

## สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพการสมรส ความเพียงพอของรายได้และความเชื่อด้านสุขภาพกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ที่ป่วยด้วยโรคจิตเวช ยกเว้นโรคลมชัก สมองเสื่อม ปัญญาอ่อนและใช้สารเสพติด อายุ 20 – 59 ปี

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการจากคลินิกจิตเวชผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลศูนย์ยะลา โรงพยาบาลนราธิวาสราชนครินทร์และโรงพยาบาลยะรัง จังหวัดปัตตานี จำนวน 120 คน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบแทนที่จากกลุ่มประชากรที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ แบ่งเป็น 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ ที่อยู่ อายุ เพศ ชั้นปีที่สำเร็จการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้

ส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์ความเชื่อด้านสุขภาพ ที่ปรับปรุงมาจากแบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) และแนวคิดของ Becker (1974) ที่ประกอบด้วยองค์ประกอบย่อย 4 ด้านคือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันการเจ็บป่วย และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค เป็นข้อคำถามแบบประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 20 ข้อ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .72 ความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72 และฉบับที่ใช้จริง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .72

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์สุขภาพะ จำนวน 75 ข้อ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการศึกษาแนวคิดสุขภาพะของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) และแนวคิดการดำรงชีวิตที่ปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ร่วมกับผลการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ป่วยจิตเวชชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิและมีดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .83 ความเที่ยงของเครื่องมือมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92 และฉบับที่ใช้จริง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .93

### การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลพร้อมกับผู้ช่วยวิจัย จำนวน 2 ท่าน โดยใช้เครื่องมือที่เป็นแบบสัมภาษณ์ทั้งหมด จนได้ข้อมูลครบจำนวน 120 ราย นำข้อมูลมาวิเคราะห์หาค่าสุขภาพะโดยรวม จัดเรียงลำดับคะแนน และเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคะแนนสูงสุดและคะแนนต่ำสุด กลุ่มละ 3 ราย สำหรับติดต่อขออนุญาตสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัยได้ดำเนินการสัมภาษณ์ด้วยตนเองในกลุ่มตัวอย่างลำดับที่ 3, 7, 10 (สุขภาพะระดับดีมาก) และลำดับ 115, 117, 120 (สุขภาพะระดับพอใช้) ใช้เวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 5 สัปดาห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS for Window Version 10 (Statistical Package for the Social Science) คำนวณหาค่าความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาพะ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product Moment Correlation) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้กับสุขภาพะ โดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-Square test) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพะตามตัวแปร เพศ ความเพียงพอของรายได้ โดยใช้สถิติทดสอบ ที (t-test) และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพะตามตัวแปร ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส โดยใช้การวิเคราะห์ความแปรปรวน (ANOVA) และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยรายคู่ โดยวิธีของ Tukey



## สรุปผลการวิจัย

1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งเป็นข้อมูลทั่วไปด้านปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 77 มีอายุเฉลี่ย 37.89 ปี ระดับการศึกษาโดยเฉลี่ย 8.03 ปี ไม่มีและหรือไม่ได้อยู่กับคู่สมรส ร้อยละ 55 ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับบิดาและหรือมารดา ร้อยละ 48.3 มีอาชีพทำสวน ร้อยละ 40 และมีรายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 73.3
2. คะแนนสุขภาพโดยเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีค่าเฉลี่ยโดยรวมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.16$ , S.D. = 0.44) เมื่อพิจารณาคะแนนเฉลี่ยของสุขภาพรายด้าน พบว่า สุขภาวะด้านจิตวิญญาณเฉลี่ยสูงสุดและอยู่ในระดับดีมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.30$ , S.D. = 0.55) รองลงมาคือ สุขภาวะทางกายอยู่ในระดับดีมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.27$ , S.D. = 0.30) สุขภาวะทางสังคมอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.06$ , S.D. = 0.63) และสุขภาพจิตอยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.03$ , S.D. = 0.57) ตามลำดับ
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ ระดับการศึกษา ความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า อายุ และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยอายุมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสุขภาพโดยรวม ( $r = .27$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับ ปานกลางกับสุขภาพทางกาย ( $r = .31$ ) ส่วนความเชื่อด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับ กับสุขภาพโดยรวม ( $r = .19$ ) โดยพบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และการป้องกันการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาพทางกาย ( $r = .43$ ) สุขภาวะทางจิต ( $r = .30$ ) มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาพจิตวิญญาณ ( $r = .20$ ) และพบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับสุขภาพทางกาย
4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง เพศ สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้กับสุขภาพ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพ
5. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของสุขภาพตามตัวแปร อายุ เพศ ระดับการศึกษา และสถานภาพสมรส พบว่าผู้ป่วยจิตเวชที่มี อายุ เพศ ระดับการศึกษาที่แตกต่างกัน มีระดับสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน ซึ่งผู้วิจัยแบ่งเป็น 3 กลุ่ม มีคะแนนสุขภาพโดยรวมและรายด้านที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างรายคู่ โดยใช้วิธีการเปรียบเทียบพหุคูณ (Multiple Comparisons) ด้วยวิธีทดสอบของ Tukey พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยสุขภาพโดยรวมและรายด้าน มากกว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรส โสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

6. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าข้อมูลที่ได้รับจากการสัมภาษณ์ สัมภาษณ์ข้อมูลเชิงปริมาณ และพบว่า ประเด็นที่มีความแตกต่างกันระหว่างกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่มี สุขภาวะในระดับดีมาก และระดับพอใช้ คือ พฤติกรรมการรับประทานยา อาการทางจิต สัมพันธภาพในครอบครัว การจัดการกับปัญหาและอารมณ์

### อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ในครั้งนี้ ผู้วิจัยอภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

#### 1. การศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ผลการศึกษาสุขภาวะโดยรวมของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า อยู่ในระดับดี ( $\bar{X} = 3.16$ ) แสดงถึง ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นบุคคลที่ดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนมี สุขภาวะอย่างเป็นองค์รวมในระดับที่ดี เนื่องจากการมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง สามารถทำงาน หารายได้ด้วยตนเองได้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเองได้ สอดคล้องกับผลการศึกษา ของไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ (2544) ที่พบว่าผู้ป่วยจิตเวชชุมชน สามารถอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ ผู้ป่วยสามารถควบคุมกิจกรรมของตนเองได้ สามารถปฏิบัติหน้าที่ในชีวิตประจำวัน และมีความ พึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่อยู่ในโรงพยาบาล นอกจากนี้วัฒนธรรมในการอยู่ร่วมกันของ ประชากรสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จะมีลักษณะของการอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่มก้อน มีการกระจุกตัว เป็นหมู่บ้าน นิยมปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาด้วยกัน มีการสนิทสนมกันฉันท์เครือญาติ เห็นอก เห็นใจกัน มีลักษณะของการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน (นันทวรรณ ภู่อ่าง, 2543) นอกจากนั้นวิถี การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่ส่วนมากมีอาชีพทำสวน จึงทำให้ผู้ป่วยต้องออกแรงกล้ามเนื้อใน การทำงาน และทำให้ร่างกายมีความแข็งแรง

ผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าผู้ป่วยจิตเวชชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนมาก มีสุขภาวะในระดับดี - ดีมาก (ร้อยละ 91.60) สอดคล้องกับแนวคิดสุขภาวะ ของ วิพุธ พูลเจริญ (2544) ที่กล่าวว่า ผู้มีความบกพร่องทางกาย หรือจิต ก็ยังสามารถบรรลุถึงสุขภาวะใน ขอบเขตศักยภาพของแต่ละบุคคลได้ ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ผู้ป่วย จิตเวชในชุมชนทั้งในกลุ่มที่มีสุขภาพในระดับดีมากและระดับพอใช้ มีความคิด ความรู้สึก และ/หรือการปฏิบัติกิจกรรมไม่แตกต่างกัน คือ การรับประทานยา การออกกำลังกาย การประกอบอาชีพ ความรู้สึกที่ตนเป็นคนดี การมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิตและการปฏิบัติกิจกรรม



ทางศาสนา ส่วนความคิด ความรู้สึก และ/หรือการปฏิบัติกิจกรรมที่มีความแตกต่างกันอย่างชัดเจนในกลุ่มที่มีสุขภาวะในระดับดีมาก และระดับพอใช้ คือ พฤติกรรมการรับประทานยา อากาการทางจิต สัมพันธภาพในครอบครัว การจัดการกับปัญหาและอารมณ์แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพทรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่าตัวแปร พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการเตรียมการเผชิญปัญหา พฤติกรรมการใช้จ่าย การแสดงอารมณ์ของครอบครัว เป็นตัวแปรที่สามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการป่วยซ้ำ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอาการของการนอนไม่หลับ อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย ไม่สามารถควบคุมอารมณ์ด้วยตนเอง ความอยากอาหารลดลง ซึ่งสอดคล้องกับบุคคลที่มีสุขภาวะในระดับพอใช้หรือต่ำกว่า ส่วนกลุ่มที่ไม่ป่วยซ้ำ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตในชุมชน และมารับการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ป่วยที่มีสุขภาวะในระดับดี

เมื่อพิจารณาสุขภาวะเป็นรายด้าน สามารถอภิปรายแต่ละด้านตามลำดับคะแนนเฉลี่ยสุขภาวะรายด้าน จากมากไปหาน้อย ได้ดังนี้

### 1.1 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ

สุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเวชชุมชน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X} = 3.30$ ) สุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นความคิด ความรู้สึกต่อการมีเป้าหมายในชีวิต มีความหวัง มีกำลังใจในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจต่อการดำเนินชีวิตและสภาพความเป็นอยู่ในปัจจุบัน รวมถึง การดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีของผู้ป่วยจิตเวช

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชชุมชนมีความเคารพนับถือผู้ที่อายุมากกว่า มีค่าเฉลี่ยสูงสุด ( $\bar{X} = 3.63$ ) แสดงให้เห็นว่า วิธีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชให้ความสำคัญต่อการให้การยอมรับนับถือ ให้เกียรติยกย่องบุคคลที่สูงวัยกว่า เนื่องจากเป็นบุคคลที่ผ่านการเรียนรู้มีประสบการณ์ในการดำเนินชีวิตมากกว่า ผู้ป่วยมีความหวังว่า อาการเจ็บป่วยทางจิตที่กำลังกำเริบขึ้นสามารถรักษาให้หายได้ มีค่าเฉลี่ยในลำดับรองลงมา ( $\bar{X} = 3.50$ ) แสดงถึงการดำรงชีวิตอย่างมีความหวังของผู้ป่วย นอกจากนี้ยังพบว่า มีความรู้สึกพอใจในภาพลักษณ์ความสามารถ สภาพและวิธีการดำเนินชีวิตของตนเอง มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ซึ่งอภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนมาก มีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีส่วนสนับสนุนให้บุคคลมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ นั่นคือ การปฏิบัติกิจกรรมตามบทบัญญัติทางศาสนาอย่างเคร่งครัด (วรทัศน์ วานิชขันธ์, 2534) ในแต่ละกิจกรรมจะมีการกล่าวถึง ระลึกถึงพระเจ้า และคำสอนของพระเจ้า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ มีความรู้สึกศรัทธาต่อการทำความดี การทำความดีทำให้จิตใจของผู้ป่วยมีความสุข นอกจากนี้ยังมีความ

เชื่อว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาอย่างเคร่งครัด การทำความดีจะส่งผลให้ตนเองไปอยู่ในโลกหน้า ซึ่งเป็นโลกที่มีความเป็นนิรันดร์ ดังนั้นแม้จะมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงมีความอดทนและพยายามปฏิบัติความดี โดยมีความหวังว่า จะได้รับความเมตตาจากพระเจ้าและทำให้หายป่วย ความเชื่อนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความหวัง มีกำลังใจในการทำความดี เพื่อการมีชีวิตในอนาคตที่ดีกว่าปัจจุบัน ในส่วนของการดำรงชีวิตนั้นเชื่อว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นพระเจ้าเป็นผู้กำหนด เพื่อทดสอบความอดทน ความสามารถที่จะไปอยู่โลกหน้า ดังนั้นแม้จะมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น ผู้ป่วยก็ยังคงมีความอดทนและพยายามปฏิบัติความดี โดยมีความหวังว่า จะได้รับความเมตตาให้หายป่วย ยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นอย่างไม่มีเงื่อนไข และมีความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง ดังตัวอย่างคำกล่าวให้สัมภาษณ์ที่กล่าวไว้ว่า

*“ผมละหมาดวันละ 5 ครั้ง สมน้ำเสมอ ช่วงเวลาถือศีลอด ผมก็ถือศีลอดไม่เคยขาด และผมถือศีลอดไว้มากกว่า จำนวนที่กำหนดไว้เสียอีก การถือศีลอด ทำให้เราเข้าใจคนอื่น เห็นอกเห็นใจผู้อื่น มีความอดทนต่อความยากลำบาก” (ผู้ให้ข้อมูล C)*

นอกจากนั้นคำสอนทางศาสนายังเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้บุคคลที่อาศัยอยู่ร่วมกันมีความเห็นอกเห็นใจผู้ที่มีความทุกข์ ดังนั้นแม้จะเจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ผู้ป่วยจะได้รับความเห็นอกเห็นใจ การยกย่องนับถือ เหมือนกับคนปกติทั่วไป จากข้อมูลการสัมภาษณ์พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชชุมชนสามารถดำเนินชีวิตได้ไม่แตกต่างจากบุคคลทั่วไป ดังตัวอย่างคำให้สัมภาษณ์ที่กล่าวไว้ว่า

*“...ผมบอกเค้านะพี่ ว่าผมกินยาพวกนี้อยู่ เค้าไม่เชื่อ เค้าว่าผมเหมือนคนปกติ ผมทำเป็นแกล้งเป็นหรือเปล่า เค้าไม่เชื่อ” (ผู้ให้ข้อมูล D)*

สุขภาวะทางจิตวิญญาณนับเป็นแกนหลัก ของสุขภาวะด้านอื่นๆ การมีสุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นส่วนที่แสดงถึง การมีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต มีความหวัง มีกำลังใจ ยอมรับการเจ็บป่วย พึงพอใจในชีวิต และมีการให้เกียรติและให้ความเคารพในศักดิ์ศรีของกันและกัน เมื่อบุคคลทำความดี เช่น การให้ของ หรือช่วยเหลือผู้อื่น การเสียสละ การบำเพ็ญกุศลทางศาสนา แล้วจะเกิดความสุขอันประณีต ดีมีค่า ท่วมท้น สุขทั้งเนื้อทั้งตัว หรือทุกอณูของร่างกาย หรือความสุขอันเป็นทิพย์ ซึ่งเรียกว่า ความสุขทางจิตวิญญาณ (ประเวศ วรรสี, 2541)



## 1.2 สุขภาวะทางกาย

สุขภาวะทางกายของผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}=3.27$ ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีการปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งผลดีต่อสถานะทางสุขภาพของร่างกายอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เนื่องจากผู้ป่วยมีเป้าหมาย มีความหวังว่า อาการเจ็บป่วยจะดีขึ้นและอาจจะหาย รวมทั้งได้รับกำลังใจจากบุคคลในครอบครัวและสมาชิกคนอื่นๆ ของชุมชน การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้สามารถใช้ยาควบคุมอาการทางจิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ แพทย์ผู้รักษาสสามารถปรับขนาดของยาได้เหมาะสม ผู้ป่วยมีอาการข้างเคียงน้อยทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินชีวิตได้ มีการรับรู้ประสาหลัสัมผัสทางกายได้ปกติเช่นเดียวกับคนปกติด้วยทั่วไป มีการปฏิบัติกิจกรรมที่มีประโยชน์ต่อสุขภาพร่างกาย เช่น การรับประทาน อาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกาย การดูแลความสะอาดของร่างกาย เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของ พวงเพ็ญ เจริญบุญญารัฐ และคณะ (2542) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชก่อนถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลนั้น ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ มีความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น การทำงานในบ้าน การเตรียมและรับประทานอาหาร ดูแลความสะอาดของร่างกาย แต่งกาย ช่วยขายของเดินทาง และสามารถรับประทานยาได้ด้วยตนเอง

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชรับประทานยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตอย่างสม่ำเสมอ มีค่าเฉลี่ยสูงสุดและมีค่าเฉลี่ยในระดับดีมาก ( $\bar{X}=3.81$ ) แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยจิตเวชให้ความสำคัญต่อการรับประทานยาที่ใช้รักษาอาการทางจิตเป็นอย่างมาก การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ที่ส่งเสริมการมีสุขภาพดีได้ และพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีการสังเกตอาการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยา มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X}=2.31$ ) อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนอาจไม่ทราบว่าการผิดปกติที่เกิดจากการรับประทานยาประกอบด้วยอาการใดบ้าง จึงไม่เคยสังเกต ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาคั้งนี้ ที่พบว่า การสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีจากผู้ที่มีความรู้หรือบุคคลากรด้านสาธารณสุข หรือคนอื่นๆ มีค่าเฉลี่ย อยู่ในระดับพอใช้เช่นเดียวกัน นอกจากนี้ยังพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกสบาย ไม่มีอาการเจ็บป่วยทางกาย เช่น อาการปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามตัว และไม่มีอาการเจ็บป่วยที่ทำให้ทำงานได้น้อยลง มีค่าเฉลี่ยในระดับพอใช้ ( $\bar{X}=2.27$ ,  $\bar{X}=2.25$  ตามลำดับ) ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชชุมชน ยังมีอาการเจ็บป่วยทางกายที่มีผลให้ทำงานได้น้อยลง อาการเจ็บป่วยทางกายที่เกิดขึ้นอาจเนื่องมาจากการทำงาน เนื่องจากอาชีพของประชากรส่วนใหญ่คือการทำสวน (ร้อยละ 33.3) รับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 16.6) การประกอบ

อาชีพเหล่านี้ มีส่วนทำให้ผู้ป่วยจิตเวชต้องเดินมาก ใช้ แรงกายในการทำงานมาก อาจทำให้เกิดอาการปวดเมื่อยตามตัวเกิดขึ้นได้

### 1.3 สุขภาวะทางสังคม

สุขภาวะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับดี ( $\bar{X}=3.06$ ) อธิบายได้ว่า ในระดับครอบครัวนั้น ผู้ป่วยจิตเวชและสมาชิกที่อยู่ร่วมกันนั้นมีความรัก ความสนิทสนม การดูแล ช่วยเหลือ ให้โอกาสและมีการให้อภัยซึ่งกันและกัน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในระดับครอบครัวได้อย่างมีความสุข โดยมีการทำกิจกรรมต่างๆ ร่วมกัน ส่วนในระดับชุมชนนั้น ผู้ป่วยมีความรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนที่อาศัยอยู่ โดยมีโอกาสได้ช่วยงานร่วมกับคนอื่นๆ ได้รับความเป็นธรรมในการอยู่ร่วมกันกับผู้อื่นในชุมชน และมีความรู้สึกว่าได้รับการสนับสนุนให้กำลังใจในการดำรงชีวิตแม้จะมีอาการเจ็บป่วย การอยู่ร่วมกันกับกลุ่มสมาชิกของสังคมทั้งสองระดับ จะเห็นได้ว่า มีลักษณะของการตั้งมั่นอยู่ในการปฏิบัติความดี

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชและคนในครอบครัวมีการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับดีมาก ( $\bar{X}=3.55$ ) อธิบายได้ว่า ครอบครัวเป็นสถาบันทางสังคมที่มีสมาชิกในครอบครัวมีความผูกพันกันอย่างแนบแน่น ใกล้ชิด มีความรักซึ่งกันและกัน เมื่อเกิดปัญหา ครอบครัวยังเป็นแหล่งให้การช่วยเหลือ ให้สมาชิกในครอบครัวสามารถจัดการกับปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ได้ นอกจากนี้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการช่วยเหลือด้านการเงิน หรือสิ่งของจากชุมชน ในยามที่ต้องการ และ เมื่อผู้ป่วยจิตเวชมีอาการป่วยหนักหรือต้องใช้เงินมากในการรักษาพยาบาล คนในชุมชนจะบริจาคช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X}=2.30$ ,  $\bar{X}=2.22$  ตามลำดับ) อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ส่วนมากเป็นกลุ่มที่มีสุขภาวะในระดับดี - ดีมาก ลักษณะการแสดงออกการดำรงชีวิตมีลักษณะที่ใกล้เคียงกับบุคคลโดยทั่วไปมาก บุคคลโดยทั่วไปไม่สามารถสังเกตความแตกต่างในส่วนนี้ได้ แม้ว่าจะมีประวัติว่าเคยเจ็บป่วย แต่ประชากรในกลุ่มสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีความเชื่อว่า การเจ็บป่วยสามารถรักษาให้หายได้เมื่อได้รับความเมตตาจากพระเจ้า การหายป่วยคือ การที่ไม่ปรากฏอาการป่วย ดังนั้นบุคคลที่ไม่ปรากฏอาการ จึงอาจทำให้เข้าใจได้ว่าเป็นบุคคลที่หายจากการเจ็บป่วยแล้ว หรือ เกือบหายเป็นปกติแล้ว บุคคลที่เป็นสมาชิกของชุมชนจึงให้การช่วยเหลือน้อยลง ซึ่งผลการศึกษาดังกล่าว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ เสาวนีย์ เข็มพุดชา และชิตชนก โอบาสวัฒนา (2544) ที่พบว่า ในบางชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย โดยเห็นว่าผู้ป่วยยังมีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำงานได้ มีความรู้สึกสงสาร เห็นใจ และยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน และผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับ ไพลิน โพธิ์สุวรรณ



และคณะ (2544) ที่พบว่า ญาติผู้ป่วยบางคนมองผู้ป่วยในแง่ลบ ญาติโกรธ เบื่อหน่าย และเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตไม่สามารถรักษาให้หายขาด จึงล้ามขังผู้ป่วยไว้

จากผลการศึกษา อภิปรายได้ว่า ครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช ยอมรับผู้ป่วย เห็นได้จากการแสดงความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม และให้การช่วยกันและกันระหว่างผู้ป่วยและสมาชิกของครอบครัว เนื่องจากครอบครัวผู้ป่วยจิตเวช และบุคคลที่อยู่ร่วมกันในชุมชน เชื่อว่า การเจ็บป่วยเกิดจากการกำหนดของพระเจ้า ในกลุ่มของบุคคลที่นับถือศาสนาพุทธก็เชื่อว่า เป็นกรรม ดังนั้นครอบครัวและบุคคลอื่นที่อยู่ร่วมกันในชุมชน จึงมีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วย กอปรกับพื้นฐานของการมีครอบครัว เกิดจากความรัก ทำให้บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางจิตได้รับการช่วยเหลือ ให้ผู้ป่วยสามารถทำความดี เพื่อให้หายจากการเจ็บป่วย สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สวัสดิ์ ลิ้มชัยอรุณเรือง และมาลี สบายยิ่ง (2545) ที่ทำการศึกษาการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ของครอบครัวชาวประมง ในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง พบว่ากลุ่มครอบครัวและเครือญาติ ยอมรับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจากการมีพฤติกรรมก่อนหน้าการเจ็บป่วย ถ้าก่อนการเจ็บป่วยเป็นคนที่มีพฤติกรรมดี ก็จะได้การยอมรับ ซึ่งผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มบุคคลที่มีการปฏิบัติที่ไม่ผิดตามหลักศาสนา ผู้ป่วยจิตเวชจึงได้รับการยอมรับจากครอบครัวและญาติ

#### 1.4 สุขภาวะทางจิต

สุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช เป็นมิติของสุขภาวะที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ( $\bar{X}=3.03$ ) ซึ่งอยู่ระดับดี อธิบายได้ว่า การปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา การได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ ด้วยวิธีการต่างๆ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนรู้สึกสบายใจ การได้รับการยอมรับ การได้รับความรัก ความสนิทสนมและการให้โอกาสและการให้อภัย รวมทั้งการให้กำลังใจจากสมาชิกของครอบครัว ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกว่า ตนเป็นบุคคลที่มีคุณค่า มีความหมายต่อครอบครัว นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชได้มีโอกาสได้ทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์กับส่วนรวมสามารถทำงาน มีรายได้เป็นของตนเอง ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง นอกจากนี้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน มีความคิด ความรู้สึกว่าเป็นคนดี มีความสามารถ ยอมรับกับการเปลี่ยนแปลงต่างๆ ที่เกิดขึ้นได้ เมื่อเกิดความเครียด ความกังวล สามารถที่เล่าความรู้สึกและขอคำแนะนำจากบุคคลที่ผู้ป่วยยอมรับและให้ความไว้วางใจได้ นอกจากนี้เมื่อมีโอกาสในการเรียนรู้ ผู้ป่วยจิตเวชจะศึกษาหาความรู้จากเอกสารต่างๆ รวมทั้งจากสื่อประชาสัมพันธ์ต่างๆ แล้วนำมาประยุกต์ใช้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีสุขภาพดีและหายจากอาการเจ็บป่วย

เมื่อพิจารณาค่าเฉลี่ยรายข้อ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกสบายใจที่ได้อ่าน

คำสอนทางศาสนา หรือการพักผ่อนหย่อนใจ ด้วยการดูหนัง ฟังเพลง หรือการไปท่องเที่ยว มีค่าเฉลี่ย ในระดับดีมาก ( $\bar{X}=3.50$ ) อธิบายได้ว่า หลักคำสอนทางศาสนา เน้นการคิดดี ปฏิบัติดี ฟังพอใจในสิ่งที่ตนมีอยู่ การคิดเช่นนี้ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกสงบ พอใจกับการดำรงชีวิตของตนเอง ไม่มีภาวะของการแข่งขัน เอาชนะ ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจ และการได้รับการพักผ่อนหย่อนใจ ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชรู้สึกเพลิดเพลิน และมีความสุข นอกจากนี้ พบว่า การสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดีจากผู้มีความรู้หรือบุคลากรด้านสาธารณสุข หรือคนอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X}=2.41$ ) อภิปรายได้ว่า อาจเป็นเพราะเป็นยุคของการสื่อสารไร้พรมแดน ปัจจุบันมีการเผยแพร่ข้อมูลของคำแนะนำ การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ผู้ป่วยสามารถที่จะศึกษาหาความรู้ด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลต่างๆ เช่น เอกสารแผ่นพับ วารสาร ตำรา ซึ่งมีแนวทางในการเขียนให้สามารถเข้าใจได้ง่าย และสามารถนำความรู้เหล่านี้ไปประยุกต์ใช้กับชีวิตของตนเองได้ ดังตัวอย่างข้อมูลการสัมภาษณ์ของผู้ป่วยจิตเวช ที่ได้กล่าวถึงเรื่อง การอ่านเอกสารต่างๆ ไว้ดังนี้

“ เป็นคนชอบอ่านหนังสือ เคยอ่านหนังสือเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ คือ หมอบอกว่า เป็นโรคจิตเภท ช่วงที่ไปทำงานที่บ้านของลูกของน้ำ เขาเป็นหมอ เป็นทันตแพทย์อยู่ที่โรงพยาบาล...มีหนังสือเกี่ยวกับโรคนี้ อ่านแล้วฉบับไหนที่สนใจ ก็ จะถ่ายซีร็อกซ์เก็บไว้อ่าน... ในหนังสือ ก็จะอธิบายถึงวิธีการปฏิบัติตนเมื่อเป็นโรคนี้ การกินยา การระวังตนเองไม่ให้เกิดอาการผิดปกติ แล้วก็มีวิธีดูว่าตัวเรามีอาการผิดปกติ หรือเปล่า ... ก็มีฟังจากรายการวิทยุ จากรายการโทรทัศน์ที่เค้าพูดถึงการดูแลสุขภาพ การกินอาหารอะไรอย่างนี้ ฟังรายการธรรมะที่สอนเรา ให้ความรู้เรา ทำให้เราสบายใจ อย่างรายการธรรมะนี้ฟังทุกคืน ชอบฟัง ” (ผู้ให้ข้อมูล H)

## 2. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ความเพียงพอของรายได้ และความเชื่อด้านสุขภาพ กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวช

### 2.1 อายุ

จากการศึกษาพบว่า อายุ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r=.27$ ) เมื่อพิจารณาอายุกับสุขภาวะรายด้าน พบว่า อายุมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะทางกาย และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาวะทางจิต หมายความว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุมากขึ้น จะมีสุขภาวะเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสุขภาวะทางกายและสุขภาวะทางจิต ผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมุติฐาน อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีอายุมากกว่า เป็นผู้ป่วยที่มีประสบการณ์การดำรงชีวิตร่วมกับภาวะการเจ็บป่วย มีการเรียนรู้



ในเรื่องของการปฏิบัติกิจกรรมที่ทำให้มีสุขภาพดี มีความชำนาญในด้านการทำงาน และได้รับการยกย่องนับถือ (มุณีเราะฮฺ บินตุ อับดุลเกาะฟูร, 2525) ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ นอกจากนี้ ผู้ที่อายุมากกว่า จะตัดสินใจได้เหมาะสมและรอบคอบมากกว่าผู้ที่อายุน้อย (Boore, 1997:115 in Perry Editor, 1997; Orem, 2001: 373) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธัญญา น้อยเปียง (2545) ที่พบว่า บุคคลที่มีอายุมากจะมีความสุขทางจิตวิญญาณมากกว่าคนที่อายุน้อย เมื่อบุคคลมีอายุมากขึ้น ย่อมมีการเจริญเติบโต มีการพัฒนาการ ทั้งทางร่างกายและจิตใจ ได้ ประสบการณ์ที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้ในการปฏิบัติกิจกรรมในการดำเนินชีวิต จึงทำให้บุคคลที่มีอายุมากกว่า สามารถเลือกและตัดสินใจในการดำเนินชีวิตได้ดีกว่า มีการจัดการกับปัญหาได้ดีกว่า ได้รับการยอมรับนับถือ การให้เกียรติจากบุคคลต่างๆ ที่มีอายุน้อยกว่า จากผลการศึกษาดังกล่าว อธิบายได้ว่า ในกลุ่มที่มีอายุน้อยมีสุขภาพต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุมาก อาจเป็นเพราะว่า คนที่อายุน้อย เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ยังเพิ่งเริ่มป่วยยังไม่นาน ยังมีความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยน้อย และความรู้ในการปฏิบัติตนให้มีสุขภาพดียังมีน้อย การรักษาอาจอยู่ในช่วงของการปรับขนาดยา ให้เหมาะสมกับผู้ป่วย จึงส่งผลให้กลุ่มที่มีอายุน้อยมีสุขภาพจะน้อยกว่า ในระดับที่ต่ำกว่า จากผล การศึกษานี้ ทำให้ได้แนวคิดในการจัดกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพ โดยเน้นกลุ่มที่มีอายุน้อย เพื่อกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองให้มีสุขภาพจะเพิ่มมากขึ้น

## 2.2 เพศ

จากผลการศึกษาพบว่า เพศ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาพจะ ตามตัวแปร เพศ พบว่า เพศหญิง และเพศชาย มีค่าเฉลี่ยสุขภาพจะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัย สำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมุติฐานในการศึกษาครั้งนี้ และ ไม่สอดคล้องกับ ผลการศึกษาของสุจิตรา สันตติวงศ์ชัย (2544) ที่พบว่า เพศหญิงมีพฤติกรรม การดูแลส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย อธิบายได้ว่า เพศหญิง และเพศชาย เนื่องจาก เพศหญิง และเพศชายที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ มีวิถีการดำเนินชีวิตที่มีความคล้ายคลึงกัน โดยส่วนใหญ่ กล่าวคือ ในผู้ป่วยที่นับถือศาสนาอิสลามซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่นั้น วิถีชีวิตจะ ยึดมั่นผูกพันกับการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา กล่าวคือ การละหมาด การถือศีลอด บทบาท หน้าที่ที่มีการแบ่งหน้าที่กันปฏิบัติค่อนข้างชัดเจน ชนิดของอาหารที่การรับประทานอาหารไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเพศชายไม่นิยม ดื่มสุรา ซึ่งเป็นพฤติกรรมทำร้ายสุขภาพตนเอง ดังนั้นเพศหญิงและ เพศชาย จึงมีสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน

## 2.3 ระดับการศึกษา

จากการศึกษาพบว่า ระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาวะตามตัวแปร ระดับการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาในระดับ ประถมศึกษา มัธยมศึกษา และสูงกว่ามัธยมศึกษา มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะไม่แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลการศึกษาครั้งนี้ ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษา ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีระดับการศึกษาแตกต่างกัน มีสุขภาวะที่ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากการเรียนรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในปัจจุบันสามารถเรียนรู้ได้จากเอกสาร หนังสือ หรือการศึกษาผ่านทางอินเทอร์เน็ต การเรียนรู้ในปัจจุบันไม่ได้จำกัดอยู่แต่ในห้องเรียนเท่านั้น นอกจากนี้ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพในปัจจุบันยังมีการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพผ่านทางโทรศัพท์ หรือวิทยุกระจายเสียง หรือการสอบถามทางโทรศัพท์

## 2.4 สถานภาพสมรส

จากผลการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาครั้งนี้ และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยการจัดกลุ่มเป็น 3 กลุ่ม วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสุขภาวะตามตัวแปร สถานภาพสมรส ซึ่งแบ่งเป็น สถานภาพสมรส โสด สถานภาพสมรส หย่าร้าง หม้าย และ สถานภาพสมรส คู่ พบว่า สถานภาพสมรส คู่ มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะมากกว่า สถานภาพสมรส โสด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อธิบายได้ว่า แม้ว่าสถานภาพสมรสจะไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวช แต่ผู้ป่วยจิตเวชที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีค่าเฉลี่ยของสุขภาวะมากกว่า กลุ่มที่มีสถานภาพสมรส โสด เนื่องจากผู้ป่วยจิตเวชที่มีคู่สมรส จะมีแหล่งสนับสนุนให้ความรัก กำลังใจ การดูแลเอาใจใส่ มีแหล่งช่วยเหลือในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยจิตเวช คู่สมรสจะเป็นบุคคลที่ผู้ป่วยจิตเวชมีความรัก ไว้วางใจ เมื่อประสบปัญหาหรือมีความทุกข์ใจ ผู้ป่วยสามารถที่จะเล่าระบายความรู้สึกให้ฟังได้ และขอคำแนะนำปรึกษา การเล่าระบายความรู้สึกเป็นการลดความเครียดของผู้ป่วย และปัญหาอาจได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น ทำให้ผู้ป่วยสบายใจขึ้น นอกจากนี้การมีคู่สมรส ทำให้ผู้ป่วยได้ทำหน้าที่ตามบทบาทตามพัฒนาการตามวัย ทำให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต



## 2.5 ความเพียงพอของรายได้

จากการศึกษา พบว่า ความเพียงพอของรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพิ่มเติมโดยการเปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยสุขภาวะตามตัวแปร ความเพียงพอของรายได้ พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีรายได้เพียงพอ และไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยสุขภาวะไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลการศึกษาไม่สอดคล้องกับสมมติฐานในการศึกษาค้างนี้ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมใจ ยิ้มวิไล (2531) ที่พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของผู้ป่วยโรคหอบหืดไม่มีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเอง ซึ่งอธิบายได้ว่า แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ร้อยละ 77 จะประเมินตนเองว่ามีรายได้ไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับผลการศึกษาของวัชณี หัตถพนม และคณะ (2529) แต่ผู้ป่วยส่วนมากอาศัยอยู่กับบิดามารดา หรือครอบครัว ซึ่งยังมีรายได้จากบุคคลอื่นๆ ในครอบครัวมาให้ความช่วยเหลือ การใช้จ่ายส่วนมากเป็นค่าอาหาร แต่ในการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น ส่วนมากมีอาชีพทำสวน ซึ่งมีการปลูกพืชผัก ผลไม้ ที่ได้รับประทานในครอบครัว บางครอบครัวก็มีการทำเกษตรกรรมแบบผสมผสาน ข้าว ผัก ผลไม้ โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่าย นอกจากนี้ ประชากรที่นับถือศาสนาอิสลาม จะมีการบริจาคเงิน หรือสิ่งของสำหรับช่วยเหลือผู้ที่มีความลำบาก หรือมีฐานะยากจนกว่า เรียกว่าเป็นการบริจาคซากาต เป็นการทำบุญที่ศาสนทางศาสนาได้กำหนดให้บุคคลที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี ช่วยเหลือบุคคลที่มีความยากจนและลำบาก ดังนั้น แม้ว่าผู้ป่วยจิตเวชจะมีรายได้ไม่เพียงพอก็ยังสามารถที่จะดำรงชีวิตอย่างมีสุขภาวะได้โดยไม่แตกต่างกับกลุ่มที่มีรายได้ที่เพียงพอกับความต้องการ

## 2.6 ความเชื่อด้านสุขภาพ

จากการศึกษาพบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับ สุขภาวะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $r = .19$ ) โดยมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะทางกาย เมื่อวิเคราะห์ความเชื่อด้านสุขภาพรายด้าน กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในแต่ละมิติ พบว่า ด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับสุขภาวะทางกาย ( $r = .43$ ) สุขภาวะทางจิต ( $r = .30$ ) และมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาวะทางจิตวิญญาณ ( $r = .20$ ) ด้านการรับรู้ ความรุนแรงของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับสุขภาวะทางกาย ( $r = .23$ ) ส่วน ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย และด้านการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ ผลการศึกษาสอดคล้องกับสมมติฐาน

ในการศึกษาครั้งนี้และสอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชรี คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการป่วยซ้ำ เป็นตัวแปรที่มีอำนาจจำแนกผู้ป่วยที่มีการป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้ ซึ่งอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเชื่อด้านสุขภาพ โดยเฉพาะในด้านการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันเจ็บป่วย และด้านการรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย ถ้ามีคะแนนความเชื่อสูง ทำให้บุคคลนั้นมีสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางจิตวิญญาณ สูงขึ้นด้วย

จากผลการศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นี้ สามารถนำไปแนวทางในการในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มนี้ได้ดังนี้

1. การให้ข้อมูลด้านสุขภาพ เป็นการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค อาการและอาการแสดง แนวทางในการรักษา อาการข้างเคียงที่อาจพบได้จากการรักษา แนวทางในการปฏิบัติตัวที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย โดยเน้นการให้ข้อมูลประโยชน์ของการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และข้อมูลที่ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงการปฏิบัติกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถที่จะเข้าใจและปรับตัวได้ตามกระบวนการดำเนินโรค รวมทั้งสามารถที่จะปฏิบัติกิจกรรมที่ส่งเสริมสุขภาพได้

2. การเยี่ยมบ้านและครอบครัวผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีสุขภาพระดับต่ำ เพื่อให้การบำบัดการพยาบาลผู้ป่วยและครอบครัวตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา ครอบครัว จิตบำบัดรายบุคคล หรือจิตบำบัดครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข และสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลในชุมชนได้อย่างมีความสุข กิจกรรมพยาบาลในการเยี่ยมบ้านและครอบครัว ประกอบด้วย

2.1 การสร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยและครอบครัว โดยพยาบาลจะต้องเรียนรู้วัฒนธรรมและวิถีในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยในชุมชน และสามารถประยุกต์กิจกรรมการพยาบาลที่สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย การสร้างสัมพันธภาพทำให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ สามารถจะที่จะเล่า ระบายปัญหา ทำให้พยาบาลสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยในการแก้ปัญหา เข้าใจปัญหา สามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง ทำให้สามารถมองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา และเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมต่อไป

2.2 การให้ความรู้แก่ครอบครัว เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นความรู้เกี่ยวกับโรค อาการแสดงของโรค แนวทางในการบำบัดรักษาโรค แนวทางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพของผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิต

2.3 การให้คำปรึกษาและคำแนะนำครอบครัว โดยใช้กระบวนการทางการปรึกษาที่เน้นการสร้างสัมพันธภาพ เพื่อช่วยเหลือให้ผู้ป่วยและครอบครัว ได้รู้และเข้าใจ สถานภาพ



และปัญหาของตน ตระหนักรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม ทำให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจได้ จนสามารถแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสม

2.3 การเสริมสร้างพลังอำนาจในการรับประทานยา เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ ควบคุมอาการของโรคจิตเวชได้

2.4 การฝึกการจัดการกับปัญหาและอารมณ์ โดยใช้กระบวนการฝึก ควบคุมการปฏิบัติอย่างเป็นขั้นตอน เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยจิตเวชสามารถจัดการกับปัญหาและอารมณ์ของตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม

3. สร้างความร่วมมือในชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช โดยการจัดประสานงาน หรือจัดกิจกรรมให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจให้แก่สมาชิกในชุมชน เพื่อให้สมาชิกมีความเข้าใจผู้ป่วยจิตเวชมากขึ้น เพื่อให้ชุมชนสามารถอยู่ร่วมกันแบบพึ่งตนเองได้อย่างเหมาะสม ลักษณะของกิจกรรม ขึ้นอยู่กับลักษณะและความพร้อมของชุมชน



ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

## ข้อเสนอแนะในการวิจัย

### 1. ข้อเสนอแนะทั่วไป

1.1 ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ แก่กลุ่มผู้ป่วยที่มีอายุน้อย หรือผู้ป่วยที่มีประวัติการเจ็บป่วยไม่นาน เนื่องจากเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความสามารถในการปรับตัวต่อการเจ็บป่วยน้อยกว่าผู้ที่มีอายุมาก หรือป่วยมาเป็นระยะเวลาที่นานกว่า

1.2 ผู้ปฏิบัติการพยาบาล ควรเพิ่มเติมการให้บริการเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุม การรับรู้ประโยชน์ของการของการปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้ความรุนแรงของการเจ็บป่วย รวมทั้งการรับประทานยา การจัดการกับปัญหาและอารมณ์ เพื่อกระตุ้นและส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดียิ่งขึ้น

### 2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาหารูปแบบการให้การพยาบาลที่สามารถกระตุ้นส่งเสริมให้มีการเพิ่มสุขภาพะทางสังคม และสุขภาพะทางจิตเพิ่มขึ้นในระดับดีมาก

2.2 ควรมีการศึกษาสุขภาพะของผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอื่นๆ ต่อไป เช่น ในกลุ่มผู้ป่วยโรคสมองเสื่อม ผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้สารเสพติด หรือการศึกษาสุขภาพะตามกลุ่มโรค เช่น ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า หรือตามกลุ่มอายุ เช่น กลุ่มอายุต่ำกว่า 20 ปี กลุ่มผู้สูงอายุ ต่อไป

ศูนย์วิทยทรัพยากร  
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย