอาการทางจิตเวชกำเริบ และไม่ป่วยจนกลับไปรักษาซ้ำ

จะเห็นได้ว่า หากผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีการพัฒนาการดูแลตนเองให้เกิดขึ้น จนสามารถหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ปัญหาการกลับไปป่วยซ้ำย่อมลดลง ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ที่เป็โรคจิตจากสุรา มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ถูกต้อง จึงเป็นสิ่งสำคัญยิ่ง และสอดคล้องกับนโยบายการปฏิรูประบบสุขภาพในประเทศไทย ที่มุ่งเน้นในด้านของการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เพื่อให้ประชาชนมีความรู้และความสามารถในการดูแลตนเองได้ ทั้งนี้เพราะที่ผ่านมาประเทศไทยเสียค่าใช้จ่ายไปกับการซ่อมสุขภาพที่เสียไปมากกว่าการสร้างสุขภาพดี (สปรส, 2543) แม้ว่าบุคคลแต่ละคนจะพัฒนาแบบแผนและวิธีการดูแลตนเองเฉพาะตน แต่การดูแลตนเองมีความจำเป็นและมีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคลทั้งในภาวะปกติและเกิดภาวะเจ็บป่วย หากทำได้อย่างทั้งถึงและถูกต้อง จะทำให้ประหยัดเวลา ค่าใช้จ่าย มีคุณภาพชีวิตที่ดี (ประเวศ วัชชี, 2542)

ด้วยเหตุผลที่โรงพยาบาลศรีธัญญาฯ ยังไม่มีรูปแบบการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตที่ชัดเจน ดังนั้น เมื่อจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยหลายรายยังขาดความรู้ในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ขาดความตระหนักในการหลีกเลี่ยงการดื่มสุรา ทำให้ต้องกลับไปรักษาซ้ำ จากอาการทางจิตกำเริบด้วยสาเหตุการดื่มสุรา ซึ่งผลของการที่ผู้ป่วยยังขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่งผลถึงอัตราการป่วยกลับซ้ำ ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราอยู่ในระดับสูง ผู้ศึกษาในฐานะของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานสารเสพติด ได้เห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว จึงสนใจศึกษารูปแบบการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มซึ่งมีลักษณะการให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วย โดยใช้กระบวนการกลุ่มเพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน มีการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กัน จึงจะส่งผลให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงการแก้ไขปัญหาของตนเอง ช่วยลดปฏิบัติการตอบสนองอารมณ์ที่เป็นทุกข์ มีการปรับประคับประคองจิตใจและแลกเปลี่ยนวิธีการในการเผชิญปัญหา ซึ่งหมายถึง มีพฤติกรรมดูแล

ตนเองด้านสุขภาพจิตความเชื่อด้านสุขภาพในทางที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจและมีกำลังใจในการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุราในลำดับต่อไป

รูปแบบการดูแลการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ผ่านมา ยังไม่พบงานวิจัยที่ช่วยให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ตระหนักถึงความสำคัญในการลดปัญหาดังกล่าวจึงได้ศึกษาและทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีการใช้การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดยใช้ชื่อ "กลุ่มสุขภาพจิตศึกษา"

(Psycoeducation Group) ที่ได้จัดกระทำกับผู้ดูแลหรือครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท จนส่งผลให้สามารถลดภาระการดูแลได้ เนื่องจากทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้รับการสนับสนุนทางสังคม จนเกิดการแก้ไขปัญหของตนเอง ลดปฏิกิริยาการตอบสนองอารมณ์ที่เป็นทุกข์ ช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อสถานการณ์ที่เกิดขึ้นไปในทางที่ดี มีทางออกในการแก้ปัญหา มีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ต่อตนเองในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (Zhang, Yan et., 1993) ผู้ศึกษามีความเห็นว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหากได้รับการถอนพิษสุราแล้ว คือผู้ที่มีอาการทางจิตสงบ มีความสามารถในการรับรู้สถานการณ์ทางจิตเวชที่เกิดขึ้นกับตนเอง และน่าจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้เหมาะสมหากได้มีโอกาสรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลตนเอง และเรียนรู้วิธีการจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของตนเอง จึงได้จัดทำ "โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม" โดยผสมผสานแนวคิด 3 แนวคิด คือ 1) เทคนิคสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบการให้ความรู้ กล่าวคือ การประคับประคอง (Support) การบริการด้านความรู้ (Education services) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) การเพิ่มทักษะในการเผชิญปัญหา (Coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) 2) การพัฒนากลุ่มของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการดำเนินกลุ่ม และ3) เนื้อหาการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ประกอบด้วย พฤติกรรมการดูแลตนเองด้าน ต่าง ๆ 7 ด้าน ที่ได้กล่าวแล้วข้างต้น โดยผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิดเหล่านี้ จัดเป็นโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ซึ่งในโปรแกรมประกอบด้วย 6 กิจกรรม ทั้งนี้กิจกรรมในโปรแกรมห้างกล่าวสร้างขึ้นตามสภาพความต้องการของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม โดยพยาบาลเป็นผู้ปฏิบัติการพยาบาล คาดว่า การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มในผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในลักษณะดังกล่าว น่าจะส่งผลให้ผู้ป่วย มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น จึงเป็นการเสริมสร้างและป้องกันการดื่มสุราซ้ำและป่วยกลับซ้ำ

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วยโรคจิตจากสุราก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

แนวคิดเหตุผลและสมมติฐานการศึกษา

อัตราการรับผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา และอัตราการป่วยกลับซ้ำจากการดื่มสุราที่เพิ่มขึ้นของโรงพยาบาลศรีรัชัญญา เป็นปัญหาที่มีความสำคัญต่อการพยาบาลและโดยบทบาทหนึ่งที่สำคัญยิ่งสำหรับพยาบาลคือ การสอนให้ผู้ป่วยสามารถมีพฤติกรรมดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสมเมื่อต้องกลับไปอยู่บ้าน หรือในสังคม เนื่องจากการศึกษาพบว่า การดื่มสุราเป็นปัญหาพฤติกรรมชนิดหนึ่ง (ภาณุพงศ์ จิตะสมบัติ, 2535) โดยเฉพาะปัญหาด้านจิตใจ พบว่า ผู้ที่ติดสุรามักมีปัญหาพฤติกรรม การดูแลตนเองด้านจิตใจ สอดคล้องกับการศึกษาของ จากการศึกษาของ ไพรัช บวรสมพงษ์ (2542) พบว่าพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังเป็นปัญหา กล่าวคือ ผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีพฤติกรรมดูแลตนเองอยู่ในระดับต่ำถึงร้อยละ 15.29 อีกทั้งผู้ป่วยไม่สนใจดูแลตนเอง เพราะใช้เวลาไปกับการดื่มสุรา นอกจากนี้ยังมีการศึกษาของวิภาพร กาญจนราช (2542) ที่ศึกษา การดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่มารับบริการในหน่วยอายุรกรรมโรงพยาบาลศิริราช โดยใช้แนวคิดการดูแลตนเองของ Orem (1985) ประกอบด้วย การดูแลตนเองด้านทั่วไป และการดูแลตนเองตามภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพ พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง มีการดูแลตนเองแค่ในระดับพอใช้ โดยมีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 1.14 และยังพบอีกว่า มีความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตนในระยะเจ็บป่วยด้วยโรคพิษสุรา อยู่ในระดับต่ำ ที่คะแนนเฉลี่ยเพียง 1.09 จึงทำให้มีพฤติกรรมที่เป็นปัญหา ซึ่งต้องปรับปรุง เช่น พบว่ายังมีการดื่มสุราในระยะเจ็บป่วย และเมื่อดื่มสุราติดต่อกันนานจะทำให้เกิดพิษสุราเรื้อรังจนเกิดอาการทางจิตเช่นมีอาการหูแว่ว ประสาทหลอนนอนไม่หลับ (สายพิณ กมลชัย, 2540) พบว่าผู้ป่วยโรคพิษสุราเรื้อรังมีการดูแลตนเองเพียงในระดับพอใช้ และยังพบอีกว่า อาการของโรคจิตจากสุราจะเป็น ๆ หาย ๆ จนหยุดไปได้ภายใน 1 สัปดาห์ มีเพียงส่วนน้อยของผู้ป่วยจะเกิดอาการประสาทหลอนทางหูเรื้อรังเหมือนในผู้ป่วยจิตเภท (สุวทนา อารีพรรค, 2524) ดังนั้น โรคจิตจากสุราจึงจัดได้ว่าเป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่มีการพยากรณ์ของโรคไม่ดี เนื่องจากผู้ป่วยที่รักษาดีขึ้นหยุดดื่มได้ระยะหนึ่ง แล้วมักกลับไปดื่มอีก (สายพิณ ลิขิตเลิศล้ำ, 2542) ทำให้เห็นว่าเป็นปัญหาใหญ่เรื้อรังจึงทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราต้องมีการปรับตัวอยู่เสมอทั้งต่อการดำเนินของโรคซึ่งมีลักษณะเรื้อรัง และมีโอกาสหายขาดได้น้อย จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป และที่สำคัญต้องรับผิดชอบในการดูแลตนเองในด้านต่างๆ ซึ่งหากผู้ป่วยปฏิบัติได้ก็สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุขและไม่ต้องกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล

ซึ่งพฤติกรรมในการดูแลตนเองเป็นสิ่งที่มียุทธวิธีต่อพฤติกรรมของบุคคล โดยต้องอาศัยปัจจัยพื้นฐานที่มีผลสำคัญได้แก่ แรงจูงใจ ความรู้เกี่ยวกับโรคและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ดังนั้นการจะทำให้บุคคลมีสุขภาพจิตที่ดีได้ ต้องการจัดการกับปัจจัยเหล่านี้ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ดีขึ้น โรคจิตจากสุราเป็นโรคเรื้อรัง และผู้ป่วยที่เป็นโรคจิตจากสุราที่มีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในระดับต่ำ ดังนั้นเมื่อเข้ารับการรักษาแล้วมีแนวโน้มกลับไปดื่มสุราอีกทำให้ต้องป่วยกลับซ้ำ และเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลอีก เพราะอาการทางจิตกำเริบด้วยสาเหตุการดื่มสุรา

ดังนั้นการช่วยเหลือ เพื่อให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในระยะฟื้นฟูสภาพมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีเพิ่มขึ้น ควรเป็นการจัดกระทำที่ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้รับความรู้ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับผลของการดื่มสุราที่มีต่อสุขภาพจิต ประสบการณ์ในการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุรา รวมถึงพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต อีกทั้งได้รับการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และสังคม การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ใช้โปรแกรมการสุขภาพจิตแบบกลุ่ม โดยผสมผสานจากแนวคิด เทคนิคการให้ความรู้ด้านสุขภาพจิต (Psychoeducation) ของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบของการให้ความรู้ ในลักษณะ การประคับประคอง (Support) และการบริการด้านความรู้ (Education services) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) การเพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) การขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และการสร้างเครือข่าย (Network) แนวคิดการพัฒนากลุ่ม ของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม และใช้เนื้อหาการดูแลตนเองของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่สร้างจากแนวคิดของ Hill and Smith(1985) ซึ่งประกอบด้วยพฤติกรรมดูแลตนเอง 7 ด้าน คือ การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และกิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นๆ มาผสมผสานกันเป็นกิจกรรมการให้ความรู้แบบกลุ่ม 6 กิจกรรม โดยในแต่ละกิจกรรมสร้างขึ้นสำหรับพยาบาลเพื่อใช้ในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับสุรา ที่เข้ารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญาแบบผู้ป่วยใน กิจกรรมละ 1 ชั่วโมง 30 นาที โดยเน้นให้สมาชิกได้มีส่วนร่วม มีการแสดงออกและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นจาก ประสบการณ์ และให้ข้อมูลซึ่งกันและกัน มีการสนับสนุนด้านอารมณ์ให้กัน ส่งผลให้สมาชิกมีการเปลี่ยนแปลงการแก้ไขปัญหามาของตนเอง ลดปฏิกิริยาการตอบสนองอารมณ์ที่เป็นทุกข์ มีการประคับประคองจิตใจ และแลกเปลี่ยนวิธีการในการเผชิญปัญหา ซึ่งหมายถึงมีความรู้ด้านการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น เกิดความมั่นใจ และมีกำลังใจในการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุรา โดยมีรายละเอียดของกิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ โดยพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่มสร้างบรรยากาศความเป็นกันเอง ทักทายสมาชิกและให้แนะนำตนเอง ชี้แจงให้กลุ่มทราบวัตถุประสงค์ โครงสร้าง และการดำเนินงานของกลุ่ม สสำรวจปัญหาของตนเอง รับรู้ปัญหาจากการตั้งสุรารเพื่อนำมาร่วมกลุ่ม ในการแก้ไขปัญหาครั้งต่อไป ซึ่งกิจกรรมนี้จะทำให้ผู้ป่วยรู้จักคุ้นเคยกัน เกิดความวางใจกันในกลุ่ม และมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา โดยพยาบาล สรุปัญหาจากกลุ่ม ครั้งที่ 1 และให้ความรู้เกี่ยวกับสุราแก่สมาชิก และประเมินสมาชิกเกี่ยวกับความรู้ที่ได้รับ โดยการสังเกต และใช้แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งความรู้ในกิจกรรมนี้จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาไตร่ตรองและตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้จะมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนั้น มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อนำไปเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องและมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความสามารถในการดูแลตนเองและส่งผลให้เกิดพฤติกรรมในการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547)

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความมีคุณค่าแห่งตน โดยพยาบาลฝึกให้ผู้ป่วยแสดงความรู้สึกของตนเองในด้านพฤติกรรม ความคิด ค่านิยมของตนเอง ว่ากำลังทำอะไร และมีความรู้สึกอย่างไร ยอมรับทั้งจุดเด่น จุดด้อยของตนเองได้ เกิดความรู้สึกที่มีคุณค่าในตนเอง (จินตนา ยูนิพันธ์, 2534) ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมั่นคงทางอารมณ์ ส่งผลให้มีความเข้มแข็งในตน มีพลังและความสามารถในการดูแลตนเอง เพื่อให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองนี้เป็นองค์ประกอบพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของความต้องการด้านจิตใจ (Nathaniel, 1997 อ้างใน สุทธิณี พัดวิสัย, 2545) เป็นสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของบุคคลไปสู่การรู้จักตนเอง (Roger, 1961 อ้างใน สุกัญญา พีรวรรณกุล, 2541) ทราบถึงความต้องการที่แท้จริงของตนเอง และเข้าใจถึงสาเหตุและพฤติกรรมของตนเอง (Norris, 1987)

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและในชุมชน โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลตนเองด้านร่างกาย การสื่อสารที่ดีและมีประสิทธิภาพ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาสัมพันธภาพ และให้ความรู้เรื่องการจัดการกับอารมณ์ ความรู้ดังกล่าว จะเพิ่มศักยภาพให้ผู้ป่วยสามารถนำไปปฏิบัติตามที่ตนเองตัดสินใจ เนื่องจากความรู้เป็นปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้บุคคลได้พิจารณาไตร่ตรองและตัดสินใจที่จะปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเอง เมื่อผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ จะทำให้มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพของตนเอง จะทำให้ผู้ป่วยสามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับนั้น มาปรับใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อนำไปเปลี่ยนแปลงแบบแผนการดำเนินชีวิตในทางที่ถูกต้องและมีทักษะในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นได้ มีความสามารถในการดูแล

ตนเอง และส่งผลให้เกิดพฤติกรรมดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ (อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากความรู้ที่มีตรงกับกับความต้องการของผู้ป่วย (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542)

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ โดยพยาบาลเป็นผู้ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย พุดคุย และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทางด้านความเชื่อ ค่านิยม ในสิ่งที่ผู้ป่วยเคารพนับถือและ ศรัทธา รวมทั้งวิธีการที่ช่วยให้สบายใจขึ้น การพุดคุยแลกเปลี่ยนค่านิยม ความเชื่อในสิ่งที่ผู้ป่วยนับ ถูซึ่ง จินตนา ยูนิพันธ์ (2534 ก) เชื่อว่าบุคคลที่มีจิตวิญญาณดีจะส่งผลให้ผู้ป่วยมีความหวัง มีพลังใจเข้มแข็งในการต่อสู้ จะทำให้เกิดความสงบทางด้านจิตใจ เกิดสติปัญญาทำให้สามารถแก้ไข ปัญหาชีวิตและอุปสรรคได้ด้วยเหตุผลและปัญญา ส่งผลให้มีการปรับตัว ทำให้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองที่ดี

กิจกรรมที่ 6 การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การสรุปและปิดกลุ่ม เป็นการปฏิบัติของพยาบาล พบกับผู้ป่วยในครั้งสุดท้าย เป็นการให้ความรู้เพิ่มเติมด้านแหล่งสนับสนุนทางสังคม เพื่อให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจสมาชิกเมื่อต้องอยู่ในชุมชน รวมถึงการสรุปกิจกรรมทั้งหมดให้สมาชิกเข้าใจการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

จากทฤษฎีและแนวคิดดังกล่าว ผู้ศึกษาเชื่อว่าโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นนี้ จะสามารถทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเกิดการตระหนักรู้ มีความหวัง และแรงจูงใจ เห็นแนวทางในการปฏิบัติตน ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรามีความพร้อมที่จะดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพจิตที่ดี ส่งผลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตนเพื่อการเลิกดื่มสุรา และสามารถช่วยลดอัตราการป่วยซ้ำได้ จากแนวคิดและเหตุผลดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงตั้งสมมติฐานการศึกษา ดังนี้

สมมติฐานการศึกษา

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

ขอบเขตของการศึกษา

1. ประชากรที่ใช้ในการศึกษา คือผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 คือ F. 10 และเข้ารับการรักษแบบผู้ป่วยในของโรงพยาบาลศรีธัญญา

2. ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ประกอบด้วย

ตัวแปรต้น ได้แก่ การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

ตัวแปรตาม ได้แก่ พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตในผู้ป่วย

โรคจิตจากสุรา

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตจากพิษสุรา ที่ได้รับการวินิจฉัยตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD. 10 คือ F. 10 โดยเป็นผู้ที่อยู่รับการรักษาแบบผู้ป่วยใน ของโรงพยาบาล ศิริรัฐฤงฆาและถอนพิษสุราแล้ว และมีอาการทางจิตสงบโดยประเมินจากเครื่องมือ Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) และพบว่ามีความรุนแรงไม่เกิน 36

การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หมายถึง การดำเนินกิจกรรมการปฏิบัติของพยาบาล โดยใช้การสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มแก่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในระยะฟื้นฟูสภาพ โดยผสมผสานแนวคิดเทคนิคสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) ที่มีรูปแบบของการให้ความรู้ กล่าวคือ การประคับประคอง (Support) การบริการด้านความรู้ (Education services) โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล (Information) เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา (Coping skills) ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง (Eliminate wrong ideas) และสร้างเครือข่าย (Network) แนวคิดการพัฒนาของกลุ่ม ของ Marram (1978) ที่แบ่งระยะการพัฒนากลุ่มเป็น 3 ระยะ คือ ระยะสร้างสัมพันธภาพ ระยะดำเนินการ และระยะสิ้นสุดการทำกลุ่ม ร่วมกับใช้เนื้อหาจากแนวคิดการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ที่ประกอบการดูแลตนเอง 7 ด้าน คือ การพัฒนาและดำรงรักษาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การบริหารเวลา การเตรียมเผชิญภาวะวิกฤติและการสูญเสีย การพัฒนาและดำรงรักษาระบบการสนับสนุนทางสังคม การฝึกทักษะการผ่อนคลาย และกิจกรรมการดูแลตนเองด้านอื่นๆ มาผสมผสานกันเป็นกิจกรรมการให้ความรู้แบบกลุ่ม 6 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรมเป็นรายกลุ่ม โดยผู้ศึกษากระตุ้นให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรากระทำกิจกรรม ครั้งละ 1 ชั่วโมง 30 นาที วันละ 1 ครั้ง ติดต่อกันเป็นระยะเวลา 6 วัน

พฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยโรคจิตจากสุรากระทำด้วยตนเอง โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและจิตใจเข้มแข็ง ดำรงชีวิตอยู่ภายในครอบครัว และชุมชนของตนได้ โดยไม่ต้องกลับไปรับการรักษาในโรงพยาบาลอีก (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ประกอบด้วย

1. การพัฒนาการรู้จักตนเอง หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในการเข้าใจถึงลักษณะของตนเอง ความสามารถและข้อจำกัดของตนเอง การเข้าใจยอมรับการเจ็บป่วยและรับรู้ถึงศักยภาพของตนเอง รวมทั้งความภาคภูมิใจในตนเอง และการมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

2. การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในการใช้ภาษาสร้างสัมพันธภาพ ปฏิบัติต่อผู้อื่นให้รับรู้ถึงความต้องการของตนเอง และผู้ป่วยรับรู้ความต้องการของผู้อื่นอย่างถูกต้องตรงกัน สามารถอธิบายความรู้สึกของตนเองได้

3. การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในการจัดลำดับความสำคัญ และวางแผนการใช้เวลาในแต่ละวันได้ โดยใช้เวลาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นและมีเวลาเป็นส่วนตัวได้อย่างเหมาะสม

4. การเผชิญปัญหา หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อไม่ให้เกิดการดื่มสุราซ้ำ และสามารถแก้ไขปัญหาแก้ไขปัญหาดัง ๆ เช่น ปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว หรือปัญหาการควบคุมอารมณ์ และผ่อนคลายตนเองจากความวิตกกังวล เพื่อลดโอกาสการดื่มสุราซ้ำ ป้องกันการป่วยกลับซ้ำ

5. การพัฒนาและดำรงรักษาระบบสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสุราในการรักษาสัมพันธภาพกับครอบครัวและชุมชน เป็นส่วนหนึ่งของครอบครัวในการแก้ปัญหา รวมถึงการรับรู้ถึงสิทธิของตนเองที่พึงได้รับการรักษา พร้อมทั้งรับทราบและสามารถขอรับการช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนเหล่านั้นเมื่อตนเองมีความทุกข์ ตลอดจนสามารถช่วยเหลือเมื่อผู้อื่นได้รับความเดือดร้อน

6. การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา หมายถึง การปฏิบัติของผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา โดยยึดหลักทางศาสนาที่ตนนับถือเป็นแนวทางในการดำเนินชีวิต หลีกเลี่ยงการทำผิดและให้ภัยผู้อื่น เพื่อความสงบสุขทางด้านจิตใจ

7. การดูแลสุขภาพกายโดยทั่วไป หมายถึง กิจกรรมที่ผู้ป่วยผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา กระทำเพื่อสร้างความแข็งแรงด้านร่างกายเพื่อดำรงไว้ซึ่งความมีสุขภาพดี ได้แก่ การได้รับสารอาหาร การพักผ่อน และการออกกำลังกาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อช่วยเหลือผู้ที่เป็นโรคจิตจากสุราในโรงพยาบาลศรีธัญญา ได้มีพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดีขึ้น

2. เป็นแนวทางสำหรับผู้สนใจในการศึกษาเกี่ยวกับการสอนสุขภาพจิตศึกษาในการนำไปปรับปรุงใช้กับโรคทางจิตเวชอื่นต่อไป

3. ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราไม่ป่วยกลับเข้ารับรักษาซ้ำ อย่างน้อยภายใน 90 วัน ตามกำหนดของเกณฑ์มาตรฐานของโรงพยาบาลศรีธัญญาและกรมสุขภาพจิต