

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สุขภาพดี เป็นสิ่งที่พึงปรารถนาอย่างยิ่งของมนุษย์ทุกคนเพราะสุขภาพเป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุดในการดำรงชีวิตของมนุษย์ (สุชาติ โสมประยูร, 2543) องค์การอนามัยโลกได้ให้คำนิยามสุขภาพไว้ว่า เป็นสภาวะที่สมบูรณ์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณประกอบกัน ไม่ใช่เพียงการปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น (WHO, np; ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541; ประเวศ วะสี, 2543; วิพุธ พูลเจริญ, 2544) เป็นคำนิยามที่แสดงถึงการมองบุคคลในลักษณะเป็นองค์รวม เป็นหน่วยเดียวที่ไม่แยกส่วน ประเวศ วะสี (2543) ได้นำแนวคิดสุขภาพขององค์การอนามัยโลกมาปรับใช้ในบริบทของสังคมไทย และใช้คำว่า สุขภาวะ ในความหมายของการมีสุขภาพดี ร่างกายแข็งแรง มีจิตใจที่เป็นสุข มีสังคมที่ดี มีคุณธรรมจริยธรรม ดังนั้นเมื่อมีการปฏิรูประบบสุขภาพ และเสนอกฎหมายเพื่อเป็นธรรมนูญสุขภาพของคนไทย คือพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดความหมายไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สภาวะที่สมบูรณ์และเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล ทั้งทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ สุขภาพมิได้หมายถึงเฉพาะความไม่พิการและการไม่มีโรคเท่านั้น (คณะอนุกรรมการร่างพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ, 2545)

สุขภาพจะเป็นจินตนาการใหม่ที่มีการปรับเปลี่ยนระบบการจัดการด้านสุขภาพที่เน้นการบำบัดรักษาโรค มาเป็นการสร้างสุขภาพให้มีสุขภาพดี ของบุคคลทุกคน ซึ่งประเวศ วะสี (2541) ได้กล่าวไว้และผู้วิจัยสรุปได้ว่า เมื่อพูดถึงสุขภาพ คนไทยมักนึกถึงโรงพยาบาล หมอหรือยา อันเป็นจินตนาการที่นำไปสู่ปัญหามากมาย จนเกิดภาวะวิกฤติโดยไม่รู้ตัว แนวคิดดังกล่าวชักนำไปสู่ยุทธศาสตร์แบบตั้งรับที่รอให้เกิดการเจ็บป่วยโดยไม่จำเป็นแล้วมาตั้งรับการรักษากัน ดังนั้นการปรับเปลี่ยนระบบสุขภาพ หรือการปฏิรูปสุขภาพจึงเน้นการส่งเสริมให้เกิดพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอย่างเท่าเทียมกันทั้งในทุกระดับ สุขภาวะจึงเป็นคำใหม่ที่ใช้ในความหมายของสุขภาพเชิงบวกที่เน้นการสร้างเสริมสุขภาพ

สถานะสุขภาพในมิติของสุขภาพะนั้น วิพุธ พูลเจริญ (2544: 8 - 11) เสนอแนวคิดในการประเมินไว้ว่า สุขภาวะ เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่มีคุณภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ครอบคลุมการดำเนินชีวิตที่ยืนยาว โดยเน้นพฤติกรรมและกิจกรรมที่มีการกระทำอย่างต่อเนื่องและมีผลดีต่อสุขภาพตนเองของบุคคล ซึ่งกิจกรรมปกติในชีวิตประจำวันของบุคคลเป็นรากฐานที่สำคัญของสุขภาพ และเป็นดัชนีที่สำคัญต่อการประเมินสถานะสุขภาพในเชิงบวก

ของบุคคล ประกอบด้วยมิติทางกายซึ่งพิจารณาได้จาก ลักษณะขนาดของร่างกาย สมรรถนะ การรับรู้การสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะ ในการดำเนินกิจการงาน มิติทางจิตใจ พิจารณาได้จาก เชาว์ปัญญา การตอบสนองและการจัดการ กับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทศนคติและความเชื่อ ตลอดจนความมั่นใจ ในตนเองและการมองเห็นคุณค่าของตนเอง ส่วนมิติทางสังคม ได้แก่ ความสามารถในการอยู่ ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคมและพฤติกรรมประจำวันได้ และมิติทางจิตวิญญาณ ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อในระดับศรัทธาอันมีผลมาจากศาสนาหรือความเชื่อในลัทธิ เป็นแนวคิดที่มอง เห็นว่า คนเป็นเพียงส่วนหนึ่งของจักรวาล ซึ่งประกอบด้วย การแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นอุดมการณ์ ชีวิตของตน มีความรู้สึกสำนึกว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติที่มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด มีความรักในสันติภาพ มีความต้องการที่พอเพียง และรู้จักให้ ความเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต แนวทางในการประเมินสุขภาพในเชิงบวกดังแนวคิดดังกล่าวนี้ ช่วยให้ มองเห็นโอกาสในการส่งเสริมสุขภาพในทุกมิติของบุคคลได้อย่างเท่าเทียมกัน

จากความหมายของสุขภาพะนั้นจะขาดซึ่งความสุขไม่ได้ (จรัส สุวรรณเวลา, 2543: 33) สุขภาพจะเกิดกับบุคคลได้ก็ต่อเมื่อบุคคลสามารถรับรู้ในความต้องการ ความมุ่งมาดปรารถนาของตน และสามารถตอบสนองต่อความต้องการ รวมทั้งการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อมได้ (WHO, 1986 อ้างใน หทัย ชิตานนท์, 2541: 105) แนวคิดดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธ์ุ (2542: 4 - 8) ที่กล่าวถึงการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีความปกติสุข (Healthy life) ของบุคคลเกิดจากความสามารถ ตอบสนองความต้องการของตนเองได้อย่างอิสระ ความต้องการนั้นมีอยู่ 4 กลุ่มคือ

1. การตอบสนองความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) ได้แก่ ความต้องการอาหาร น้ำ อากาศ การทำกิจกรรม การพักผ่อน เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัย โดยเป้าหมาย คือ การมีชีวิตอยู่รอดปลอดภัย
2. การตอบสนองความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) ได้แก่ การทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับอย่างสร้างสรรค์ ประสบความสำเร็จและมีความภาคภูมิใจ
3. การตอบสนองความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) ได้แก่ ความกลมกลืนของกระบวนการด้านความคิด ความเชื่อและศรัทธา อารมณ์ และการแสดงออกที่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น ไม่คับข้องใจ เมื่อได้รับการตอบสนองแล้ว บุคคลจะมีความสุขสบายใจ พึงพอใจ มีความวิตกกังวลต่ำ รู้สึกรับรู้คุณค่าในตน เป้าหมายคือ บุคคลมีความรู้สึกมั่นคงและพอใจ
4. การตอบสนองความต้องการด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relation needs) เป็นการอยู่ร่วมกันเป็นสังคมของมนุษย์ มีการพึ่งพาหรือการสนับสนุนประคับประคอง ซึ่งกันและกันตลอดทุกช่วงชีวิต

จากแนวคิดของวิพุธ พูลเจริญ (2544) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) สามารถสรุปได้ว่า สุขภาวะเป็นกระบวนการหรือพฤติกรรม ที่บุคคลปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของตนเองอย่างต่อเนื่อง เป็นวิถีชีวิตประจำวัน เป็นรากฐานที่ส่งผลต่อการมีสุขภาพดีในมิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะเป็นอุดมการณ์ว่าด้วยสุขภาพที่เป็นเครื่องชี้้นำสำหรับการกำหนดเป้าหมายในการดำเนินการต่างๆ ให้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ต้องการให้คนไทยทุกคนสามารถที่จะมีสุขภาพได้เต็มตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ถึงแม้ว่าจะมีความเจ็บป่วยหรือพิการ บุคคลก็สามารถที่จะมีสุขภาพได้ตามศักยภาพของตนเองได้ (วิพุธ พูลเจริญ, 2544: 2 – 3) หมายความว่าผู้ป่วยจิตเวช ซึ่งเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตแบบเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ นั้น ก็สามารถที่จะบรรลุซึ่งสุขภาพได้ตามศักยภาพที่พึงมีของตนเองได้ตามแนวคิดนี้

ผู้ป่วยจิตเวชปัจจุบันมีจำนวนประมาณ ร้อยละ 0.4 ของจำนวนประชากรทั้งหมด (กรมสุขภาพจิต, 2542) แบ่งผู้ป่วยจิตเวชได้เป็น 2 กลุ่มคือ ผู้ป่วยจิตเวชที่พักอาศัยอยู่ในชุมชนมีจำนวนร้อยละ 78 – 90 ของผู้ป่วยจิตเวช (จินตนา ยูนิพันธ์, 2542; พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542) เป็นผู้ป่วยที่ส่วนใหญ่ที่มีอาการไม่รุนแรงหรือมีอาการแต่ได้รับการรักษาจนอาการทุเลาแล้ว และร้อยละ 10 – 12 เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการ โดยมากเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวชแบบผู้ป่วยใน ส่วนกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในชุมชนนั้น เป็นผู้ป่วยที่ไม่มีอาการทางจิตและยังมีอาการทางจิตอยู่บ้างเป็นบางส่วน เนื่องจากการปรับแนวทางในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลให้มีระยะสั้นและกลับสู่ชุมชนให้เร็วขึ้น (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนยังได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องแบบผู้ป่วยนอก โดยผู้ป่วยมีการดำเนินชีวิตในชุมชนแล้วเดินทางไปพบทีมสุขภาพ เพื่อรับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลเป็นครั้งคราว และกลับไปอยู่ในชุมชน การไปรับการบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลของผู้ป่วยจึงเป็นเพียงส่วนหนึ่งของวิถีการดำเนินชีวิตเท่านั้น ดังนั้นในการศึกษาผู้วิจัยจึงใช้คำว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนเพื่อบอกถึงสถานะในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยโดยส่วนใหญ่ โดยมีได้หมายความถึงการไปเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยในชุมชน

จากการศึกษาเพื่อทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยจิตเวช ผู้วิจัยสรุปสภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนตามแนวคิดสุขภาพของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ได้ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ด้วยตนเอง เช่น การจัดเตรียมอาหาร การเลือกรับประทานอาหารสะอาด และมีประโยชน์ต่อร่างกาย การดูแลความสะอาดร่างกาย การแต่งกายที่สะอาดเรียบร้อย การทำงานบ้าน การเดินทางด้วยตนเอง การออกกำลังกาย การรับประทานยาด้วยตนเอง รวมทั้งการพักผ่อน

นอนหลับและการผ่อนคลายร่างกายและจิตใจ แต่ผู้ป่วยบางส่วนยังมีความพร่องในการปฏิบัติกิจกรรม โดยยังไม่สามารถทำกิจกรรมได้อย่างสมบูรณ์ เนื่องจากการเจ็บป่วยทางจิตในระยะเวลายาวนาน รวมทั้งผลที่เกิดจากอาการข้างเคียงของยา เช่น ยังรับประทานอาหารได้น้อย หรือได้รับอาหารไม่ครบทุกมื้อ การนอนหลับไม่สนิท และรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ความพร่องต่อการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ ทำให้ร่างกายผู้ป่วยได้รับสารอาหาร และการพักผ่อน ที่ไม่เพียงพอกับความต้องการ มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542; ภัทรา ธิรลาภ, 2530; นิตยา ตากวิริยะนันท์ และชื่นสมน สุยะชีวิน, 2536)

2. สุขภาวะทางจิต ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามารถควบคุมตนเองในการแสดงอารมณ์โกรธ กลัวได้ เมื่อมีความทุกข์ นอนไม่หลับ หรือเกิดความรู้สึกท้อแท้ จะบอกญาติ เพื่อนหรือบุคคลที่ใกล้ชิดทราบ และมีการเล่าระบายความรู้สึก ขอคำแนะนำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ผู้ป่วยไว้วางใจ นอกจากนั้นการทำงานต่างๆ ยังเป็นการแสดงถึงความสามารถ และศักยภาพของผู้ป่วยจิตเวช และเป็นส่วนหนึ่งของความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วย (สุวิมล สมัตถะ, 2541) ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ เหล่านี้เป็นการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะทางจิต แต่ในด้านการประกอบอาชีพนั้น พบว่าผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพ ทำให้ไม่มีรายได้ที่จะจัดซื้อสิ่งของจำเป็น ในการดำเนินชีวิต อาจทำให้ผู้ป่วยเกิดความเครียด ความทุกข์ใจ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย ทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพาญาติ แสดงถึงการมีสุขภาวะทางจิตต่ำหรือน้อย (ภัทรา ธิรลาภ, 2530; สุพิศศรี รัตนสิน และวีระ ดุลย์ชูประภา, 2537)

3. สุขภาวะทางสังคม ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในครอบครัว เพื่อนหรือบุคคลอื่นๆ โดยการพูดคุย แลกเปลี่ยนความคิดเห็น การทำกิจกรรมร่วมกัน ในการอยู่ร่วมกันนั้นจะมีการแสดงออกซึ่งความเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ การสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการใช้มารยาททางสังคม (สุวิมล สมัตถะ, 2541; พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิและคณะ, 2542) กิจกรรมเหล่านี้แสดงถึงความสามารถในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมของผู้ป่วยจิตเวช มีเพียงบางรายเท่านั้นที่ยังไม่กล้าพูดคุยกับผู้อื่น แยกตัว เจื้อยขา หวาดระแวง และรบกวนผู้อื่น เนื่องจากไม่มีความมั่นใจในตนเอง ปรับตัวได้น้อย (สุวิมล สมัตถะ, 2541; ภัทรา ธิรลาภ, 2530) ขาดทักษะในด้านการปรับตัว การติดต่อสื่อสาร และยังมีอาการเจ็บป่วยทางจิต พฤติกรรมเหล่านี้แสดงถึงการมีสุขภาวะทางสังคมต่ำหรือน้อย

4. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามารถทำกิจกรรมที่ส่งเสริมการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณได้ เช่น การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การทำบุญให้ทาน (พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542) กิจกรรมเหล่านี้แสดงถึงความเชื่อและความศรัทธาต่อการทำความดีตามความเชื่อ ซึ่งแสดงถึงการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ แต่ในกลุ่มผู้ป่วยที่มีพฤติกรรม

แยกตัว เจื้อยขา หวาดระแวง และรบกวนผู้อื่น (สุวิมล สมัตถะ, 2541; ภัทรา ธิรลาภ, 2530) เป็นบุคคลที่ยังไม่สามารถปฏิบัติกิจกรรม ซึ่งอาจแสดงถึงการมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณน้อยหรือต่ำ

จากข้อมูลสภาพการณ์ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่รวบรวมได้นั้น แสดงให้เห็นถึงสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความแตกต่างกัน ตามลักษณะอาการเจ็บป่วยและความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน จึงเป็นบุคคลที่มีอัตราเสี่ยงต่อการป่วยซ้ำสูง โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคจิตเภทนั้น มีอัตราการป่วยซ้ำสูงถึงร้อยละ 70 (สมชาย จักรพันธุ์, 2543) เนื่องจากผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา และผู้ป่วยบางส่วนยังมีความพร้อมต่อการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิตในด้านต่างๆ อยู่บ้าง เช่น การรับประทานยา การนอนหลับพักผ่อน เป็นต้น แต่ถ้าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการดูแลจากครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพในลักษณะการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการปฏิบัติกิจกรรม การจัดการกับตนเองและสิ่งแวดล้อมแล้ว ผู้ป่วยจิตเวชจะสามารถดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะตามศักยภาพที่พึงมีได้

การพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพที่มีประสิทธิภาพและได้ผลลัพธ์ตามความต้องการนั้น จำเป็นต้องใช้ข้อมูลสำหรับวางแผนให้การส่งเสริมสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง รวมทั้งสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกันตามลักษณะของสังคมและวิถีการดำเนินชีวิตด้วย อย่างไรก็ตามข้อมูลที่รวบรวมได้ข้างต้นนั้นอาจใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยทั่วไปที่ไม่มีความแตกต่างของความเชื่อและแนวทางในการดำเนินชีวิต แต่ในการดำรงชีวิตของบุคคลในแต่ละชุมชนนั้น จะมีความแตกต่างกันออกไปตามลักษณะของค่านิยม ความเชื่อ และวัฒนธรรม

จังหวัดยะลา บัตตานีและนราธิวาส เป็นจังหวัดที่มีชายแดนติดต่อกับประเทศสหพันธรัฐมาเลเซีย มีประชากรร้อยละ 80 นับถือศาสนาอิสลาม ส่วนที่เหลือจะเป็นประชากรที่นับถือศาสนาพุทธ คริสต์ และศาสนาอื่นๆ และประชากรที่นับถือศาสนาอิสลามจะมีวิถีชีวิตที่ปฏิบัติตามบทบัญญัติของศาสนาที่เคร่งครัด (อาลิสา หะสาเมาะ, 2543) ส่วนประชากรที่นับถือศาสนาอื่นๆ ก็สามารถทำกิจกรรมทางศาสนาของตนเองตามปกติ ในระดับชุมชนจะมีวิถีการดำเนินชีวิตที่มีการเอื้อเพื่อเผื่อแผ่ช่วยเหลือกัน มีการร่วมงานทำกิจกรรมร่วมกันในกิจกรรมที่ไม่ผิดต่อหลักศาสนาของตน เช่น การขึ้นบ้านใหม่ การแต่งงาน การกินน้ำชา การบริจาคเงินเพื่อสร้างสาธารณประโยชน์ของชุมชน นอกจากนั้นมีการติดต่อค้าขายกัน บุคคลที่ไม่ได้นับถือศาสนาอิสลามบางส่วนก็สามารถพูดภาษามลายูซึ่งเป็นภาษาท้องถิ่นที่ใช้สื่อสารกันในกลุ่มของประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม ดังนั้นประชากรส่วนใหญ่ในสามจังหวัดนี้จึงมีลักษณะการดำเนินชีวิตของที่แตกต่างกันจากภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ (วรทัศน์ วานิชอังกูร, 2534; อาลิสา หะสาเมาะ, 2543) กล่าวคือ กลุ่มประชากรส่วนใหญ่มิมีความเชื่อและศรัทธาต่อศาสนาที่ตนนับถือสูงมาก (อุบล เสถียรปภิกรรณ์, 2521) ซึ่งสามารถสังเกตได้

จากการปฏิบัติศาสนิกทุกกิจกรรมอย่างครบถ้วนในแต่ละวัน แต่ละสัปดาห์ได้อย่างมั่นคง สม่ำเสมอตลอดชีวิต มีการงดการปฏิบัติเฉพาะในกรณีที่มีข้อจำกัด เช่น เจ็บป่วย หรืออยู่ในระหว่างการเดินทางเท่านั้น นอกจากนี้ลักษณะความเป็นอยู่ทางสังคมนั้น จะมีการรวมกลุ่มกันอยู่เป็นครอบครัวใหญ่ มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในครอบครัว และระหว่างครอบครัว

ในด้านความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยนั้น ประชากรที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดนี้ ส่วนใหญ่เชื่อว่าทุกสิ่งที่เกิดขึ้นในชีวิตรวมทั้งการเจ็บป่วยทางจิตนั้น ได้ถูกกำหนดไว้แล้วจากอำนาจของสิ่งเหนือธรรมชาติ จากความเชื่อดังกล่าวนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการยอมรับและไม่มีการแสดงความรังเกียจจากครอบครัวและบุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันในชุมชน จากข้อมูลที่ผู้วิจัยรวบรวมได้พบว่าผู้ป่วยจิตเวชได้รับการยอมรับโดยไม่มีท่าทีรังเกียจจากสมาชิกของชุมชน แต่จะได้รับการช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจ และผู้ป่วยไม่ถูกทำร้ายจากบุคคลในชุมชน (มาริสสา หะสาเมาะ, 2546) นอกจากนี้หลักปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาที่ประชากรส่วนใหญ่นับถือ ยังกำหนดให้บุคคลที่มีฐานะทางการเงินดี บริจาคทานช่วยเหลือบุคคลที่มีฐานะยากจนและมีความเป็นอยู่ที่ลำบาก (เสาวนีย์ รุจิอัมพร-จิตต์หมวด, 2522) วิธีการดำเนินชีวิตดังกล่าวมีความแตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ ของประเทศ ที่เชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นบุคคลที่มีการทำผิดและได้รับการทำโทษ ถูกผีเข้าหรือเป็นปอบ (ไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ, 2544) เป็นโรคที่น่ารังเกียจ น่าอับอาย สมาชิกในชุมชนมักกลัวผู้ป่วยมากกว่าจะรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ญาติจะเป็นผู้ให้การช่วยเหลือเป็นส่วนใหญ่ แต่ญาติบางส่วนก็มีการทอดทิ้งผู้ป่วย (จารุวรรณ ต. สกุล, 2524) ดังนั้นในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนผู้ปฏิบัติงานจำเป็นจะต้องใช้ข้อมูลพื้นฐานเฉพาะที่ เพื่อนำมาวางแผนการปฏิบัติการตามยุทธศาสตร์การสร้างสุขภาพดี ที่ประกอบด้วย การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค (ประเวศ วะสี, 2541: 13) ให้สอดคล้องกับลักษณะประชากร วิถีชีวิตและความต้องการได้อย่างสอดคล้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

การส่งเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการเจ็บป่วยระยะเวลานานจะมีการสูญเสียทักษะบางประการอันเกิดจากการเจ็บป่วย เช่น การปรับตัว การติดต่อสื่อสาร การส่งเสริมสุขภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถปฏิบัติกิจกรรมให้บรรลุสุขภาพจะได้เต็มตามศักยภาพที่พึงมี และเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ให้มีความสามารถในการพึ่งตนเอง พึ่งครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ เป็นกระบวนการส่งเสริมให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมีความสุข ตามรูปแบบวิถีชีวิตของตนเอง วิธีการดังกล่าวหากสามารถปฏิบัติได้เป็นผลสำเร็จ จะช่วยลดค่าใช้จ่ายของผู้ป่วย ครอบครัวและรัฐบาล ลดภาระในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติ จากเหตุผลความจำเป็นดังกล่าว จึงจำเป็นต้องดำเนินการส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนขึ้น

ในการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคลนั้น Pender (1987) ได้อธิบายไว้ว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้(ในการศึกษานี้ศึกษาความเพียงพอของรายได้) และสถานภาพการสมรส มีผลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของบุคคล และพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ จะมีผลต่อการมีสุขภาพดีของบุคคล (ประเวศ วะสี, 2541) บุคคลที่มีสุขภาพดีนอกจากจะมีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพแล้วบุคคลยังต้องมีวิธีการป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วยด้วย Pender (1987) กล่าวว่าความเชื่อด้านสุขภาพเป็นแนวคิดที่เหมาะสมสำหรับการป้องกันการมีปัญาสุขภาพของบุคคล (Health - Protection) จึงกล่าวได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคลซึ่งได้แก่ อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการสมรส และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อสุขภาพวะของบุคคล รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ด้วย ผู้วิจัยจึงเลือกปัจจัยส่วนบุคคลและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เป็นตัวแปรสำหรับศึกษาความสัมพันธ์กับผู้ป่วยจิตเวชในการศึกษาในครั้งนี้

ปัจจัยส่วนบุคคลเป็นปัจจัยพื้นฐานขั้นต้น ที่ทำให้บุคคลมีการปฏิบัติกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพที่แตกต่างกัน อายุเป็นปัจจัยพื้นฐานที่บอกถึงความแตกต่างของบุคคล ในด้านพัฒนาการทั้งทางร่างกาย ความคิด ความรู้สึก รวมทั้งการทำหน้าที่ตามบทบาทที่ได้รับตามระยะพัฒนาการและระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองของบุคคล (ศรีเรือน แก้วกังวาล, 2538: 455 – 459; Orem, 2001) โดยอายุมีความสัมพันธ์กับแบบแผนการดำเนินชีวิตด้านสุขภาพ (ลัดดาวัลย์ ผาสุก, 2535: 102) ส่วนเพศนั้นเป็นปัจจัยพื้นฐานที่แต่ละสังคมได้กำหนดบทบาทหน้าที่ที่มีความแตกต่างกัน โดยเพศชายจะถูกกำหนดให้เป็นหัวหน้าครอบครัว เพศหญิงจะเป็นผู้ดูแลครอบครัว จากการศึกษาการปฏิบัติกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ พบว่าเพศหญิงมีการดูแลสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย (สุจิตรา สันตติวงศ์, 2544: 95; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534) และเพศชายมีพฤติกรรมทำลายสุขภาพด้วยการสูบบุหรี่และดื่มเหล้า (Sarafino, 1990: 202) นอกจากนั้นระดับชั้นของการสำเร็จการศึกษา เป็นปัจจัยที่บอกถึงระดับของการเรียนรู้ของบุคคล โดยบุคคลที่จบการศึกษาในระดับสูง มีการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลสุขภาพได้ดีกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า (Davies, 2001) ดังนั้น อายุ เพศ ระดับการศึกษา จึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิด ความรู้สึก การปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ส่งผลต่อสุขภาพวะของบุคคล

สถานภาพการสมรสเป็นปัจจัยที่สามารถบอกถึงความสัมพันธ์ทางด้านจิตใจและสังคมของบุคคล บุคคลที่มีสถานะการสมรสคู่ จะมีพฤติกรรมที่แสดงถึง ความรัก ความผูกพัน เข้าใจ มีการดูแลเอาใจใส่ มีความเอื้ออาทร การสนับสนุนให้กำลังใจ และเป็นທີ່ปรึกษาซึ่งกันและกัน ส่วนผู้ที่มีสถานะภาพสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรส จะเป็นบุคคลที่มีความอิสระในการดำเนินชีวิต เมื่อเกิดการเจ็บป่วยสามารถพึ่งพาญาติ หรือเครือข่ายทางสังคม แต่มีความไม่แน่นอน สม่่าเสมอ เกษม ดันติผลาชีวะ (2536) กล่าวว่า ผู้ป่วยจิตเวชชายที่มีสถานภาพการสมรสคู่ มี

พยากรณ์โรคดีกว่าผู้ป่วยจิตเวชที่ไม่มีคู่มือ ดังนั้นบุคคลที่มีสถานสมรสคู่จึงมีแนวโน้มของการดูแลส่งเสริมสุขภาพให้ตนเองมีสุขภาพดีแตกต่างจากกลุ่มที่มีสถานภาพการสมรสโสด หม้าย หย่า หรือแยกกันอยู่กับคู่สมรส นอกจากนี้ปัจจัยสี่ยังเป็นปัจจัยพื้นฐานที่มีความสำคัญต่อการดำรงชีวิตของบุคคล ในการจัดหาปัจจัยสี่ให้เพียงพอกับความต้องการนั้น บุคคลจำเป็นต้องมีรายได้ที่เพียงพอ การที่บุคคลมีรายได้ที่เพียงพอบุคคลจะสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมถึงกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้ดีกว่าผู้ที่ไม่มียาได้ (Pender, 1987) นอกจากนี้การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต ย่อมทำให้บุคคลเกิดความเครียด ทุกข์ใจ มีผลให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้น้อยลง เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมน้อย ดังนั้นสถานภาพการสมรสและความเพียงพอของรายได้จึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความคิด ความรู้สึก การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ทำให้เกิดสุขภาวะของบุคคล

บุคคลจะปฏิบัติกิจกรรมเพื่อป้องกันตนเองจากความเจ็บป่วย เมื่อบุคคลรับรู้ว่าการเจ็บป่วย มีความทุกข์ทรมาน มีความยุ่งยากต่อการแสวงหาความช่วยเหลือ และตนเองมีภาวะเสี่ยงที่อาจเกิดการเจ็บป่วยได้ รวมทั้งการมีแนวทางในการปฏิบัติกิจกรรมที่สามารถป้องกันการเจ็บป่วย โดยการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพตนเองให้แข็งแรง เพื่อลดโอกาสที่จะเกิดการเจ็บป่วยให้น้อยลง (Becker, 1974) ดังนั้นบุคคลที่มีความเชื่อด้านสุขภาพสูงจึงเป็นบุคคลที่มีการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยของตนเองแตกต่างจากบุคคลที่มีระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่ต่ำกว่า ดังนั้นความเชื่อด้านสุขภาพจึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของบุคคลด้วย

ในการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตอย่างมีความสุขและมีสุขภาวะนั้น จำเป็นต้องมีแผนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ โดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตที่ตรงกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบรายงานการศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชชุมชนในบริบทของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่สามารถนำไปวางแผนดำเนินการให้การส่งเสริมสุขภาพที่เหมาะสมและสอดคล้องกับความต้องการและวัฒนธรรมของประชากรกลุ่มนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และเคยเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่สามารถให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช โดยทีมสุขภาพทางด้านสุขภาพจิตและจิตเวช เพื่อรวบรวมข้อมูลสำหรับอธิบายถึงสุขภาวะที่เป็นอยู่จริงของผู้ป่วยจิตเวชวัยผู้ใหญ่ในระดับบุคคล และสามารถนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชชุมชนในสามจังหวัดนี้ต่อไป

ปัญหาการวิจัย

1. สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในชุมชน สามจังหวัดชายแดนภาคใต้เป็นอย่างไร
2. ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ หรือไม่ อย่างไร

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ความเพียงพอของรายได้และความเชื่อด้านสุขภาพกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

แนวเหตุผลและสมมุติฐานการวิจัย

การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็น การศึกษาการดำเนินชีวิตที่เป็นอยู่จริงของผู้ป่วยจิตเวช กรอบแนวคิดในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยใช้ แนวคิดสุขภาวะของวิฑูร พูลเจริญ (2544) ร่วมกับแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ซึ่งเป็นแนวคิดที่มุ่งอธิบายถึงแนวทางในการประเมินสุขภาวะที่มีลักษณะเป็น กระบวนการ (Process) ปฏิบัติกิจกรรม ความคิด ความรู้สึกและสัมพันธภาพที่เป็นอยู่จริงอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นการแสดงถึงการมีสุขภาพดีอย่างเป็นองค์รวม เนื่องจากสุขภาวะเป็นกระบวนการที่มี ลักษณะต่อเนื่องไม่หยุดนิ่งและมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคล และการศึกษาปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับสุขภาวะในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกใช้แนวคิดของ Pender (1987) เป็นกรอบแนวคิดใน การเลือกตัวแปรต้น คือปัจจัยส่วนบุคคล ที่ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอ ของรายได้ สถานภาพการสมรส และความเชื่อด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นตัวแปรที่สามารถอธิบายถึง การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชได้

ในแต่ละช่วงอายุ บุคคลจะมีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน บุคคลเมื่อมีอายุมากขึ้น จะมีวุฒิภาวะทางกาย จิตใจและจิตวิญญาณที่สูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงนี้จะเป็นไปตามพัฒนาการ มีการสั่งสมประสบการณ์ มีการเรียนรู้สิ่งใหม่ๆ รวมถึงการปรับตัวต่อสิ่งแวดล้อม บุคคลที่มีอายุ สูงกว่าจึงเป็นบุคคลที่มีความรับผิดชอบในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการปรับตัว ความรู้สึกมีคุณค่า ในตนเอง ความพึงพอใจในชีวิต การได้รับเกียรติและได้รับการเคารพ มากกว่าบุคคลที่มีอายุต่ำกว่า (มูนิเราะฮฺ บินตุ อับดุลเฮาะฟุร, 2525) เพศชาย เพศหญิง มีบทบาทและวิถีการดำเนินชีวิตที่ แตกต่างกันในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น เพศชายจะทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัว หารายได้เพื่อ

ใช้จ่ายในครอบครัวและเป็นผู้ตัดสินใจในเรื่องต่างๆ ของครอบครัว ส่วนเพศหญิงมีหน้าที่ในการเลี้ยงดูอบรมสั่งสอนบุตร ดูแลเอาใจใส่สามีให้มีความสุข (มุฮัมหมัด อิมรอน, 2541) จากการศึกษาพบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแล การปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและมีระดับความเชื่อด้านสุขภาพที่ดีกว่าเพศชาย (สุจิตรา สันตติวงศ์ชัย, 2544: 95; จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530) ดังนั้น อายุ เพศ จึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล

ผู้ป่วยจิตเวชที่มีการศึกษาระดับสูง มีโอกาสได้เรียนรู้และพัฒนาความสามารถของตนเองให้มีอาชีพและมีรายได้ ได้รับการยอมรับจากสังคม มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีชีวิตที่ประสบผลสำเร็จ รวมถึงสามารถในการดูแลสุขภาพดีกว่าผู้มีการศึกษาน้อย (Davies, 2001) และผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการศึกษาระดับสูง จะมีโอกาสในการแสวงหาความรู้จากการอ่านเอกสารหนังสือ ตำรามากกว่าผู้ป่วยที่มีการศึกษาน้อยกว่า นอกจากนั้นในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชผู้ป่วยยังมีความต้องการความรัก กำลังใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่ ซึ่งผู้ป่วยที่มีคู่ครองจะได้รับสิ่งเหล่านี้จากคู่ครอง พร้อมทั้งเป็นเพื่อนคู่คิดคอยให้คำปรึกษา ทำให้ให้มีผู้ป่วยมีกำลังใจ มีเป้าหมายในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ให้บรรเทาจากอาการเจ็บป่วย การมีคู่สมรสที่ดีทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจและทำให้ผู้ป่วยได้ทำบทบาทหน้าที่ได้ตามระยะของการพัฒนาการ ดังนั้นระดับการศึกษาและสถานภาพการสมรส จึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล

รายได้ เป็นปัจจัยที่บอกถึงสถานะการดำเนินชีวิตของบุคคล ซึ่ง Pender (2002) กล่าวว่า การมีกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพมีความแตกต่างกันไปตามรายได้ของบุคคล การมีรายได้ที่เพียงพอแสดงถึงการมีปัจจัยพื้นฐานสำหรับการดำเนินชีวิต อันได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่ อาศัย ยารักษาโรคและปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงชีวิต การมีรายได้ที่สมดุลกับค่าใช้จ่ายจะส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยดี และมีการดูแลสุขภาพของตนเอง (ขวัญใจ ตันติวัฒน์เสถียร, 2534: 130) การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเวชจะเกิดขึ้นเมื่อผู้ป่วยรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ความรุนแรงของการเจ็บป่วย อุปสรรคในการปฏิบัติกิจกรรมเมื่อเกิดการเจ็บป่วย (Becker, 1974) และการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ทำให้บุคคลมีแรงจูงใจ มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติกิจกรรมจนประสบผลสำเร็จ (Pender, 2002: 69) ส่งผลให้บุคคลมีการการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีขึ้น และมีสุขภาพที่ดี ดังนั้น ความเพียงพอของรายได้และความเชื่อด้านสุขภาพ จึงเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของบุคคล

จากแนวเหตุผลดังกล่าวผู้วิจัยจึงตั้งสมมุติฐานไว้ดังนี้

อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการสมรสและความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงบรรยาย (Descriptive Research) เพื่อศึกษา สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ความเพียงพอของรายได้ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับ สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

1. ประชากรที่ใช้ในการวิจัย เป็นผู้ป่วยจิตเวชวัยผู้ใหญ่ในชุมชนที่มีอายุ 20 – 59 ปี อาศัยอยู่ในจังหวัดยะลา บัตตานี และนราธิวาส

2. ตัวแปรที่ทำการศึกษา ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ สถานภาพการสมรส ความเชื่อด้านสุขภาพ และสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

1. สุขภาวะ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก การรับรู้สถานะของบุคคล และการปฏิบัติกิจกรรม และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่อง เกี่ยวข้องกับการมีสุขภาพที่แข็งแรงและดำรงชีวิตอย่างมีความสุขใน 4 มิติ คือ มิติทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ วัดโดยแบบสอบถามสุขภาวะที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น

1.1 สุขภาวะทางกาย หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และหรือการรับรู้สถานะ การทำหน้าที่ของร่างกายที่เป็นอยู่และมีการแสดงออกอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบันของผู้ป่วยจิตเวช ที่ครอบคลุมถึงการรับรู้การสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย ความสามารถทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต

1.1.1 การรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อการรับรู้สิ่งแวดล้อมรอบตัวบุคคล ครอบคลุมถึง การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัสทางผิวหนัง

1.1.2 การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย หมายถึง ความรู้สึกไม่สุขสบาย จากอาการหรืออาการแสดงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคทางกาย ที่ส่งผลทำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ได้น้อยลง หรือมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต

1.1.3 ความสามารถทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และหรือการรับรู้สถานะการทำหน้าที่ของร่างกายของผู้ป่วยจิตเวชต่อการทำกิจกรรมและการเคลื่อนไหวร่างกาย ครอบคลุมถึง การทำความสะอาดร่างกาย การแต่งกาย การรับประทานอาหาร การรับประทานยา การทำงาน การออกกำลังกาย การซื้อของ การพักผ่อน

1.2 สุขภาวะทางจิต หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และหรือการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวช ที่เป็นอยู่อย่างต่อเนื่องและตอบสนองความสุข ความสบายใจ ครอบคลุมถึง การแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ การสนองตอบและการจัดการกับอารมณ์ และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

1.2.1 การเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวช เกี่ยวกับวิธีการหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเอง จากแหล่งประโยชน์ต่างๆ อันได้แก่ การอ่านจากเอกสาร ตำรา การสอบถามผู้รู้ และการนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

1.2.2 การสนองตอบและการจัดการกับอารมณ์ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และหรือการรับรู้การทำกิจกรรมที่ผู้ป่วยจิตเวชปฏิบัติเมื่อเกิดความรู้สึกรัก กลัว โกรธ หึงหวงหรือวิตกกังวลมากเกินไป สามารถควบคุมความโกรธและความวิตกกังวลได้อย่างเหมาะสม โดยการทำ ความเข้าใจสาเหตุ อารมณ์ของความเครียด ความวิตกกังวล ยอมรับการเปลี่ยนแปลง หลีกเลี้ยง พฤติกรรมการกล่าวโทษผู้อื่น การแสดงความโกรธ

1.2.3 ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อตนเอง ครอบคลุมถึง ความรู้สึกว่าเป็นคนดี มีความสามารถ และมีความหมายต่อครอบครัว

1.3 สุขภาวะทางสังคม หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และหรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อการทำกิจกรรมที่ทำให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างมีความสุข ครอบคลุมถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนทางสังคม

1.3.1 การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อการปฏิสัมพันธ์ การให้และการได้รับความรัก ความช่วยเหลือ ในครอบครัว และชุมชน การทำกิจกรรมร่วมกับชุมชน ครอบคลุมความรู้สึกใกล้ชิดสนิทสนม ความรู้สึกเสมอภาค ความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันกับชุมชน

1.3.2 การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อการสนับสนุนช่วยเหลือจากครอบครัวและบุคคลอื่นๆ ในชุมชน ครอบคลุมถึง การให้เงินหรือสิ่งของช่วยเหลือ การสนับสนุนให้กำลังใจ การให้คำแนะนำ

1.4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และหรือการทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชที่เกี่ยวข้องกับการแสดงออกซึ่งการมีเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และการเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต

1.4.1 การมีเป้าหมายในชีวิต หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อการวางแผนหรือมีการกำหนดเป้าหมายของชีวิตในอนาคต และมีกำลังใจในการดำรงชีวิต

1.4.2 ความพึงพอใจในชีวิต หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชในด้านการยอมรับตนเอง พพอใจต่อการดำเนินชีวิตและพอใจสภาพการเป็นอยู่ของตนในปัจจุบัน

1.4.3 การเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และหรือ การทำกิจกรรมตามการรับรู้ของผู้ป่วยจิตเวชในการแสดงถึง การให้และการได้รับเกียรติจากผู้อื่น การเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรี

2. อายุ หมายถึง จำนวนระยะเวลาตั้งแต่เกิดจนถึงวันที่ทำการรักษาของผู้ป่วยจิตเวช มีหน่วยนับเป็นปี

3. เพศ หมายถึง ลักษณะส่วนบุคคลที่บ่งบอกว่าเป็นชายหรือหญิง โดยเพศของผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็นเพศชายและเพศหญิง

4. ระดับการศึกษา หมายถึง จำนวนปีที่นับตามระดับชั้นปีที่สำเร็จการศึกษาของผู้ป่วยจิตเวชได้เข้ารับศึกษาในระบบการศึกษาของประเทศ โดยไม่นับรวมปีที่มีการซ้ำชั้น

5. สถานภาพสมรส หมายถึง สถานะของผู้ป่วยจิตเวชในการดำรงชีวิตตามการสมรสที่เป็นจริงในขณะที่ทำการรักษาผู้ป่วย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือสถานภาพสมรสคู่ หมายถึงการสมรสและยังอยู่ร่วมกับคู่ครอง และโสดหรือการไม่ได้อยู่กับคู่ครอง (หม้าย หย่าร้าง)

6. ความเพียงพอของรายได้ หมายถึง ภาวะที่บ่งถึงความสมดุลระหว่างรายได้ที่ได้รับจากแหล่งใดๆ กับรายจ่ายในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ เพียงพอและไม่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต

7. ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง ความคิด ความรู้สึก และหรือความเชื่อของผู้ป่วยจิตเวชที่มีต่อสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพหรือความเจ็บป่วยของตนเอง การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย รวมถึงอุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันการเจ็บป่วยประกอบด้วย

1. การรับรู้ปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด และหรือความเชื่อของผู้ป่วยจิตเวชต่อปัจจัยหรือสาเหตุ ที่ทำให้ตนเองเสี่ยงต่อการมีปัญหาด้านสุขภาพหรือทำให้เกิดการเจ็บป่วย รวมทั้งเสี่ยงต่อการทำให้การเจ็บป่วยที่เป็นอยู่มีอาการมากขึ้น จนอาจต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด และหรือความเชื่อของผู้ป่วยจิตเวชที่ตระหนักถึงอันตรายจากความรุนแรงของการเจ็บป่วย ความทุกข์ทรมาน ผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง ครอบครัว และอาจเป็นอันตรายต่อชีวิตจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

3. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด และหรือความเชื่อของผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับผลลัพธ์ของการปฏิบัติกิจกรรมการออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ รวมถึงการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ จะส่งผลให้ร่างกายแข็งแรง ป้องกันและลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย

4. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย หมายถึง ความคิด และหรือความรู้สึกของผู้ป่วยจิตเวชเกี่ยวกับความยุ่งยาก ข้อจำกัด ค่าใช้จ่าย และความไม่สะดวกของการปฏิบัติกิจกรรม

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการศึกษารั้งนี้ วัดโดยแบบวัดที่ผู้วิจัยปรับให้เหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา จากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพจิตของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2534) ที่สร้างจากแนวคิดของ Becker et al.(1977) โดยใช้ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วยจิตเวช มาปรับข้อความให้เหมาะสมกับผู้ป่วย

8. ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน หมายถึง บุคคลที่การเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต ยกเว้นโรคลมชัก สมองเสื่อม ปัญญาอ่อน ใช้สารเสพติด และได้รับการรักษาจากทีมสุขภาพด้านจิตเวชแบบผู้ป่วยนอก มีการดำเนินชีวิตส่วนใหญ่ในชุมชนเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไปไม่ต่ำกว่า 6 เดือน และเดินทางมารับการบำบัดรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกเป็นครั้งคราวตามแผนการบำบัดรักษา

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากงานวิจัย

1. เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารและบุคลากรทีมสุขภาพจิต ในการนำผลการวิจัยไปใช้ในการกำหนดแผนการปฏิบัติงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีสุขภาวะ ที่สอดคล้องกับสภาพการณ์ที่เป็นจริง

2. เป็นแนวทางในการศึกษาวิจัย เพื่อพัฒนาความรู้ในด้านการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย