

## แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษา สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ผู้วิจัย ได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิดทฤษฎีต่างๆ จากเอกสาร บทความ วารสาร หนังสือ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แต่เนื่องจากสุขภาวะเป็นแนวคิดที่ยังไม่มีผู้ใดศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในความหมายเดียวกับสุขภาวะ ซึ่งจากการศึกษาสามารถสรุปสาระสำคัญและนำเสนอตามลำดับดังนี้

1. ผู้ป่วยจิตเวช
  - 1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยจิตเวช
  - 1.2 การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช
  - 1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเวช
2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช
  - 2.1 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล
  - 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
3. แนวคิดสุขภาวะ
  - 3.1 ความหมาย
  - 3.2 องค์ประกอบ
  - 3.3 การประเมิน
4. สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
  - 4.1 สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั่วไป
  - 4.2 สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้
4. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน
  - 5.1 อายุ
  - 5.2 เพศ
  - 5.3 ระดับการศึกษา
  - 5.4 สถานภาพสมรส
  - 5.5 ความเพียงพอของรายได้
  - 5.6 ความเชื่อด้านสุขภาพ
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 1. ผู้ป่วยจิตเวช

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต ซึ่งมีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการแสดงออกของบุคคล ซึ่งเกิดขึ้นได้กับทุกวัย

### 1.1 ข้อมูลทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเวช เป็นคำที่ใช้เรียกกลุ่มบุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิต จากการศึกษาพบว่า ได้มีผู้ให้ความหมายของผู้ป่วยจิตเวช ไว้ดังนี้

กรมสุขภาพจิต (2538: 1) ได้ให้ความหมายว่า โรคจิต คือโรคที่มีความผิดปกติทางอารมณ์ ความคิด และการแสดงออกอย่างรุนแรง โดยผู้ป่วยมักไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย

บุญวดี เพชรรัตน์ (2539: 23) กล่าวว่า การเจ็บป่วยทางจิต หมายถึงความไม่ผสมกลมกลืนระหว่างบุคคลกับสภาพชีวิตสังคมและสิ่งแวดล้อมของบุคคล ทำให้บุคคลไม่สุขสบาย รู้สึกถูกบีบคั้น วิตกกังวล จนกระทั่งไม่สามารถควบคุมความคิด ความรู้สึก และพฤติกรรมของตนเองได้ แสดงออกโดยมีความบกพร่องของการใช้เหตุผล การตัดสินใจ การใช้สติปัญญา และการปรับตัวในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นๆ ในสังคม

ผู้ป่วยจิตเวชชุมชน จึงหมายถึงบุคคลที่มีความผิดปกติของความคิด อารมณ์และพฤติกรรม ที่อาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวบุคคลอื่นๆ ในชุมชน

ผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มผู้เจ็บป่วยด้วยโรคทางจิตเวช ที่มีความผิดปกติทางด้านจิตใจ อารมณ์ และสังคม ปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรค ประกอบด้วยปัจจัยทางด้านพันธุกรรม ชีวเคมี จิตใจ บุคลิกภาพ สังคม และสิ่งแวดล้อม แบ่งกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชตามอาการที่ผิดปกติได้ดังนี้ (มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุคนิษฐ์, 2544; สมภพ เรื่องตระกูล, 2542)

1. กลุ่มที่มีสติสัมปชัญญะผิดปกติ เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีความผิดปกติของการรู้สึกตัว มีผลกระทบต่อความสามารถในการเข้าใจ สมาธิ การใส่ใจ ความคิด การรับรู้สถานการณ์ และพฤติกรรมโดยรวม เช่น การสูญเสียการรับรู้ กาลเวลา สถานที่ หรือบุคคล

2. กลุ่มที่มีความผิดปกติทางการเคลื่อนไหว เป็นความผิดปกติของพฤติกรรม การเคลื่อนไหว ได้แก่ มีการคิดและเคลื่อนไหวมากขึ้น ทำให้อยู่เฉยไม่ได้ อาจมีอาการในทางลบ เช่น วุ่นวาย เคลื่อนไหวมาก พูดมาก หรือมีความคิด การเคลื่อนไหวช้า เคลื่อนไหวน้อยกว่าปกติ หรือไม่เคลื่อนไหวเลย เดินไม่แกว่งแขน เดินแข็งแกร็ง หรือมีการกระทำ หรือการพูดที่ซ้ำๆ เหมือนเดิมตลอด โดยไม่มีจุดมุ่งหมาย เช่น การโยกตัวตลอดเวลา

3. กลุ่มที่มีอารมณ์ผิดปกติ เป็นความผิดปกติของการแสดงอารมณ์ความรู้สึก อารมณ์ที่อยู่ภายในจิตใจที่บุคคลภายนอกไม่รู้ เช่น การไม่แสดงออกทางอารมณ์ การมีอารมณ์คงที่

การแสดงอารมณ์ที่ไม่สอดคล้องกับสถานการณ์หรือเนื้อหาที่พูด มีความซึมเศร้า วิตกกังวล หรือมีอารมณ์ที่รุนแรงขึ้นกว่าปกติ มีอารมณ์ขุ่นเคือง หงุดหงิด ขุนเฉียวง่าย

4. กลุ่มที่มีความคิดผิดปกติ เป็นความผิดปกติของกระแสและรูปแบบความคิด เช่น การพูดซ้ำไปซ้ำมา การพูดที่มีการหยุดชะงักเป็นช่วงๆ ความคิดขาดความเชื่อมโยง การเรียงลำดับสับสน หรือมีความคิดหลายๆ อย่างเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว หรือใช้คำพูดที่ผู้พูดคิดขึ้นมาเอง หรือมีความคิดหมกมุ่นอยู่กับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือมีความคิดหลงผิด ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง

5. กลุ่มที่มีการรับรู้ผิดปกติ เป็นการรับรู้หรือแปลสิ่งเร้าผิด เช่น การมีหูแว่ว ภาพหลอน ประสาทหลอน การแปลภาพผิด

6. มีความจำผิดปกติ เป็นลักษณะของบุคคลที่ไม่สามารถระลึกในเหตุการณ์ที่ผ่านมาได้ อาจเป็นเพียงบางส่วนหรือทั้งหมด หรืออาจมีการแต่งเติมเรื่องเป็นบางส่วน เกิดความรู้สึกว่าตนเองเคยไปในสถานที่บางแห่ง ทั้งๆ ที่ไม่เคยเห็น หรือเกิดความรู้สึกไม่คุ้นเคย ทั้งๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อน

7. ขาดความสัมพันธ์กับโลกภายนอก มักแยกตัวอยู่ตามลำพัง ไม่พูดกับใคร ร่างกายสกปรก มอมแมม ไม่โกนหนวด เครา เล็บยาวดำ การแต่งกายผิดไปจากลักษณะทั่วไป ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัดรักษาจนอาการทางจิตทุเลาแล้ว กรมสุขภาพจิต (2542) ได้ระบุลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนไว้ดังนี้ คือ เป็นผู้ที่แต่งกายสะอาด เรียบร้อย รับรู้กาลเวลา สถานที่ได้ถูกต้อง มีร่างกายที่แข็งแรง ทำงานบ้านได้ มีเหตุผล มีความมั่นใจในตนเอง สร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ พูดคุยบอกความต้องการและ ความรู้สึกกับบุคคลอื่นได้ ควบคุมอารมณ์ ความคิดและการแสดงออกได้ ทำงานร่วมกับผู้อื่นได้ ร่วมกิจกรรมกับครอบครัวและสมาชิกในชุมชนได้ เสนอให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นได้

## 1.2 การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช

รูปแบบวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช มีลักษณะแตกต่างตามระดับศักยภาพในการดำรงชีวิต ซึ่งกองสุขภาพจิตและโรงพยาบาลศรีธัญญาได้จัดผู้ป่วยจิตเวชชุมชนตามศักยภาพของผู้ป่วย เป็น 5 ระดับ คือ (สมชาย จักรพันธ์ และคณะ, 2533; ขนาน หัสศิริ และคณะ, 2537: 3) คือ

ระดับที่ 1 สามารถช่วยเหลือตนเองไม่ได้และรบกวนความสงบของผู้อื่น

ระดับที่ 2 อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งกับใคร และช่วยเหลือตนเองไม่ได้

ระดับที่ 3 ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง

ระดับที่ 4 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้

ระดับที่ 5 สามารถช่วยเหลือตนเองได้ดีและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในระดับ 1 และ 2 เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต ผู้ป่วยกลุ่มนี้โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่ได้รับการบำบัดรักษาอยู่ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่อยู่ในระดับ 3 – 5 (พิทักษ์พล บุญยมาลิก และสุณีย์ เอกวิวัฒนพันธ์, 2542) ศักยภาพของผู้ป่วยจึงอยู่ในระดับที่สามารถช่วยเหลือตนเองได้บ้าง จนถึงช่วยเหลือตนเองได้ดีและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ การดำเนินชีวิตจึงขึ้นอยู่กับความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มผู้ป่วยที่สามารถดูแลตนเองได้ดี สามารถดำเนินชีวิตเช่นบุคคลปกติทั่วไปในสังคมที่ตนอาศัยอยู่ ส่วนผู้ป่วยที่ยังช่วยเหลือตนเองไม่ได้ทั้งหมด ผู้ป่วยยังต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือจากญาติและอาจจะไม่มีอิสระในการดำเนินชีวิต หรือเลือกกระทำการใดๆ ได้โดยอิสระขึ้นอยู่กับวิถีชีวิตของแต่ละครอบครัว

### 1.3 การรักษาผู้ป่วยจิตเวช

การรักษาโรคจิตเวชในโรงพยาบาล จำแนกการรักษาได้ดังนี้ (กรมสุขภาพจิต, 2538: 6; สมภพ เรื่องตระกูล และคณะ, 2536: 163, 179, 188) ประกอบด้วย

#### 1.3.1 การรักษาทางกาย (Somatic treatment) ประกอบด้วย

1.3.1.1 การรักษาด้วยยาโรคจิต (Antipsychotic drug) เป็นวิธีการรักษาหลักของการรักษาโรคทางจิตเวชโดยส่วนใหญ่

1.3.1.2 การรักษาด้วยไฟฟ้า (Electroconvulsive therapy, ECT) เป็นรูปแบบการรักษาผู้ป่วยจิตเวชโดยใช้กระแสไฟฟ้า การรักษาโดยวิธีนี้แพทย์จะเป็นผู้พิจารณาใช้การรักษาให้เหมาะสมกับผู้ป่วย และเป็นวิธีที่ใช้รักษาแก่ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาก่อนเป็นผู้ป่วยในเป็นส่วนใหญ่

1.3.2 การรักษาทางจิตสังคม (Psychosocial Therapy) เป็นการรักษาโดยใช้กิจกรรมการบำบัดทั้งรายกลุ่มและรายบุคคล ได้แก่

1.3.2.1 การจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดทางจิต (Milieu therapy) เป็นการ จัดสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมพฤติกรรมที่เป็นปัญหา เสริมทักษะการปรับตัวทางสังคมและสิ่งแวดล้อม และการมีกิจกรรมต่างๆ

1.3.2.2 การรักษาโดยการทำกิจกรรม (Activity therapy) เป็นการบำบัดโดยใช้กิจกรรมเพื่อฟื้นฟูศักยภาพของผู้ป่วยทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม เช่น อาชีวนำบัด กิจกรรมนันทนาการ เป็นต้น

1.3.2.3 การรักษาโดยการบำบัดทางจิต (Psychotherapy) มีทั้งการบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่ม เพื่อให้ผู้ป่วยได้รู้จักตนเอง เข้าใจผู้อื่น ยอมรับตนเองและผู้อื่นได้ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนความคิด เจตคติ และพฤติกรรม ซึ่งจะนำไปสู่การแก้ปัญหาที่ถูกต้อง

1.3.2.4 การรักษาผู้ป่วยและครอบครัว (Family Therapy) เป็นเทคนิคที่ใช้เพื่อช่วยให้บุคคลในครอบครัวเกิดความรู้ความเข้าใจในปัญหาของตน เข้าใจเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นภายใน

ครอบครัวของตน เปลี่ยนพฤติกรรมและอารมณ์ของบุคคลในครอบครัวให้สามารถทำหน้าที่ได้อย่างเหมาะสม

1.3.2.5 การรักษาโดยวิธีพฤติกรรมบำบัด (Behavior Therapy) เป็นการบำบัดที่มุ่งเน้นการควบคุมพฤติกรรม ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สังเกตได้ โดยใช้หลักการเรียนรู้โดยไม่คำนึงถึงสาเหตุของพฤติกรรมในอดีต

## 2. การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวช

การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในปัจจุบัน แบ่งได้เป็น 2 กลุ่ม คือ การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาลและในชุมชน

### 2.1 การพยาบาลจิตเวชในโรงพยาบาล

ผู้ป่วยจิตเวชที่เข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่มีอาการทางจิตที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดอันตราย ต่อตนเอง และ/หรือผู้อื่น การรับไว้รักษาเป็นการป้องกันการเกิดอันตรายที่อาจเกิดขึ้นได้เนื่องจากอาการทางจิต และให้การรักษาพยาบาลเพื่อนำบำบัดอาการทางจิต หลังจากให้การบำบัดจนอาการทุเลาแล้ว ผู้ป่วยก็สามารถกลับไปดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนต่อไป การรับผู้ป่วยไว้บำบัดในโรงพยาบาล ผู้ป่วยจะได้รับการดูแลจากทีมสุขภาพ ในส่วนของการพยาบาลนั้นมิกิจกรรมการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้ในโรงพยาบาล มีดังนี้

2.1.1 การจำแนกประเภทของผู้ป่วย ในการรับผู้ป่วยไว้รับการรักษาในโรงพยาบาล จะมีการจำแนกประเภทผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับ เป็นการประเมินอาการทางจิตของผู้ป่วย เพื่อแยกประเภทในการให้การพยาบาล การจำแนกผู้ป่วยปัจจุบันใช้เกณฑ์การจำแนกประเภทผู้ป่วยทางจิตและปัญญาอ่อน ของกรมสุขภาพจิต (2539) ซึ่งตั้งเกณฑ์จำแนกไว้ 5 ระดับ แต่ในทางปฏิบัติปัจจุบัน แบ่งเป็น 4 ประเภท คือ 1) ประเภทฉุกเฉินวิกฤติ 2) ประเภทแรกรับ 3) ประเภทเร่งรัดบำบัด และ 4) ประเภทบำบัดระยะยาว

2.1.2 การให้การพยาบาลตามมาตรฐานการพยาบาล บุคคลที่มีอาการเจ็บป่วยทางจิตมีหลายกลุ่มอาการ ซึ่งกรมสุขภาพจิตได้จัดทำมาตรฐานการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช (2542) ซึ่งในการให้การพยาบาลในแต่ละประเภทของผู้ป่วยจะประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล มาตรฐานกิจกรรมการพยาบาล และการประเมินผล เป็นกิจกรรมการพยาบาลสำหรับการให้การพยาบาลโดยทั่วไป เพื่อช่วยเหลือและกระตุ้นให้ผู้ป่วย สามารถรับรู้สิ่งแวดล้อมได้ถูกต้อง และสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ เช่น การดูแลความสะอาดของปากฟัน การอาบน้ำ รับประทานอาหาร การรับประทานยา การพักผ่อนนอนหลับ การขับถ่าย และการระมัดระวังการเกิดอุบัติเหตุ

2.1.3 การให้การพยาบาลทางด้านจิตใจ เป็นการพยาบาลที่มุ่งเน้นการจัดกิจกรรมเพื่อการดูแลและให้การบำบัดทางจิตใจ เช่น การสร้างสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด การทำจิตบำบัดแบบประคับประคอง การทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการให้คำปรึกษา เป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อประคับประคองจิตใจของผู้ป่วยให้สามารถเผชิญกับปัญหาได้

## 2.2 การพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

การจัดกิจกรรมการให้การพยาบาลแก่ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ปัจจุบันมีรูปแบบของการให้การพยาบาล ดังนี้

2.2.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion) เป็นกระบวนการเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของบุคคล (ปณิธาน หล่อเลิศวิทย์, 2541) ที่มุ่งยกระดับความเป็นอยู่ที่ดีมีสุขภาพ (Pender, 2002) ซึ่งเป็นจุดเน้นของการให้บริการของวิชาชีพพยาบาลที่มีลักษณะเป็นองค์รวมของบุคคลและสิ่งแวดล้อม (จินตนา ยูนิพันธ์, 2532) เพื่อให้เกิดการปฏิบัติและการดำเนินชีวิตที่ดีมีสุขภาพ แนวทางในการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ผู้วิจัยได้ประยุกต์แนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (2002) ร่วมกับแนวคิดจิตเวชชุมชนของ จารุวรรณ ต.สกุล (2544: 351 – 420) และ จินตนา ยูนิพันธ์ (2528: 3 – 5) สรุปเป็นแนวทางการพยาบาลเพื่อการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้ดังนี้

1. เยี่ยมสำรวจผู้ป่วยในชุมชน ประเมินปัญหาอุปสรรคของการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อนำข้อมูลไปดำเนินการวางแผนแก้ไขปัญหา ถ้าพบปัญหาเร่งด่วนทำการแก้ไขทันที
2. ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ การดูแลและการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพของผู้ป่วย สมาชิกของครอบครัวและสมาชิกของชุมชน
3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้มีการทำกิจกรรมร่วมกัน รวมทั้งกิจกรรม การส่งเสริมสุขภาพ เช่น การประกอบอาหาร การออกกำลังกาย การพักผ่อนหย่อนใจ เพื่อส่งเสริมสนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน และส่งเสริมความแข็งแรงของร่างกายด้วย
4. เยี่ยมบ้านและให้การบำบัดการพยาบาลตามความเหมาะสม เช่น การให้คำปรึกษา การทำจิตบำบัดรายบุคคล จิตบำบัดรายครอบครัว รวมทั้งการจัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับความเชื่อของผู้ป่วยและครอบครัว
5. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคทางจิตเวช การดูแลส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีสุขภาพ
6. การจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมการออกกำลังกาย การเพิ่มความรู้สึภาคภูมิใจในตนเอง การรับรู้ความสามารถของตนเอง การตั้งเป้าหมายของผู้ป่วย ของครอบครัว เพิ่มความมั่นใจในตนเอง และการสนับสนุนทางสังคม

2.2.2 การเยี่ยมบ้านและครอบครัว (Home care) เป็นกระบวนการที่มุ่งให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามศักยภาพ ครอบครัวมีการเรียนรู้และเข้าใจถึงวิธีการดูแลช่วยเหลือประคับประคองให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างเหมาะสม ชุมชนยอมรับและมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างมีความสุข

กิจกรรมการพยาบาลยึดหลักการพยาบาลแบบเป็นองค์รวม คือ กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีหลักการพื้นฐานของการพยาบาลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน กิจกรรมการพยาบาล ประกอบด้วย

1. การสร้างสัมพันธภาพ เป็นลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช และ/หรือครอบครัว เพื่อให้เกิดความไว้วางใจ ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวสามารถบอกถึงปัญหา ความต้องการ และพยาบาลสามารถให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ รวมทั้งช่วยกันแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยมีการฟื้นฟูสภาพจากความเจ็บป่วยได้ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยแก้ไขปัญหาในปัจจุบัน (Here and now) ผู้ป่วยสามารถเข้าใจปัญหา ตระหนักรู้ถึงการมีส่วนร่วมกับสาเหตุและการแก้ไขปัญหา ผู้ป่วยสามารถเผชิญปัญหาตามความเป็นจริง มองเห็นแนวทางในการแก้ปัญหา สื่อความหมายได้ชัดเจนตรงกับสิ่งที่ต้องการ มีทักษะการอยู่ร่วมกับผู้อื่น และช่วยให้ผู้ป่วยได้หาความหมายจากประสบการณ์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในสภาพการณ์ที่เป็นจริงต่อไป

2. การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน เป็นการให้ความรู้กับครอบครัวเพื่อทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถมีความรู้ มีแนวทางในการดูแลที่บ้านได้อย่างเหมาะสม และสามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

ความรู้ที่ให้ผู้ป่วยและครอบครัว ประกอบด้วย ความรู้ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคอาการทางจิต ในเรื่องของความหมาย สาเหตุ อาการ การดำเนินโรคและการรักษา การดูแลผู้ป่วยจิตเวช ในด้านกิจวัตรประจำวัน การดูแลเมื่อเกิดอาการข้างเคียงของยา คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้าน การแนะนำครอบครัวผู้ป่วยจิตเวชในการปฏิบัติต่อผู้ป่วย

3. การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพจิตในครอบครัว เกิดจากพื้นฐานความเชื่อว่า การจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทางวัตถุและบุคคลจะช่วยให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สามารถเผชิญความเครียดและยอมรับปัญหาที่เกิดขึ้นในชีวิตประจำวันได้ การให้ความรู้ในการจัดสิ่งแวดล้อมจึงเป็นการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านของผู้ป่วยอย่างมีหลักการทางวิทยาศาสตร์ เช่น จัดสถานที่ให้อากาศสามารถถ่ายเทได้สะดวก สะอาด ปลอดภัย มีความเป็นส่วนตัว ส่วนสิ่งแวดล้อมด้านบุคคล ได้แก่ การเสริมสร้างบรรยากาศที่มีผลต่อความรู้สึกและอารมณ์ของผู้ป่วย มีความอบอุ่นเป็นมิตร รับฟังความคิดเห็นของผู้ป่วย พบและพูดคุยกับผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และให้เกียรติยกย่องนับถือทั้งในฐานะความเป็นบุคคลและตามบทบาทหน้าที่ทางสังคม

4. การให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำผู้ป่วยและครอบครัว เป็นกระบวนการช่วยเหลือที่เน้นสัมพันธ์ภาพระหว่างพยาบาลกับผู้ป่วยจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รู้ เข้าใจ สถานภาพ และปัญหาของตน ตระหนักรู้ตนเองและสิ่งแวดล้อม ให้เกิดการตัดสินใจที่ดี จนสามารถแก้ไขปัญหาและพัฒนาตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม กระบวนการให้การปรึกษาประกอบด้วย การสร้างสัมพันธ์ภาพ เช่น การทักทาย การแสดงท่าทีที่เป็นกันเอง สนใจ ตั้งใจรับฟังในสิ่งที่ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัวพูด การสำรวจปัญหา เป็นการแยกแยะปัญหาเพื่อให้สามารถมองเห็นปัญหาที่แท้จริง และการแก้ไขปัญหา เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยและ/หรือครอบครัว ได้ใช้ศักยภาพของตนเอง ที่มีอยู่ ค้นหาวิธีการแก้ปัญหาและ ตัดสินใจแก้ไขปัญหาด้วยตนเอง พยาบาลเป็นผู้ช่วยเหลือโดยการให้ข้อมูล การประคับประคองให้กำลังใจ การคาดการณ์ด้วยเหตุผล

5. การป้องกันภาวะวิกฤตและภาวะฉุกเฉินทางจิตเวช เป็นการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน ช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อเกิดภาวะวิกฤตและฉุกเฉินทางจิตเวช เพื่อขจัดความรุนแรงที่เกิดขึ้นในขณะนั้นโดยเร็ว ลดภาวะความเครียด ความคับข้องทางอารมณ์ของผู้ป่วย และป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้อื่น รวมทั้งทรัพย์สินต่างๆ โดยให้ครอบครัวผู้ป่วยสามารถใช้ศักยภาพของตนเองในการแก้ไขปัญหา หรือได้เรียนรู้แผนการแก้ไขปัญหา ด้วยวิธีการเตรียมความพร้อมของครอบครัวในด้านทักษะการจัดการ การเผชิญภาวะวิกฤตและฉุกเฉิน โดยการฝึกกระบวนการแก้ปัญหา การผ่อนคลายความเครียด การใช้แหล่งความช่วยเหลือ และการจำกัดพฤติกรรมผู้ป่วย

2.2.3 การส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช มีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหา การตัดสินใจแก้ไขปัญหา ตลอดจนติดตามประเมินผลงานนั้นเอง ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนได้รับการส่งเสริมสนับสนุนให้ช่วยเหลือตนเอง มีการประกอบอาชีพตามศักยภาพ และลดโอกาสในการป่วยซ้ำ โดยการจัดอบรม จัดกิจกรรมในชุมชน

การจัดกิจกรรมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้แก่สมาชิกในชุมชน ซึ่งมีผลให้สมาชิกในชุมชนมีความรู้ความเข้าใจ มีความเห็นอกเห็นใจผู้ป่วยจิตเวชมากยิ่งขึ้น แต่ยังไม่มีการรวมตัวของชุมชนที่จะจัดการดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัวอย่างเป็นระบบ ซึ่งปัจจุบันอยู่ในระหว่างพัฒนารูปแบบที่สามารถนำไปใช้ในชุมชนได้อย่างเหมาะสม

การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว เป็นตัวอย่างหนึ่ง ที่ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน เป็นการศึกษเพื่อพัฒนาจัดหารูปแบบที่เหมาะสมของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ของพิทักษ์พล บุญมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์ (2542) โดยใช้วิธีการทยอยส่งผู้ป่วยที่ผ่านการฝึกทักษะเพิ่มเติมก่อน 6 เดือน ถึง 1 ปี และได้รับการประเมินว่ามีความสามารถในการดูแลตนเอง (ระดับ 4 ขึ้นไป) ไปใช้



ชีวิตอยู่ร่วมกับสมาชิกอื่นๆ ในชุมชนวัดสวนแก้ว และเจ้าหน้าที่ของมูลนิธิสวนแก้วจัดให้ผู้ป่วยเข้าทำงานในแผนกต่างๆ ของมูลนิธิ ตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละราย ผู้ศึกษาทำการเยี่ยมผู้ป่วย สัปดาห์ละครั้ง และจัดกลุ่มชุมชนบำบัดในชุมชนวัดสวนแก้วสัปดาห์ละครั้ง ผู้ศึกษาได้สรุปว่าชุมชนวัดสวนแก้วมีความพร้อมในทุกๆ ด้าน เหมาะสมที่จะเป็นด่านแรกของการคืนผู้ป่วยจิตเวชกลับชุมชน

### 3. แนวคิดสุขภาพะ

คำว่าสุขภาพะในภาษาไทยนั้น ประเวศ ะสี เป็นผู้ให้ความหมายแทนคำว่า สุขภาพ สุขภาพะเป็นคำแปลมาจากคำว่า Health ภาษาอังกฤษ เป็นคำที่มีรากศัพท์มาจากภาษาเยอรมันว่า hoelth มีความหมาย 3 ประการคือ ความปลอดภัย (safe) ไม่มีโรค (sound) หรือทั้งหมด (whole) (สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 3) ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ทำการศึกษาดำรงและเอกสารที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพะที่มีความหมายในเชิงบวกสำหรับใช้ในการอธิบายสุขภาพะ

#### 3.1 ความหมายของสุขภาพะ

เนื่องจากสุขภาพะเป็นคำใหม่ยังไม่มีการบัญญัติศัพท์ในพจนานุกรม ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้รวบรวมความหมายของสุขภาพะในเชิงบวก สำหรับใช้อธิบายความหมายของสุขภาพะ ได้ดังนี้

พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน พ.ศ. 2525 และพจนานุกรมฉบับเฉลิมพระเกียรติ 2530 ได้ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ความสุข ภาวะที่ปราศจากโรค ความสบาย ความมีอนามัยดี

ประเวศ ะสี (2543: 4) ได้ให้ความหมาย สุขภาพตามค่านิยมขององค์การอนามัยโลกไว้ว่า สุขภาพ หมายถึง สุขภาพะที่สมบูรณ์ทางกาย ทางจิต ทางสังคม และทางจิตวิญญาณ ไม่เพียงแต่ปราศจากโรคหรือความพิการเท่านั้น

จินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ได้ให้ความหมายของการดำรงชีวิตอย่างปกติสุข (Health life) ว่า หมายถึง การที่บุคคลสามารถตอบสนองความต้องการของตนเองทั้ง 4 ประเภท อันได้แก่ ความต้องการเพื่อการอยู่รอด การทำหน้าที่ ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ และด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคลได้อย่างเป็นอิสระ

Mosby's Medical Nursing and Allied Health Dictionary (1994: 710 – 711) ให้ความหมายว่า สุขภาพ หมายถึง ภาวะความผาสุกของร่างกาย จิตใจ สังคมและเป็นภาวะที่ปราศจากโรค ความผิดปกติ เป็นภาวะที่มีลักษณะเป็นพลวัต มีการเปลี่ยนแปลงและการปรับตัวตลอดเวลา ทำให้เกิดภาวะที่สมดุล

Rogers (1970 cited in Fitzpatric & Whall, 1989: 290) ได้กล่าวถึงสุขภาพว่า สุขภาพและการเจ็บป่วยคือการแสดงออกของกระบวนการชีวิต การแสดงออกของบุคคล และสิ่งแวดล้อมที่รู้สึกว่ามีคุณค่าสูง เรียกว่า ความผาสุก (Wellness) ถ้ามีคุณค่าต่ำเรียกว่า ความเจ็บป่วย (Illness) สุขภาพและความเจ็บป่วยเป็นความต่อเนื่องของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต แสดงว่าบุคคลกำลังบรรลุถึงศักยภาพสูงสุด และมีความหลากหลายในการแสดงออกของสุขภาพที่ดีที่สุด จนถึงไม่ดีที่สุด ในกระบวนการดำรงชีวิตของบุคคล

Pender (1996: 22 แปลโดย สมจิต หนูเจริญกุล, 2543: 9) ได้ให้ความหมายของสุขภาพไว้ว่า หมายถึง การบรรลุถึงซึ่งการใช้ศักยภาพของบุคคลที่ติดตัวมาแต่กำเนิด และที่ได้รับการพัฒนา ซึ่งบุคคลจะบรรลุภาวะนี้ได้ จากการปฏิบัติพฤติกรรมที่มีเป้าหมาย การใช้ความสามารถในการดูแลตนเอง และมีความพึงพอใจในสัมพันธภาพกับบุคคลรอบข้าง ในขณะเดียวกันก็มีการปรับตัวตามความจำเป็น เพื่อรักษาความมั่นคงของโครงสร้าง และความสอดคล้องกลมกลืนกับสิ่งแวดล้อมที่มีความสำคัญกับตนเอง

Orem (2001: 181 - 182) ได้กล่าวว่า สุขภาพและสุขภาพดี (Health and Healthy) เป็นคำที่ใช้อธิบายการดำรงชีวิตของมนุษย์ ในด้านโครงสร้างและการทำหน้าที่หรือความสมบูรณ์ของแต่ละบุคคล นอกจากนั้นยังใช้อธิบายการทำงานของร่างกาย การควบคุมการแสดงออกของอารมณ์และการทำหน้าที่ของจิตใจ รวมถึงทัศนคติ และแรงจูงใจ

จากความหมายของสุขภาพ สรุปได้ว่า สุขภาวะหมายถึง ภาวะหรือกระบวนการดำเนินชีวิต ที่แสดงถึงภาวะของสุขภาพ ผลลัพธ์ของสุขภาพ เป็นสุขภาวะที่หยุดนิ่ง และลักษณะที่เป็นกระบวนการดำรงชีวิตที่มีผลดีต่อสุขภาพ ที่มีการเคลื่อนไหวตลอดเวลา ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาสุขภาวะที่มีลักษณะเป็นสถานะ (Status) และกระบวนการ (Process) เนื่องจากสถานะและกระบวนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย สามารถอธิบายถึงการมีสุขภาพของบุคคล และสามารถพัฒนาปรับเปลี่ยนให้บุคคลมีสุขภาพที่ดีเพิ่มขึ้นได้

### 3.2 องค์ประกอบของสุขภาพ

สุขภาพเป็นมโนทัศน์ของสุขภาพแนวใหม่ที่มีความหมายในเชิงบวก ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาและทบทวนเอกสารตำราที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในเชิงบวก (Health) สำหรับอธิบายสุขภาพ (Healthy) พบแนวคิดและองค์ประกอบของสุขภาพดังนี้

แนวคิดสุขภาพของประเวศ วะสี (2543) เป็นแนวคิดสุขภาพที่สอดคล้องกับนิยามสุขภาพขององค์การอนามัยโลกในบริบทของคนไทย ที่มีลักษณะเป็นอุดมการณ์ที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันการเจ็บป่วยมีองค์ประกอบ 4 มิติ คือ สุขภาวะทางกาย ทางจิต ทางสังคมและทางจิตวิญญาณ ประกอบด้วยสุขภาพใน 4 มิติ คือ

1. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางกาย หมายถึง ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง คล่องแคล่ว มีกำลัง ไม่เป็นโรค ไม่พิการ มีเศรษฐกิจหรือปัจจัยที่จำเป็นพอเพียง ไม่มีอุปัทวันตราย มีสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมสุขภาพ คำว่า ภายในที่นี้หมายถึงกายภาพด้วย

2. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิต หมายถึง จิตใจที่มีความสุข รื่นเริง คล่องแคล่ว ไม่ติดขัด มีความเมตตา สัมผัสกับความงามของสรรพสิ่ง มีสติ มีสมาธิ มีปัญญา รวมถึงการลดความเห็นแก่ตัวลงไปด้วย เพราะตราบใดที่ยังมีความเห็นแก่ตัว ก็จะมีสุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตไม่ได้

3. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางสังคม หมายถึง การอยู่ร่วมกันด้วยดี มีครอบครัวที่อบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง สังคมมีความยุติธรรม มีความเสมอภาค มีภราดรภาพ มีสันติภาพ มีความเป็นประชาสังคม มีระบบบริการที่ดี และระบบบริการเป็นกิจกรรมทางสังคม

4. สุขภาวะที่สมบูรณ์ทางจิตวิญญาณ หมายถึง สุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อทำความดี หรือจิตสัมผัสกับสิ่งที่มีคุณค่าสูงส่ง หรือสิ่งสูงสุด เช่น การเสียสละ การมีความเมตตา กรุณา การเข้าถึงพรรัตนตรัย หรือการเข้าถึงพระผู้เป็นเจ้า เป็นต้น สุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นความสุขที่ระคนอยู่กับความเห็นแก่ตัว แต่เป็นสุขภาวะที่เกิดขึ้นเมื่อมนุษย์หลุดพ้นจากความมีตัวตน (Self Transcending) จึงมีอิสรภาพ มีความผ่อนคลายอย่างยิ่ง เบาสบาย มีความปิติแผ่ซ่านทั่วไป มีความสุขอันประณีตและล้ำลึก หรือความสุขอันเป็นทิพย์ สบายตัวอย่างยิ่ง สุขภาพดีอย่างยิ่ง มีผลดีต่อสุขภาพทางกาย ทางจิต และทางสังคม

สุขภาวะตามแนวคิดของวิพุธ พูลเจริญ (2544) ได้กล่าวถึงสุขภาวะว่า เป็นกระบวนการหรือพฤติกรรมที่มุ่งสู่คุณภาพชีวิตที่มีดุลยภาพตามศักยภาพของแต่ละบุคคล องค์ประกอบย่อยของสุขภาวะในแต่ละมิติ ไว้ดังนี้

สุขภาวะทางกาย พิจารณาได้จาก ลักษณะและขนาดของร่างกาย สมรรถนะ การรับรู้จากการสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยและความผิดปกติทางกาย สมรรถนะกำลังกาย สมรรถนะการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย และสมรรถนะในการดำเนินภาระกิจการงาน

สุขภาวะทางจิต พิจารณาได้จาก ภาวะปัญญา การตอบสนองและจัดการกับอารมณ์และจิตใจ โลกทัศน์ที่มีต่อชีวิต ค่านิยม ทศนคติและความเชื่อ ความมั่นใจในตัวเองและการมองเห็นคุณค่าของตน

สุขภาวะทางสังคม พิจารณาได้จากความสามารถที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่น การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

สุขภาวะทางจิตวิญญาณ พิจารณาได้จาก ความสามารถในการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมายอันเป็นแก่นอุดมการณ์ชีวิต ความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความรักในสันติภาพ ความต้องการที่พอเพียง และรู้จักเคารพในทุกชีวิต

Donatelle and Davis (1998) ได้กล่าวว่า Dubos ซึ่งเป็นนักชีววิทยาและนักปรัชญา ได้ขยายแนวคิดสุขภาพะจากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก เป็น 6 มิติ และ Donatelle and Davis ได้เสนอองค์ประกอบย่อยในแต่ละมิติไว้ดังนี้

1. สุขภาวะทางกาย (Physical Health) ประกอบด้วย ลักษณะขนาดและรูปร่างของร่างกาย ประสาทสัมผัสทางกาย ความไวต่อการเจ็บป่วยและความผิดปกติ การทำหน้าที่ของร่างกาย สมรรถนะกำลังกาย และความสามารถฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย

2. สุขภาวะทางสังคม (Social Health) ประกอบด้วย การมีความพึงพอใจในการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล คือ การมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ความสามารถในการปรับตัวกับสถานการณ์ทางสังคม และพฤติกรรมประจำวัน

3. สุขภาวะทางจิต (Mental Health) กล่าวถึง ความสามารถในการเรียนรู้ เจริญเติบโตจากประสบการณ์ ความสามารถในการใช้สติปัญญา และความสามารถในการตัดสินใจ

4. สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional Health) กล่าวถึงองค์ประกอบเกี่ยวกับความรู้สึก คือ การควบคุมและการแสดงออกทางอารมณ์อย่างเหมาะสม ความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง ความรู้สึกมั่นใจในตนเอง ความไว้วางใจ ความรัก

5. สุขภาวะทางสิ่งแวดล้อม (Environmental Health) กล่าวถึง ความรู้สึกที่ชื่นชมต่อสิ่งแวดล้อมภายนอก และการอนุรักษ์สิ่งแวดล้อม

6. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) อาจรวมถึง ความเชื่อที่มีลักษณะพิเศษเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา สุขภาวะทางจิตวิญญาณประกอบด้วย ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกับสิ่งแวดล้อม ความรู้สึกเป็นหน่วยเดียวกันกับผู้อื่นอย่างเป็นธรรมชาติ และเป็นแนวทางของความรู้สึกมีความหมาย หรือมีคุณค่าในชีวิต อาจรวมถึง ความเข้าใจและการแสดงถึงการมีเป้าหมายในชีวิต การดำรงชีวิตด้วยการมีส่วนร่วมของประสบการณ์ชีวิตที่ประกอบด้วย ความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า ความพอใจ การดูแลและการให้เกียรติต่อสิ่งมีชีวิต

แนวคิดการดำรงชีวิตของบุคคลที่มีความปกติสุขของ จินตนา ยูนิพันธ์ (2542) ซึ่งกล่าวว่า มนุษย์มีลักษณะเป็นหน่วยเดียวที่ไม่แยกส่วน (Integrated whole) ประกอบด้วย โครงสร้างทางกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ โดยในการดำรงชีวิตนั้นมนุษย์มีความต้องการอยู่ 4 ประเภท คือ

1. ความต้องการเพื่อการอยู่รอด (Survival needs) เป็นความต้องการพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ได้แก่ อาหาร น้ำ อากาศ การขับถ่ายของเสีย การทำกิจกรรม การพักผ่อน เสื้อผ้า ที่อยู่อาศัย เป็นต้น

2. ความต้องการเพื่อการทำหน้าที่ (Role function needs) เป็นความต้องการทำหน้าที่ตามบทบาททางสังคม ประกอบด้วย บทบาทปฐมภูมิ (Primary roles) เป็นบทบาทที่ติดตัวมาแต่กำเนิด บทบาททุติยภูมิ (Secondary roles) เป็นบทบาทที่ได้มาตามระยะพัฒนาการและ บทบาทตติยภูมิ (Tertiary roles) เป็นบทบาทที่ได้มาหรือเป็นบทบาทที่ได้มาชั่วคราวเท่านั้น

3. ความต้องการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ (Psychological and spiritual needs) เป็นความต้องการที่จะแสดงออกทางอารมณ์ได้โดยไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและบุคคลอื่น โดยไม่มีความขัดแย้งในใจเกิดขึ้น

4. ความต้องการสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล (Interpersonal relationship needs) เป็นความต้องการของมนุษย์ที่จะอยู่รวมกลุ่มกับบุคคลที่เป็นที่รัก และบุคคลอื่นๆ เป็นกลุ่มตามธรรมชาติ

Hahn and Payne (1999) ได้กล่าวว่า สุขภาวะ เป็นปฏิกริยาของมิติต่างๆ ที่ไม่หยุดนิ่ง ไม่สามารถเก็บกักตุนไว้ และไม่สามารถมอบให้ใครได้ Hahn and Payne ได้กล่าวถึง สุขภาวะว่ามีส่วนประกอบทั้งหมด 6 มิติ คือ

1. มิติทางกาย (Physical Dimension) เป็นลักษณะโครงสร้างและการทำหน้าที่ของร่างกายให้สามารถบรรลุผลสำเร็จตามระยะพัฒนาการ ประกอบด้วย ระดับของความเสียดต่อการเกิดโรค น้ำหนักของร่างกาย ความสามารถในการมองเห็น ความแข็งแรง ความสามารถที่จะอยู่กับความลำบาก การพักผ่อนภายหลังการเจ็บป่วย

2. มิติทางอารมณ์ (Emotional Dimension) อารมณ์เป็นสิ่งที่สามารถบอกถึงการเจริญเติบโตและพัฒนาการของบุคคล ประกอบด้วยความสามารถในการเผชิญกับความเครียด ความยืดหยุ่น และการประนีประนอมต่อการแก้ไขความคับข้องใจ เช่น ความรู้สึกที่มีต่อครอบครัว เพื่อน จุดมุ่งหมายในชีวิต ความรู้สึกทะเยอทะยาน การเจริญเติบโตและพัฒนาการจะช่วยให้ความรู้สึกเปราะบาง ที่อาจนำไปสู่การปฏิเสธ หรือความรู้สึกล้มเหลว เป็นมิติที่มีผลให้บุคคลสามารถดำเนินต่อไปได้ด้วยความรู้สึกพึงพอใจ สนุกสนานได้

3. มิติทางสังคม (Social Dimension) เป็นความสามารถทางสังคมที่ทำให้บุคคลอยู่ในสังคมได้อย่างสง่างาม เข้มแข็ง และทำให้บุคคลมีความรู้สึกชื่นชมยินดี ความสามารถทางสังคมเกิดจากการมีปฏิสัมพันธ์และการทำกิจกรรมร่วมกับบุคคลอื่น

4. มิติทางสติปัญญา (Intellectual Dimension) เป็นกระบวนการความสามารถในการทำกิจกรรม การมีคุณค่าและความเชื่อที่ชัดเจน การตัดสินใจ ทักษะการเผชิญปัญหา การใช้ความยืดหยุ่น

5. มิติทางจิตวิญญาณ (Spiritual Dimension) เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ

และการปฏิบัติตามแนวทางของศาสนา ที่มีความสัมพันธ์กับการดำรงชีวิตของสิ่งต่างๆ บทบาทของจิตวิญญาณมีอิทธิพลโดยตรงต่อชีวิต พฤติกรรมตามธรรมชาติของมนุษย์ ความรู้สึกเต็มใจในการทำกิจกรรม และความหมายของชีวิต

6. มิติทางอาชีพ (Occupational Dimension) เป็นมิติที่สะท้อนให้เห็นถึงความพึงพอใจในอาชีพ ความรู้สึกดีต่อการประกอบอาชีพเป็นแนวคิดเชิงบวกในการดำเนินชีวิต ได้รับประโยชน์จากการทำงาน เช่น เงินเดือน การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในสังคม การสร้างงานจากความคิดริเริ่มสร้างสรรค์

Butler (2001) ได้กล่าวถึงสุขภาวะไว้ว่า สุขภาวะ เป็นกระบวนการที่ไม่หยุดนิ่ง (Dynamic process) สามารถบอกระดับของสุขภาวะในแต่ละมิติได้ สุขภาวะของ Butler มีองค์ประกอบ 5 มิติ คือ

1. สุขภาวะทางกาย (Physical health) หมายถึง การปราศจากโรคและความพิการ มีการทำหน้าที่ของร่างกายทั้งทางด้านกายภาพ สรีรวิทยาและชีวเคมีได้อย่างผสมผสานอย่างเพียงพอ รวมทั้งลักษณะของขนาดของร่างกาย รูปร่าง การรับความรู้สึก ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและความผิดปกติ และความสามารถในการฟื้นจากการเจ็บป่วย นอกจากนี้บุคคลยังสามารถประพฤติปฏิบัติให้เพิ่มระดับสุขภาวะทางกายได้โดย การออกกำลังกาย การควบคุมน้ำหนัก การรับประทานอาหารที่เพียงพอ หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่ส่งผลเสียต่อสุขภาวะทางกาย เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์

2. สุขภาวะทางอารมณ์ (Emotional health) โดยทั่วไปหมายถึง ความสามารถในการแสดงออกถึงความรู้สึกได้เหมาะสม การรับความรัก ความรู้สึกประสบความสำเร็จ เป้าหมายในชีวิต และมีความเข้มแข็งด้านจิตใจ การที่บุคคลจะมีสุขภาวะทางอารมณ์ได้ บุคคลจะต้องเข้าใจอารมณ์ของตนเอง รู้วิธีการเผชิญกับปัญหา มีความอดทนอดกลั้นต่อความเครียดในชีวิต มีความสุขสนุกสนานกับการทำกิจกรรม ทำให้เกิดความรู้สึกภาคภูมิใจในตนเอง การยอมรับตนเอง การควบคุมตนเอง และความสามารถในการร่วมแสดงความรู้สึกร่วมกับบุคคลอื่น

3. สุขภาวะทางสังคม (Social Health) เป็นความสามารถในการทำบทบาทตามความคาดหวังในฐานะสมาชิกของกลุ่มหรือสถาบัน รวมถึงการทำหน้าที่ตามบทบาทของบุตร เพื่อน นักเรียน ครู เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน ด้วยความยินดี โดยปราศจากความเสียหายต่อบุคคลอื่น เป็นการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลและสิ่งแวดล้อม รวมถึงการรักษาความใกล้ชิดสนิทสนม การอดทนอดกลั้น ความพึงพอใจ การแสดงออกถึงการให้เกียรติ ความเป็นเจ้าของสังคม และสามารถสนับสนุนช่วยเหลือให้ครอบครัวและชุมชน การทำหน้าที่ตามความคาดหวังเป็นการทำหน้าที่ด้วยความรับผิดชอบ มีผลต่อประชาชนและสอดคล้องกับความต้องการของบุคคลใน

การอยู่ร่วมกัน ได้แก่ ความรัก ความใกล้ชิดสนิทสนม ความปลอดภัย ความเป็นมิตร และความร่วมมือร่วมใจ เป็นการรวมตัวของบุคคลในสังคมเพื่อทำกิจกรรมที่เอื้อประโยชน์กับบุคคลอื่น

4. สุขภาวะทางจิตใจ (Mental Health) เป็นกระบวนการที่ประกอบด้วย ความมีเหตุผล การวิเคราะห์ การประเมินผล ความอยากรู้อยากเห็น ความซื่อสัตย์สุจริต ความตื่นตัว ความสร้างสรรค์ และความจำ รวมทั้งความสามารถในการคิดและตัดสินใจ ความพยายามต่อสู้ดิ้นรน บุคคลที่จะมีสุขภาวะทางจิตใจ เป็นบุคคลที่อยู่ในโลกแห่งความเป็นจริง ไม่ทำในสิ่งที่ต้องการแต่แตกต่างจากความต้องการของผู้อื่น มีประสบการณ์ที่มีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความสดชื่น สดใส เมื่ออยู่ด้วย สามารถอยู่ได้ด้วยตนเอง ใ้วางใจในความรู้สึกละอารมณ์ของตนเอง มีความคิดสร้างสรรค์ และมีทัศนคติที่เป็นประชาธิปไตย

5. สุขภาวะทางจิตวิญญาณ (Spiritual Health) เป็นส่วนที่ถือว่าเป็นศูนย์กลางของทุกมิติ ประกอบด้วยการมีความหมายและเป้าหมายในชีวิต ซึ่งเป็นส่วนกระตุ้นให้บุคคลประสบความสำเร็จในชีวิต จริยธรรมในการดำรงชีวิตที่ทำให้บุคคลไม่เห็นแก่ตัว และเป็นความเชื่อความศรัทธาในอำนาจและเหตุผลที่เหนือธรรมชาติ

จากแนวคิดและองค์ประกอบของสุขภาวะที่กล่าวมาทั้งหมดนั้น ใช้พื้นฐานแนวคิดโดยส่วนใหญ่จากคำนิยามขององค์การอนามัยโลก ผู้นำแนวคิดไปใช้ได้ขยายแนวคิดและองค์ประกอบที่มีความแตกต่างกันไปบ้าง แต่ยังคงไว้ซึ่งความหมายของสุขภาวะ ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้สุขภาวะตามแนวคิดของวิพุธ พูลเจริญ (2544) เป็นหลักร่วมกับแนวคิดของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) สำหรับใช้ทำการศึกษาสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

### 3.3 การประเมินสุขภาวะ

จากการศึกษาเกี่ยวกับการประเมินแนวคิดเกี่ยวกับสุขภาวะ พบวิธีการประเมิน 2 วิธี คือการประเมินโดยตรง เป็นการประเมินที่วัดจากผู้ป่วยโดยตรง เช่น การวัดความดันโลหิต การวัดระดับน้ำตาลในเลือด เป็นต้น และการประเมินทางอ้อม เป็นการประเมินที่ผ่านทางการรับรู้ของผู้ป่วย เช่น ความคิด ความรู้สึกของผู้ป่วย (ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537) ในการศึกษาในครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกการประเมินสุขภาวะโดยอ้อม คือวัดสุขภาวะโดยผ่านการรับรู้ของผู้ป่วย จากการศึกษาการประเมินโดยวิธีวัดแบบผ่านทางการรับรู้ของผู้ป่วย มีดังนี้

Reynolds (1988) ได้สรุปการวัดสุขภาพในงานวิจัยทางการแพทย์ ใน ช่วง 10 ปีก่อนปี 1988 พบงานที่ใช้แนวคิดด้านสุขภาพ 20 เรื่อง ที่ใช้วิธีการวิจัยเชิงปริมาณ ส่วนใหญ่เป็นการวัดสุขภาพทางกาย มีการวัดสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจจำนวน 9 ชื่อเรื่อง โดยการวัดสุขภาพกาย ประกอบด้วยการประเมินสถานะทางสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ส่วนด้านจิตใจ เป็นการวัด ความเครียด สุขภาพจิต

Laffrey (1986) ได้พัฒนาเครื่องมือสำหรับวัดการรับรู้ความหมายของสุขภาพ โดยใช้ชื่อว่า Laffrey Health Conception Scale เป็นเครื่องมือที่ใช้วัด 4 มิติของแนวคิดด้านสุขภาพที่ประกอบด้วยด้านคลินิก การทำกิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ การปรับตัว และความสุข

Wood (1988) ได้ศึกษาจินตนาการของผู้หญิงเกี่ยวกับความหมายสุขภาพ (Being Healthy) เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่าความหมายสอดคล้องกับของ Smitt's and Laffrey's Four conception และพบเพิ่มเติมว่า ในมิติของของความสุข (eudaemonistic) นั้นประกอบด้วยมิตีย่อยอีกหลายมิติ

จากการศึกษาสรุปได้ว่า การศึกษาสุขภาพยังมีการศึกษาแบบแยกส่วน ผู้วิจัยเลือกศึกษาเฉพาะกรณีที่น่าสนใจ เช่น ความเครียด สถานะทางด้านสุขภาพ ความสุข ยังไม่พบการศึกษาเชิงปริมาณที่ศึกษาสุขภาพที่เป็นองค์รวม ดังนั้นในการศึกษาดังนี้ผู้วิจัยจึงใช้แนวคิดในการประเมินสุขภาพของวิพุธ พูลเจริญ (2544) และจินตนา ยูนิพันธ์ (2542) เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

แนวคิดการประเมินสุขภาพของ วิพุธ พูลเจริญ (2544: 8 - 9) มีองค์ประกอบ 4 มิติ และในแต่ละมิติจะมีองค์ประกอบย่อยสำหรับใช้เป็นแนวทางในการประเมินสุขภาพในแต่ละมิติ แต่เนื่องจากวิพุธ พูลเจริญ (2544) ไม่ได้เขียนรายละเอียดไว้ ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาเพิ่มเติมจากรายการที่อ้างอิง และเอกสารที่เกี่ยวข้อง สามารถอธิบาย องค์ประกอบย่อย ได้ดังนี้

### 3.3.1 สุขภาวะทางกาย

1. ลักษณะและขนาดของร่างกาย Donatelle and Davis (1998: 5) กล่าวว่า เป็นขนาดของร่างกายและรูปร่างของร่างกาย ส่วนความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายสามารถสังเกตได้จาก การมีรูปร่างทรวดทรงดี ร่างกายไม่มีความผิดปกติหรือพิการ นอกจากการสังเกตแล้วยังสามารถวัดความสมบูรณ์แข็งแรงของร่างกายได้โดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง โดยการวัดนั้นต้องคำนึงถึงลักษณะโครงสร้างของร่างกาย หรือใช้วิธีการวัดดัชนีมวลกาย การสังเกตและการวัดเหล่านี้สามารถบอกถึงภาวะอ้วน ผอมหรืออยู่ในเกณฑ์ปกติ (Alters & Schiff, 1998: 221 - 222; กรกานต์ ป้อมบุญมี, 2538: 39) การมีรูปร่างสมส่วนแข็งแรงทำให้บุคคลสามารถทำกิจกรรมได้อย่างคล่องแคล่วว่องไว รวมทั้งการทำงาน ทั้งยังสามารถป้องกันโรคที่เกิดจากความอ้วนอีกด้วย

2. สมรรถนะการรับรู้การสัมผัสทางกาย Donatelle and Davis (1998: 5) กล่าวว่า เป็นความไวของรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย เนื่องจากวิพุธ พูลเจริญ (2544) และ Donatelle and Davis (1998) ไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนจากการทำหน้าที่ของระบบประสาทสัมผัสทางกาย พบว่าการรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย เป็นการรับรู้ความรู้สึกต่างๆ โดยผ่านทางอวัยวะที่ทำหน้าที่รับความรู้สึกที่ประกอบด้วย ตา หู จมูก ลิ้น และกาย การรับรู้ประสาทสัมผัสทางกาย



ประกอบด้วย การมองเห็น การได้ยิน การได้กลิ่น การรับรส และการรับรู้การสัมผัสทางผิวหนัง การรับรู้เหล่านี้จะช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินกิจกรรม การดำเนินชีวิตได้ด้วยความปลอดภัย การผ่อนคลาย การรับรู้ความรู้สึก ความอบอุ่นได้ (กนกวรรณ ติลกสกุลชัย, 2537; สมบูรณ์ นิมกักรัตน์, 2537)

3. การเจ็บป่วยและความผิดปกติของร่างกาย Donatelle and Davis (1998: 5) ได้อธิบายว่า เป็นความไวต่อการป่วยเป็นโรคและความผิดปกติ เนื่องจากวิพุก พูลเจริญ (2544) และ Donatelle and Davis (1998) ไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนการเจ็บป่วยทางกายของผู้ป่วยจิตเวช พบว่าการเจ็บป่วยทางกาย ทำให้บุคคลมีข้อจำกัดในการทำกิจกรรมได้น้อยลงกว่าบุคคลที่ไม่มีความเจ็บป่วยทางกาย (Lieberman & Coburn cited in Holmberge & Kane, 1995; Pender, 2002: 171) ส่งผลให้บุคคลที่มีการเจ็บป่วยทางกายสามารถปฏิบัติกิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพได้อย่างจำกัด บุคคลที่ไม่มีการเจ็บป่วยทางกายสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ตามความต้องการ

4. สมรรถนะกำลังกาย กรกานต์ ป้อมบุญมี (2538: 38) ได้อธิบายถึงสมรรถภาพทางกาย หรือสมรรถนะกำลังกายไว้ว่า เป็นสิ่งที่แสดงถึงความพร้อมสมบูรณ์ของร่างกายที่สามารถปฏิบัติภารกิจในกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้อย่างมีประสิทธิภาพได้เป็นเวลานานโดยไม่แสดงอาการเหน็ดเหนื่อย สามารถฟื้นตัวกลับสู่สภาพปกติในเวลาอันรวดเร็ว Alters and Schiff (1998: 242) กล่าวว่าพื้นฐานของการมีสมรรถนะกำลังกาย คือ การเคลื่อนไหวของร่างกายเป็นการทำงานอย่างประสานกันของกล้ามเนื้อ เอ็น ข้อ และกิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย ซึ่ง Minor (1997: 259) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบของสมรรถนะกำลังกาย (Physical fitness) มี 5 องค์ประกอบ คือ มีการทำหน้าที่ของระบบหัวใจ หลอดเลือดและปอด ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความทนของกล้ามเนื้อ ความยืดหยุ่นของร่างกาย

5. สมรรถนะในการดำเนินภารกิจงาน Donatelle and Davis (1998: 5) กล่าวว่า เป็นความสามารถในการทำหน้าที่ของร่างกาย ส่วนความหมายของสุขภาพตามความสามารถในการทำงาน สุขภาพดี หมายถึง ความสามารถทำงานได้และไม่มีโรค การเจ็บป่วยเล็กๆ น้อยๆ ที่ไม่มีผลกระทบต่อการทำงานถือว่ายังมีสุขภาพดี (ชนิษฐา นาคะ, 2542)

6. สมรรถนะการฟื้นตัวจากความเจ็บป่วย Donatelle and Davis (1998: 5) กล่าวว่า เป็นความสามารถในการฟื้นตัวจากการเจ็บป่วย

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า สุขภาวะทางกาย สามารถประเมินได้จาก ความคิด ความรู้สึก และการทำกิจกรรมของบุคคล ที่มีต่อร่างกายของตนเองเกี่ยวกับขนาดของร่างกาย รูปร่างที่สมส่วน ไม่อ้วนหรือผอมจนเกินไป ความสามารถในการทำหน้าที่ของระบบประสาททางกาย การไม่มีอาการเจ็บป่วยหรือความผิดปกติทางกาย ความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวัน ช่วยให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตประจำวันได้อย่างสะดวกและมีความปลอดภัย

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาสมรรถนะการรับรู้การสัมผัสทางกาย การเจ็บป่วยทางกาย และความสามารถในการทำกิจกรรมในการดำเนินชีวิต เพื่อใช้อธิบายสภาวะทางกายของผู้ป่วยจิตเวช

### 3.3.2 สุขภาวะทางจิต

1. เซาว์บีนูญา Donatelle and Davis (1998: 5) กล่าวว่า เป็นความสามารถในการเรียนรู้ มีการเจริญเติบโตจากประสบการณ์ การนำความสามารถสติปัญญาไปใช้ประโยชน์ในการเรียนรู้ ดังนั้นเซาว์บีนูญาในสภาวะทางจิตจึงหมายถึงการเรียนรู้เพื่อการดูแลตนเอง ผู้วิจัยสรุปได้ว่าการเรียนรู้เป็นกระบวนการที่ต้องใช้ปัญญาและการฝึกฝน สำหรับวิธีการเรียนรู้ของบุคคลนั้นประกอบด้วย การอ่านตำรา เอกสารต่างๆ การสอบถามจากผู้ที่มีความรู้ การชมโทรทัศน์ ฟังวิทยุ และการนำความรู้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง

2. การตอบสนองและการจัดการกับอารมณ์และจิตใจ Donatelle and Davis (1998: 34,77) ได้กล่าวถึงบุคคลที่มีสภาวะทางจิตว่า เป็นบุคคลที่มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง คือ ไม่รู้สึกกลัว กลัว โกรธ หึงหวง หรือวิตกกังวลมากเกินไป สามารถควบคุมความเครียดและความวิตกกังวลได้ โดยมีความรู้ความเข้าใจในสาเหตุ อากาของ ความเครียด และวิตกกังวลในชีวิต มีความพยายามต่อสู้กับอุปสรรค เพื่อหลีกเลี่ยงต่อการแสดงความคิด ความรู้สึกที่ไม่สมเหตุสมผล เช่น การก้าวร้าว ความไม่เป็นมิตร การกล่าวโทษผู้อื่น ยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ ซินชมและเก็บรักษาสิ่งที่ทำให้มีความสุข

3. ทศนคติและความเชื่อ เนื่องจากวิฑู พูลเจริญ (2544) ไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความเชื่อเป็นความรู้สึกมั่นใจว่าบางสิ่งบางอย่างมีอยู่จริงหรือเป็นสิ่งดี (Cobuild, 1988: 118) ส่วน Donatelle and Davis (1998: 20 - 21) ได้กล่าวถึงความเชื่อและทัศนคติเกี่ยวกับการประเมินคุณค่าของการทำกิจกรรมทางสุขภาพไว้ว่าเป็นการให้เหตุผลที่เป็นจริงในการทำกิจกรรม หรือไม่ทำกิจกรรม สำหรับความเชื่อนั้นเป็นการประเมินวัตถุประสงค์ กิจกรรม หรือความคิด ความเชื่อสามารถพัฒนาได้จากประสบการณ์ตรง ส่วนทัศนคตินั้น เป็นชุดของความสัมพันธ์ที่คงที่ระหว่างความเชื่อ ความรู้สึก และแนวโน้มของพฤติกรรมกับความสัมพันธ์กับสิ่งใดๆ

4. ความมั่นใจในตนเอง เนื่องจากวิฑู พูลเจริญ (2544) และ Donatelle and Davis (1998) ไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่า ความมั่นใจในตนเองเป็นความรู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง มีความกล้าคิด กล้าทำ รู้ข้อจำกัดของตนเอง เป็นพื้นฐานที่สำคัญของการใช้สติปัญญา (วิจารณ์ พานิช, 2545 : 7 - 8)

5. การเห็นคุณค่าในตนเอง ธีววรรณ ยศวัฒน์ (2535) ให้ความหมายว่าเป็นความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลประเมินตนเองว่า มีความหมาย มีความสามารถ และประสบความสำเร็จในการทำสิ่งหนึ่งสิ่งใด Donatelle and Davis (1998: 44) ได้กล่าวถึงการเห็นคุณค่าในตนเอง (Self - Esteem)

ว่าเป็นความรู้สึกเคารพตนเองหรือความมั่นใจในตนเอง โดยสามารถอธิบายได้ว่า เป็นความรู้สึกชอบตนเอง รู้สึกตนเองมีคุณค่า บุคคลที่มีการเห็นคุณค่าในตนเองสูง จะเป็นบุคคลที่มีความรู้สึกต่อตนเองดี มองชีวิตในเชิงบวก การเห็นคุณค่าในตนเองเป็นผลที่เกิดจากสัมพันธภาพของบุคคลกับบิดา มารดาและครอบครัว กับเพื่อน ครู ผู้ร่วมงาน และบุคคลอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของบุคคลนั้นๆ ความรักและการสนับสนุนจากครอบครัวจะเป็นแหล่งช่วยเหลือให้บุคคลประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหา และประสบความสำเร็จในการดำรงชีวิต การเห็นคุณค่าในตนเองเกิดขึ้นได้ด้วยการมองและคิดถึงตนเองในเชิงบวก เช่น การไม่เก็บความรู้สึกไม่ดีไว้คนเดียว ไม่เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น คิดในสิ่งที่ดีกับตนเอง

จากการศึกษาสรุปได้ว่า สุขภาวะทางจิต เป็นความคิด ความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อความสามารถในการเรียนรู้และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ มีการตอบสนองและจัดการกับอารมณ์ได้อย่างเหมาะสม มีความเชื่อมั่นในการทำความดีและการเห็นคุณค่าในตนเอง

ในการศึกษานี้ผู้วิจัยเลือกศึกษาการแสวงหาความรู้และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ การสนองตอบและการจัดการกับอารมณ์ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเพื่อใช้อธิบายสุขภาวะทางจิตของผู้ป่วยจิตเวช

### 3.3.3 สุขภาวะทางสังคม

1. การปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น Donatelle and Davis (1998: 37) เป็นปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างบุคคล ในขณะที่เดียวกันก็จะมีการปรับตัวกับสถานการณ์ทางสังคมร่วมด้วย สุขภาวะทางสังคมในระดับบุคคล มีลักษณะของการปฏิสัมพันธ์ที่กว้าง เช่น กับครอบครัว เพื่อน มีความสุขภาพความเป็นส่วนตัว มีโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ บุคคลจะต้องมีความสามารถในการรับฟังผู้อื่น มีการแสดงออก มีเอกลักษณ์ที่เป็นตัวของตัวเอง มีรูปแบบของสัมพันธภาพของบุคคลที่มีสุขภาวะทางสังคม

2. การปรับตัวให้เข้ากับสถานะทางสังคม Donatelle and Davis (1998: 37) กล่าวว่า เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น บุคคลจะต้องมีการปรับตัวตามสถานการณ์ทางสังคม โดยบุคคลที่มีสุขภาวะทางสังคมจะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในสังคมด้วยดี มีการทำกิจกรรมด้วยความรับผิดชอบ เป็นที่ยอมรับของสังคมของตน

3. พฤติกรรมประจำวัน หมายถึงการดำเนินกิจกรรมที่เป็นประจำวันของบุคคล Katz (1957 อ้างใน ประภาเพ็ญ สุวรรณ, 2537: 21) กล่าวว่า ประกอบด้วย การอาบน้ำ การแต่งกาย การใช้ห้องน้ำ การเดินหรือการเคลื่อนไหวไปในที่ต่างๆ ในบ้าน การไปซื้อของ การประกอบอาหาร การรับประทานอาหาร การบริหารการเงิน

Donatelle and Davis (1998: 37) ยังได้กล่าวถึงความสำคัญของการดำรงชีวิตในสังคมว่า ได้มีการศึกษาและบันทึกไว้เป็นหลักฐานว่า ความสำคัญของการดำเนินชีวิตในสังคมอย่างประสบความสำเร็จและคงไว้ซึ่งสุขภาวะทางสังคมนั้นมีปัจจัย 2 ประการ คือ

การเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีความผูกพัน หรือการมีเครือข่ายทางสังคม เป็นการสะท้อนให้เห็นถึงระดับของสัมพันธภาพและปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลตามธรรมชาติ บุคคลที่มีความผูกพันทางสังคมโดยทั่วไปจะมีหน้าที่ 6 ประการ คือ 1) มีความใกล้ชิดสนิทสนม 2) มีความรู้สึกเป็นเจ้าของ หรือมีความรู้สึกเสมอภาค เป็นอันหนึ่งอันเดียวกับกลุ่ม 3) มีการให้และรับความรัก ความอบอุ่น 4) มีการยอมรับความมีคุณค่าของบุคคล 5) มีการให้แนวทางความช่วยเหลือ 6) มีการให้คำแนะนำปรึกษา

การแสดงถึงการสนับสนุนทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม เป็นสัมพันธภาพเชิงบวก ที่เป็นประโยชน์ในระดับบุคคล การสนับสนุนทางสังคมสามารถแสดงให้เห็นได้ เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ การให้การสนับสนุนช่วยเหลือ ให้กำลังใจหรือการให้ความช่วยเหลือในรูปแบบของการให้เงินช่วยเหลือ การให้ที่อยู่อาศัย เป็นต้น ครอบครัวสามารถให้การสนับสนุนทั้งทางด้านโครงสร้างและการแสดงออกทางอารมณ์ บุคคลที่มีสุขภาพทางสังคมจะสามารถเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับการสนับสนุนทางสังคม

จากการศึกษาสามารถสรุปได้ว่า สุขภาวะทางสังคม คือการที่บุคคลมีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมได้เป็นปกติ มีปฏิสัมพันธ์ มีสัมพันธภาพกับบุคคลต่างๆ สามารถประเมินได้จาก ความคิด ความรู้สึกและการทำกิจกรรมที่แสดงถึงการเป็นส่วนหนึ่งของสังคมและการมีแหล่งสนับสนุนทางสังคม

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อใช้อธิบายสุขภาพทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช

**3.3.4 สุขภาวะทางจิตวิญญาณ** Donatelle and Davis (1998: 37) กล่าวว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ เป็นความเชื่อที่มีพลังที่ให้เป้าหมาย หรือความหมายในชีวิต หรือความรู้สึกเป็นเจ้าของแบบแผนการดำรงชีวิตมากกว่าความเป็นบุคคลเท่านั้น บุคคลบางคนอาจมีความรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ หรือเป็นความรู้สึกที่เชื่อมโยงต่อบุคคลอื่น เป็นคู่ครองและจะมีชีวิตอยู่ร่วมกันชั่ววันรันดร์

นอกจากนั้น Donatelle and Davis (1998) ยังได้กล่าวถึงความหมายของสุขภาพทางจิตวิญญาณว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณเป็นการดำรงชีวิตอย่างมีคุณภาพ ด้วยความรู้สึกสงบ ความรู้สึกมีพลัง มีความสามารถในการควบคุมตนเองให้มีความเข้มแข็ง มีความรู้สึกมีคุณค่าและรู้สึกว่าสามารถควบคุมการตอบสนองของผู้อื่น มีความรู้สึกได้ในส่วนลึกที่สุดของตนเอง ผู้อื่น และทั้งหมดที่เห็นว่าดี มีความรู้สึกมีความหมายและมีเป้าหมายในชีวิต มีความรู้สึกเป็นพันธะการค้นหาความหมาย และความเป็นอิสระในปัจจุบัน ความยุ่งยากลำบาก ความสนุกสนานเป็นกระบวนการในการมองเห็นถึงอนาคต นอกจากนั้นยังหมายถึงความหวัง ซึ่งเป็นการคาดหวังในเชิงบวก

1. การแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมาย เนื่องจากวิฑูร พูลเจริญ (2544) และ Donatelle and Davis (1998) ไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าการแสดงออกซึ่งจุดมุ่งหมาย หรือการมีเป้าหมายในชีวิต (Purpose in life) เป็นคำที่มีความหมายสอดคล้องกับความหมายในชีวิต (Meaning in life) (Pilch, 1988 cited in Butler, 2001: 8) หมายถึงการแสวงหาจุดมุ่งหมาย และความหมายในชีวิตของบุคคล (Yaloom, 1980: 423) เป็นการรับรู้ว่าคุณค่าของตัวเองต้องการทำอะไร เพื่ออะไร อะไรคือสิ่งที่เหมาะสมกับตนในปัจจุบัน การมีเป้าหมายของชีวิต ทำให้บุคคลรู้สึกว่าชีวิตมีความหมาย ไม่รู้สึกแคว้งคว้างเลือนลอย มีกำลังใจในการดำรงชีวิตอยู่ มองเห็นถึงความหมายของชีวิต (McClyment et al., 1982 cited in Ross, 1995) เป็นความสามารถในการคิดและแสวงหาคูณค่าของชีวิตของแต่ละบุคคล มีการแสดงออกถึงความหวังและการยอมรับกับความคลุมเครือ และความไม่แน่นอนในชีวิตว่าเป็นเรื่องธรรมชาติ เป็นสัจธรรมของชีวิต (Burkhardt, 1989) เป้าหมายในชีวิตจึงเป็นตัวกระตุ้นให้บุคคลทำกิจกรรมที่มีความกระตือรือร้นที่จะทำกิจกรรมตามความต้องการ (Frankl, 1959 cited in Lyon and Yonger, 2001)

2. ความรู้สึกสำนึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของธรรมชาติ มีประสบการณ์ในความรัก ความสนุกสนาน ความเจ็บปวด ความเศร้า มีความรักในสันติภาพ Donatelle and Davis (1998: 36) กล่าวว่า ประสบการณ์เหล่านี้เป็นประสบการณ์ทางอารมณ์ (Emotions) อารมณ์เป็นความรู้สึกที่มีความซับซ้อน เกิดขึ้นได้ทุกขณะ ประสบการณ์ทางอารมณ์ของบุคคลมีความเชื่อมโยงกับเวลา เหตุผลที่เป็นอยู่ เป็นความรับผิดชอบของแต่ละบุคคลที่จะประเมิน และสนองตอบโดยการแสดงออกได้อย่างเหมาะสม บุคคลที่มีสุขภาพดีจะเป็นบุคคลที่สามารถสนองตอบต่อสถานการณ์ที่ทำให้รู้สึกว่าอุ่นใจได้อย่างเหมาะสม คงที่และสม่ำเสมอ

3. ความต้องการที่พอเพียง เนื่องจากวิฑูร พูลเจริญ (2544) และ Donatelle and Davis (1998) ไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง พบว่าเป็นความรู้สึกที่เกิดจากความพึงพอใจในชีวิต (Life satisfaction) เป็นความรู้สึกที่ออกมาจากส่วนลึกของจิตใจ มีพื้นฐานมาจากประสบการณ์ส่วนบุคคล (Highfield & Carson, 1983) มีการดำเนินชีวิตโดยยึดถือค่านิยมของตน ยอมรับเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นได้อย่างเข้มแข็งและมีสันติสุขในใจ บุคคลสามารถดำเนินชีวิตอย่างรู้สึกพอใจและมีความสุขกับสิ่งที่มีอยู่ พอใจกับประสบการณ์ที่มีคุณค่าในอดีตของตน มีความภาคภูมิใจในตนเอง มองเห็นคุณค่าของชีวิต พึงพอใจในการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อบุคคลรอบข้าง มองสิ่งแวดล้อมรอบตัว และช่วงเวลาที่มีการหมุนเปลี่ยนไปเป็นสิ่งที่มีความค่าสวยงาม และมีความหมาย มองโลกในแง่ดี และพึงพอใจในชีวิตที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน (Ellision, 1983) JAREL (Hungelmann, Kenkel-Rossi, Klassen, Stollenwerk อังโน ลักษณะ แพทย์พันธ์, 2542: 65) กล่าวว่า ความพึงพอใจในชีวิต (life satisfaction / self actualization) ประกอบด้วย

ความพึงพอใจในชีวิตของตนเอง การตั้งเป้าหมายของชีวิต การยอมรับต่อสถานการณ์ในชีวิต สัมพันธภาพในด้านความรักที่มีต่อบุคคลอื่น และการเห็นคุณค่าในตนเอง

4. ให้ความเคารพต่อชีวิตทุกชีวิต เนื่องจากวิพุธ พูลเจริญ (2544) และ Donatelle and Davis (1998) ไม่ได้กล่าวรายละเอียดไว้ จากการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องพบว่า ประเวศ วะสี (2541: 18 - ) กล่าวว่าคุณค่าและจิตสำนึกของความเป็นมนุษย์อยู่ที่การเห็นคุณค่าของความเป็นมนุษย์และความรักที่มีต่อเพื่อนมนุษย์ทุกคนโดยไม่เลือกชั้นวรรณะ เป็นความรักอันไพศาล คำนึงถึงสิทธิ์ที่จะดำรงคุณค่าของความเป็นมนุษย์ มีสิทธิ์ที่จะมีสุขภาพดี คุณค่าของการส่งเสริมสุขภาพคือการมีศีลธรรมเป็นพื้นฐาน อันได้แก่การคำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่าแห่งความเป็นมนุษย์ทุกคน การสร้างคุณค่าและจิตสำนึกที่ดี จะทำให้บุคคลประสบความสำเร็จ สุขภาพดี และความภูมิใจ

จากการศึกษาสรุปได้ว่า สุขภาวะทางจิตวิญญาณ ประเมินได้จากความมีเป้าหมายในชีวิตของบุคคล ความรู้สึกที่ตนเองเป็นส่วนหนึ่งที่มีประสบการณ์ตามธรรมชาติ ความรู้สึกพึงพอใจในชีวิต และการให้เกียรติ เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์

ในการศึกษานี้ ผู้วิจัยเลือกศึกษาการมีเป้าหมายในชีวิต ความพึงพอใจในชีวิต และการเคารพชีวิตทุกชีวิต เพื่อใช้อธิบายสุขภาวะทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยจิตเวช

#### 4. สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน

##### 4.1 สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนทั่วไป

ผู้ป่วยจิตเวชปัจจุบันอาศัยอยู่ในชุมชนกว่าร้อยละ 80 (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2542; พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542) ส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพยาบาลจนอาการทุเลา มีระดับของความสามารถในการดูแลตนเองได้บ้าง จนถึงระดับสามารถดูแลตนเองได้ดีและสามารถดูแลผู้อื่นได้ด้วย (พิทักษ์พล บุญยมาลิก และสุนีย์ เอกวัฒน์พันธ์, 2542) โดยบางส่วนสามารถเดินทางไปไหนได้โดยอิสระด้วยตนเอง พร้อมทั้งยังสามารถบอกทิศทางแก่ผู้อื่นได้ (ขนาน หัสศิริ และคณะ, 2537) ซึ่งเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีความสามารถในการอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมอยู่ในเกณฑ์ดีมาก จากการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนโดยทั่วไปมีความสามารถในการดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนได้ และผู้วิจัยได้สรุปเพื่ออธิบายการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชตามแนวคิดของสุขภาวะได้ดังนี้

**สุขภาวะทางร่างกาย** ผู้ป่วยโรคจิตเวชส่วนใหญ่สามารถทำกิจกรรมประจำวันได้ เช่น การทำงานในบ้าน การจัดเตรียมและรับประทานอาหารด้วยตนเอง ดูแลความสะอาดร่างกาย แต่งกายได้เองสะอาดเรียบร้อย ช่วยขายของหรือทำงานประดิษฐ์จำหน่าย เดินทางด้วยตนเองได้

หลีกเลี่ยงจากภาวะเสี่ยงจากการเจ็บป่วย เช่น ผู้เฒ่าอ่อง บุคคลที่ป่วยเป็นหวัด มีความรับผิดชอบต่อการดูแลสุขภาพของตนเองโดยการรับประทานยาได้อย่างต่อเนื่อง ถูกต้อง ไม่ขาดยา (สุวิมล สมัตตะ, 2541; พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542 ; ไพรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542)

**สุขภาพทางจิตใจ** ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ยังมีความสามารถในการควบคุมตนเองน้อย เช่น การควบคุมอารมณ์โกรธ กลัว ตื่นตระหนก และควบคุมพฤติกรรมของตนเองได้น้อย มีปัญหาการปรับตัว ยังมีอาการหวาดระแวงกลัวผู้อื่นมาทำร้าย ความภาคภูมิใจในตนเองน้อย เนื่องจากยังขาดความเชื่อมั่นในตนเอง รู้สึกสะเทือนใจ อับอายและมีปมด้อย (ลัดดาวัลย์ เกิดสว่าง และวิลาวรรณ เทพโสธร, 2538; ไพรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542; ไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ, 2544)

**สุขภาพทางสังคม** ผู้ป่วยสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลอื่นเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ผู้ป่วยบางส่วนยังมีการแยกตัว เพื่อนน้อย ระบายกับผู้อื่น วุ่นวาย ทำลายข้าวของ ญาติผู้ป่วยบางรายไม่ยอมรับผู้ป่วย โดยแสดงพฤติกรรมการติดตาม กักบริเวณให้ผู้ป่วยอยู่และอยากให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาล ผู้ป่วยบางส่วนมีทำกิจกรรมทางสังคมได้น้อย เนื่องจากทัศนคติของญาติที่มีความรู้สึกต่อผู้ป่วยในเชิงลบ ซึ่งจากการศึกษาของ ไพลิน โพธิ์สุวรรณ และคณะ (2544) พบว่าญาติบางคนมองผู้ป่วยในแง่ลบ โกรธ เบื่อหน่ายผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายทำร้ายญาติ ใช้สารเสพติด และมีฐานะยากจน ญาติเชื่อว่าผู้ป่วยโรคจิตไม่สามารถรักษาให้หายขาด จึงล้ามซึ่งผู้ป่วยเพื่อแก้ปัญหาต่างๆ แต่ในบางชุมชนนั้นคนในชุมชนมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย โดยเห็นว่าผู้ป่วยยังมีความสามารถในการดูแลตนเอง สามารถทำงานได้ มีความรู้สึกสงสาร เห็นใจ เวทนา เนื่องจากส่วนใหญ่จะมีความเกี่ยวพันเป็นพี่น้อง เป็นเพื่อน โดยใช้ชีวิตร่วมกันในชุมชน และยอมรับผู้ป่วยเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน (เสาวนีย์ เข้มพุดชา และ ชิตชนก โอบาสวัสดิ์วัฒนา, 2544) แต่บางคนเพื่อนร่วมงานไม่ยอมรับ ไม่เชื่อว่าผู้ป่วยจะทำประโยชน์อะไรได้ การแสดงท่าทีรังเกียจ และถูกแยกออกจากสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไร้คุณค่า และสูญเสียความภาคภูมิใจต่อตนเอง (สุวิมล สมัตตะ, 2541 ; พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542 ; ไพรยทิพย์ กสิพันธ์ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542)

**สุขภาพจิตวิญญาณ** จากการศึกษาผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนที่เกี่ยวข้องกับจิตวิญญาณ นั้นพบว่า ยังมีการศึกษาอยู่น้อยมาก ยุพา วิสุทธิโกศล และสวิน สุวรรณเลิศ (2520 อ่างโน สุภาพร อาจเดช, 2544) กล่าวว่าคนไทยมักเชื่อว่าโรคจิต โรคประสาทนั้นมีสาเหตุผิดธรรมชาติ หรือสิ่งเหนือธรรมชาติ สอดคล้องกับแนวความเชื่อของบุคคลในชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีความเชื่อว่าผู้ป่วยจิตเวชเป็นผีปอบที่สามารถทำอันตรายต่อชีวิตของบุคคลอื่น การมีความเชื่อดังกล่าวนี้นำส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชถูกรังเกียจ ไม่ได้รับการยอมรับจากบุคคลอื่น ทำให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มีความหวัง มีชีวิตที่ทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วยและการถูกรังเกียจจากสังคม ผู้ป่วยบางส่วนได้รับการเคารพยกย่องนับถือจากญาติ บุคคลในครอบครัวลดลง หรือไม่มีเลย ทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกท้อแท้ ลึนหวัง ไร้ค่า

(สุวิมล สมัตถะ, 2541; พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ และคณะ, 2542 ; ไพรยทิพย์ กสิพันธ์ และ อรพรรณ ลือบุญธวัชชัย, 2542) อย่างไรก็ตามปัจจุบันบุคลากรทางด้านจิตเวชได้มีการปฏิบัติงานในชุมชนมากขึ้น ส่งผลให้แนวโน้มความเชื่อเรื่องผีปอบลดน้อยลง ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนบางส่วนมีความรู้สึกพึงพอใจในชีวิตในชุมชนมากกว่าอยู่ในโรงพยาบาล (ไพลิน โพธิ์สุวรรณ, 2544)

#### 4.2 สุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนสามจังหวัดชายแดนภาคใต้

ภาคใต้เป็นดินแดนที่เป็นศูนย์รวมของหลายชนชาติ หลายภาษาและหลากหลายวัฒนธรรมตั้งแต่สมัยประวัติศาสตร์ ประชากรที่อาศัยอยู่ประกอบด้วยกลุ่มประชากรที่มีบรรพบุรุษที่มีเชื้อสายอินเดีย จีน พราหมณ์ ฮินดู มาลายู และอื่นๆ ส่งผลให้ดินแดนแถบนี้มีลักษณะของวัฒนธรรมที่หลากหลายตามความเชื่อของกลุ่มประชากร

สามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นกลุ่มจังหวัดที่อยู่ทางตอนใต้สุดของประเทศไทย มีชายแดนติดต่อกับประเทศสหพันธรัฐมาเลเซีย ประกอบด้วยจังหวัดยะลา ปัตตานีและนราธิวาส มีขนาดพื้นที่รวม 11,480 ตารางกิโลเมตร ลักษณะพื้นที่ตอนกลางเป็นภูเขาที่ทอดเป็นแนวยาวที่สลับซับซ้อนมีแนวจากทิศเหนือ-ใต้ จังหวัดปัตตานีและนราธิวาสมีพื้นที่ติดชายฝั่งทะเล ลักษณะภูมิอากาศเป็นแบบร้อนชื้น มี 2 ฤดู คือฤดูร้อนกับฤดูฝนที่มีฝนชุกตลอดช่วงยาวนาน 6 เดือนในรอบหนึ่งปี (วรทัศน์ วานิชอังกูร, 2534: 43) มีจำนวนประชากรรวม 1,689,852 คน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม (ร้อยละ 80) ประชากรที่เหลือนับถือศาสนาพุทธ คริสต์ ฮินดู และอื่นๆ การประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 70 – 80) ได้แก่การทำสวนยาง สวนผลไม้ พืชผักต่างๆ และประมง นอกจากอาชีพเกษตรกรรมแล้วยังมีอาชีพค้าขาย และอาชีพอื่นๆ อีกเล็กน้อย (สถิติสำคัญ 75 จังหวัด, 2542 อ้างถึงใน นันทวัน ภูสว่าง, 2543)

วิถีชีวิตของประชากรในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ ประชากรส่วนใหญ่จะอยู่รวมกันเป็นกลุ่มก้อน มีอัตราการกระจุกตัวเป็นหมู่บ้าน นิยมปฏิบัติกิจกรรมโดยเฉพาะกิจกรรมทางศาสนา ร่วมกัน มีความสนิทสนมกันฉันท์เครือญาติ เห็นอกเห็นใจกัน มีลักษณะของการช่วยเหลือเอื้อเพื่อเอื้อเผื่อซึ่งกันและกัน (นันทวรรณ ภูสว่าง, 2543) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะมีการเยี่ยมและให้ความช่วยเหลือตามกำลังความสามารถ (สาวตรี ลิมชัยอรุณเรือง และมาลี สบายยิ่ง, 2545) กิจกรรมโดยรวมที่ไม่เกี่ยวข้องกับศาสนา ประชากรที่อยู่ในชุมชนจะมีการทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น กิจกรรมพัฒนาชุมชน โรงเรียน การช่วยเหลือสาธารณประโยชน์ งานบุญต่างๆ (ขึ้นบ้านใหม่ งานแต่งงาน การหารายได้ช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยาก) ในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องทางศาสนา ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมเฉพาะในกลุ่มที่ปฏิบัติศาสนาเดียวกัน เช่นผู้นับถือศาสนาอิสลามจะมีการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่บ้านและมัสยิด ผู้นับถือศาสนาพุทธ จะปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาที่วัด และผู้นับถือศาสนาคริสต์จะปฏิบัติกิจกรรมที่โบสถ์คริสต์ ประชากรที่มีถิ่นกำเนิดในสามจังหวัดภาคใต้



โดยส่วนใหญ่มีความเข้าใจวิถีในการดำเนินชีวิตร่วมกัน ประชากรสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสงบสุข ผู้นับถือศาสนาต่างกันสามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติ การปฏิบัติดังกล่าวเป็นสิ่งที่ยืนยันถึงความรัก ความสามัคคี ความเป็นปึกแผ่นในสังคม เกิดความรู้สึกเป็นพี่น้อง เป็นประชาคม ซึ่งเป็นลักษณะของกลุ่มประชากรที่มีสุขภาพทางสังคม

การนอนหลับพักผ่อน มีเวลาในการนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ด้วยลักษณะอาชีพเกษตรกรรมที่มีช่วงเวลาในการทำงานเป็นช่วงเวลาที่ค่อนข้างแน่นอน คือเป็นงานที่ต้องทำในช่วงเช้ามืดและช่วงเวลากลางวัน และประชากรโดยส่วนใหญ่ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จึงทำให้ไม่นิยมการเที่ยวเตร่ในช่วงเวลากลางคืน ทำให้ประชากรโดยส่วนใหญ่ได้รับการพักผ่อนนอนหลับอย่างเพียงพอ การนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอส่งผลต่อสุขภาพร่างกาย คือ ร่างกายได้รับการผ่อนคลาย อวัยวะต่างๆ มีการทำงานลดลงทุกส่วน การนอนหลับจึงเป็นการนอนหลับพักผ่อนที่ดีที่สุด (เกษม ตันติผลาชีวะ, 2534: 81; บุญชู อนุศาสนันท์, 2536: 7) การนอนหลับจึงเป็นการคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดีทั้งทางร่างกายและจิตใจ (วรภา แผลมเพ็ชร, 2544) การออกกำลังกาย การพักผ่อนนอนหลับที่เพียงพอเป็นพฤติกรรมที่ส่งผลให้ร่างกายเกิดความแข็งแรง

การรับประทานอาหาร มีข้าวเป็นอาหารหลัก นอกจากนั้นจะเป็นอาหารพวกปลา เนื่องจากอยู่ใกล้ทะเลและราคาไม่แพง ผักสด สำหรับเนื้อสัตว์ที่ประชากรส่วนใหญ่ใช้รับประทานนั้น จะต้องเป็นสัตว์ที่ผ่านการฆ่าอย่างถูกต้อง สำหรับส่วนประกอบที่ใช้ปรุงอาหารโดยส่วนใหญ่ใช้ กะปิ บูดู (ปลาตัวเล็กหมักเกลือ) กุ้งแห้ง นอกจากนั้นก็จะมีผลไม้ซึ่งมีตามฤดูกาล เช่น เงาะ ทุเรียน มังคุด ลองกอง ส้ม กล้วย ชมพู สับประรด แตงโม เป็นต้น จะเห็นได้ว่าอาหารที่ใช้รับประทานจะมีสารอาหารที่ครบตามหลักอาหารทั้ง 5 หมู่ ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มอาหารที่มีโปรตีนสูง แคลเซียมสูง เกลือแร่และวิตามินสูง รวมทั้งมีกากใยมาก เหมาะกับกลุ่มอายุที่อยู่ในวัยผู้ใหญ่ การรับประทานอาหารที่ครบตามหลักอาหาร 5 หมู่ ซึ่งเป็นกระบวนการที่ช่วยทำให้ร่างกายมีสุขภาพทางกายที่ดี

ด้านสุขภาพและการเจ็บป่วย ประชากรส่วนใหญ่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่เป็นเพศชายจะมีการขลิบหนังหุ้มปลายขององคชาติ ซึ่งการขลิบหนังหุ้มปลายจะช่วยลดปัจจัยเสี่ยงการป่วยเป็นมะเร็งของอวัยวะเพศชาย รวมทั้งลดปัจจัยเสี่ยงการป่วยเป็นมะเร็งปากมดลูกของเพศหญิงให้น้อยลง (ศิริพร จิรวัดมน์กุล, 2539) นอกจากนั้นประชากรส่วนใหญ่ยังมีการสนับสนุนให้บุคคลที่มีวัยอันควรแต่งงาน การแต่งงานเป็นการส่งเสริมให้บุคคลสามารถมีความสุขทางเพศอย่างถูกต้อง ส่งผลให้ภาคใต้พบผู้ติดเชื้อเอดส์ต่ำกว่าภาคอื่นๆ (จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรณ, 2543: 5) ด้านการเจ็บป่วยนั้น ประชากรในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ส่วนใหญ่เชื่อว่าอาการเจ็บป่วยว่า การเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามที่ศาสดาของศาสนากำหนดไว้ ประชากรทั่วไปจึงยอมรับการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น แม้จะเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงก็ตาม

ผู้ป่วยจิตเวชที่อาศัยอยู่ในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เป็นผู้ป่วยจิตเวชที่มีวิถีชีวิตอยู่กับความหลากหลายของวัฒนธรรม ดังนั้นการศึกษาสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ตามแนวคิดของวิพุธ พูลเจริญ (2544) และจินตนา ยูนิพันธุ์ (2542) ในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง สรุปเป็นสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชได้ดังนี้

#### สุขภาพทางกาย

เนื่องจากสามจังหวัดนี้มีอาชีพทำการเกษตรเป็นส่วนใหญ่ การทำงานจึงเป็นลักษณะงานที่ต้องใช้แรงงานเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนั้นผู้ป่วยจิตเวชเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการยอมรับเช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป หากผู้ป่วยมีความสามารถในการทำงานได้ จึงสามารถประกอบอาชีพทั้งที่เป็นกิจการของตนเอง หรือรับจ้างจากบุคคลทั่วไป การศึกษาความสามารถในการทำงานจึงเป็นการศึกษาถึงศักยภาพของผู้ป่วยในการใช้อวัยวะส่วนต่างๆในการทำงาน ประกอบด้วยคุณภาพของงาน ระยะเวลาที่ใช้ ความคล่องแคล่วในการทำงาน การรับรู้ว่ามีประสิทธิภาพในการทำงานที่ดีของผู้ป่วยจิตเวชจึงเป็นองค์ประกอบหนึ่งที่แสดงถึงการมีศักยภาพในการทำกิจกรรมที่เป็นส่วนประกอบต่างๆ ของงานได้สำเร็จ การรับรู้ความสามารถในการทำงานที่ดี ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความรู้สึกว่าคุณมีความแข็งแรง มีความสามารถ มีความมั่นใจ มีความภาคภูมิใจในตนเอง ซึ่งส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช

สรุปได้ว่าสุขภาพทางกายของผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่มีความคล้ายคลึงกับผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป ยกเว้นโอกาสในการทำงาน ผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้จะมีโอกาสทำงานได้มากกว่าเนื่องจากการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกับผู้ป่วยโรคอื่น เนื่องจากบุคคลมีความเชื่อว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ถูกกำหนดไว้ก่อนแล้ว

#### สุขภาพทางจิต

ด้วยลักษณะความเชื่อ ที่เชื่อว่าการเจ็บป่วยนั้นเป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาแล้วจากพระเจ้า ผู้ป่วยทุกโรคจะได้รับการยอมรับจากสังคม ได้รับการดูแล การเยี่ยม ผู้ป่วยจิตเวชโดยส่วนใหญ่ยังได้รับการดูแลและอยู่ร่วมกับครอบครัว ผู้ป่วยได้รับโอกาสในการติดต่อสื่อสาร พูดคุยกับบุคคลอื่นๆ ในสังคมของตนเองโดยไม่มีการแสดงการรังเกียจ ผู้ป่วยจึงรู้สึกได้ว่าตนเองเป็นบุคคลที่มีค่า มีความหมายต่อครอบครัว การจัดการกับปัญหาต่างๆ ของชีวิตจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวญาติพี่น้อง เมื่อเกิดความผิดพลาดในการแสดงออก ผู้ป่วยจะได้รับคำแนะนำสั่งสอนจากครอบครัวญาติและสมาชิกคนอื่นๆ ในชุมชน ผู้ป่วยมีโอกาสดำเนินงานตามความสามารถของตนเอง นอกจากนั้นยังมีโอกาสได้ช่วยงานทำบุญต่างๆ ทางศาสนา เช่น ช่วยเตรียมงาน ช่วยทำความสะอาด เป็นต้น นอกจากนั้นเมื่อเกิดการเจ็บป่วยจะได้รับการเยี่ยมจากญาติและสมาชิกในชุมชน ผู้ป่วยจะมีความรู้สึกภูมิใจ มีความมั่นใจในการทำงานและการแสดงออก ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

### สุขภาวะทางสังคม

ผู้ป่วยจิตเวชโดยส่วนใหญ่ มักได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในชุมชน โดยการแสดงออกถึงการยอมรับผู้ป่วย การเยี่ยมเมื่อมีการเจ็บป่วย และมีความเอื้ออาทร ช่วยเหลือกัน แสดงถึงความสามารถในการปรับตัวให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นได้ดี การปรับตัวส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสมาชิกของสังคม ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกได้รับการยอมรับจากผู้อื่น มีการติดต่อสื่อสาร เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่แสดงถึงสุขภาวะทางสังคม ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ประชากรส่วนใหญ่ของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เชื่อว่าการเจ็บป่วยทุกประเภท เป็นสิ่งที่ถูกกำหนดมาจากพระศาสดาของศาสนาที่ตนนับถือ ผู้เจ็บป่วยและครอบครัวมีหน้าที่ทำความดี ปฏิบัติตนตามคำสอนของศาสนา เพื่อให้พระศาสดาของศาสนาทรงพอใจ ผู้เจ็บป่วยจะได้รับความเห็นอกเห็นใจจากบุคคลอื่นๆ และคอยให้ความช่วยเหลือตามกำลังความสามารถของแต่ละบุคคล ความเชื่อเกี่ยวกับการเจ็บป่วยจะแตกต่างจากภูมิภาคอื่น ที่มีความความเชื่อเกี่ยวกับโรคจิตเวชว่า เป็นโรคที่ได้รับการถ่ายทอดทางกรรมพันธุ์ เป็นการลงโทษจากสิ่งที่มีอำนาจเหนือธรรมชาติ เป็นผีปอบ เป็นคนบาป ความเชื่อแบบนี้ทำให้บุคคลในชุมชนมักรังเกียจ ไม่ได้รับความเห็นอกเห็นใจ ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว แม้ปัจจุบันจะมีความเชื่อดังกล่าวน้อยลง แต่ก็ยังมีปรากฏอยู่ ความเชื่อดังกล่าวทำให้ผู้ป่วยจิตเวชและครอบครัว ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง มักแยกตัวอยู่ตามลำพัง รู้สึกอับอาย และเป็นปมด้อย (จารุวรรณ ต. สกุล, 2524; จันทรา ธีระสมบุญ, 2543) ความเชื่อและการปฏิบัติต่อผู้ป่วยจิตเวชที่แตกต่างดังกล่าว เป็นการแสดงถึงการยอมรับผู้ป่วยของสังคมที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ สังคมของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้มีการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชเช่นเดียวกับบุคคลที่เจ็บป่วยด้วยโรคทั่วไป สมาชิกชุมชนจะคอยถามอาการ พุดคุยด้วยและให้ความช่วยเหลือตามกำลังสามารถ ผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่ไม่ถูกญาติทอดทิ้ง (มาริสสา หะสาเมาะ, 2546) จากการเปรียบเทียบจะเห็นความแตกต่างของความเชื่อที่มีต่อการเจ็บป่วย และการปฏิบัติต่อผู้ป่วย ซึ่งแสดงถึงความแตกต่างของสุขภาวะในทุกมิติของผู้ป่วยจิตเวชที่มีความแตกต่างจากภูมิภาคอื่นๆ

การเยี่ยมไข้ ในวิถีการดำเนินชีวิตของสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ จะมีลักษณะช่วยเหลือเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่และช่วยเหลือผู้ที่มีความลำบากหรือมีการเจ็บป่วยสูง ผู้ป่วยโรคจิตเวชที่อยู่ในชุมชน จะได้รับการช่วยเหลือจากบุคคลในชุมชนโดยไม่รังเกียจ (มาริสสา หะสาเมาะ, 2546) สอดคล้องกับผลการศึกษาของสาวตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และมาลี สบายยิ่ง (2545) ที่ยอมรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช ไอ วี หรือผู้ป่วยเอดส์ แสดงการยอมรับโดยการดูแล ช่วยเหลือ เห็นอกเห็นใจและเยี่ยมไข้ ในกลุ่มที่ทำผิดหลักศาสนา ได้รับการประณามว่าเป็นคนบาปแต่เมื่อป่วยหนักใกล้ตาย ก็จะมีธรรมเนียมเยี่ยมไข้

การเยี่ยมไข้ ในชุมชน 3 จังหวัดชายแดนภาคใต้ มี 2 แบบ คือการเยี่ยมไข้แบบมีสัมพันธภาพและการเยี่ยมไข้ตามหน้าที่ การเยี่ยมไข้แบบมีสัมพันธภาพ เป็นการเยี่ยมที่ผู้

เยี่ยมผู้ป่วยหรือครอบครัวมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ถ้ามีสัมพันธภาพที่ใกล้ชิดลึกซึ้งก็จะเยี่ยมแบบใกล้ชิดด้วยความรัก ความเมตตา เอาใจใส่ พุดคุยให้กำลังใจ การสวดมนต์ตามพระคัมภีร์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีสติมั่นคง แน่วแน่อยู่ที่องค์ศาสดาของศาสนา มีจิตใจสงบ การดูแลช่วยเหลืออื่นๆ เช่น การช่วยทำอาหาร ทำความสะอาดบ้าน เป็นต้น ส่วนการเยี่ยมตามหน้าที่ คือ การเยี่ยมตามพันธกิจ ที่มีในคำสอนทางศาสนาที่กำหนดไว้ว่าต้องเยี่ยมผู้ป่วยหนัก ทั้งที่รู้จักและไม่รู้จักเป็นส่วนตัว แต่อาศัยอยู่ในชุมชนเดียวกัน ตามความเชื่อที่ว่า “ทุกคนเป็นพี่น้องกัน ต้องช่วยเหลือกัน” (โต๊ะอิหม่ามชุมชนหาดสวยและโต๊ะอิหม่ามชุมชนทิวสน อ่างใน สวาทิรี ล้มช้ำอรุณเรือง และมาลีสบายยิ่ง, 2545) ส่วนของเยี่ยมนั้นส่วนใหญ่เป็นเงินตามแต่ผู้เยี่ยมจะให้ นอกจากนั้นจะเป็นขนมปังกับน้ำตาล โดยมีเหตุผลว่า การให้เงินนั้นผู้ป่วยและครอบครัวจะได้นำไปใช้สอยตามต้องการและมีประโยชน์ตามความจำเป็น อะไรไม่จำเป็นก็ไม่ต้องซื้อ ส่วนขนมปังและน้ำตาลนั้นก็เก็บเอาไว้ชงน้ำชาเลี้ยงแขกที่มาเยี่ยม (เป็นธรรมเนียมในการต้อนรับแขกที่มาเยี่ยมบ้าน)

การเยี่ยมผู้ป่วยของประชาชนในภูมิภาคอื่น จะเป็นการเยี่ยมจากญาติและมิตรสหายเป็นส่วนใหญ่ ลักษณะของการเยี่ยมจะเป็นลักษณะของการนำสิ่งของไปให้ตามแต่ผู้เยี่ยมเห็นว่าจำเป็นสำหรับผู้ป่วย ส่วนใหญ่เป็นอาหาร เครื่องดื่มบำรุงกำลัง เป็นการเยี่ยมแบบมีสัมพันธภาพในกลุ่มที่ไม่มีญาติมักไม่ได้รับการเยี่ยม ในผู้ป่วยจิตเวชนั้นจะมีการเยี่ยมน้อยกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่นๆ เพราะการไม่ยอมรับผู้ป่วยจิตเวชของญาติและครอบครัว (จารุวรรณ ต. สกุล, 2524)

การเยี่ยมไข้ เป็นลักษณะของการแสดงถึงความรัก ความเมตตา เอาใจใส่ พุดคุยให้กำลังใจ เห็นอกเห็นใจ การยอมรับผู้ป่วย การเยี่ยมไข้ แสดงถึงการยอมรับผู้ป่วยจิตเวชของสังคม ทำให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ มีรายได้ที่สามารถจัดซื้ออาหาร การมีสัมพันธภาพจากบุคคลอื่น รวมทั้งการสวดมนต์ การเยี่ยมไข้จึงแสดงถึงสุขภาวะในทุกมิติของสุขภาวะ ซึ่งเปรียบเทียบกับภูมิภาคอื่นแล้วมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน

**สุขภาวะทางจิตวิญญาณ** จิตวิญญาณของมนุษย์เป็นสิ่งที่ทำให้บุคคลมีความสามารถและสนใจในการค้นหาความหมายและเป้าหมายของชีวิต ทำให้ประสบความสำเร็จในชีวิต (Ellison, 1983; Paloutzian and Ellison, 1982) นำมาซึ่งความสมบูรณ์ของชีวิต

ด้วยลักษณะวิถีชีวิตของประชากรในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ที่รวมถึงผู้ป่วยจิตเวชด้วยนั้น จะมีการดำเนินชีวิตตามบทบัญญัติทางศาสนาด้วยความเคร่งครัด (วรทัศน์ วานิชอังกูร, 2534: 45) ในการดำเนินชีวิตประจำวันในแต่ละวันนั้นจะมีการปฏิบัติศาสนกิจเพื่อขอพร 5 ครั้งต่อวันอย่างเคร่งครัดทุกวัน ยกเว้นในกรณีมีเหตุจำเป็น เช่น เจ็บป่วย หรือมีภาวะที่ไม่พร้อมต่อการปฏิบัติกิจกรรม (ดลมนรรักษ์ บากา, 2523; วรทัศน์ วานิชอังกูร, 2534: 52) ในแต่ละสัปดาห์ เพศชายจะมีการไปปฏิบัติศาสนกิจร่วมกับบุคคลในชุมชนทุกสัปดาห์ นอกจากนั้นในการปฏิบัติกิจกรรมใดๆ ก็จะมีการระลึกถึงกล่าวถึงและขอบคุณศาสดาของศาสนาที่ตนนับถือเสมอ เช่น ในการรับประทาน

อาหาร การกล่าวทักทาย การทำพิธีกรรมต่างๆ ผู้ป่วยจิตเวชที่มีความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา จะปฏิบัติศาสนกิจทางศาสนาด้วยความเคร่งครัด ความเคร่งครัดในการปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้เกิดเนื่องจากความเชื่อทางศาสนา มีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ ที่เชื่อว่าการปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนาโดยเคร่งครัดจะส่งผลให้มีชีวิตในโลกหน้าที่ดีและมีความสุข การปฏิบัติดังกล่าวส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชมีความหวังว่า จะได้รับการช่วยเหลือจากสิ่งที่เหนือธรรมชาติที่ตนเคารพนับถือ ความหวัง ความเชื่อ ความศรัทธาดังกล่าว แสดงถึงการมีสุขภาพจิตวิญญาณที่เด่นชัด เป้าหมายของชีวิตจึงมักมีความเกี่ยวข้องกับความเชื่อและความศรัทธาต่อศาสนา ความเชื่อและความศรัทธาของผู้ป่วยจิตเวช แสดงถึงความเชื่อมั่น ความมั่นใจไว้วางใจ ในสิ่งที่ตนเองยึดถือว่าเป็นสิ่งที่ดี มีคุณค่า และมีความหมาย เป็นองค์ประกอบหนึ่งที่แสดงถึงการมีแหล่งยึดมั่นเป็นแนวทางในปฏิบัติตนหรือการดำเนินชีวิต ความเชื่อและความศรัทธามีผลให้บุคคลมีความตั้งใจ มุ่งมั่นในการทำความดี ความรู้สึกเป็นสุขภายหลังการได้ปฏิบัติความดี และมีความพึงพอใจในชีวิต

นอกจากนั้น ผู้ป่วยจิตเวชในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ โดยส่วนใหญ่ได้รับการให้เกียรติ ยกย่อง มีความเท่าเทียมกับบุคคลอื่นตามหลักคำสอนทางศาสนา

## 5. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน สามจังหวัดชายแดนภาคใต้

บุคคลแต่ละคนมีศักยภาพทางสุขภาพที่แตกต่างกัน จากการศึกษาพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพในระดับบุคคล ซึ่งประกอบด้วย อายุ เพศ การศึกษา สถานภาพสมรส และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อสุขภาพในแต่ละมิติ อธิบายได้ดังนี้

5.1 อายุ การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชสามจังหวัดชายแดนภาคใต้นั้น โดยลักษณะของสังคมแล้ว บุคคลที่อายุน้อยต้องให้ความเคารพนับถือแก่บุคคลที่สูงวัยกว่า บุคคลที่อายุมากกว่าจะมีประสบการณ์ชีวิต มีความชำนาญในการทำงาน มีความรู้ทางศาสนาที่มากกว่า จึงมักได้รับการยกย่องนับถือ ให้เกียรติและเคารพนับถือบุคคลที่อายุมากกว่า (มูนิธิระฮิบินตุ อับดุลฆะมาะฟูร, 2525) แต่อย่างไรก็ตามผู้สูงอายุมักมีการเจ็บป่วยได้มากกว่า การเจ็บป่วยทำให้มีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตได้ ดังผลการศึกษาของ จันทรทิพย์ ชูประภาวรรณ (2543) ที่พบว่าภาวะอ่อนแอเพิ่มขึ้นตามอายุ ความอ่อนแอเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคมามากมาย เช่น โรคหัวใจ ความดันโลหิตสูง เป็นต้น แต่บุคคลที่อายุมากกว่าจะตัดสินใจได้ดี มีความเหมาะสมและรอบคอบมากกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า (Boore, 1997: 115 in Perry Editor, 1997 ; Orem, 2001: 373) เป็นการตัดสินใจที่ผ่านกระบวนการเผชิญปัญหา ส่งผลให้เกิดผลสำเร็จในการแก้ไขปัญหา นอกจากนี้ผู้ที่อายุมากกว่าจะเป็นแบบอย่างในการดำเนินชีวิต เป็นที่ปรึกษาสำหรับผู้ที่อายุน้อยกว่า บุคคลที่อายุมากกว่าจึงสามารถสร้าง

ความภาคภูมิใจให้กับตนเอง มีสุขภาวะทางใจ และพึงพอใจในชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ธิญญา น้อยเปียง (2545: 17) ที่พบว่าผู้มีอายุมากมีความสุขทางจิตวิญญาณมากกว่าคนที่มีอายุน้อย ดังนั้น อายุจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวช

5.2 **เพศ** เพศชาย มีบทบาทและการดำเนินความแตกต่างจากเพศหญิง โดยเพศชายเป็นเพศที่ได้รับการคาดหวังว่าเป็นบุคคลที่มีความแข็งแกร่ง อุดมทุน เข้มแข็ง ทำงานที่ต้องใช้แรงกายมากกว่าเพศหญิง ในวัฒนธรรมของชาวไทยในสามจังหวัดชายแดนภาคใต้ เพศชายจะทำหน้าที่หัวหน้าครอบครัวต้องหารายได้สำหรับใช้จ่ายในครอบครัว เป็นผู้ตัดสินใจในครอบครัว ส่วนเพศหญิงมีหน้าที่ในการเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนบุตร และดูแลเอาใจใส่สามีให้มีความสุข (มุฮัมหมัด อิมรอน, 2541) ในด้านการดูแลสุขภาพนั้นเพศชายยังมีพฤติกรรมการทำลายสุขภาพ โดยการสูบบุหรี่ และดื่มสุราสูงกว่าเพศหญิง (Sarafino, 1990: 202) และจากสถิติยังพบว่าอายุขัยเฉลี่ยของเพศชายต่ำกว่าเพศหญิง (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2544 อ้างถึงใน กระทรวงสาธารณสุข, 2544: 4) สอดคล้องกับการศึกษาของ สุจิตรา สันตติวงศ์ชัย (2544: 95) ที่พบว่าเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแล ส่งเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย รวมทั้งผลการศึกษาของ จินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) และ สาลี เฉลิมวรรณพงศ์ (2530) พบว่า เพศหญิงมีความเชื่อทางสุขภาพสูงกว่าและมีการดูแลตนเองโดยทั่วไปดีกว่าเพศชาย ดังนั้นเพศจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะ

5.3 **ระดับการศึกษา** การเรียนรู้และพัฒนาศักยภาพของบุคคลส่วนหนึ่ง เกิดจากระบบการศึกษา ที่เอื้อให้เกิดการเรียนรู้ทั้งทางตรงและทางอ้อม บุคคลที่ผ่านการศึกษาในระดับที่สูงมีโอกาสพัฒนาความรู้ความสามารถในด้านต่างๆ อย่างเป็นระบบมากกว่าบุคคลที่มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่า ดังนั้นผู้ที่จบการศึกษาในระดับสูงจึงมีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างจากบุคคลที่มีการศึกษาน้อย ดังที่ Davies (2001) กล่าวว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีรายได้ การได้รับการยอมรับจากสังคม มีบทบาทหน้าที่ทางสังคม มีชีวิตที่ประสบผลสำเร็จมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาน้อย ในด้านการดูแลสุขภาพนั้น บุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะมีความยุ่งยากในการดูแลสุขภาพมากกว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูง เนื่องจากการดูแลสุขภาพสามารถแสวงหาความรู้ได้จากการอ่านเอกสาร หนังสือ ตำราซึ่งผู้มีการศึกษาสูงมีโอกาสในการได้อ่านมากกว่า ดังนั้นความรู้ที่เพิ่มขึ้นตามระดับการศึกษาจึงส่งผลให้บุคคลมีพฤติกรรมสุขภาพและมีการดำเนินชีวิตที่ดี จากการศึกษพบว่าบุคคลที่มีการศึกษาสูงจะมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาต่ำ (จินตนา ยูนิพันธุ์, 2534; วิริยา สุขวงศ์, 2545) บุคคลที่ไม่ได้รับการศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งการรับรู้ประโยชน์ของการใช้บริการสาธารณสุขและแรงจูงใจด้านสุขภาพโดยทั่วไปต่ำกว่าบุคคลที่ได้รับการศึกษาทุกระดับ (สาลี เฉลิมวรรณพงศ์, 2530) การไม่เข้ารับการศึกษา ส่งผลให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพ สามารถพัฒนาการดูแลตนเองเมื่อป่วยเป็นโรคได้น้อย (อนันต์ สุลมาน, 2535: 83; อรัญญา จันทรพาทา, 2538: 10) ดังนั้นจำนวนปีที่ได้รับการสำเร็จการศึกษาจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาวะของผู้ป่วยจิตเวช

**5.4 ความเพียงพอของรายได้** ในการดำรงชีวิตของบุคคลจำเป็นต้องมีรายได้สำหรับเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการจัดหาปัจจัยพื้นฐานสำหรับการดำเนินชีวิต ได้แก่ อาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยและยารักษาโรค นอกเหนือจากปัจจัยพื้นฐานเหล่านี้แล้วยังมีค่าใช้จ่ายอื่นๆ ซึ่งขึ้นอยู่กับความจำเป็นของแต่ละบุคคล ดังนั้นการมีรายได้ที่สมดุลกับค่าใช้จ่ายจึงจะส่งผลให้บุคคลสามารถดำเนินชีวิตได้ด้วยดี การมีรายได้สูงจะเอื้ออำนวยให้ได้รับอาหารที่เพียงพอ จัดหาสิ่งจำเป็นในการดำรงชีวิต และสามารถเข้าถึงบริการต่างๆ ได้สะดวก และสามารถส่งเสริมสุขภาพและดูแลตนเอง (Pender, 1982: 161–162 อ้างในสุภัทญญา ไพทโสภณ, 2540: 73) สอดคล้องกับ ขวัญใจ ตันติวัฒนเสถียร (2534: 130) ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการมีรายได้ที่เพียงพอหรือสูงกว่ารายจ่าย จึงมีผลต่อสุขภาพของบุคคลด้วยการศึกษาถึงการมีรายได้ของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาชีพและไม่มีรายได้ (ลัดดาวัลย์ เกิดสว่าง และวิลาวรรณ เทพโสธร, 2538) หรือมีรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่าย (วัชณี หัตถพนม และคณะ, 2529) การเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเวชต้องรับประทานยาเป็นประจำและต่อเนื่องเป็นระยะเวลาเวลานาน ทำให้ผู้ป่วยต้องเสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าเดินทางและค่ายาเป็นประจำ การมีรายได้ที่ไม่เพียงพอทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาในการใช้จ่ายไม่ต่อเนื่อง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สุพิศ ศรี รัตนสิน และวีระ ดุลย์ชูประภา (2537) ที่พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีปัญหาโรคาคายาแพง (ร้อยละ 18.04) และค่ารถแพง (ร้อยละ 48.78) ดังนั้นความเพียงพอของรายได้จึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช

**5.5 สถานภาพสมรส** การสมรสของบุคคลเกิดจากความรักระหว่างชายหญิง ดังนั้นผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จึงเป็นกลุ่มบุคคลที่มีแหล่งของความรัก กำลังใจ ความเอื้ออาทร การดูแลเอาใจใส่จากคู่ครองและ/หรือบุตรที่เป็นสมาชิกของครอบครัว มีเพื่อนคู่คิดคอยให้คำปรึกษา ส่งผลให้มีผู้ป่วยจิตเวชมีกำลังใจมีเป้าหมายในการปฏิบัติตนให้บรรเทาจากอาการเจ็บป่วย การมีคู่สมรสที่ดีส่งผลให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกภาคภูมิใจ นอกจากนั้นผู้ที่มีสถานภาพสมรสคู่จะสามารถทำหน้าที่ได้ตามบทบาทที่ได้รับตามพัฒนาการ ส่งผลให้เกิดความภาคภูมิใจในตนเอง มีความหวังและเป้าหมายในชีวิต มีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเองให้ดีขึ้น เกษม ตันติผลาชีวะ (2536) กล่าวว่าผู้ป่วยเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่ มีพยากรณ์โรคดีกว่าผู้ที่ยังไม่แต่งงาน หม้าย หรือหย่า ซึ่งไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธ์ (2534) พบว่าคนโสดจะมีการเตรียมการเผชิญปัญหา การสนับสนุนทางสังคมและการดูแลตนเองโดยรวมดีกว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรส คู่ หม้าย หรือหย่า นอกจากนั้นยังพบว่าบุคคลที่ไม่แต่งงาน จะมีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพดีกว่าบุคคลที่แต่งงาน (สุจิตรา สันตติวงศ์ชัย, 2544: 94) จะเห็นได้ว่าบุคคลที่มีคู่สมรส และไม่มีคู่สมรส (โสด หย่า แยก หม้าย) นั้น มีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน ดังนั้นสถานภาพสมรสจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพของผู้ป่วยจิตเวช

5.6 ความเชื่อด้านสุขภาพ (Health belief) Becker (1974) อธิบายไว้ว่า การป้องกัน การเจ็บป่วยของเกิดขึ้นเมื่อบุคคลเชื่อว่า มีสาเหตุ ปัจจัย ที่อาจทำให้ตนเองเกิดการเจ็บป่วยได้ (Sarafino, 1990: 189) เมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นแล้ว การเจ็บป่วยนั้นมีความรุนแรงหรือลักษณะโรคที่ อาจทำให้ตนป่วยแบบเรื้อรัง พิการ หรืออาจเสียชีวิตได้ นอกจากนั้นการเจ็บป่วยยังมีกระทบต่อการทำงาน การทำบทบาทหน้าที่ ครอบครัว รวมทั้งต้องเสียเวลา เสียค่าใช้จ่ายในการบำบัดอาการเจ็บป่วย การรับรู้ ดังกล่าวทำให้บุคคลพยายามป้องกันตนเองจากการเจ็บป่วย ซึ่งอาจกระทำโดยการหลีกเลี่ยงภาวะเสี่ยง ต่อการเจ็บป่วย การกำจัดสาเหตุ ปัจจัย เงื่อนไข ซึ่งเรียกว่าการป้องกันการเจ็บป่วย หรือการทำกิจกรรม สร้างเสริมสุขภาพให้ตนเองมีความแข็งแรง ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จากการศึกษาของ สาลี่ เฉลิมวรรณพงษ์ (2530) พบว่ามีความเชื่อด้านสุขภาพของชาวไทยมุสลิมที่ใช้บริการสุขภาพใน โรงพยาบาลสี่จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยรวมอยู่ในระดับสูง ส่วนรศ.นัย ไกรยศรี ผ่องศรี เกียรติเลิศนภา และวัลภา ผิวทน (2544) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยไตวายเรื้อรัง และผลการศึกษาของจินตนา ยูนิพันธุ์ (2534) พบว่าประชาชน ที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยสูงมีแนวโน้มการพัฒนารูจักตนเองสูง และพบว่าการรับรู้ พฤติกรรมอนามัยที่ถูกต้อง สามารถทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านสุขภาพจิตของประชาชน ภาคกลางในทุกกลุ่ม สอดคล้องกับผลการศึกษาของเพชร คันธสายบัว (2544) ที่พบว่า การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันการป่วยซ้ำสามารถจำแนกกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทที่ป่วยซ้ำและไม่ป่วยซ้ำได้

## 6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

### งานวิจัยในประเทศ

รัชชัย คุ่มทวีพร และพัฒน์ คุ่มทวีพร (2543) ได้ทำการศึกษาอาการผิดปกติ ของระบบทางเดินอาหารและระดับสุขภาพจิต จากการศึกษาของผู้สูงอายุมุสลิมในเขต กรุงเทพมหานคร พบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ถือศีลอดครบ 30 วัน กับกลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ถือศีลอดและ กลุ่มผู้สูงอายุที่ถือศีลอดไม่ถึง 1 สัปดาห์ มีภาวะของโรคประจำตัวที่ไม่แตกต่างกัน แต่พบว่า กลุ่มผู้สูงอายุที่ถือศีลอดมีความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารมากกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ถือศีลอด และกลุ่มผู้สูงอายุที่ถือศีลอดไม่ถึง 1 สัปดาห์ ได้แก่ การรับรู้รสลดลง ท้องอืด มีอาการปวด และมีเลือดออกจากริดสีดวงทวาร ส่วนระดับสุขภาพจิตนั้นพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ถือศีลอดครบ 30 วัน มีระดับสุขภาพจิตดีกว่ากลุ่มผู้สูงอายุที่ไม่ถือศีลอดและกลุ่มผู้สูงอายุที่ถือศีลอดไม่ถึง 1 สัปดาห์

สาวิตรี ลิ้มชัยอรุณเรือง และมาลี สบายยิ่ง (2545) ได้ทำการศึกษาการยอมรับ ผู้ป่วยหรือผู้ติดตามเชื้อเอชไอวีของครอบครัวชาวประมงในจังหวัดภาคใต้ตอนล่าง ด้วยวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ



ผลการศึกษพบว่า การยอมรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ของกลุ่มที่มีความรู้เรื่องเอดส์ จะยอมรับตามลักษณะอาการของโรคที่เป็น การแสดงออกถึงการยอมรับคือ การให้กำลังใจ การดูแลช่วยเหลือ และการเยี่ยมไข้ เงื่อนไขของการยอมรับขึ้นอยู่กับพฤติกรรม ถ้าในอดีตผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมดี และไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงก็จะเป็นที่ยอมรับ แต่ถ้าผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อมีพฤติกรรมเสี่ยง ประชาชนบางส่วนจะไม่ยอมรับ การแสดงออกของการไม่ยอมรับ คือ แสดงท่าทีรังเกียจ ไม่เกี่ยวข้อง ลูกหนีหรือบอกว่ารังเกียจ กรณีที่ไม่ได้รับการยอมรับถ้ามีอาการป่วยหนัก ประชาชนทั่วไปก็จะไปเยี่ยมไข้ ซึ่งเป็นธรรมเนียมปฏิบัติของชาวไทยมุสลิมที่ดีในชุมชน 4 แห่งที่ทำการศึกษ เมื่อเปรียบเทียบเงื่อนไขกระบวนการยอมรับผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ระหว่างชุมชนทั้ง 4 แห่ง ซึ่งเป็นครอบครัวของชาวไทยมุสลิมทั้งหมด มีวัฒนธรรมความเชื่อ หลักศาสนาเดียวกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

สุกัญญา ไผทโสภณ (2540) ได้ทำการศึกษากิจกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอุทัยธานี พบว่า เพศ สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ ดัชนีมวลกาย ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้สถานะทางสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ การมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพ และการจัดให้มีกิจกรรมตามนโยบายการส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ นอกจากนี้ยังพบว่าเพศ อายุ สถานภาพสมรส สถานภาพการรับราชการ กลุ่มวิชาชีพ รายได้ และดัชนีมวลกาย สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 14.30 ส่วนค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้ความสามารถของตน การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติ การรับรู้สถานะทางสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ สามารถทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพได้ร้อยละ 47.10 โดยพบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นตัวทำนายพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุด รองลงมาได้แก่ ค่านิยมเกี่ยวกับสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติ กลุ่มวิชาชีพ รายได้ และสถานภาพการรับราชการ ตามลำดับ

### งานวิจัยในต่างประเทศ

Mookerjee (1997) ได้ทำการศึกษาความแตกต่างของการรับรู้ความผาสุกทางกายทางจิตใจ ทางสังคม (Physical, Mental, Social Well-being) ในกลุ่มประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 168 คน ในประเทศสหรัฐ ตามสถานภาพสมรส เพศ เชื้อชาติ และสถานะทางการเงิน พบว่าการรับรู้ความผาสุกของบุคคลที่มีสถานภาพสมรสที่แตกต่างกัน (คู่ หม้าย หย่า แยกกันอยู่ และโสด) มีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบการรับรู้ความผาสุกของเพศหญิงและเพศชายที่มีสถานภาพสมรสคู่ พบว่าเพศหญิงมีความพึงพอใจมากกว่าชายอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ในด้านของเชื้อชาตินั้นพบว่าชาวผิวขาวมีความพึงพอใจในชีวิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช่ชาวผิวขาว ในด้านฐานะทางการเงินนั้นพบว่า กลุ่มที่มีฐานะทางการเงินอยู่ในเกณฑ์เฉลี่ยและสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

มีความพึงพอใจในชีวิตสูงกว่ากลุ่มที่มีฐานะทางการเงินต่ำกว่าเกณฑ์เฉลี่ย

Johnson and et al.(1993) ได้ทำการทดสอบสมมุติฐานรูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของ Pender (1987) ซึ่งประกอบด้วย ปัจจัยด้านประชากรและลักษณะทางชีววิทยา ที่มีผลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ โดยผ่านตัวแปรด้านความรู้และการรับรู้ กลุ่มตัวอย่างเป็นประชากรวัยผู้ใหญ่ จำนวน 3,025 คน ด้วยวิธีการสำรวจทางโทรศัพท์ โดยใช้ LISPEL พบว่า เพศ อายุ รายได้ สถานภาพการสมรส การศึกษาและดัชนีมวลกาย มีอิทธิพลโดยตรงต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ และตัวแปรที่เพิ่มเติมได้แก่ การประจักษ์คุณค่าของตน และการสนับสนุนระหว่างบุคคล

Mills and Grasmick. (1992) ได้ทำการศึกษาผลของเพศ ที่มีต่อความพึงพอใจของครอบครัว ความผิดเคืองทางการเงิน และความผาสุกทางใจ ในประชากรวัยผู้ใหญ่ที่แต่งงานแล้วในรัฐโอกลาโฮมา สหรัฐอเมริกา จำนวน 330 คน พบว่า เพศหญิงมีความพึงพอใจในครอบครัวมากกว่า เพศชาย และพบว่า ความพึงพอใจในครอบครัว และเพศ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความผาสุกทางใจ ส่วนความผิดเคืองทางการเงินมีความสัมพันธ์ทางลบกับความผาสุกทางใจ

Lazenbatt and et al.(1999) ได้ทำการศึกษานโยบายการพยาบาลแบบมีส่วนร่วมในการบำบัดการพยาบาล เพื่อการมีสุขภาพที่ดีขึ้นของ หญิงที่ถูกเพิกถอนสิทธิในการอาศัยอยู่ในรัฐไอริแลนด์เหนือ จำนวน 1000 คน (ตอบแบบสอบถามร้อยละ 39) โดยให้กลุ่มตัวอย่างเลือกกิจกรรมการบำบัดการพยาบาลที่เกี่ยวกับสุขภาพและความต้องการทางสังคม ผลการศึกษาพบว่า ลักษณะของการปฏิบัติกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การมองสุขภาพอย่างเป็นองค์รวมและความต้องการทางสังคม มีการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรที่เกี่ยวข้องกับทีมสุขภาพ มีการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระบบการทำงานแบบสหวิชาชีพ ต้องการการประเมิน มีการพัฒนาชุมชน มีการตรวจสอบและประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

