

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการแบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการให้สุขภาพจิตแบบกลุ่ม และเพื่อพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลศรีธัญญา มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ในระหว่างเดือนมีนาคม และเดือนเมษายน พ.ศ. 2548 มีขั้นตอนการเลือกกลุ่มตัวอย่างคืออาการจิตสงบโดยประเมินจากแบบวัด Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) มีคะแนนไม่เกิน 36 มีจำนวน 22 คน โดยเป็นผู้ป่วยจากหอผู้ป่วยสารเสพติดชาย 5 จำนวน 13 คน และหอผู้ป่วยชาย 3 จำนวน 9 คน และเข้าร่วมในการศึกษาด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 3 ประเภท ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ซึ่งผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นโดยผสมผสาน 3 แนวคิด ได้แก่ เทคนิคสุขภาพจิตศึกษาของ Anderson (1980) การพัฒนา กลุ่มของ Marram (1978) และเนื้อหาพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและโครงสร้างของโปรแกรม รูปแบบกิจกรรม และความเหมาะสมของระยะเวลาที่ใช้โดยผู้เชี่ยวชาญด้านการรักษาและการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จำนวน 3 ท่าน มีกิจกรรมทั้งสิ้น 6 กิจกรรมดังนี้

กิจกรรมที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและแรงจูงใจ

กิจกรรมที่ 2 การให้ความรู้เกี่ยวกับสุรา

กิจกรรมที่ 3 การพัฒนาความมีคุณค่าแห่งตน

กิจกรรมที่ 4 การให้ความรู้ด้านการดำรงชีวิตในครอบครัวและชุมชน

- สัมพันธภาพและการจัดการ

- การแก้ไขปัญหาด้านอารมณ์

กิจกรรมที่ 5 การส่งเสริมความผาสุกทางจิตวิญญาณ

กิจกรรมที่ 6 การขอความช่วยเหลือจากแหล่งสนับสนุนทางสังคม การปิดกลุ่ม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วย

เป็นข้อคำถามที่ผู้ศึกษากำหนดขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ และประวัติการเจ็บป่วย

ส่วนที่ 2 แบบประเมินพฤติกรรมในการดูแลตนเอง

แบบวัดพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต สร้างโดย จินตนา ยูนิพันธุ์

(2534) จากแนวคิดของ Hill & Smith (1985) แบบวัดประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 60 ข้อ มีเนื้อหา 7 ด้าน ได้แก่ การพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลสุขภาพกายทั่วไป ซึ่งผู้ศึกษาได้ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยคำนวณค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันเท่ากับ .96

3. เครื่องมือกำกับการศึกษา ได้แก่ แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เป็นแบบประเมินความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับสุราจากแนวคิดของเบคเกอร์ (Becker, 1974) ที่สร้างโดยนิศานาด โชเกิด (2545) รวม 38 ข้อประกอบด้วยเนื้อหา การรับรู้ภาวะสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคจากการดื่มสุรา การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการดื่มสุรา การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อเลิกดื่มสุรา และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อการเลิกดื่มสุรา โดยค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือของเครื่องมือเท่ากับ .76

การดำเนินการศึกษา

1. ระยะก่อนการศึกษา ใช้เวลาดำเนินการ 4 สัปดาห์ ในการสร้างโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม และตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการสอนด้านความตรงตามเนื้อหาและความตรงตามโครงสร้าง จากนั้นได้ความความร่วมมือจากโรงพยาบาลศรีธัญญาเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล กำหนดระยะเวลาในการศึกษา เตรียมผู้ช่วยผู้ศึกษา จัดกลุ่มตัวอย่าง เตรียมกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาคัดเลือกผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่อาการทางจิตสงบ และประเมินภาวะทางจิตด้วยเกณฑ์การให้คะแนน Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) ที่น้อยกว่า 36 และทำความเข้าใจกับผู้ป่วยถึงรูปแบบของโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม และให้กลุ่มตัวอย่างลงนามยินยอมเข้าร่วมในการศึกษา อธิบายขั้นตอนการศึกษา เปิดโอกาสให้ซักถามข้อสงสัย และทำการประเมินคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต

2. ระยะดำเนินการศึกษา ผู้ศึกษาดำเนินการตามโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มที่สร้างขึ้น โดยดำเนินการกับกลุ่มตัวอย่าง 3 กลุ่ม กลุ่มละ 6 ครั้ง รวมระยะเวลา 1 สัปดาห์ กำหนดการเข้าร่วมกิจกรรม ณ ห้องกิจกรรมกลุ่มของหอผู้ป่วยสารเสพติดชาย 5 โรงพยาบาลศรีธัญญา

ดำเนินการศึกษาทุกวัน โดยในกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 ดำเนินการระหว่างวันที่ 22-27 มีนาคม 2548 เวลา 10.00- 11.30 น. และ เวลา 14.00-15.30 น. และในกลุ่มที่ 3 ทุกวัน ดำเนินการระหว่างวันที่ 30 มีนาคม ถึง วันที่ 4 เมษายน 2548 เวลา 10.30-11.30 น. เนื่องจากเป็นกลุ่มปิด และผู้ป่วยมีระยะเวลาในการบำบัดรักษาตามกำหนด ไม่สามารถอยู่รอการกลับบ้านพร้อมกันเมื่อร่วมกิจกรรมครบตามเวลาที่ผู้นำกลุ่มได้กำหนดไว้แต่เดิมที่เป็น 2 สัปดาห์ ได้

3. ระยะเวลาสิ้นสุดการศึกษา หลังสิ้นสุดโปรแกรมการศึกษามีการกำกับการทดลองทันทีด้วยการประเมินความเชื่อด้านสุขภาพ หลังจากนั้นประมาณ 2 สัปดาห์ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่างมาติดตามการรักษาตามนัด ผู้ศึกษาทำการประเมินพฤติกรรมและการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตด้วยแบบประเมินชุดเดิม กับสมาชิกจำนวน 15 คน ของกลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 วันที่ 11 เมษายน 2548 และกับสมาชิกจำนวน 5 คน ของกลุ่มที่ 3 ที่รับการประเมินในวันที่ 18 เมษายน 2548 ส่วนสมาชิกอีก 2 คน ได้รับการประเมินโดยการติดตามเยี่ยมบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Window โดยวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล หาค่าความถี่ ร้อยละ และเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม หาค่าเฉลี่ยเลขคณิต และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน แล้วเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยรายด้านและค่าเฉลี่ยรวมทุกด้านโดยใช้สถิติ t-test โดยกำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยชายจำนวน 22 คน มีอายุเฉลี่ย 38.47 ปี โดยมีอายุต่ำสุด 27 ปี และมีอายุสูงสุด 55 ปี ระดับการศึกษาที่พบมากที่สุดคือประถมศึกษา ร้อยละ 72.7 มีสถานภาพสมรส โสดมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 45.5 ส่วนมากมีอาชีพรับจ้าง คิดเป็นร้อยละ 54.5 และว่างงาน ร้อยละ 31 กลุ่มตัวอย่าง นี้มีผู้มีปัญหาสุขภาพกายร้อยละ 54.5 เป็นผู้เข้ารับการรักษาเป็นครั้งแรก ร้อยละ 45.5 ซึ่งร้อยละ 45.5 เริ่มดื่มสุราอายุระหว่าง 18-22 ปี มีระยะเวลาดื่มสุราติดต่อกันนาน 1-20 ปี จำนวน 16 คน คิดเป็นร้อยละ 72.8 โดยร้อยละ 72.7 ของกลุ่มตัวอย่าง เคยเลิกดื่มสุราอย่างน้อยที่สุด 1 เดือน และมากที่สุด 6 ปี

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต ของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม พบว่าผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังได้รับโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 2.51$) มีค่าคะแนนพฤติกรรมดูแลตนเอง

ด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ($\bar{X} = 2.97$) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปได้ว่าผลการศึกษานี้ ตอบสมมุติฐานในการศึกษาคือผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตสูงกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษา การใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตมีผลการศึกษาที่สำคัญและอภิปรายได้ดังนี้

ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราหลังการได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตดีขึ้นกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และจากการพิจารณาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิต จำแนกรายด้าน พบว่าภายหลังการได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มผู้ป่วยมีการพัฒนาการรู้จักตนเอง การติดต่อสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ การใช้เวลาอย่างมีประสิทธิภาพ การเผชิญปัญหาอย่างเหมาะสม การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาและการดูแลสุขภาพกายทั่วไปสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการพัฒนาระบบการสนับสนุนทางสังคมหลังได้รับ โปรแกรมไม่มีความแตกต่างกัน นั่นหมายถึงการได้รับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม มีผลต่อพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา

จากผลการศึกษาที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากสมาชิกกลุ่มมีลักษณะใกล้เคียงกัน เพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน มีปัญหาที่ต้องเข้ารับการรักษาจากสาเหตุสุราเหมือนกัน จากการศึกษาพบว่าสิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดความรู้สึกคล้ายคลึงกัน (Marram,1978) ซึ่งเป็นปัจจัยบำบัดที่สำคัญตัวหนึ่ง ประกอบกับ โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ประกอบด้วยกิจกรรมที่สะท้อนให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจได้ด้วยประสบการณ์ของตนเอง โดยในกระบวนการกลุ่มมีการใช้สัมพันธภาพเพื่อช่วยเหลือสมาชิกทำให้ผู้ป่วยและพยาบาลมีความสัมพันธ์ในขอบเขตของวิชาชีพ(อัญชลี ศรีสุพรรณ, 2547) อีกทั้งในการดำเนินกลุ่มได้ใช้เทคนิคสุขภาพจิตศึกษาของAnderson (1980) ที่เป็นการให้ความรู้ มีการประทับประคอง การบริการด้านความรู้โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ข้อมูล เพิ่มทักษะการเผชิญปัญหา ขจัดความคิดที่ไม่ถูกต้อง และสร้างเครือข่าย ซึ่งสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของสมาชิก จึงช่วยสมาชิกเกิดการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่มีต่อกันเป็นอย่างดี สิ่งเหล่านี้เอื้อให้เกิดความเป็นกันเอง ความผูกพัน ทำสมาชิกพิจารณาตนเองสามารถบอกปัญหา ยอมรับปัญหา และช่วยกันแก้ปัญหา สามารถให้กำลังใจและสนับสนุนซึ่งกันและกัน ทั้งนี้พยาบาลในฐานะผู้นำกลุ่มจึงมีบทบาทสำคัญที่จะทำให้สมาชิกไว้วางใจ และเข้าใจปัญหาของตนได้ เนื่องจากการรู้จัก

ตนเองเป็นองค์ประกอบสำคัญของสุขภาพจิต (เพชรี คันธสายบัว, 2544) เพราะการที่บุคคลรู้จักตนเอง มีความสำนึกในคุณค่าของตนจะสามารถประเมินตนเองได้ (อัญชติ ศรีสุพรรณ, 2547) ทำให้บุคคลทราบถึงความคิดและพฤติกรรมของตนเองเพื่อการปรับปรุงตนเองอยู่ตลอดเวลา นำไปสู่การเกิดความตั้งใจที่จะเรียนรู้ แสวงหาคำแนะนำ ความรู้เพื่อนำมาปรับพฤติกรรมตนเองให้ดีขึ้น และเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านแล้วผู้ป่วยต้องรับผิดชอบสุขภาพของตนเอง พยาบาลจึงต้องมีบทบาทให้การให้ความรู้ ให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาปัญหาสุขภาพตามระบบสนับสนุนทางสังคมต่อไป

ดังนั้น สรุปได้ว่า โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่มมีผลพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุราเพิ่มขึ้น จากผลการศึกษานี้ทำให้ผู้ศึกษาในฐานะของพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช เกิดความตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา เพราะหากพยาบาลสามารถทำให้ผู้ป่วยเข้าใจ ยอมรับปัญหาของตนเองได้ก็จะเกิดความคิด ความตั้งใจในการแก้ปัญหาของตนดังได้กล่าวข้างต้น พยาบาลควรจัดให้ผู้ป่วยได้มีโอกาสเรียนรู้จากกลุ่มบำบัด ทำให้ได้ประสบการณ์ เกิดความคิดและตัดสินใจด้วยตนเอง การรับฟังปัญหาของผู้ป่วยอย่างตั้งใจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า รับรู้ว่ามีคนเข้าใจและช่วยเหลือ จะเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาตนเองเพื่อไม่ให้เกิดปัญหาแบบเดิม ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัวและสังคม หากแต่กลับเป็นทรัพยากรบุคคลที่มีคุณค่าต่อไป

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถนำผลการศึกษาไปใช้ในด้านการปฏิบัติการพยาบาลดังนี้

1. ควรจัดให้มีการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ให้ผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในทุกราย และขยายผลถึงกลุ่มผู้ป่วยโรคจิตจากสุราที่มารับบริการแบบผู้ป่วยนอก เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตที่ดี ลดการป่วยกลับซ้ำ

2. ควรนำโปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม ไปจัดทำคู่มือในการทำกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา สำหรับพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการสอนอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของผู้ป่วยโรคจิตจากสุรา ในระยะยาว ทุก 1 หรือ 3 เดือน เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม และควรปรับเนื้อหาให้เหมาะสมกับการติดตามหลังการรักษาเพื่อ ช่วยเหลือผู้ป่วยและลดระยะเวลาการป่วยกลับซ้ำ

2. ควรมีการศึกษาผลการใช้โปรแกรมการสอนสุขภาพจิตแบบกลุ่ม สำหรับผู้ป่วยกลุ่มอื่น เช่นผู้ป่วยโรคจิตระยะสั้นจากยาเสพติด ผู้ป่วยจิตเวชทางอารมณ์ที่สามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ เพื่อให้เปรียบเทียบพฤติกรรมดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตต่อไป

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. การศึกษาครั้งนี้มีข้อจำกัดด้านความถี่ของเวลาดำเนินกิจกรรม โดยผู้ป่วยไม่สามารถรอกการเข้าร่วมกิจกรรมแบบ สัปดาห์ละ 3 ครั้งได้ เพราะเป็นกลุ่มปิด ผู้ป่วยรับไว้และจำหน่ายไม่พร้อมกัน ทำให้ต้องเลื่อนเวลาในการดำเนินกิจกรรม ซึ่งอาจส่งผลต่อความไม่พร้อมในการเข้ากลุ่มของผู้ป่วยบางคนได้
2. ผู้ป่วยบางคนมีปัญหาด้านสุขภาพทางกาย เช่น ความดันโลหิตสูง ซึ่งพยาบาลต้องประเมินผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม