



บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพและหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ เขตที่อยู่อาศัย ความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ตั้งแต่ 18 เดือนขึ้นไป อายุระหว่าง 20-59 ปี มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลจิตเวชสังกัดกรมสุขภาพจิต จำนวน 130 คน โดยใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling)

สมมติฐานในการวิจัย คือ ผู้ป่วยจิตเภทมีสุขภาพอยู่ในระดับดีขึ้น และปัจจัยด้านด้านเพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และเขตที่อยู่อาศัย มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ มี 1 ชุด แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคล แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งผู้วิจัยดัดแปลงข้อคำถามมาจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ตามกรอบแนวคิดของ Becker et al. (1974) จำนวน 20 ข้อ และแบบวัดสุขภาพ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิดสุขภาพของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ร่วมกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่าน และผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจำนวน 10 ท่าน มีจำนวน 75 ข้อ ซึ่งได้รับการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 6 ท่าน แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขร่วมกับอาจารย์ที่ปรึกษา และนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach 's Alpha Coeficiency) ของแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพ และแบบวัดสุขภาพเท่ากับ .79 และ .93 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจำนวน 3 ท่าน ได้ทำความเข้าใจและตกลงเกี่ยวกับวิธีการเก็บข้อมูล และเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่มารับบริการแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลจิตเวช ใช้เวลาเก็บข้อมูล 3 สัปดาห์ ตั้งแต่ 25 มีนาคม ถึง 10 เมษายน 2546 ได้แบบสัมภาษณ์ที่มีความสมบูรณ์ 130 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้นำมาวิเคราะห์ เพื่อหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าไคสแคว์ การทดสอบค่าที และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน โดยใช้โปรแกรม SPSS

ผลการวิจัย เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัยที่ว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีสุขภาพอยู่ในระดับดีขึ้น คือมีระดับสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก และปัจจัยด้านอายุ ความเชื่อด้านสุขภาพมี

ความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนปัจจัยด้าน เพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย และความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยพบว่าจำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 62.3 ซึ่งมีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 36.2 มีการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษามากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 35.4 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด/ม่าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 70.8 ด้านความเพียงพอของรายได้ส่วนมากมีรายได้เพียงพอ คิดเป็นร้อยละ 79.2 และด้านเขตที่อยู่อาศัยพบว่าส่วนใหญ่เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทคิดเป็น ร้อยละ 55.4

ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยพบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงสุด ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูง

สุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดีมาก โดยในรายด้านผู้ป่วยมีสุขภาพทางกายและสุขภาพทางจิตวิญญาณอยู่ในระดับดีมาก ส่วนสุขภาพทางจิต และสุขภาพทางสังคมอยู่ในระดับดี

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัยกับสุขภาพพบว่า เพศ สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัยไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 แต่ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง สถานภาพสมรสคู่และโสด/ม่าย/หย่า/แยก และทั้งที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทนั้นมีสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ส่วนความเพียงพอของรายได้ พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพโดยรวมและด้านสุขภาพทางจิตและจิตวิญญาณของผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอมีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอจะมีค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาพสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ การศึกษา และความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาพพบว่า อายุ และความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .19$ และ $.49$ ตามลำดับ) ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย ส่วนการศึกษามีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาพทางกายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = -.20$) ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย

การอภิปรายผล

จากการศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำจากการสัมภาษณ์ และการศึกษาระดับสุขภาวะพบว่า มีสุขภาวะอยู่ในระดับดีมาก โดยอายุและความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วย ผู้วิจัยอภิปรายผลได้ดังนี้

1. จากผลการวิจัย สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำอยู่ในระดับดีมาก โดยเฉพาะ สุขภาวะทางกายและสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภทที่มีคะแนนสุขภาวะสูง พบว่า ผู้ป่วยยอมรับในการเจ็บป่วยของตนเองได้ และมีความเชื่อว่าตนเองจะมีอาการของโรคที่ดีขึ้นจากการรับประทานยาที่ต่อเนื่อง มีความหวังเกี่ยวกับโรคและชีวิตที่ดี มีความพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งจะเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ต่อตนเอง เพื่อให้บรรลุเป้าหมายหรือความหวังของการมีสุขภาพดี มีความสุข ไม่มีการป่วยซ้ำ ทำให้มีสุขภาวะด้านอื่นๆ ตามมา เนื่องจากจิตวิญญาณเป็นมิติที่สำคัญที่จะช่วยสร้างสุขภาวะในมิติอื่นๆ และเป็นสิ่งที่จะช่วยให้กาย จิต สังคม มีความสอดคล้องกันอย่างเป็นองค์รวม การมีความศรัทธาและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง ย่อมเป็นแรงผลักดันให้เกิดสุขภาวะแบบองค์รวม (ประเวศ วะสี, 2543; วิพุธ พูลเจริญ, 2544)

การวิจัยครั้งนี้ทำให้มองเห็นความแตกต่างของสุขภาพจากเดิมที่มองผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง ไม่มีการเจ็บป่วยเป็นผู้มีสุขภาพดี มาเป็นสุขภาพในกระบวนทัศน์ใหม่ที่ใช้ คำว่า สุขภาวะ แทน ซึ่งไม่จำกัดอยู่เพียงการไม่เจ็บป่วยหรือพิการ โดยเน้นที่การส่งเสริมสุขภาพมากกว่าการซ่อมสุขภาพ และมุ่งเน้นที่ความเสมอภาคและเท่าเทียมกันของประชาชนทุกคนในการบรรลุสุขภาวะไม่ว่าจะเป็นผู้ป่วยเรื้อรัง คนพิการ ผู้มีความบกพร่องทางร่างกายหรือจิตใจก็สามารถบรรลุถึงสุขภาวะได้ตามศักยภาพของแต่ละบุคคล (วิพุธ พูลเจริญ, 2544) ซึ่งผลการวิจัยที่ได้จากข้อมูลเชิงปริมาณ และข้อมูลเชิงคุณภาพก็สนับสนุนแนวคิดดังกล่าว และทำให้รับรู้ถึงศักยภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำในการคิด รับรู้ และปฏิบัติกิจกรรมเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป

ในการที่ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุขนั้นจะต้องเป็นผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณได้ โดยผู้ที่สามารถตอบสนองความต้องการของตนเองได้จะต้องรับรู้ถึงความต้องการ หรือเป้าหมายชีวิตของตนเองได้ชัดเจน ซึ่งขึ้นอยู่กับความมีสติหรือการรู้จักตนเอง และสมาธิหรือความใส่ใจกับสิ่งที่เกิดขึ้นกับตนเอง อันจะเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยให้บุคคลรู้จักตนเองและสามารถควบคุมกระบวนกรคิดและการกระทำของตนเองได้ (จินตนา ญนิพันธ์, 2542: 6) แสดงให้เห็นถึงความใส่ใจต่อสุขภาพ และการรู้จักตนเองของผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ถึงเป้าหมายและความต้องการของ

ตนเอง และตอบสนองความต้องการนั้น เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข ไม่มีการป่วยซ้ำ

2. เพศ สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัย ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ หมายความว่า ผู้ป่วยที่มี เพศ สถานภาพสมรส และเขตที่อยู่อาศัยแตกต่างกันจะมีสุขภาวะที่ไม่แตกต่างกัน แต่ผู้ป่วยทั้งเพศชายและหญิง สถานภาพสมรสโสดและคู่ ทั้งที่อยู่ในเขตเมืองและเขตชนบท มีสุขภาวะโดยรวมอยู่ในระดับดีมาก อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีการป่วยซ้ำ ซึ่งมีการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนที่ดีอยู่แล้ว จึงส่งผลให้ผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวต่างกันนั้นมีสุขภาวะไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยที่มีปัจจัยส่วนบุคคลต่างกันในด้านเพศ สถานภาพสมรส เขตที่อยู่อาศัย ต่างก็มีความต้องการที่จะมีสุขภาพที่ดี มีความใส่ใจในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ไม่ให้มีอาการรุนแรงของโรค และปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์หรือครอบครัว โดยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ไม่ดื่มเหล้า ไม่สูบบุหรี่ เป็นต้น ทำให้มีลักษณะสุขภาวะที่ไม่แตกต่างกัน

ในด้านสถานภาพสมรสของผู้ป่วยที่พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกับผลการศึกษาของชุดิมา นูรณธินิต (2539) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขสมบูรณ์ของอาจารย์พยาบาล อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่แม้จะมีสถานภาพสมรสโสด/ม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 70.8 แต่ผู้ป่วยเหล่านี้ก็มีได้อาศัยอยู่เพียงลำพังคนเดียว และจากข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่าสุขภาวะทางสังคมด้านการได้รับความรัก ความเข้าใจ การดูแลช่วยเหลือ และกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก สอดคล้องกับการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่พบว่าผู้ป่วยจะได้รับกำลังใจ และการดูแลเอาใจใส่จากคนรอบข้างเช่น พ่อ แม่ พี่น้อง คู่สมรส ทำให้มีกำลังใจในการดำเนินชีวิต และยอมรับโรคที่เป็นอยู่ได้ เนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยที่อยู่กันเป็นครอบครัวใหญ่ที่มีความผูกพันรักใคร่สมาชิกในครอบครัวมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยเฉพาะบุคคลที่มีปัญหาหย่าร้าง คู่สมรสเสียชีวิตและผู้ที่มีสถานภาพสมรสโสดจะได้รับความเห็นอกเห็นใจและได้รับความช่วยเหลือดูแลจากญาติพี่น้องเมื่อยามเจ็บป่วย (ชมภู วิสุทธิเมธีกร, 2540: 113) ทำให้ผู้ที่มีสถานภาพสมรสต่างกันมีสุขภาวะที่ไม่ต่างกัน

ปัจจัยด้านความเพียงพอของรายได้ พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอต่างก็มีสุขภาวะอยู่ในระดับดีมากเช่นกัน เนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมักจะมีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่คอยให้ความช่วยเหลือด้านการเงิน สิ่งของ การดูแล ให้กำลังใจจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คู่สมรส บุคคลในชุมชน ดังจะเห็นได้จากสุขภาวะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำนั้นอยู่ในระดับดี (ดังแสดงในตาราง 12) สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเภท พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอนั้นสามารถใช้บัตรประกันสุขภาพ หรือบัตรสงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยใน

การรักษาพยาบาลหรือรับยาจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ที่มีรายได้เพียงพอและไม่เพียงพอมีสุขภาวะอยู่ในระดับดีมาก และจากการทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะพบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่มีรายได้เพียงพอมีค่าเฉลี่ยคะแนนสุขภาวะโดยรวมและสุขภาวะทางจิตและจิตวิญญาณสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ ที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้ที่มีรายได้เพียงพอจะมีโอกาสในการเลือกสิ่งที่เป็นประโยชน์ต่อสุขภาพหรือเอื้ออำนวยต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพได้มากกว่า และสามารถแสวงหาสิ่งที่ตอบสนองความต้องการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจในชีวิต ความปลอดภัย นันทนาการ และฐานะทางสังคมได้มากกว่า สามารถเข้าถึงระบบบริการทางสังคมได้มากกว่า นำมาซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และก่อให้เกิดความพึงพอใจจากการได้รับการตอบสนองความต้องการหรือเป้าหมายในชีวิต ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยของคะแนนสุขภาวะในผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่มีรายได้เพียงพอสูงกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอ

ปัจจัยด้านเขตที่อยู่อาศัย ในเขตเมืองและเขตชนบทมีสุขภาวะที่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองที่มีความเจริญก้าวหน้า ทำให้มีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารได้รับความรู้ด้านสุขภาพได้ดี เช่นเดียวกับผู้ที่อาศัยอยู่ในเขตชนบทซึ่งจะมีสภาพแวดล้อมที่ดี เป็นธรรมชาติและปลอดภัย มีลักษณะความเป็นอยู่แบบครอบครัวขยายทำให้มีการสนับสนุนให้กำลังใจ ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) ทำให้ผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในเขตเมืองและเขตชนบทมีสุขภาวะที่ไม่แตกต่างกัน

จะเห็นว่าผลการศึกษาความสัมพันธ์ในปัจจัยดังกล่าวนี้ไม่สัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เนื่องจากลักษณะกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีความคล้ายคลึงกัน คือเป็นกลุ่มที่มีสุขภาวะดีทั้งหมดจึงไม่เห็นความแตกต่างของปัจจัยต่างๆ ได้อย่างชัดเจน ดังนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเภท อาจจะต้องศึกษาในลักษณะของการศึกษาเปรียบเทียบปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาวะในกลุ่มที่แตกต่างกันไป เช่น ผู้ป่วยจิตเภทที่มีสุขภาวะไม่ดี และดีมาก หรือกลุ่มที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำ เพื่อให้เห็นความแตกต่างได้ชัดเจนมากขึ้น

3. การศึกษา มีความสัมพันธ์ทางลบกับสุขภาวะทางกาย หมายความว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำจะมีสุขภาวะทางกายในระดับสูง และผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงจะมีสุขภาวะทางกายในระดับต่ำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยเป็นวัยกลางคนในช่วงอายุ 30 – 39 ปี มากที่สุด และมีการประกอบอาชีพมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 70 ทั้งนี้อธิบายได้ว่าวัยกลางคนเป็นวัยกำลังทำงานต้องประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ทำให้มีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

เช่น ไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย และเลือกรับประทานอาหาร ทำให้มีการเจ็บป่วยทางกายร่วมด้วย ส่งผลให้มีสุขภาพทางกายในระดับต่ำ

4. อายุ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ซึ่งกลุ่มอายุที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นวัยกลางคน ในช่วงอายุ 30-39 ปี มากที่สุด อธิบายได้ว่า บุคคลในวัยกลางคนจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาหรือความเครียดต่างๆ ทำให้มีประสบการณ์ในการหาทางเลือกในการแก้ปัญหาได้ดี มีความใส่ใจในการแสวงหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพมากขึ้น ให้ความสำคัญในการรักษาสูง สอดคล้องกับการศึกษาของสุธีรา สุนทรระกุล และมาลี แจ่มพงษ์ (2533) ที่ว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุระหว่าง 35-70 ปี สามารถอยู่กับครอบครัวได้เป็นเวลานาน โดยไม่มีการป่วยซ้ำ ทั้งนี้เนื่องจากประสบการณ์ชีวิตทำให้ผู้ป่วยยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชีวิตได้มากขึ้น จากการศึกษาของธัญญา น้อยเปียง (2545) เกี่ยวกับความผาสุกทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยมะเร็ง พบว่า ผู้ป่วยมะเร็งในวัยผู้ใหญ่มีความผาสุกทางจิตวิญญาณมากกว่าวัยหนุ่มสาว ซึ่งมีความสอดคล้องกับผู้ป่วยจิตเภทซึ่งเป็นผู้ป่วยโรคเรื้อรังเช่นเดียวกัน นอกจากนี้บุคคลในวัยกลางคนของสังคมไทยจะเป็นผู้ที่ได้รับการยกย่องนับถือ และเป็นที่เคารพของสมาชิกในครอบครัวและชุมชน เนื่องจากเป็นวัยที่มีความอาวุโส และมีประสบการณ์มาก (ศรีธรรม ฐานะภูมิ, 2535: 94) ทำให้เกิดแรงสนับสนุนทางสังคมในการส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี

5. ความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยอยู่ในระดับสูงสุด ส่วนการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย อยู่ในระดับสูง และความเชื่อด้านสุขภาพทุกด้านมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ ทั้งนี้อธิบายได้ว่าการที่ผู้ป่วยมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รับรู้ถึงความรุนแรงของการเจ็บป่วยที่จะส่งผลกระทบต่อตนเองและครอบครัว รับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย ทำให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และการป่วยซ้ำ ซึ่งเกิดจากความมั่นใจในความสามารถหรือศักยภาพของตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ และคาดหวังผลจากการปฏิบัติกิจกรรมนั้นๆ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีความคาดหวังและความเชื่อมั่นต่อตนเองในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และการป่วยซ้ำ จึงทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก สามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยไม่ป่วยซ้ำ

จากผลการวิจัย ความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และการรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ เช่นเดียวกับผล

การศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการมีพฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้องสามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชนภาคกลางได้ และผลการศึกษาของ เพชรี คันธสายบัว (2544) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำมีความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำได้ดี ซึ่งจากผลดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลเพื่อสร้างความเชื่อเกี่ยวกับการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วย รวมทั้งการป้องกันการป่วยซ้ำ โดยการให้ความรู้ด้านโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ รวมทั้งประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และการป้องกันการป่วยซ้ำ ซึ่งจะส่งผลต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วย และการป้องกันการป่วยซ้ำของผู้ป่วย โดยเน้นในเรื่องการรับรู้อุปสรรคจากความไม่มีอิสระในการตัดสินใจเลือกปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง การไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่นในการเล่าหรือระบายความทุกข์ใจ และการไม่มีเวลาในการออกกำลังกาย เนื่องจากผลการศึกษาพบว่าความเชื่อด้านอุปสรรคต่อการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลาง

จากผลการวิจัยดังกล่าวสามารถนำมาเป็นแนวทางในการให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำได้ดังนี้

1. ให้การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ป่วยจิตเภทโดยเน้นให้ผู้ป่วยได้ใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อส่งเสริมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ โดยคำนึงถึงความเชื่อด้านสุขภาพ และเน้นให้ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจในโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้งประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และการป่วยซ้ำ
2. จัดดำเนินกลุ่มช่วยเหลือตนเองสำหรับผู้ป่วยจิตเภท โดยสนับสนุนให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการให้คำแนะนำ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ให้กำลังใจ และช่วยเหลือสนับสนุนซึ่งกันและกันในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้มีพฤติกรรมที่คงอยู่ในระยะยาว หรือให้ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำที่มีสุขภาพดีเป็นผู้ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่สมาชิกในกลุ่มที่มีการป่วยซ้ำ เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกในกลุ่มมีการปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพมากขึ้น
3. จัดทำคู่มือในการปฏิบัติตัวสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเมื่อต้องกลับไปอยู่ในชุมชน
4. แนะนำให้ผู้ป่วยรู้จักองค์กรหรือหน่วยงานสาธารณสุข หรือแหล่งความรู้ที่ผู้ป่วยสามารถรับความช่วยเหลือได้เมื่อมีปัญหา
5. ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำในกลุ่มวัยทำงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพทางกายให้ดีขึ้น โดยให้ความรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยง และความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้ง

ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเจ็บป่วย และการป่วยซ้ำ

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. เป็นข้อมูลพื้นฐานแก่ผู้บริหาร ในการนำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำไปวางแผนส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะทางจิตและทางสังคม

2. ควรมีนโยบายเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ โดยพัฒนาบทบาท และศักยภาพของบุคลากรทางการพยาบาลให้มีความรู้ ความสามารถในการดูแลส่งเสริม และสนับสนุนให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และคงกิจกรรมที่ดีเหล่านั้นให้มีความต่อเนื่อง

3. นำความรู้เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำไปเป็นแนวทางในการพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเภททั้งที่มีการป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำเพื่อส่งเสริมให้มีสุขภาพที่ดี และป้องกันการป่วยซ้ำ

4. ปรับปรุงลักษณะการบริการพยาบาลด้านการวางแผนการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย โดยเน้นการส่งเสริมศักยภาพของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชนในการพึ่งตนเองด้านสุขภาพ เพื่อให้การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพนั้นคงอยู่อย่างถาวร

5. ให้การพยาบาลโดยเน้นการเสริมสร้างความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อการปฏิบัติกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการป่วยซ้ำ โดยเฉพาะความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเจ็บป่วยและการป่วยซ้ำ ซึ่งอาจจะจัดในลักษณะของกลุ่มกิจกรรม และให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในกิจกรรมเนื่องจากครอบครัวเป็นกำลังใจที่สำคัญของผู้ป่วยในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้นาน

6. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลช่วยเหลือ ส่งเสริม สนับสนุนการปฏิบัติกิจกรรมที่จะส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย แก่ผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น ครอบครัว ผู้นำชุมชน เครือข่ายทางสังคม เพื่อจัดกิจกรรมในชุมชนให้เหมาะสม กับผู้ป่วย เพื่อให้มีแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่ดีและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเภท เช่น การรับรู้สุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติแบบแผนชีวิตที่ส่งเสริมสุขภาพ หรือมีการศึกษาเปรียบเทียบสุขภาพของผู้ป่วยในกลุ่มที่แตกต่างกัน เช่น กลุ่มที่ป่วยซ้ำ และไม่ป่วยซ้ำ หรือกลุ่มที่มีสุขภาพไม่ดีและดีมาก

2. พัฒนาโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพให้ครอบคลุมสุขภาพะทั้ง 4 มิติ โดยการสร้างความเชื่อด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน เพื่อสร้างสุขภาพที่ดีในผู้ป่วยจิตเภทที่มีการป่วยซ้ำ และพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่มีอยู่ของผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่ป่วยซ้ำ
3. ศึกษาติดตามการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยในระยะยาวเพื่อประเมินการคงอยู่ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ดี
4. ควรมีการศึกษาบทบาทของผู้ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย เช่น ครอบครัว ชุมชน เนื่องจากปัญหาการป่วยซ้ำในผู้ป่วยจิตเภทมิได้ส่งผลกระทบต่อลำพังตัวผู้ป่วยเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบต่อครอบครัว และชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ด้วย
5. ศึกษาสุขภาพะในผู้ป่วยอื่นๆ เช่น ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า เพื่อเป็นแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่อไป



ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย