

# การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ มีปัญหาสุขภาพจิต และจิตเวช ระดับตำบล

The Development of Mental Health Network for The Development the  
Caring of Psychiatric and Mental Disordered Patients in Tambon Level

เทพกร พิทยาภินันท์<sup>1</sup> บุญยราศรี ช่างเหล็ก<sup>2</sup>  
วิราวรรณ ประยูรสวัสดิ์เดช<sup>3</sup>

## บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตและผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช เป็นการวิจัยและพัฒนา โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะ จำนวน 52 คน ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ในระดับตำบล อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 165 คน ผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 49 คน ที่ได้รับการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบทดสอบ แบบสอบถาม แบบวัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ แบบทดสอบความเครียดสวนปรง ชุด 20 ข้อ และ แบบวัดคุณภาพชีวิต ฉบับสถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ สติที่ใช้คือ  $t$ -test และทำกลุ่ม Focus group ผลการวิจัยพบว่า หลังจากการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะแล้วเครือข่ายสุขภาพจิตไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบล ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ย ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติ ในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชหลังการอบรมพัฒนาสูงกว่าก่อนอบรมพัฒนา และมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และยังพบว่า ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในภาวะปกติ และมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

**คำสำคัญ:** การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิต ผู้มีปัญหาสุขภาพจิต ผู้ป่วยจิตเวช เครือข่ายสุขภาพจิต

<sup>1</sup>ผู้ช่วยศาสตราจารย์ประจำคณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสงขลา

<sup>2</sup>งานพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลจะนะ

<sup>3</sup>กลุ่มงานจิตเวช โรงพยาบาลหาดใหญ่

## Abstract

The research objective was to develop the potential of Mental Health network and Psychiatric and Mental Disorder patients' cares of Tambon level in Chana District, Songkhla Province. The 165 care giver and 49 patients, were selected as purposive sampling, and studied through questionnaire, testing, the New Thai Happiness Indicator: TH-15, Suanprung Stress Test-20, and the Quality of Life Assessment of Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry. The quantitative data were analyzed in percentile, arithmetic mean, standard deviation and t-test. The qualitative data were through focus group discussions and interviews.

After the developing, the results were: The average scores in knowledge, attitude and practical skills in caring patients are higher. The difference is significant at 0.5 levels. The carers' stress is normal. The carers are happy as usual. The carers are in high level of quality of life. The problems are uncontinuous medication, the coordination to take the patients to the hospital, the community's bad attitude, and no understanding in caring. The suggestions are that the care giver must be able to deal with the patients' medication and help them to live happily in the society. Besides, the community should understand and have good attitude to them.

**Keywords:** The Development of Mental Health Network, Mental Disordered Patients, Psychiatric, Mental Health Network

## ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคทางจิตเวชเป็นความผิดปกติซึ่งแสดงออกทางจิตใจและพฤติกรรมมีสาเหตุจากความผิดปกติทางชีววิทยา สังคม จิตใจ กรรมพันธุ์ หรือสารเคมี การเจ็บป่วยทางใจแต่ละอย่างจะมีอาการและอาการแสดงออกนับเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญยิ่งและเป็นสิ่งที่มีโอกาสเกิดขึ้นได้กับทุกคนทุกเชื้อชาติ (กรมสุขภาพจิต, 2547) ประเทศไทยถือเป็นปัญหาที่รุนแรงและมีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของบุคคลและสร้างภาระให้แก่ครอบครัว สังคมอย่างมากเช่นกัน จากรายงานผลการศึกษากาเวโรคในประชากรไทย พ.ศ.2547 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศพบว่า จำนวนปีที่สูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพจากการเจ็บป่วยและการบาดเจ็บของผู้ชายไทยคิดเป็น 1.9 ล้านปี และผู้หญิงคิดเป็น 2.0 ล้านปี โดยจำแนกตามสาเหตุหลักของการสูญเสียจากภาวะบกพร่องทางสุขภาพในชาย ได้แก่ โรคทางจิตเวชคิดเป็นร้อยละ 33 รองลงมา คือ โรคความผิดปกติทางประสาท คิดเป็นร้อยละ 28 และสำหรับเพศหญิง สาเหตุหลัก ได้แก่ โรคความผิดปกติทางประสาท คิดเป็นร้อยละ 41 รองลงมา คือโรคทางจิตเวช คิดเป็นร้อยละ 17

(สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2549)

สำหรับสถานการณ์ผู้ป่วยทางจิตเวชในพื้นที่อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลาตามทะเบียนการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยจิตเวชของคลินิกจิตเวช แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลจะนะ ในปี พ.ศ. 2552 – 2553 การส่งต่อผู้ป่วยทางจิตเวชไปยังโรงพยาบาลจิตเวชสงขลาราชนครินทร์ ติดอยู่ในอันดับต้นๆ

ปัจจุบันแนวคิดในการบำบัดรักษาโรคจิตเวช โดยการนำครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบำบัดร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับต่างๆจึงเป็นสิ่งสำคัญ ทั้งนี้เพื่อให้ครอบครัวและชุมชนมีทัศนคติที่ถูกต้องคือมีทัศนคติแห่งการช่วยเหลือไม่ใช่ตำหนิตีเดียหรือไม่ยอมรับผู้ป่วย การนำครอบครัวและผู้มีจิตอาสาโดยธรรมชาติในชุมชนเข้ามาร่วมในการบำบัดตั้งแต่ระยะแรก จะได้ผลดีกว่านำเข้ามาร่วมในระยะหลัง การทำจิตบำบัดครอบครัวและการบำบัดด้วยยาเป็นสิ่งที่เสริมกันและกัน ยาจะทำให้ผู้ป่วยตอบสนองต่อจิตบำบัดดีขึ้นโดยช่วยให้อาการเครียดและวิตกกังวลลดลงและมีสมาธิมากขึ้นในทางกลับกันการทำจิตบำบัดก็จะช่วยให้ผู้ป่วยและ

ครอบครัวมีความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการดูแลตนเองทั้ง สามารถปรับเปลี่ยนสัมพันธภาพที่มีต่อกันให้เหมาะสมยิ่งขึ้น(อุมาพร ตรังสมบัติ, 2544, หน้า 360)

โรงพยาบาลจะนะได้นำแนวคิดเครือข่ายสุขภาพจิตมาใช้โดยการจัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายในระดับอำเภอ เพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน การรักษาในปัจจุบันจึงตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน โดยครอบครัวเป็นสถาบันที่เหมาะสมและสำคัญที่สุดในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเพิ่มบทบาทและความเข้มแข็งของภาคประชาชนให้สามารถส่งเสริม ป้องกัน และดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชภายในชุมชนได้ด้วย ความร่วมมือของชุมชน เป็นการดำเนินงานแบบเครือข่ายสุขภาพจิต

เครือข่ายสุขภาพจิตระดับอำเภอ ประกอบด้วย ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้น มีหน้าที่ให้กำลังใจ ชักชวนให้มารักษา สนับสนุนให้รับประทานยา ผู้ดูแลผู้ป่วยและญาติต้องมีความเข้าใจและให้กำลังใจในการรักษา ดูแลเรื่องการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ จิตอาสาโดยธรรมชาติในชุมชนทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วย ให้กำลังใจติดตามผลการรักษา อสม./อบต./ผู้นำศาสนา(พระ/เณร/อิมาม) ทำหน้าที่ค้นหาผู้ป่วย ร่วมเยี่ยมบ้านกับเจ้าหน้าที่ ให้กำลังใจ และใช้ศาสนาในการช่วยบำบัดรักษา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำหน้าที่คัดกรองเบื้องต้น ติดตามเยี่ยมบ้าน และป้องกันโรคทางจิตเวช โรงพยาบาลจิตเวช/แพทย์โรงพยาบาลชุมชน ทำหน้าที่ให้คำแนะนำปรึกษาดูแลอย่างต่อเนื่องและเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยโรคที่ซับซ้อนพยาบาลและแพทย์จิตเวชโรงพยาบาลจิตเวช สงขลา โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ โรงพยาบาลหาดใหญ่ ปรึกษาและดูแลผู้ป่วยในกรณีที่มีความซับซ้อน

จากสถานการณ์เบื้องต้นเห็นได้ว่าชุมชนระดับตำบลต่างๆในอำเภอจะนะมีทุนทางสังคมที่จะพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบล ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา เพื่อให้เกิดเครือข่ายสุขภาพจิตในระดับอำเภอเพื่อการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

## วัตถุประสงค์

1.ศึกษาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพจิตในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกตำบลในอำเภอจะนะ

2.พัฒนาศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพจิตในการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกตำบลในอำเภอจะนะ

## ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาคั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะ เพื่อพัฒนาผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยมีประชากรที่เป็น เครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะ ได้แก่ ผู้ที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในหน่วยงานในระดับอำเภอและตำบล ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา จำนวน 52 คน และผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกตำบลในอำเภอจะนะ ผู้ป่วย 1 คนต่อผู้ดูแล 1 คน จำนวนผู้ป่วยทางจิตเวช ปี 2553 จำนวน 197 คนให้มิตศักยภาพทั้งสามด้าน คือ ความรู้ เจตคติ และการปฏิบัติ เกี่ยวกับการดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

## สมมติฐานการวิจัย

1.เครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะ ที่ได้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพมีความสามารถพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมพัฒนา

2.ผู้ดูแลผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบลที่เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมดูแลสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพ

## การทบทวนวรรณกรรมและแนวคิด

ความผิดปกติของจิตใจ(mental disorder) หมายถึงการเจ็บป่วยซึ่งแสดงอาการออกทางจิตใจและทางพฤติกรรมร่วมกับการทำหน้าที่ของจิตใจผิดปกติไป ซึ่งมีสาเหตุมาจากความผิดปกติทางชีววิทยาสังคมจิตกรรมพันธุ์ ทางร่างกาย หรือสารเคมี การเจ็บป่วยทางใจแต่ละอย่างจะมีอาการและอาการแสดงเฉพาะของแต่ละโรค

การสร้างเสริมสุขภาพจิต หมายถึง การกระทำกิจกรรมใดๆก็ตามที่ทำให้บุคคลมีการพัฒนาและมีกรายก

ระดับจิตใจ ให้เข้มแข็งพร้อมที่จะเผชิญ หลีกเลี้ยง หรือ ขจัดปัญหาที่เข้ามารบกวน กัดฉับ หรือกระทบกระเทือนจิตใจ รวมถึงการปฏิบัติที่มุ่งกระทำเพื่อลดปัจจัยที่ทำให้เกิดความเครียดทั้งร่างกายจิตใจและอารมณ์โดยมุ่งส่งเสริมพัฒนาให้บุคคลมีศักยภาพ หรือเพิ่มความสามารถในการดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อมและสังคมได้อย่างมีความสุข (มรรยาท รุจิษณีย์, 2548)

แนวทางการสร้างเสริมศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช กล่าวคือ การสร้างเสริมสุขภาพจิตถือเป็นการเสริมสร้างศักยภาพวิธีหนึ่งการที่บุคคลกระทำเพื่อให้ตนเองมีสุขภาพดีทั้งกายและจิตโดยมีนักวิชาการหลายท่านได้กล่าวถึงวิธีการสร้างเสริมสุขภาพจิต ได้แก่ อุมพร ตรังสมบัติ (2540) ได้ระบุกิจกรรมในการสร้างเสริมสุขภาพจิตไว้ 5 วิธีคือ การกินอาหารที่ถูกหลัก การออกกำลังกายที่สม่ำเสมอการพักผ่อนอย่างเพียงพอการมีกิจกรรมนันทนาการ และการหลีกเลี้ยงพิษภัยต่อสุขภาพ ส่วนเพนเดอร์ (Pender, 1996) ได้เสนอแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อประยุกต์ใช้ในการสร้างเสริมสุขภาพจิตเพื่อให้เกิดผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี มี 6 ด้าน คือ ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายการเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์ และมีคุณค่าการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด

การสร้างเสริมสุขภาพจิตเป็นการกระทำเพื่อมุ่งให้ตนเองมีภาวะสุขภาพจิตที่ดี (Helen, Shekharn & Rob, 2005) ซึ่งประกอบด้วย 5 ด้าน คือ การสร้างความมีคุณค่าแห่งตนการสร้างทักษะการเผชิญปัญหาหรือการจัดการปัญหาการแนะนำแหล่งสนับสนุนการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณ และการสร้างเสริมความแข็งแรงทางร่างกาย ด้านการสร้างเสริมความมีคุณค่าแห่งตน การสร้างเสริมความมีคุณค่าแห่งตนเป็นการปฏิบัติของพยาบาลโดยมุ่งให้ผู้ดูแลกระทำหรือปฏิบัติกิจกรรมใดๆเพื่อให้เกิดความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง เกิดความมั่นใจและเชื่อมั่นในตนเองรู้สึกว่าคุณค่าตนเองมีความหมาย มีความสามารถตลอดจนมีความสำคัญและมีประโยชน์ต่อผู้อื่น รวมถึงการยอมรับนับถือตนเอง และได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และมีการมองตนเองในทางที่ดี

ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม (2539, หน้า 84-94 อ้างถึงใน เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ, 2545, หน้า 13) ได้ให้ความหมายผู้ดูแลและเครือข่ายสุขภาพจิตหมายถึงญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือดูแลแก่ผู้ป่วยที่บ้านญาติหรือบุคคลในที่นี้อาจเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร ญาติพี่น้อง เพื่อน บุคลากรทางด้านสาธารณสุขทำการดูแลผู้ป่วยโดยผู้ป่วยเป็นบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเปลี่ยนแปลงเนื่องจากโรคความพิการหรือความเสื่อมถอยของสมรรถภาพร่างกายจิตใจ อารมณ์ที่มีผลทำให้ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหรือก่อให้เกิดความต้องการในการดูแลรักษาเฉพาะอย่างต่อเนื่องโดยไม่ได้รับคำตอบแทนที่เป็นค่าจ้างหรือรางวัล ฉะนั้น ผู้ดูแลมีส่วนสำคัญมากในการให้กำลังใจและช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยจิตเภท สิ่งแรกและสิ่งสำคัญที่สุดคือ ความเข้าใจในโรคทางจิตเวชผู้ดูแลรวมทั้งเครือข่ายสุขภาพจิตจะเป็นส่วนสำคัญในการช่วยเหลือรักษาผู้ป่วยและบทบาทที่สำคัญได้แก่ การช่วยป้องกันการกำเริบซ้ำของโรค ซึ่งอาจเกิดจากการขาดยาผู้ป่วยมีความเครียดหรือขาดการดูแลเอาใจใส่จากผู้ดูแล

การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน พบว่า ความพร้อมที่ทำให้ผู้ป่วยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด ต้องอาศัยปัจจัยทั้งหมด 3 ด้าน คือ ปัจจัยด้านความรู้ ปัจจัยด้านทัศนคติและปัจจัยด้านการปฏิบัติ โดยความรู้เกี่ยวกับโรคจิตในมุมมองของกลุ่มผู้ป่วยและญาติ คิดว่าหมายถึงโรคประสาทหรือโรคเครียดซึ่งเป็นการเข้าใจในการสื่อความหมายที่ผิดส่วนในกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. บอกได้ว่าโรคจิตหมายถึงบ้าหรือโรคที่มีความผิดปกติทางความคิด อารมณ์ และการแสดงออกทัศนคติกลุ่มผู้ป่วย พบว่า มีทัศนคติต่อตนเองในด้านบวกคือ คิดว่าตนเองมีโอกาสรักษาหาย ถ้าทำตามคำแนะนำของแพทย์ และได้รับกำลังใจจากคนรอบข้าง ในกลุ่มญาติมีทัศนคติทั้งด้านบวกและลบในขณะเดียวกัน คือ มีความรู้ลึกสงสาร บางครั้งอยากดูแล แต่ก็ไม่ดูแล พาไปรักษาส่วนด้านลบในมุมมองยังคิดว่า ผู้ป่วยมีความสามารถไม่เท่ากับคนทั่วไป ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมช่วยงานการเจ็บป่วยทำให้บทบาทหน้าที่ของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไป ญาติจึงเกิดความรู้สึกเป็นภาระ สำหรับกลุ่มเพื่อนบ้าน และ อสม. ส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วย คือ มีความรู้ลึกสงสารไม่รังเกียจ อยากให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกับสังคมได้เหมือนคน

ปกติทั่วไป แต่ทั้งนี้ต้องมีอาการสงบ ไม่อาละวาด แต่ ถ้าหากผู้ป่วยมีอาการกำเริบรุนแรงถึงมีดหรืออาวุธก็เกิด ความรู้สึกกลัวเช่นกัน ด้านการปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ป่วยเอง ยอมรับเรื่องการทานยาตามแพทย์สั่ง นอนพักผ่อนให้เพียงพอ เอาใจใส่ตนเองมากขึ้นด้านสุขภาพอนามัย ไม่คิดมาก ทางการเมืองทำให้อยู่ห่าง แล่งดยาเสพติด ซึ่งจากที่รวบรวม มาถ้าผู้ป่วยปฏิบัติตามได้ ก็จะทำให้อยู่ในชุมชนได้นาน (ศิริวรรณ ฤกษ์ธนะชจร และคนอื่นๆ, 2544, หน้า 76-80)

สำหรับการศึกษากองส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการดูแลผู้มีภาวะวิตกกังวลอำเภออุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า ปัญหาในการดูแลผู้มีภาวะวิตกกังวลในชุมชน แบ่งตามกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง ดังนี้ (สุลีวรรณ เพียรทอง ศักดา ชำคม, ลัดดาวณีย์ คุณวุฒิ, 2546, หน้า 71-76)

1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้บริการ ขาดความรู้และทักษะในการดูแลผู้ที่มีภาวะวิตกกังวลไม่ มั่นใจในการที่จะให้การช่วยเหลือทางสังคมจิตใจ รวมทั้ง มีทัศนคติที่ไม่ดี 2) แกนนำชุมชน ไม่รู้จะช่วยเหลืออย่างไร เนื่องจากขาดความรู้และทักษะในการที่จะช่วยเหลือและ มีความคิดว่าเป็นเรื่องส่วนตัวของแต่ละบุคคล/ครอบครัว 3) ครอบครัวและญาติ ยังขาดทักษะในการดูแล ไม่รู้จะ ช่วยเหลืออย่างไร ทักษะการสื่อสารในครอบครัวไม่เหมาะสม

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแล ผู้มีภาวะวิตกกังวลเกิดขึ้นได้จากการที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้ ทำความเข้าใจร่วมกันในสถานการณ์ปัญหาสร้างความคุ้นเคย ไว้วางใจและเข้าใจกัน จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ในเรื่องของการดูแลตนเองเพื่อลดความวิตกกังวล ร่วมกัน คิดหาวิธีแก้ไขปัญหาและความต้องการโดยสร้างข้อตกลง ร่วมกัน มีกลุ่มแกนหลักรับผิดชอบดำเนินกิจกรรม โดยมี เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นพี่เลี้ยงให้การสนับสนุน และช่วยเหลือจนเกิดวิธีปฏิบัติการดูแลผู้มีภาวะวิตกกังวล ในชุมชนขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมจะเห็นได้ว่าการ เสริมสร้างสุขภาพจิตซึ่งถือว่าเป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนา ศักยภาพให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดหรือญาติผู้มีปัญหาสุขภาพจิตมี ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านหรือครอบครัวผู้ดูแลผู้

มีปัญหาสุขภาพจิตสมควรอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการพัฒนา ศักยภาพทั้งด้านความรู้เจตคติและพฤติกรรมมารดูแลผู้ป่วย อันเป็นผลทำให้ผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีคุณภาพ ชีวิตที่ดีจึงได้นำแนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างสุขภาพจิตให้ กับผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมาพัฒนาศักยภาพ เครือข่ายสุขภาพจิตเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหา สุขภาพจิตและจิตเวช ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา

## วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้มีความมุ่งหมายเพื่อศึกษาผลการ พัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ผู้วิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอน ดังนี้

1. การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง
2. จัดโครงการอบรมเพื่อพัฒนาเครือข่ายสุขภาพจิต
3. เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสัมภาษณ์กลุ่มถึง ปัญหาการดูแลผู้ป่วยสุขภาพจิตและแนวทางในการแก้ไข ปัญหา
4. ทดสอบประเมินผลก่อนและหลังการอบรมด้วย แบบสอบถาม
5. ประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช

## การกำหนดประชากรและเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 3 กลุ่ม ดังนี้

1. เครือข่ายสุขภาพจิต ได้แก่ ผู้ที่รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตในหน่วยงานในระดับอำเภอและตำบลใน อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ประกอบด้วยหน่วยงานดังนี้ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอจะนะ โรงพยาบาลจะนะ โรง พยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง เทศบาลทุกแห่ง องค์การบริหารส่วนตำบลทุกแห่ง จำนวน 52 คน
2. ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทุกตำบลใน อำเภอจะนะ ผู้ป่วย 1 คนต่อผู้ดูแล 1 คน โดยถือจำนวน ผู้ป่วยทางจิตเวช ปี 2553 จำนวน 197 คน
3. ผู้ป่วยทางจิตเวชในอำเภอจะนะปี 2553 จำนวน 197 คน

## กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คือ ผู้รับผิดชอบงาน สุขภาพจิตในหน่วยงานในอำเภอจะนะโดยถือประชากร

ทั้งหมดเป็นกลุ่มตัวอย่างจำนวน 52 คน ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ทุกตำบลจำนวน 165 คน ผู้ป่วยทางจิตเวชในอำเภอจะนะ ปี 2553 จำนวน 49 คน ได้มาโดยการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายสุขภาพจิต

1. ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตในหน่วยงานทั้งในระดับอำเภอและตำบลในอำเภอ

2. ผู้เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพ

ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกตำบล

1. ผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโดยตรงและใกล้ชิดมากที่สุด

2. อ่านและเขียนหนังสือได้

3. ระยะเวลาดูแลผู้ป่วยไม่ต่ำกว่า 1 ปี

4. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโดย เป็นญาติ สามีหรือ

ภรรยา

ผู้ป่วยทางจิตเวช

1. ผู้ป่วยที่มีชื่ออยู่ในทะเบียนผู้ป่วยจิตเวชของโรงพยาบาลจะนะ

2. ผู้ป่วยที่มีอาการดีขึ้นพูดคุยสนทนาได้ระดับ

หนึ่ง

3. อ่านออกเขียนหนังสือได้

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ครั้งนี้ใช้แบบวัดที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย และแบบวัดของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

แบบวัดความรู้เจตคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อวัดความรู้เจตคติและพฤติกรรมการดูแลผู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ประกอบด้วย วัดด้านความรู้ วัดด้านเจตคติ และวัดด้านพฤติกรรมการดูแลผู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ด้านละ 20 ข้อ รวมจำนวน 60 ข้อ

แบบวัดความมั่นใจ ประกอบด้วย คำถาม ความเชื่อมั่นการไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

เครื่องมือชุดนี้ ผู้วิจัยได้ดำเนินการหาคุณภาพโดยเริ่มจาก หาความตรงตามเนื้อหา (content validity) ตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน และคณะผู้วิจัย

นำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้นำแบบวัดไปทดลองใช้ (try out) กับผู้ดูแลผู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน แล้วนำมาหาค่าความเที่ยง (reliability) แบบวัดเจตคติ มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.76 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลผู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และแบบวัดความมั่นใจในการดูแลผู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 ซึ่งถือว่าเครื่องมือดังกล่าวมีคุณสมบัติพร้อมในการทำวิจัย

แบบวัดความเครียดสวนปรุง (Suanprung Stress Test - 20, SPST - 20) เป็นแบบวัดมาตรฐานโดยยืมใช้กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 20 ข้อ

แบบวัดความสุขคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อใหม่ปี 2547 (The New Thai Happiness Indicator: TH-15: 2004) เป็นแบบวัดมาตรฐานโดยยืมใช้กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 15 ข้อ

แบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับสถาบันสมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอ เป็นแบบวัดมาตรฐานโดยยืมใช้กรมสุขภาพจิต ประกอบด้วย 21 ข้อ

## การเก็บรวบรวมข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะ เพื่อไปพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช โดยใช้กระบวนการพัฒนา คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิต เป็นหลักสูตรการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการ ใช้เวลาฝึกอบรมจำนวน 3 วัน ประกอบด้วย เนื้อหาและ ขั้นตอน ดังนี้

1. การให้ความรู้เรื่อง สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในแต่ละกลุ่มวัย ปัญหาสุขภาพจิตและแนวทางช่วยเหลือโรคทางจิตเวช และแนวทางการช่วยเหลือ

2. ขั้นตอนปฏิบัติการ การค้นหาและช่วยเหลือผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพจิตชุมชน

3. การอภิปรายกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์ (Focus group)

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนเมษายน 2553 ถึงเดือนมกราคม 2555 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะและผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเวชในระดับตำบล อำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา ให้มีศักยภาพทั้งด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวช อันจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชให้ดีขึ้น โดยทีมงานวิจัยได้ดำเนินการตามขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. สร้างทีมงานและพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะโดยประสานงานกับกลุ่มงานจิตเวชโรงพยาบาลจะนะ สาธารณสุขอำเภอเทศบาลตำบล องค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อคัดเลือกเครือข่ายสุขภาพจิตจาก 14 ตำบล จำนวน 52 คน เข้าร่วมอบรมพัฒนาศักยภาพโดยการอบรมเชิงปฏิบัติการและประเมินศักยภาพ ความมั่นใจในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

2. เครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะจัดทำแนวทางเพื่อพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบล ดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและผู้ป่วยจิตเวชในระดับตำบล

### 3. การประเมินผล

3.1 ประเมินศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพโดยใช้เครื่องมือประเมินความมั่นใจในการดูแลส่งเสริมป้องกันและแก้ไขผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

3.2 ประเมินศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพโดยใช้เครื่องมือวัดความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

3.3 ประเมินศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้เครื่องมือวัดความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช

3.4 ประเมินความสุข ความเครียดของผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้เครื่องมือวัดความสุขและความเครียด

3.5 ประเมินคุณภาพชีวิตของผู้มีปัญหสุขภาพจิตและจิตเวชโดยใช้เครื่องมือแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับสมเด็จพระยา

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ด้วยสถิติร้อยละ มัชฌิมเลขาคณิต ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบค่าสถิติ  $t$ -test for Independent Samples ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการอภิปรายกลุ่มย่อยและสัมภาษณ์ (Focus group)

## ผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตและผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบล ในอำเภอจะนะ จังหวัดสงขลา กลุ่มตัวอย่างคือเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะ จำนวน 52 คน ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชทุกตำบลในอำเภอจะนะ จำนวน 165 คน ผู้ป่วยทางจิตเวชในอำเภอจะนะ ปี 2553 จำนวน 49 คน ผลการศึกษาดังต่อไปนี้

1. เครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะมีความรู้ความสามารถมีความมั่นใจในการปฏิบัติงานไปพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบล

### ตาราง 1

ผลการเปรียบเทียบศักยภาพของของเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะก่อนและหลังการได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ

ศักยภาพ	N	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนการได้รับการอบรม	52	2.80	3.27	
หลังการได้รับการอบรม	52	.831	.770	10.956*

\* $P < .05$

จากตาราง 1 เปรียบเทียบศักยภาพของเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะก่อน และหลังการได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ พบว่าหลังอบรมพัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อน อบรมพัฒนาและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในตาราง 2

ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมการปฏิบัติในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช(ตรวจสอบจิตเภท)ในระดับตำบลก่อนและหลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ

(กลุ่มตัวอย่าง = 165)

	N	$\bar{X}$	SD	t
ก่อนการอบรม	165	2.52	0.21	- 4.51*
หลังการอบรม	165	2.65	0.9	

\* $P < .05$

3. ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในภาวะปกติ และมีความสุขเท่ากับคนทั่วไป จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชที่อยู่ในความดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ดังตาราง 3

ตาราง 3

ผลการวัดระดับคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวช

(กลุ่มตัวอย่าง = 49 )

ระดับคุณภาพชีวิต	จำนวน	ร้อยละ
คุณภาพชีวิตระดับต่ำ	1	2.00
คุณภาพชีวิตระดับปานกลาง	11	22.40
คุณภาพชีวิตระดับสูง	19	38.80
คุณภาพชีวิตระดับสูงมาก	18	36.70
รวม	49	100

## สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังจากการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะแล้วหลังจากนั้นไปดำเนินงานพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบลส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพเพิ่มขึ้นโดยพบว่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของผู้ดูแลหลังการอบรมพัฒนาสูงกว่าก่อนอบรมพัฒนาและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 และยังพบว่า ผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชส่วนใหญ่มีความเครียดอยู่ในภาวะปกติ และมีความ

ระดับต่ำบมีศักยภาพเพิ่มขึ้นโดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชหลังการอบรมพัฒนาสูงกว่าก่อนอบรมพัฒนาและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังตาราง 2

สุขเท่ากับคนทั่วไป จึงส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทที่อยู่ในความดูแลส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง

และผลจากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพในกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชระดับตำบลพบว่า ปัญหาที่พบสำหรับผู้ป่วยจิตเวชคือ รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ญาติหรือผู้ดูแลไม่รู้ขั้นตอนของการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาล ชุมชนมีเจตคติไม่ดีต่อผู้ป่วย ญาติหรือผู้ดูแลไม่เข้าใจและไม่มีความรู้เพียงพอในการดูแล ญาติหรือผู้ดูแลมีข้อเสนอแนะว่า แนวทางการแก้ไขญาติหรือผู้ดูแล ต้องมีความรู้ เจตคติ



และทักษะปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยอย่างเพียงพอจึงจะทำให้ผู้ป่วยรับประทายยา และอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข

## อภิปรายผล

จากการวิจัยพบว่าเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะมีความมั่นใจอยู่ในระดับสูงและเมื่อไปปฏิบัติงานในพื้นที่กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในพื้นที่ระดับตำบลสามารถพัฒนาผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างถูกต้องและทำให้ผู้ป่วยจิตเวชที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการที่เครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะมีศักยภาพในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชหลังอบรมพัฒนาศักยภาพเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการเข้ารับการอบรมพัฒนาศักยภาพ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ พวงสร้อย วรกุล นันทิกา ทวีราชชาติ และ พิรพนธ์ ลือบุญวัชชัย (2550) ซึ่งทำการวิจัยการให้สุขภาพจิตศึกษาเกี่ยวกับโรคจิตเภทส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงของความรู้และเจตคติทั้งยังส่งผลให้เกิดความสำเร็จในการรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทได้

เมื่อเปรียบเทียบความรู้เจตคติและการปฏิบัติในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชของเครือข่ายสุขภาพจิต ก่อนและหลังการอบรมมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากมโนคติของกระบวนการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์เดิม ระหว่างผู้เรียนด้วยกันและเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะได้เชื่อมโยงให้เกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ที่ถูกต้องเหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยร่วมกันวิเคราะห์ที่ประสบการณ์ตรงของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมในการดูแลปฏิบัติที่ดีขึ้น และจากการได้ใช้กระบวนการเรียนการสอนดังกล่าว มีญาติเป็นส่วนใหญ่เสนอให้จัดในลักษณะเช่นนี้บ่อยๆเพื่อจะได้ระบายความทุกข์ที่กำลังใจแก่กันและกันซึ่งเป็น

สุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี นอกจากนี้ชุมชนต้องทำความเข้าใจและมีเจตคติที่ดีต่อผู้ป่วยด้วยเช่นกัน

ประโยชน์นอกเหนือจากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้หาแนวทางการแก้ปัญหา ซึ่งสอดคล้องกับการเสนอแนวทางการสร้างเสริมสุขภาพ เพนเดลี (Pendele, 1996) กล่าวว่าในการสร้างเสริมสุขภาพจิต เพื่อให้เกิดผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดีมี 6 ด้าน คือความรับผิดชอบต่อสุขภาพ กิจกรรมทางกายซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวร่างกาย การเลือกบริโภคอาหารที่มีประโยชน์และมีคุณค่าการมีสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การเจริญทางจิตวิญญาณและการจัดการความเครียด

ทั้งนี้ยังสอดคล้องกับผลประเมินความเครียดความสุขของผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชหลังจากได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ พบว่า ส่วนใหญ่ความเครียดของผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบลอยู่ในระดับปกติ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้ดูแลได้รับการอบรมและพูดคุยกับกลุ่มผู้ดูแลด้วยกันอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการสนทนากลุ่ม พบปะแลกเปลี่ยนสภาพปัญหาและแนวทางแก้ไขปัญหาผู้ดูแลจึงมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมากขึ้น ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นเหตุให้ความเครียดของผู้ดูแลส่วนใหญ่อยู่ในระดับปกติเมื่อวัดความสุขของผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบล พบว่า ส่วนใหญ่มีความสุขเท่ากับคนทั่วไปซึ่งสอดคล้องกับความเครียดของผู้ดูแลส่วนใหญ่ที่อยู่ในระดับปกติ เป็นเพราะผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นเป็นผลมาจาก ผู้ดูแลมีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้นหลังจากได้รับการอบรมพัฒนาศักยภาพ

จากการใช้กระบวนการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตทุกตำบลในอำเภอจะนะ ทำให้คะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (คิดเป็นร้อยละ 38.80) รองลงมาคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชอยู่ในระดับสูงมาก ( คิดเป็นร้อยละ 36.70) ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชมีความรู้ ความสามารถ และมีศักยภาพเพิ่มขึ้นส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ผู้ป่วยไม่มีอาการป่วยซ้ำ และมีคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ดีขึ้นด้วยโดยเฉพาะด้านการทำกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดี (อาบน้ำ แต่งตัว แปรงฟัน ฯลฯ)

## ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

จากการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตในระดับอำเภอและตำบลและผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชในระดับตำบล พบว่า เครือข่ายสุขภาพจิตในทุกระดับมีศักยภาพเพิ่มขึ้นและมีวิธีการแนวทางในการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชซึ่งผู้ดูแลดังกล่าวใกล้ชิดกับผู้ป่วยมากเมื่อผู้ดูแลมีศักยภาพเพียงพอในการดูแลผู้ป่วยทางจิตเวชได้อย่างถูกต้องจึงทำให้ผู้ป่วยไม่ป่วยซ้ำหรือลดอาการกำเริบจนทำให้คุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเวชดีขึ้น

กิจกรรมที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพที่จัดให้เน้นเป็นกระบวนการเรียนการสอนแบบมีส่วนร่วมที่เน้นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประสบการณ์เดิม ระหว่างผู้เรียนด้วยกันและเกิดการเรียนรู้ในสิ่งใหม่ที่ต้องการเหมาะสมในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยโดยรวมกันวิเคราะห์ประสบการณ์

ตรงของผู้ดูแลเพื่อให้เกิดการเรียนรู้ทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยซึ่งอาจส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการดูแลปฏิบัติดีขึ้น

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องสามารถนำกระบวนการในการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพจิตและผู้ดูแลผู้มีปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวช ไปใช้ในพื้นที่อื่นได้ โดยปรับใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการของพื้นที่แต่ละพื้นที่

## ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาวิจัยในครั้งต่อไปอาจจะศึกษาการนำไปประกอบการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมของญาติมาใช้เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล ซึ่งเป็นการต่อยอดศักยภาพของผู้ดูแลให้มีความชำนาญและเชี่ยวชาญมากขึ้น

## เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต.(2547). *การดำเนินงานสุขภาพจิตในศูนย์สุขภาพชุมชน*.กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ แอนด์ พับลิสซึ่งชูลีวรรณ เพียรทอง, ศักดา ชำคม และ ลัดดาวัลย์ คุณวุฒิ. (2546). *การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของ ชุมชนในการดูแลผู้มีภาวะวิตกกังวล อำเภอ อุทุมพรพิสัย จังหวัดศรีสะเกษ*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์. พวงสร้อย วรกุล, นันทิกา ทวีชาติ และพีรพันธ์ ลีอนุวัชชัย. (2550). ผลของโครงการการให้สุขภาพจิตศึกษาต่อความรู้และเจตคติเกี่ยวกับ โรคจิตเภทของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคจิตเภท. *วารสารจดหมายเหตุสุขภาพจิตศึกษา แพทยสมาคมแห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์*, 90(6), 1199-1204.
- มรรยาท รุจิชนีย์. (2548). *การจัดการกับความเครียดเพื่อสร้างเสริมสุขภาพจิต*. ปทุมธานี: โรงพิมพ์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- เสาวลักษณ์ ยาสวรรณ. (2545). *คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่เป็นโรคจิตเภท*. ปรินญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ศิริวรรณ ฤกษ์ชนะขจร, วัชนี หัตถพนม, สุวดี ศรีวิเศษ, ระพีพร แก้วคอนไทย, พงษ์ศักดิ์ ปัญญาประชุม และสุภาณี กิตติสารพงษ์. (2544). *การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตขณะอยู่ที่บ้าน*. ขอนแก่น: พระธรรมขันธ์.
- สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ.(2549). *รายงานความก้าวหน้าโครงการ พัฒนาการดำเนินการจัดทำเครื่องชี้วัดภาวะโรค*. กรุงเทพฯ: ผู้แต่ง
- อุมาพร ตรังสมบัติ.(2544). *จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว*. พิมพ์ครั้งที่ 5.กรุงเทพฯ : ชันดำการพิมพ์.
- Helen H., Shekhar S., & Rob, M. (2005). *Promotin mental health concepts emerging evidence practice*. Geneve: World Health Organization (WHO).
- Pender, N. J.(1996). *Health promotion in nursing practice (3rd ed.)*. Stanford, CT: Appleton & Lange.