

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมเนื้อหา ดังต่อไปนี้

1. ผู้พิการ
  - 1.1 ความหมายของผู้พิการ
  - 1.2 การดูแลบุคคลที่มีความพิการ
  - 1.3 ผลกระทบต่อผู้ดูแลบุคคลที่มีความพิการ
2. สุขภาพจิต
  - 2.1 ความหมายของสุขภาพจิต
  - 2.2 การประเมินสุขภาพจิต
3. การดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลของผู้พิการ
4. การวิเคราะห์สถานการณ์
5. สถานการณ์การดูแล ด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลของผู้พิการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย

### ผู้พิการ

#### ความหมายของผู้พิการ

องค์การอนามัยโลก กล่าวถึงความพิการ ไว้ว่า เป็นความเสียหายเปรียบของบุคคล ที่เกิดโดย ความชำรุด หรือความสามารถบกพร่อง ทำให้บุคคลนั้นไม่อาจแสดงบทบาทหรือกระทำการอะไร ให้เหมาะสมสอดคล้อง ได้ตามวัย เพศ สังคม และวัฒนธรรม(World Health Organization [WHO], 2012)

ความหมายของผู้พิการ ในทางวิชาการและในทางกฎหมายของประเทศไทย ในปัจจุบันยัง ไม่มีข้อยุติที่แน่นอน แต่มีหน่วยงานและองค์กรที่เกี่ยวข้อง ได้ให้ความหมายที่ใกล้เคียงกันไว้ดังนี้ พระราชบัญญัติ การฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ ปี พ.ศ. 2534 ได้กล่าวถึง คนพิการว่า

หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ หรือความบกพร่อง ทางร่างกาย ทางสติปัญญา หรือทางจิตใจ ตามประเภท และหลักเกณฑ์ ที่กำหนดในกฎกระทรวง ต่อมา ในปี พ.ศ. 2550 ได้มีการปรับปรุงและแก้ไขพระราชบัญญัติดังกล่าว เป็น พระราชบัญญัติส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 ประกาศใช้เมื่อ วันที่ 30 เมษายน 2552 และได้ให้ความหมายของผู้พิการไว้ดังนี้

ความหมาย ของคนพิการหรือผู้พิการ ตามพระราชบัญญัติส่งเสริม และพัฒนาคุณภาพชีวิต คนพิการ พ.ศ. 2550 มาตรา 4 คนพิการ หมายถึง บุคคลซึ่ง มีข้อจำกัด ในการปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน หรือการมีส่วนร่วมกิจกรรมทางสังคม เนื่องจากมีความบกพร่อง ทางด้านต่างๆ เช่น ทางการมองเห็น การได้ยินเสียง การเคลื่อนไหวร่างกาย การสื่อสาร ทางจิตใจ อารมณ์ พฤติกรรม สติปัญญา การเรียนรู้ หรือความบกพร่องอื่นใด ที่เป็นอุปสรรค ต่อการดำเนินชีวิต และมีความจำเป็น เป็นพิเศษ ที่จะต้องได้รับความช่วยเหลือ ด้านใดด้านหนึ่ง เพื่อให้สามารถ ปฏิบัติกิจกรรม ในชีวิตประจำวัน หรือเข้าไปมีส่วนร่วมทางสังคม ได้อย่างบุคคลทั่วไป (สำนักงานส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตคนพิการแห่งชาติ, 2553)

นอกจากนี้ วัชรารวีไพบูลย์ และคณะ (2553) ได้ให้ความหมาย ผ่านมุมมองหลายมุมมองว่า

มุมมองเชิงสงเคราะห์(charitable model of disability) มองว่า ความพิการเป็นเรื่องความผิดปกติ สูญเสีย ด้อยโอกาส ของบุคคล ดังนั้น บุคคลเหล่านี้ต้องได้รับความเห็นใจ และต้องให้ความสงเคราะห์ช่วยเหลือ เพื่อให้อยู่รอดได้ในสังคม

มุมมอง ทางการแพทย์ ( medical model of disability ) อธิบายว่า ความพิการเป็นผลมาจาก พยาธิสภาพของโรค หรือการบาดเจ็บที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้ และก่อให้เกิดร่องรอยความบกพร่อง (impairment) ของร่างกาย มีผลทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรม (disability) ต่างๆได้อย่างเต็มที่ จนหมดโอกาส หรือกลายเป็นคนด้อยโอกาส ในสังคม (handicapped)

มุมมองทางสังคม (social model of disability) มองว่า ความพิการเกิดจาก สภาพแวดล้อม และเงื่อนไขต่างๆ ในสังคม มีการจัดการไม่เหมาะสม ไม่สามารถตอบสนองความแตกต่าง ความหลากหลายของมนุษย์ ดังนั้นจึงมองว่า ความพิการเป็นปัญหาทางสังคม

และมุมมอง แบบบูรณาการ (bio-psycho-social model of disability ) มองว่า ความพิการเป็นอีกหนึ่งองค์ประกอบ ของภาวะสุขภาพของบุคคล ซึ่งควร ให้ความสำคัญกับการได้รับการพัฒนา ศักยภาพความสามารถของบุคคล เพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันอย่างสมดุล ในประชาชนที่มีความแตกต่างหลากหลาย

ประเภทและหลักเกณฑ์ ที่รัฐมนตรี ว่าการกระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์ ประกาศกำหนด ได้แบ่งประเภท ความพิการออกเป็น 6 ประเภท (กระทรวงการพัฒนา

สังคมและความมั่นคงของมนุษย์, 2552) ประกอบด้วย

1. ความพิการทางการมองเห็น ได้แก่ตาบอดสนิท มองเห็นเลือนรางหรือมองเห็นได้เพียงบางส่วน
2. ความพิการทางการได้ยินหรือสื่อความหมาย ได้แก่ หูหนวก หูตึง เป็นไปพร้อมทั้ง คนที่มีความบกพร่องในการออกเสียงพูด เนื่องจากอวัยวะที่ใช้ ในการออกเสียง พูดบกพร่อง หรือผิดปกติ เช่น ปากแหว่ง เพดานโหว่
3. ความพิการทางการเคลื่อนไหวหรือทางร่างกาย ซึ่งเกิดขึ้นตั้งแต่กำเนิด หรือภายหลัง รวมถึงอวัยวะผิดปกติ หรืออวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งขาดหายไป เช่น แขนหรือ ขาขาด และการทำหน้าที่ผิดปกติ อันเป็นผลมาจากสาเหตุต่างๆ เช่นการบาดเจ็บ อุบัติเหตุโรคบางอย่างหรือ สมองพิการ
4. ความพิการทางจิตใจหรือพฤติกรรมหรือออทิสติก ได้แก่ บุคคลที่มีความบกพร่องทางจิตใจ หรือ สมองในส่วนรับรู้ อารมณ์ ความคิด จนไม่สามารถควบคุม พฤติกรรมที่จำเป็นในการดูแลตนเอง หรืออยู่ร่วมกับผู้อื่น มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากปกติเป็นอย่างมากทำให้ไม่เป็นที่ยอมรับทางสังคม และวัฒนธรรม
5. ความพิการทางสติปัญญา ได้แก่ผู้ที่มีความบกพร่องทางสติปัญญา อย่างชัดเจน หรือ มีระดับ เชาวน์ปัญญาต่ำกว่า ระดับปกติ (ระดับเชาวน์ปัญญาปกติคือ 90-110)
6. และความพิการทางการเรียนรู้ บุคคลที่มีปัญหาในการเรียน เรียนช้า หรือรับรู้ได้ช้ากว่าวัย

จากความหมายดังกล่าวสรุปได้ว่าผู้พิการหมายถึง บุคคล ที่มีความบกพร่องทางด้านร่างกาย ทางสติปัญญา การเรียนรู้ หรือทางจิตใจ มาตั้งแต่กำเนิดหรือเกิดขึ้นภายหลัง และส่งผลให้เกิด ความพิการ โดย อาจเป็นชั่วคราว หรือถาวรและมีผล ทำให้ไม่สามารถ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ตามปกติ เกิดความเสียเปรียบ ในสังคมในการทำงานหรือด้านอื่นๆ

#### ผู้ดูแลบุคคลที่มีความพิการ

ผู้ดูแล (caregiver) หมายถึง ญาติหรือบุคคลที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ป่วยที่บ้านเป็นสมาชิกในครอบครัวที่เป็นคู่สมรส บิดามารดา บุตร ญาติพี่น้อง หรืออาจเป็นบุคคลใกล้ชิดอื่น ๆ (Davis, 1992)

ฮอโรวิทซ์ Horowitz (1985) ได้กล่าวถึงบทบาทของผู้ดูแล ไว้ 2 ลักษณะ โดยแบ่งบทบาท ความรับผิดชอบในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยซึ่งในการดูแลประกอบด้วย ญาติผู้ดูแลหลัก และผู้ดูแลรอง ดังนี้

1. ญาติผู้ดูแลหลัก (primary caregiver) จะเป็น ผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลที่กระทำต่อผู้ป่วยโดยตรง มุ่งเน้นที่การกระทำเพื่อตอบสนองความต้องการด้านร่างกาย เช่น การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล การจัดเตรียมให้ผู้ป่วยรับประทานยา เป็นต้น โดยใช้เวลาในการดูแลอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องมากกว่าคนอื่น ๆ

2. ญาติผู้ดูแลรอง (secondary caregiver) คือบุคคลอื่นในเครือข่ายของการดูแลที่มีหน้าที่จัดการด้านอื่น ๆ ซึ่งไม่ใช่การดูแลที่กระทำต่อตัวผู้ป่วยโดยตรง แต่จะปฏิบัติกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยเป็นครั้งคราวเมื่อผู้ดูแลหลักไม่สามารถกระทำหน้าที่ได้ หรือคอยช่วยเหลือผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้ป่วยแต่ให้เวลาการดูแลน้อยกว่า

การศึกษาครั้งนี้ ผู้ดูแลผู้พิการ หมายถึง บุคคลที่ทำหน้าที่ ในการปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลที่กระทำโดยตรงต่อผู้ที่มีความพิการทุกประเภท โดยจะเป็นผู้ดูแลหลักอย่างน้อย 1ปี และมีความเกี่ยวข้องเป็น บิดามารดา ปู่ ย่า ตา ยาย หรือญาติผู้ดูแลหลัก และไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือของรางวัลในการดูแลผู้พิการ ที่มีภูมิลำเนา อยู่ในตำบลป่ากุมเกาะ อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดสุโขทัย

### ผลกระทบต่อผู้ดูแลบุคคลที่มีความพิการ

ศรีพรรณ กันธวัช (2551) กล่าวว่า ครอบครัวยุคใหม่เป็นหน่วยย่อย ของการดูแล ประกอบด้วย กลุ่มคนขนาดเล็ก ซึ่งมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิด และมีการพึ่งพากันสูง โดยสมาชิกในครอบครัว จะมีบทบาทหน้าที่ของตนเอง และปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่นั้น เพื่อเป็นการรักษาความสมดุลของครอบครัว ให้เป็นไปอย่างปกติ และหากมีสมาชิกคนใด คนหนึ่ง ของครอบครัว ต้องเผชิญ กับสิ่งที่ก่อให้เกิดความเครียด หรือเกิด ปัญหาจาก สถานการณ์ต่างๆ และมีผลทำให้สมาชิก มีความเจ็บป่วย หรือมีปัญหาเกิดขึ้น ก็จะส่งผลกระทบต่อสมาชิกครอบครัวคนอื่นๆด้วย จากการ ทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการดูแลผู้พิการ จะพบว่า ในครอบครัวผู้พิการ ผู้ดูแลผู้พิการจะได้รับ ผลกระทบ ในหลายด้าน ได้แก่ ด้าน ร่างกาย จิตใจและอารมณ์ สัมพันธภาพในครอบครัว และ เศรษฐกิจ ดังนี้

#### 1. ผลกระทบด้านร่างกาย

พบว่า มารดาผู้ดูแลเด็กพิการ จะมีแบบแผน การดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป ทั้งด้าน กิจวัตรประจำวัน เวลาว่างหรือการพักผ่อนส่วนตัวลดลง เพราะต้องใช้เวลาส่วนใหญ่ดูแลบุตรพิการ ที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ จึงเกิดความอ่อนเพลีย เหนื่อยล้าจากการดูแล (สมพร จึงรุ่งเรืองกลกิจ และคณะ, 2544) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา ที่ศูนย์บริการดูแลเด็กเวลากลางวัน หรือ โรงเรียนศึกษาพิเศษ ในประเทศ เนเธอร์แลนด์ ที่ศึกษาเกี่ยวกับปัญหาของเด็ก บกพร่องทางสติปัญญา ในเด็ก



อายุ 1- 19 ปี ที่มีภาวะปัญญาอ่อนเล็กน้อย ถึงรุนแรงมาก พบว่า ปัญหาการนอน และปัญหาด้านพฤติกรรม ของเด็ก เช่นนอนหลับยาก ก้าวร้าว กรีดร้อง อารมณ์แปรปรวน ไม่เชื่อฟัง เฉื่อยชา หรือมีพฤติกรรมซ้ำๆ มีผลทำให้ผู้ดูแล นอนหลับไม่เพียงพอร้อยละ 20 และ มีอาการอ่อนเพลีย ร้อยละ 47 (Didden et al., 2002) และจากการศึกษาเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้มีความบกพร่องทางสติปัญญา ในเด็กอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีภาวะปัญญาอ่อนเล็กน้อยถึงปานกลาง จำนวน 792 คน พบว่า ผู้ดูแลมีสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 22.7 (Chou et al., 2006) และมีการศึกษาเกี่ยวกับภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกันระหว่างมารดาที่ดูแลเด็ก ที่มีความพิการด้านสติปัญญา กับมารดา ที่ดูแลเด็กปกติ พบว่าผู้ดูแลเด็กที่มีความพิการด้านสติปัญญา จะรู้สึกเหนื่อยล้า ร้อยละ 55 ระบุว่าตนเองสุขภาพไม่ดี ร้อยละ 41 มีอาการเจ็บป่วยทางกายร้อยละ 20 และมีอาการเจ็บป่วยต้องพบแพทย์ร้อยละ 22 ซึ่งมากกว่าผู้ดูแลเด็กปกติ (Emerson, 2003)

นอกจากนี้ผลการศึกษา ของ ปรีชา ประณีตพลกรัง (2547) ที่ศึกษาเกี่ยวกับการใช้เวลา ในการดูแลเด็ก ที่มีความพิการ พบว่า มารดาใช้เวลาหมดไปกับ กิจกรรม การดูแล ใน 3 ด้าน ได้แก่ ทำงานบ้าน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลเด็ก ใช้เวลา 2 ชั่วโมง การดูแลเด็กโดยตรง ใช้เวลา 3 ชั่วโมง 36 นาที และกิจกรรมการเฝ้าระวังใช้เวลา 6 ชั่วโมง 30 นาที โดยใช้เวลาในการทำกิจกรรมทั้งหมด 12 ชั่วโมง 6 นาทีซึ่งเวลาของผู้ดูแลส่วนใหญ่หมดไปกับการดูแลเด็กพิการ ผู้ดูแล จะได้รับผลกระทบในด้านต่างๆ เช่นเดียวกับการดูแลผู้ป่วยอื่นๆ ดังที่ มอนโกรี (Montgomery, 1985) ได้กล่าวว่าผู้ดูแล จะถูกรบกวนในด้านต่างๆ เช่นผู้ดูแล ต้องแบ่งเวลาไปดูแลบุคคลอื่น ในครอบครัว ที่มีความเจ็บป่วยหรือพิการ จะทำให้มีเวลา สนใจในสุขภาพของตนเองลดลง โดยเฉพาะคนที่มีโรคประจำตัว อาจมีอาการกำเริบเพราะรับประทานอาหาร หรือยา ไม่ตรงเวลา ในด้านการมีกิจกรรมออกกำลังกาย หรือการพักผ่อนนอนหลับ อาจทำได้ไม่เต็มที่ หรือเพียงพอทำให้ผู้ดูแล ที่ต้องมีกิจกรรมออกกำลังกาย เพื่อส่งเสริมสุขภาพตนเอง ต้องลดลงไป เช่นเดียวกับการดูแลผู้พิการทางการเคลื่อนไหว ที่เป็นอัมพาตผู้ดูแล จะต้องดูแล กิจวัตรประจำวัน ตั้งแต่ ตื่นนอน จนถึงเข้านอน ดังนี้ การดูแลความสะอาดในช่องปาก การดูแลการขับถ่าย การดูแลความสะอาดร่างกาย การดูแลการสวมใส่เสื้อผ้า การดูแลเรื่องการรับประทานอาหาร การดูแลเรื่องการเฝ้าระวังการเกิดแผลกดทับ การดูแลเรื่องการรับประทานยา การดูแลเรื่องความสะอาดที่นอน การดูแลทำความสะอาดเสื้อผ้าของเครื่องใช้ การดูแลให้ผู้พิการได้รับการพักผ่อน (อรุณี เจษฎาวิสุทธิ และ สุชาติพิชญ์ เชื้อภักดี, 2550) จะเห็นได้ว่ากิจกรรมต่างๆ ที่ผู้ดูแลต้องรับผิดชอบมีหลายกิจกรรม และต้องทุ่มเททั้ง เวลา แรงกายแรงใจ จนผู้ดูแลผู้พิการด้านการเคลื่อนไหว จากการเป็นอัมพาต รายหนึ่ง กล่าวว่า “ไม่รู้ว่าจะคนพิการหรือคนดูแลใครจะไปก่อนกัน มันรู้สึกเหนื่อยล้า ไปทั้งตัว ตื่นเข้ามาบางวัน ขาไม่มีแรงก้าว ต้องไปให้เขานวดประคบอยู่หลายวัน ” (สัมภาษณ์ จำรัส ลำอาจค์, 2555)

## 2. ผลกระทบด้านจิตใจ และอารมณ์

การดูแลบุคคลที่มีความพิการเป็นเสมือนเหตุการณ์ที่คอยกระตุ้นผู้ดูแลอยู่ตลอดเวลา เพื่อแก้ไขปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นกับผู้พิการ จนมีผลทำให้ผู้ดูแลเกิดปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น มีความเครียด หรือมีความวิตกกังวล โดยจะมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ คือ หงุดหงิด โกรธง่าย คิดสับสน ฟุ้งซ่าน ความสามารถในการตัดสินใจไม่ดี ความเชื่อมั่นในตนเองลดลง และบางครั้งผู้ดูแลต้องดูแลผู้พิการต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน ทำให้ผู้ดูแล มีอาการ ของโรคซึมเศร้า โดยมีความรู้สึก หดหู่ ท้อแท้ สิ้นหวัง มองไม่เห็นอนาคต ทุกข์ใจตลอดเวลาจนบางครั้งมีความคิดอยากฆ่าตัวตาย เพื่อไม่ต้องมารับรู้ปัญหาดังกล่าว (วัชรารัตน์ วัชรกุล และคณะ, 2553 ; เสาวลักษณ์ สุวรรณไมตรี, 2552)

ญาติหรือผู้ดูแล มีความรู้สึกไม่สบายใจ รู้สึกอับอาย เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวพิการ โดยเฉพาะพิการทางจิตผู้ดูแลมีความเชื่อว่า สังคมมีอคติและเลือกปฏิบัติ ดังนั้นวิธีการแก้ไขปัญหา คือ การที่ญาติและครอบครัวของผู้พิการต้องแยกตัวออกจากสังคม เพื่อลดการถูกรังเกียจและซ้ำเติมจากสังคม (วัชรารัตน์ วัชรกุล และคณะ, 2553) พ่อแม่จะมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการดูแลบุตร เนื่องจากมีความเชื่อว่า บุตรที่พิการ เกิดจากกรรมพันธุ์และคิดว่าตนเองและบุตรเป็นผู้รับเคราะห์กรรมของบรรพบุรุษ เกิดการปฏิเสธบุตรอยู่ภายใน หรืออาจแสดงออกมาภายนอก ซึ่งความเชื่อความคิด ดังกล่าว ก่อให้เกิดความวิตกกังวล และมีผลกระทบต่อการดูแลบุคคลที่มีความพิการทั้งด้านร่างกายและจิตใจในเวลาต่อมา (ฉลวย จตุกุล, 2544)

นอกจากนี้ผู้ดูแลยังเกิดความวิตกกังวล ในการจัดการกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของผู้พิการ ความไม่แน่นอนของภาวะ สุขภาพ และการรักษา รวมทั้งความสามารถในการดูแลตนเอง และการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้พิการ ทำให้ผู้ดูแลต้องทุ่มเทเวลา และแรงกายแรงใจ เป็นอย่างมาก และบางครั้งอาจเกิดความรู้สึกท้อแท้ เพราะต้องเผชิญกับความเครียดและความวิตกกังวลเป็นระยะ เนื่องจากต้องดูแลผู้พิการที่มีความเจ็บป่วยเรื้อรัง หรือพิการไปตลอดชีวิต (เพ็ญแข ลืมสิลา, 2542) ดังที่ เวด และคณะ (Wade et al., 1986) กล่าวว่าไว้ว่า ผู้ดูแลมีความวิตกกังวล เพิ่มขึ้นหลังจากให้การดูแล ช่วยเหลือผู้ป่วย เป็นเวลาหกเดือน และพบว่ามีอาการซึมเศร้า หดหู่ มีความเครียดสูงกว่าคนปกติ ในวัยเดียวกัน

## 3 ผลกระทบ ด้านสัมพันธภาพ ในครอบครัว และในสังคม

เมื่อมีสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยเรื้อรังหรือพิการเกิดขึ้นในครอบครัวจะถือว่าเป็นปัจจัยเสี่ยง (Risk factor) ต่อการเกิดปัญหาต่างๆ ขึ้นในครอบครัว โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตของสมาชิกผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้พิการ ผู้ดูแลอาจมีความรู้สึกในทางลบต่อสมาชิกครอบครัว หากไม่ได้รับการ

ช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆ ในครอบครัวและเกิดความขัดแย้งกันในครอบครัวในเวลาต่อมาได้ เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวมองว่าการเจ็บป่วยเรื้อรังหรือ สมาชิกมีความพิการ ถือว่าเป็นภาระมากในการดูแล (กรมสุขภาพจิต, 2543) การที่มีสมาชิกใหม่เป็นบุคคลที่มีความพิการ จะส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อมารดาและบิดาซึ่งเป็นผู้ดูแลบุตรอย่างใกล้ชิด โดยเฉพาะมารดาจะมีประสบการณ์ที่เจ็บปวดและตึงเครียดต่อบทบาทของการเป็นแม่่มาก เพราะการดูแลบุตรที่พิการต้องใช้เวลามากทำให้เวลาที่ให้กับสมาชิกในครอบครัวคนอื่นลดลง ไม่สามารถทำบทบาทที่เคยทำได้เหมือนเดิม ทำให้สมาชิกคนอื่นๆ ถูกทอดทิ้ง ( ฉวย จตุกุล, 2544) การดูแลบุคคลที่มีความพิการจะทำให้ การดูแลให้ความสนใจสมาชิกอื่นในครอบครัว ลดลงเพราะการดูแลส่วนใหญ่ต้องมุ่งเน้นไปที่สมาชิกที่มีความพิการทำให้สมาชิกคนอื่น ๆ ถูกละเลย อาจทำให้เกิดปัญหาความไม่เข้าใจกัน ในครอบครัว เกิดความขัดแย้งทะเลาะวิวาท ระหว่างสามี ภรรยา เกิดการหย่าร้าง หรือแยกกันอยู่ ทำให้ลูกไม่ได้รับความรัก ความอบอุ่นและขาดการดูแลเอาใจใส่ (กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข, 2553)

#### 4 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

การอยู่ร่วมกันในครอบครัว ทุกคนต้องมีหน้าที่รับผิดชอบ ของตนเองอยู่แล้ว เมื่อมีผู้เจ็บป่วยหรือพิการเกิดขึ้น ผู้ดูแลจึงต้องมีบทบาทเพิ่มขึ้นตามไปด้วย เพราะต้องมีบทบาทเป็นผู้ดูแลเพิ่มขึ้น การต้องไปทำงานประจำนอกบ้าน อาจถูกรบกวน จากการทำหน้าที่ผู้ดูแล ทำให้ต้องลางานบ่อย บางคนอาจต้องลาออกจากงาน การจัดสรรเงินในการใช้จ่ายต่าง ๆ อาจเกิดความไม่สมดุลระหว่างรายรับและรายจ่ายเพราะต้องมีภาระดูแลเพิ่มมากขึ้น และเมื่อผู้พิการอยู่ในภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ต้องใช้เวลาในการ ดูแล รักษาเป็นเวลานาน ครอบครัวต้องมี ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา ค่ายา ค่าอาหาร ค่าเดินทางและ ค่าใช้จ่ายอื่นๆ ทำให้ครอบครัวต้องรับภาระ ทางเศรษฐกิจตลอดไป ซึ่งนับว่าเป็นภาระที่หนักและ ยุ่งยากสำหรับครอบครัว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ครอบครัวที่มีฐานะปานกลางหรือต่ำ ( วาริรัตน์ ฉาน้อย, 2545) นอกจากนี้ครอบครัวที่มีบุคคลที่มีความพิการ ยังต้องมีค่าใช้จ่ายอื่น เช่น วัสดุอุปกรณ์เพื่อใช้ ในชีวิตประจำวัน ซึ่งบางอย่างมีราคาสูง แต่ก็มีคามจำเป็นที่ต้องใช้ บางครั้งผู้ดูแลของผู้พิการ มีเงินไม่เพียงพอ ดังนั้นจึงต้องไปยืมเงินจากแหล่งเงินกู้มาเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายดังกล่าว ซึ่งทำให้ต้องรับภาระเรื่องนี้สินเพิ่มขึ้น (สัมภาษณ์ จำรัส สำอาง, 2554)

จากผลกระทบต่างๆ ที่เกิดขึ้นหลายๆด้าน ที่ผู้ดูแลผู้พิการ ได้รับจะส่งผลกระทบต่อ ร่างกาย เกิดความเหนื่อยล้า จากการพักผ่อนไม่เพียงพอ และขาดการออกกำลังกาย ภาวะสุขภาพมีแนวโน้มแย่ลง เนื่องจากขาดการดูแลตนเอง ในเรื่องการรับประทานยา และการส่งเสริมสุขภาพด้านอื่นๆ เกิดความวิตกกังวล เครียด ท้อแท้ และ รู้สึกกดดันจากภาระหน้าที่ที่เพิ่มขึ้น ทำให้มีเวลาในการดูแล

บุคคลอื่นในครอบครัวลดลง สัมพันธภาพภายในครอบครัว และสังคม แยก นอกจากนี้ยังมีปัญหาด้านเศรษฐกิจ ต่อไปในอนาคต ซึ่งผู้ดูแล จะต้องเผชิญปัญหาต่างๆเหล่านี้อย่างต่อเนื่อง เป็นระยะเวลานานและต้องดูแลผู้พิการไปตลอดชีวิต ส่งผลต่อสุขภาพจิตเป็นอย่างมาก

## สุขภาพจิต

### ความหมายของสุขภาพจิต

องค์การอนามัยโลก หรือ WHO ได้ให้ความหมายของสุขภาพจิตไว้ว่า เป็นความสามารถของบุคคลที่จะปรับตัวให้มีความสุข อยู่กับสังคมและสิ่งแวดล้อมได้ดี มีสัมพันธภาพอันดีงามกับบุคคลอื่น และดำรงชีพอยู่ได้ด้วยความสะดวกอย่างสุขสบาย และปราศจากอาการทางโรคประสาท และโรคจิต (World Health Organization [WHO], 2012)

เพรสตัน (Preston, 1943) กล่าวว่าสุขภาพจิต หมายถึง ความสามารถที่จะดำรงชีวิตโดยปราศจากโรคภัยทั้งมวล และอยู่กับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข

เมนนิ่งเจอร์ (Menninger, 1973) ได้ให้ความหมาย สุขภาพจิต คือการปรับตัวของตนเอง เพื่อให้เข้ากับเหตุการณ์ในชีวิตประจำวัน เพื่อให้มีความสุขมากที่สุดและดำเนินชีวิตอย่างมีประสิทธิภาพ โดยพยายามอยู่ในกฎระเบียบของสังคม และมีความกลมกลืนกันของพฤติกรรม ความรู้สึก และอารมณ์

อภิชัย มงคล และคณะ (2552) กล่าวว่า สุขภาพจิต หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข อันเป็นผลจากการมีความสามารถในการจัดการปัญหา ในการดำเนินชีวิต มีศักยภาพที่จะพัฒนาตนเองเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดี โดยครอบคลุมถึง ความดีงามภายในจิตใจ ภายใต้อาสาสังคม และสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป

นายแพทย์ฝน แสงสิงแก้ว (2521) อดีตปลัดกระทรวงสาธารณสุข และบิดาแห่งวงการสุขภาพจิตและจิตเวชศาสตร์ของไทย ได้ให้ความหมายของ สุขภาพจิตไว้ว่า หมายถึง สภาพชีวิตที่เป็นสุข มีอารมณ์มั่นคง สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงมาๆได้ มีสมรรถภาพในการทำงาน และอยู่ร่วมกับผู้อื่นด้วยความพอใจ

กรมสุขภาพจิต (2550) ได้กล่าวไว้ว่า สุขภาพจิตดี คือชีวิตที่เป็นสุข มีอารมณ์ มั่นคง พึงพอใจกับสภาพของตน มีมนุษยสัมพันธ์ดี สามารถสร้าง และรักษาสัมพันธภาพให้ยืนนาน โดยสามารถปรับตัว และปรับใจได้เมื่อมีความทุกข์ เศร้า ผิดหวัง และแก้ปัญหาอื่นๆได้อย่างเหมาะสม

ผู้ที่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง บุคคลที่รู้สึกไม่มีความสุข ขาดความสามารถในการจัดการกับความเครียด จนอาจเป็นผลให้เกิด ความแปรปรวน ทางความรู้สึก อารมณ์ ความคิด และ

พฤติกรรม (กรมสุขภาพจิต, 2543)

โจฮาดา (Johada, 1958) ได้อธิบายถึงคุณลักษณะของผู้มีสุขภาพจิตดี ซึ่ง มีคุณลักษณะ 6 ประการ คือ

1. การมีเจตคติที่ดีต่อตนเอง
2. มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย
3. การมีบุคลิกภาพแบบผสมผสาน
4. การมีอิสระ
5. การรับรู้ตามสภาพความเป็นจริง
6. การมีความรู้ด้านสิ่งแวดล้อมและสามารถปรับตัวได้

จุฑารัตน์ สติรปัญญา และวัลลภา คงภักดี (2551) ได้กล่าวถึง คุณลักษณะของผู้ที่มีสุขภาพจิตไม่ดี ไว้ดังต่อไปนี้

1. ไม่สามารถปรับตัวได้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากปกติสถานของสังคม (norms) อาจมีความผิดปกติทางจิตจากความปกติทางสมอง เช่น โรคจิต โรคประสาท บุคลิกภาพแปรปรวน
2. มีพฤติกรรมผิดปกติไปในทางลบ
3. มีความผิดปกติ ด้านประสาท เช่น หงุดหงิด ฉุนเฉียว พุดเพื่อเจ้า หวาดกลัว
4. มีความผิดปกติด้านลักษณะนิสัย เช่น กินยากอยู่ยาก ดุดน้าวกัดเล็บ ก้าวร้าว ขี้คิดขี้ทำ มักมีปัญหากับผู้อื่น
5. มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมกับวัย
6. มีบุคลิกภาพบกพร่อง เช่น ชอบเก็บตัว ชอบหมกหมุ่นกับตัวเอง ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม
7. มีความผิดปกติทางด้านร่างกาย เช่น การเจ็บป่วยบ่อยๆ ซึ่งเกิดจากความเครียด ความวิตกกังวล มีอาการทางโรคจิต และโรคประสาท

จากความหมายของสุขภาพจิตดังกล่าว สามารถสรุปได้ว่า สุขภาพจิตหมายถึง การที่บุคคลสามารถดำรงชีวิตประจำวันได้ อย่างเป็นปกติสุข สามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม ได้ อย่างเป็นเหมาะสม ภายใต้กฎระเบียบของสังคม และปราศจากโรค และอาการทางสุขภาพจิต และจิตเวช ซึ่งได้แก่ โรคซึมเศร้า ภาวะวิตกกังวล การมีความเครียด และการมีภาวะสุขภาพจิตต่ำกว่าบุคคลทั่วไป



### การประเมินสุขภาพจิต

การประเมินสุขภาพจิตสามารถประเมิน สุขภาพจิตได้หลายแนวทางซึ่ง โรบินและ แมคเนล (Robin and Mcneil อ้างใน โยธิน ศันสยุทธ และคณะ, 2533) กล่าวถึงแนวคิดที่ใช้ในการพิจารณาสุขภาพจิตไว้ดังนี้

1. แนวคิดทางสถิติ มีหลักในการพิจารณาว่า สิ่งใดก็ตาม ที่เบี่ยงเบนไปจากคนส่วนใหญ่ ถือได้ว่าเป็นความผิดปกติ
2. แนวคิดทางวัฒนธรรม ใช้มาตรฐานของสังคม เป็นเกณฑ์ ในการจำแนกความเป็นปกติ และความผิดปกติ โดยพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนจากมาตรฐานทางสังคม ถือเป็นพฤติกรรมที่ผิดปกติ
3. แนวคิดทางการแพทย์จำแนกสุขภาพจิตจากความผิดปกติจากพยาธิสภาพทางจิต ซึ่งเกิดจากปัจจัยภายใน และภายนอกตัวบุคคล โดยมีการจำแนกพยาธิสภาพทางจิตใจ ในแง่ของอาการ การจำแนกนี้เรียกว่าการวินิจฉัย

การประเมินสุขภาพจิต ซึ่งลิจิต กาญจนภรณ์ (2547) ได้อธิบายว่า สุขภาพจิตมิใช่ภาวะที่แยกออกมาศึกษาได้อย่างโดดเดี่ยว แต่เป็นภาวะที่มีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับการเจ็บป่วยทางด้านโรคจิต โรคประสาท รวมถึงการศึกษาระดับของการสูญเสียความสมดุลแห่งจิตใจ ในระดับต่างๆที่ไม่รุนแรง เช่นการเสียกำลังใจ การมีอารมณ์ หงุดหงิด การมีความเครียด เป็นต้น ดังนั้นจึงสามารถ แบ่งของการประเมินสุขภาพจิตอย่างกว้างๆไว้ 2 ระดับ คือ 1) ระดับสุขภาพจิตไม่ดี 2) ระดับที่มีการเจ็บป่วยทางจิต

การประเมินสุขภาพจิต จากความสามารถในการปรับตัว การประเมินทำได้ 3 วิธีคือ

1. การประเมินความสามารถการปรับตัวในทางลบ วิธีนี้ประเมินได้จากการพิจารณาผลเสียที่เกิดจากการที่บุคคลไม่สามารถปรับตัวได้ ผลเสียที่เกิดขึ้นคือเกิดความทุกข์ พฤติกรรมแปรปรวน และขาดประสิทธิภาพในการดำเนินชีวิต

2. การประเมินความสามารถการปรับตัวในทางบวก คือ การมีสมรรถภาพในการปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อม สามารถควบคุมตัวเองได้ มีความเชื่อมั่นในตนเอง รู้วิธีการจัดการความเครียด มีบุคลิกภาพที่เหมาะสมและสามารถพัฒนาตน ไปสู่เป้าหมายได้พร้อมทั้งยอมรับผลที่เกิดขึ้นได้

3. การประเมินความสามารถการปรับตัวโดยใช้มาตรฐานทางสถิติ คือ การเปรียบเทียบปริมาณและคุณภาพของการปรับตัวของบุคคลหนึ่งหรือประเภทหนึ่งกับบรรทัดฐานที่พบในประชากรส่วนใหญ่ (Lazarus, 1966)

สำหรับในประเทศไทย กรมสุขภาพจิต (2546) ได้มีการเสนอให้ใช้แบบประเมินทางสุขภาพจิตสำหรับงานสุขภาพจิตชุมชน ซึ่งเป็นข้อคำถาม ที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความคิดและ

ความรู้สึกของบุคคล โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อสำรวจระดับสภาพจิตใจ และหากพบว่าเป็นปัญหา หรือมีความทุกข์ จะได้ช่วยเหลือได้ตั้งแต่เบื้องต้น โดยการประเมินสุขภาพจิตที่ใช้กันโดยทั่วไปในงานสุขภาพจิต มีดังนี้

1) ดัชนีวัดความสุขคนไทยหรือ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย 2) แบบวัดความเครียด 3) แบบประเมินโรคซึมเศร้า 4) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย 5) แบบประเมินคัดกรองโรคจิต

นอกจากนี้ยังมีแบบประเมินวัดความวิตกกังวลของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger, 1983) ( State-Trait Anxiety Inventory( STAI form Y) ) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สม โภชน์ เอี่ยมสุภานิต ชาติรี นนทศักดิ์ และจัน เบริ (2535) โดยแบบประเมินสุขภาพจิตแต่ละประเภทจะใช้ในกลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกัน และมีวัตถุประสงค์ของการใช้แตกต่างกัน

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าในการประเมินด้านสุขภาพจิต สามารถประเมินได้หลากหลายแนวทาง ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ของการใช้ข้อมูล และความสอดคล้องของกลุ่มเป้าหมายที่รับการประเมิน โดยในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต ประเมินได้จาก เครื่องมือดังต่อไปนี้

1. แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai mental Health indicator – 15 (TMHI - 15) ของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ) หรือมีชื่อเรียกอีกอย่างหนึ่งว่า แบบประเมินความสุขคนไทย ซึ่งแบบประเมินนี้ จะบ่งชี้ภาวะสุขภาพจิต ซึ่งประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ สภาพจิตใจ (Mental state) สมรรถภาพของจิตใจ (Mental capacity) คุณภาพของจิตใจ (Mental quality) และ ปัจจัยสนับสนุน (Supporting factors) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ และให้ตอบคำถามโดยสำรวจตนเอง และประเมินเหตุการณ์ อารมณ์ ความคิดเห็น ความรู้สึกของตนเอง ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา โดยผลลัพธ์ จะประเมินจากคะแนนรวมที่ได้ซึ่งมีคะแนนเต็ม 60 คะแนนโดยหากได้ 51 – 60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 44 – 50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 43 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป โดยในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ดูแลของผู้พิการที่มีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ซึ่งมีผลคะแนน 43 คะแนนหรือน้อยกว่า

2. แบบประเมินความเครียด ของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2546) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ และให้ตอบคำถามโดยสำรวจตนเอง เพื่อประเมิน อาการ พฤติกรรม หรือความรู้สึกของตนเอง ในช่วง 2 เดือนที่ผ่านมา โดยผลลัพธ์ จะประเมินจากคะแนนรวมที่ได้ซึ่งมีคะแนนเต็ม 60 คะแนน โดยหากได้ 0– 5 คะแนนหมายถึง เครียดน้อยกว่าปกติ 6 – 17 คะแนน หมายถึง เครียดในระดับปกติ 18 – 25 คะแนน หมายถึง เครียดสูงกว่าปกติเล็กน้อย 26 – 29 คะแนนหมายถึงเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง และ 30 คะแนนขึ้นไปหมายถึงเครียดสูงกว่าปกติมาก

โดยในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ดูแลของผู้พิการที่มีความเครียดสูงกว่าปกติปานกลาง และมีความเครียดสูงกว่าปกติมาก ซึ่งมีผลคะแนนตั้งแต่ 26 คะแนน ขึ้นไป

3. แบบวัดความวิตกกังวล ของสปีลเบอร์เกอร์ (Spielberger,1983) ( State-Trait Anxiety Inventory( STAI form Y) ) ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดย สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต ชาติรี นนทศักดิ์ และจิน เบรี (2535) โดยใช้วัดความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ หรือ state anxiety, A-state (STAI Form Y-1) ประกอบด้วยคำถาม 20 ข้อคำถาม คะแนนรวมทั้งหมความีค่าคะแนนสูงสุด 80 คะแนน

ค่าคะแนนต่ำสุด 20 คะแนน คะแนนรวมมากแสดงว่ามีความวิตกกังวลสูง คะแนนรวมน้อยแสดงว่ามีความวิตกกังวลต่ำ โดยการประเมินระดับความวิตกกังวลตามช่วงคะแนนที่ได้ดังนี้

ช่วงคะแนน 20-40	คะแนน แสดงว่า	วิตกกังวลระดับเล็กน้อย
ช่วงคะแนน 41-60	คะแนน แสดงว่า	วิตกกังวลระดับปานกลาง
ช่วงคะแนน 61-70	คะแนน แสดงว่า	วิตกกังวลระดับรุนแรง
ช่วงคะแนน 71-80	คะแนน แสดงว่า	วิตกกังวลระดับตื่นกลัวสุดขีด

โดยในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ดูแลของผู้พิการที่มีความวิตกกังวลตั้งแต่ระดับปานกลางขึ้นไปซึ่งมีผลคะแนนตั้งแต่ 41 คะแนน ขึ้นไป

4.แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต (กรมสุขภาพจิต, 2546) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ และให้ตอบคำถามโดยสำรวจตนเอง เพื่อประเมิน พฤติกรรมหรือความรู้สึกของตนเอง ในช่วง 2 สัปดาห์ที่ผ่านมา โดยข้อคำถามในเบื้องต้น จะมี 2 ข้อหากตอบว่ามีข้อใดข้อหนึ่งหรือ ทั้ง 2 ข้อให้ประเมินต่อโดยใช้คำถามอีก 9 ข้อ โดยผลลัพธ์ จะประเมินจากคะแนนรวมที่ได้ซึ่งมีคะแนนเต็ม 27 คะแนนโดยหากได้น้อยกว่า 7 คะแนนหมายถึง ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้า 7 – 12 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับน้อย 13– 18 คะแนน หมายถึง มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลาง และตั้งแต่ 19 คะแนนขึ้นไป หมายถึงมีอาการของโรคซึมเศร้าระดับรุนแรง โดยในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต หมายถึง ผู้ดูแลของผู้พิการที่มีอาการของโรคซึมเศร้าระดับปานกลางขึ้นไป หรือผลคะแนนตั้งแต่ 13 คะแนน ขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคซึมเศร้า

## การดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลของผู้พิการ

### การดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลของผู้พิการ

กรมสุขภาพจิต ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ กรมสุขภาพจิต ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ภายใต้วิสัยทัศน์ ที่ว่า สังคมอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข ด้วยความเสมอภาค เป็นธรรม และมีภูมิคุ้มกันต่อการเปลี่ยนแปลง โดยได้กำหนดแผนพัฒนางานสุขภาพจิตในสถานบริการทุกระดับเพื่อดูแลประชาชนทุกกลุ่มโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพจิตดี และสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างมีความสุข โดยมีแผนการพัฒนางานหลัก ได้แก่ การเสริมสร้างความร่วมมือกับภาคีเครือข่ายเพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตและพัฒนานโยบายและกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานสุขภาพจิตในระดับชาติและระดับท้องถิ่น โดยให้ภาคีเครือข่ายเป็นเจ้าภาพร่วมดูแลและผลักดันงานสุขภาพจิต มีนโยบายสาธารณะที่ให้ความสำคัญกับมิติด้านสุขภาพจิต และกำหนดให้มีแผนชุมชนหรือแผนสุขภาพระดับตำบลเมืองค้ประกอบด้านสุขภาพจิต โดยมีตัวชี้วัด และค่าเป้าหมายของวิสัยทัศน์การพัฒนางานสุขภาพจิตเมื่อสิ้นแผนฯ 11 ที่สำคัญคือ ร้อยละ 70 ของประชาชนมีสุขภาพจิตดี (กรมสุขภาพจิต, 2555)

โดยกรมสุขภาพจิตได้กำหนดแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตและจิตเวชสำหรับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อให้สถานพยาบาลทุกระดับพัฒนาไปพร้อมกันและประสานงานร่วมกันในการขับเคลื่อนภารกิจงานดังกล่าว

ในการดูแลสุขภาพจิตสำหรับประชาชนในระดับปฐมภูมิซึ่งหน่วยงานที่รับผิดชอบได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กรมสุขภาพจิตได้กำหนดกรอบแนวทางการพัฒนาใน 3 ด้าน ได้แก่ 1. ด้านบุคลากร 2. สถานที่บริการ และ 3. จิตความสามารถระบบบริการ เพื่อให้สามารถตอบสนองการดูแลประชาชนในทุกกลุ่มได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1. ด้านบุคลากรบุคลากรต้องมีความรู้พื้นฐานและทักษะด้านสุขภาพจิตและจิตเวชอย่างพอเพียง เพื่อให้สามารถดูแลผู้ป่วยจิตเวชได้อย่างมีมาตรฐาน
2. สถานที่บริการ สถานที่ให้บริการสำหรับงานสุขภาพจิตและจิตเวช ซึ่งถือว่าผู้ที่มารับบริการมีลักษณะเฉพาะ จึงควรคำนึงถึงความเป็นส่วนตัว /ความปลอดภัย และเอื้อต่อกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพจิตของผู้มารับบริการและผู้ให้บริการ

### 3. ชีตความสามารถระบบบริการ

#### 3.1 การตรวจวินิจฉัยและบำบัดรักษา

ผู้มารับบริการสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก ครอบคลุมในประเด็นการตรวจวินิจฉัย การให้คำปรึกษา การรับยา และการส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต อย่างมีมาตรฐาน

#### 3.2 การให้การดูแลทางสังคมและจิตใจ

มีการใช้ทักษะการสื่อสารเพื่อให้ผู้รับบริการ รับรู้ เข้าใจ ถึงปัจจัยต่าง ๆ ทางสังคม จิตใจ ที่มีผลต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง และมีแนวทางในการแก้ไขปัญหาของตนเองได้อย่างเหมาะสม

#### 3.3 การส่งเสริมป้องกันด้านสุขภาพจิต

มีการจัดให้มีการส่งเสริมป้องกันปัญหาสุขภาพจิตในกลุ่มป่วย กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มปกติ และ คั่นหากกลุ่มเสี่ยง เพื่อสนับสนุนหรือป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต

#### 3.4 ระบบยา

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทางจิตเวช ด้วยยาอย่างมีประสิทธิภาพ ปลอดภัย มีความคุ้มค่า และสมเหตุสมผล

#### 3.5 ด้านการส่งต่อ

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการส่งต่อไปรับบริการที่มีลักษณะเฉพาะในระดับสูงขึ้น มีการสื่อสารข้อมูลของผู้ป่วยที่ครอบคลุมชัดเจน แก่หน่วยบริการที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยทั้งภายในองค์กรและกับองค์กรภายนอก โดยคำนึงถึงการรักษาความลับของผู้ป่วยเป็นสำคัญ

#### 3.6 ด้านการติดตามดูแล

เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตามดูแลและค้นหาผู้ที่มีปัญหา ด้านสุขภาพจิตในชุมชนได้อย่างครอบคลุม นอกจากนั้นยังสามารถสร้างความร่วมมือและประสานงานกับหน่วยบริการสุขภาพและชุมชน เพื่อให้เกิดการต่อเนื่องในการติดตามดูแลผู้ป่วย และบูรณาการกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพจิตเข้าในชุมชน

มีการจัดทำแผนงานการจัดระบบบริการสุขภาพ (Service Plan) ในแต่ละระดับหน่วยงาน เพื่อให้สอดคล้องกับ บริบทพื้นที่ สภาพของปัญหา และความต้องการของ เครือข่าย ภายใต นโยบายของ กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งจะเน้นการดูแล สุขภาพของ ประชาชน โดยการจัดระบบสุขภาพที่ ครอบคลุม ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การ รักษาการพยาบาลและการฟื้นฟูสภาพ โดยมีการจัดระบบบริการ สุขภาพ ออกเป็นหลายระดับ



ได้แก่ การบริการระดับปฐมภูมิ (Primary Care) บริการระดับทุติยภูมิ (Secondary Care) และ บริการระดับตติยภูมิ (Tertiary Care) โดยมุ่งหวังให้บริการแต่ละระดับ มีบทบาทหน้าที่ ที่แตกต่างกัน และเชื่อมต่อกันด้วยระบบส่งต่อ (Referral System) เพื่อให้สามารถบริการประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมสุขภาพจิต, 2555)

จากแนวทางการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับทุกกลุ่ม สามารถนำมาบูรณาการในการดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลของผู้พิการ โดยเน้นการดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) ได้แก่ การดูแลในด้าน ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การดูแลแบบผสมผสาน (Integrated Care) ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันการเกิดโรค การรักษา และการฟื้นฟูสภาพ (ไพจิตร วราชิต และคณะ, 2553) ซึ่งการส่งเสริมสุขภาพจิต และการป้องกันการเจ็บป่วยทางจิต (Mental health promotion and health prevention) เป็นกิจกรรมที่มีความสำคัญ ในการลดปัญหาสุขภาพจิต ที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น โดยมีแนวทางดังนี้ 1) การให้สุขภาพจิตศึกษา แก่บุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งในรูปแบบรายบุคคล และรายกลุ่ม 2) การจัดกิจกรรมป้องกันปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่น บริการให้คำปรึกษา กิจกรรมคลายเครียด กิจกรรมออกกำลังกาย เป็นต้น 3) มีการกำหนดมาตรการ การดูแลด้านสุขภาพจิต โดยการประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วม (ละเอียด แจ่มจันทร์ และสุธี ชันชรัถยวงศ์, 2549) ในด้านบทบาทการดูแลด้านสุขภาพจิต ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ ในสถานบริการ ช่วยเหลือโดย ให้คำปรึกษา และให้การพยาบาล ให้การบำบัดรายบุคคล และ รายกลุ่ม และในชุมชน ได้จัดทำโครงการ และกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพจิตขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในกลุ่มผู้ดูแลผู้พิการทุกประเภท เช่น โครงการเยียวยาใจ และสร้างรายได้ให้ครอบครัวผู้พิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) วัตถุประสงค์จิตใจให้สมาชิกครอบครัวผู้พิการ และเสริมรายได้เล็กน้อย ตลอดจนต้องการให้สมาชิกในครอบครัวผู้พิการ ได้มีงานอดิเรกยามว่าง และส่งเสริมสัมพันธ์ภายในครอบครัว โครงการพระเยี่ยมโยม ซึ่งมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ของทีมพุทธอาสา ร่วมกับทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ ได้เยี่ยมบ้าน และ ตรวจสุขภาพผู้พิการ และครอบครัวที่บ้านและเสริมพลังใจโดยพระสงฆ์ ให้กับครอบครัวผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ตลอดจนมีกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และจิตใจเช่น การฝึกปฏิบัติธรรม ฟังธรรม มีกิจกรรมออกกำลังกายในชุมชน โดยกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ บุคลากรทีมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ ได้ร่วมกับทีมสหวิชาชีพ ในเครือข่ายโรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์ร่วมพุทธอาสา พร้อมทั้งแกนนำชุมชน ได้ปฏิบัติงานร่วมกัน จากการประเมินพบว่า กลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการจะประสบปัญหาสุขภาพจิตที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัวและบริบทชุมชนของกลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการ ซึ่ง อรพรรณ ลีอนุชรัชชัย (2554) ได้ให้ข้อเสนอแนะถึงการ

ดูแลกลุ่มบุคคลเหล่านี้ ก็ต้องคำนึงถึงมโนคติด้านสังคม และวัฒนธรรม โดยให้การปฏิบัติดูแล ดังนี้ 1) ต้องยอมรับในความหลากหลาย และยอมรับสภาพพื้นฐานของผู้รับบริการ 2) ควรทำความเข้าใจของสภาพสังคม และวัฒนธรรมของผู้รับบริการ 3) การสื่อสารควรใช้ภาษาที่สามารถเข้าใจได้ตรงกัน 4) การปฏิบัติดูแล ต้องผสมผสานหลักการพยาบาล เชิงวิทยาศาสตร์ ให้เข้ากับ เจตคติ ค่านิยม และความเชื่อ ของครอบครัว และชุมชน 5) การให้ผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการคิด เลือกลง และตัดสินใจในบริการที่จะได้รับ

### การวิเคราะห์สถานการณ์

#### ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) หมายถึง การที่เรามีสมมติฐานหลายประการ ที่แตกต่างกัน ภายใต้กรอบแนวคิด ของโครงสร้าง หรือ กรอบการกำหนดแนวทาง โดยมีเนื้อหา และกระบวนการ อยู่ภายใต้ทฤษฎีพื้นฐาน โดยในการวิเคราะห์สถานการณ์ ควรมีความเกี่ยวข้องกับทั้งทางด้านสังคม บริบทพื้นที่ แล้วนำมาเขียนเป็นผังสถานการณ์ ซึ่งจะสามารถมองเห็นภาพได้ว่าเป็นอย่างไร (Clarke, 2005)

สุรศักดิ์ สุนทร (2551) ได้ให้ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) ว่าหมายถึง การศึกษาภาพรวมของสิ่ง บางสิ่งบางอย่าง ที่สนใจที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดเวลาหนึ่ง สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง หรือการสืบสวน สภาวะการณ์เล็กๆที่เป็นส่วนของสถานการณ์ที่จะศึกษา เพื่ออธิบายภาพรวมในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในสถานที่ใดสถานที่หนึ่ง

วิลเลียมสัน คอกซ์ และจอห์นตัน (William, Cox. & Jhonston, 2004) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปสู่การวางแผน และการปฏิบัติ ซึ่งการวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการประมวลเรื่องราวที่เกิดขึ้นในเวลาใดเวลาหนึ่ง

พิกุล นันทชัยพันธ์ (2551) ได้อธิบายการวิเคราะห์สถานการณ์ไว้ในแง่ของ การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก(Clinical Situation Analysis) ไว้ว่า เป็นการอธิบายในเชิงปฏิบัติการ ที่เกี่ยวข้องกับ ช่วงของเวลา สถานที่ หรือหน่วยงานที่เกิดสถานการณ์ โดยที่มาของข้อมูลได้มาจาก ผู้ที่มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์ที่ศึกษา โดยผู้ให้ข้อมูลจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ลักษณะของสถานการณ์ ผลกระทบที่เกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข

โดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) หมายถึง การศึกษาคุณภาพการดูแลภาวะสุขภาพ การให้ความสนใจในโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ เป็นการสำรวจหรือแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิก ซึ่งจะมีกรอบแนวคิดที่

แสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ

สรุปได้ว่าการวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการศึกษาจากการรวบรวมข้อมูล หรือประมวลเรื่องราวที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง สถานที่ใดสถานที่หนึ่ง เพื่ออธิบายภาพรวมของเรื่องราว นั้น ๆ และทางเลือกที่เป็นไปได้ เพื่อนำไปสู่การวางแผนแก้ไขปัญหา

### รูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์

1. การประเมินรูปแบบซิป (CIPP Model) ตามแนวคิดของ สตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam, 1971) ซึ่งได้แบ่งการประเมินออกเป็น 4 ประเภท ตามตัวอักษรของคำว่า CIPP ซึ่งเป็นรูปแบบการประเมินที่มีระบบแบบแผนอย่างชัดเจน และสามารถนำไปใช้ในการประเมินโครงการ ๆ ได้อย่างกว้างขวาง เป็นการประเมินเพื่อให้ได้รายละเอียดต่างๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจ โดยจะประเมินในองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context evaluation) เป็นการประเมินเพื่อให้ได้ข้อมูลพื้นฐานประกอบการตัดสินใจในการกำหนดวัตถุประสงค์ของแผนงานหรือโครงการ เป็นการศึกษาและวิเคราะห์ องค์ประกอบที่แวดล้อมระบบการผลิต หรือระบบการให้บริการ หรือองค์การการปฏิบัติงาน 2) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) เป็นการประเมินเพื่อช่วยการตัดสินใจในการเลือกใช้ทรัพยากร วิธีการ หรือรูปแบบต่าง ๆ ที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ของแผนงาน หรือโครงการ เป็นการประเมินผลเพื่อค้นหาแนวทางการจัดหา และจัดสรร ทรัพยากร หรือปัจจัยนำเข้า ซึ่งได้แก่บุคลากร งบประมาณ วัสดุครุภัณฑ์ และอาคารสถานที่ โดยเน้นความประหยัด และผลตอบแทนสูงสุด 3) การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) เพื่อช่วยการตัดสินใจในการเลือกวิธีดำเนินการของแผนงาน หรือโครงการ หรือหากเป็นโครงการที่ดำเนินการอยู่แล้ว ก็ใช้เป็นข้อมูลพิจารณาตัดสินใจ ความก้าวหน้าของวิธีการดำเนินโครงการ รวมทั้งการแก้ไขปัญหา และเพื่อค้นหาข้อมูลที่เป็นแนวทางนำไปสู่การพัฒนาหาวิธีดำเนินการที่เหมาะสม และ 4) การประเมินผลผลิต (Product evaluation) เป็นการประเมินการนำแผนไปสู่การปฏิบัติ เพื่อช่วยการตัดสินใจว่า ในแต่ละขั้นตอน การดำเนินงานควรมีการปรับปรุงเปลี่ยนแปลงอย่างไร เป็นการตรวจสอบผลสัมฤทธิ์ของโครงการกับเกณฑ์ที่ตั้งไว้ ว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการอย่างไร เปรียบเทียบผลผลิตกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนดไว้

2. การวิเคราะห์สถานการณ์โดยใช้หลัก สวีตออนาลีซิส (SWOT Analysis) ของฮิลล์และเวสต์บรูก (Hill & Westbrook, 1997) เป็นการวิเคราะห์สภาพองค์กร หรือหน่วยงานในปัจจุบัน เพื่อค้นหาจุดแข็ง จุดอ่อน โอกาสพัฒนา และอุปสรรคการดำเนินงานสู่สภาพที่ต้องการในอนาคต

หลักการสำคัญของ SWOT คือการวิเคราะห์โดยการสำรวจจากสภาพการณ์ 2 ด้าน คือ สภาพการณ์ภายในและสภาพการณ์ภายนอก ดังนั้นการวิเคราะห์ SWOT จึงเรียกได้ว่าเป็นการ

วิเคราะห์สภาพการณ์ (Situation Analysis) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน เพื่อให้รู้ตนเอง รู้จักสภาพแวดล้อม ชัดเจน และวิเคราะห์โอกาส-อุปสรรค การวิเคราะห์ปัจจัยต่าง ๆ ทั้งภายนอกและภายในองค์กร ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารขององค์กร ทราบถึงการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นภายนอกองค์กร ทั้งสิ่งที่ได้เกิดขึ้นแล้ว และแนวโน้มการเปลี่ยนแปลง ในอนาคต รวมทั้งผลกระทบของการเปลี่ยนแปลงเหล่านี้ที่มีต่อองค์กร และจุดแข็ง จุดอ่อน และความสามารถด้านต่าง ๆ ที่องค์กรมีอยู่ ซึ่งข้อมูลเหล่านี้จะเป็นประโยชน์ ต่อการกำหนดวิสัยทัศน์ การกำหนดกลยุทธ์และการดำเนินตามกลยุทธ์ขององค์กรที่เหมาะสมต่อไป

การวิเคราะห์ SWOT นั้น จะต้องวิเคราะห์ทั้งสภาพแวดล้อมภายใน และภายนอกองค์กร ดังนี้

### 1. การประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

การประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร จะเกี่ยวกับการวิเคราะห์และพิจารณาทรัพยากร และความสามารถภายในองค์กร ทุกๆ ด้าน เพื่อที่จะระบุจุดแข็ง และจุดอ่อนขององค์กร การบริหารที่ครอบคลุมทุกด้าน ทั้งในด้านโครงสร้าง ระบบ วิธีปฏิบัติงาน บรรยากาศในการทำงาน และทรัพยากรในการบริหาร การวิเคราะห์จุดแข็งขององค์กร (S-Strengths) เป็นการวิเคราะห์ปัจจัยภายใน จากมุมมองของผู้ที่อยู่ภายในองค์กรนั่นเองว่า ปัจจัยใดภายในองค์กรที่เป็นข้อได้เปรียบหรือจุดเด่นขององค์กรที่องค์กรควรนำมาใช้ในการพัฒนาองค์กรได้ และควรดำรงไว้เพื่อการ เสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร และ จุดอ่อนขององค์กร (W-Weaknesses) ซึ่งเป็นการวิเคราะห์ ปัจจัยภายในจากมุมมองของผู้ที่อยู่ภายในองค์กรนั้น ๆ เองว่า ปัจจัยภายในองค์กรที่เป็นจุดด้อย ข้อเสียเปรียบขององค์กรที่ควรปรับปรุงให้ดีขึ้น หรือขจัดให้หมดไป ได้แก่สิ่งใด

### 2. การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอก

การประเมินสภาพแวดล้อมภายนอกองค์กรนั้น สามารถค้นหาโอกาสและอุปสรรค ของการดำเนินงานขององค์กร ที่ได้รับผลกระทบจากสภาพแวดล้อม ทางเศรษฐกิจทั้งในและระหว่างประเทศ ที่เกี่ยวกับการดำเนินงานขององค์กร ตัวอย่างเช่น อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจ นโยบายการเงิน การงบประมาณ สภาพแวดล้อมทางสังคม เช่น ระดับการศึกษา และอัตราผู้หนังสือของประชาชน การตั้งถิ่นฐานและการอพยพของ ประชาชน ลักษณะชุมชน ขนบธรรมเนียมประเพณี ค่านิยม ความเชื่อและวัฒนธรรม สภาพแวดล้อมทางการเมือง และสภาพแวดล้อมทางเทคโนโลยี โดย โอกาสทางสภาพแวดล้อม (O-Opportunities) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัจจัยภายนอกองค์กร ปัจจัยใดที่สามารถส่งผลกระทบ ประโยชน์ ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการดำเนินการขององค์กร

อุปสรรคทางสภาพแวดล้อม (T-Threats) เป็นการวิเคราะห์ว่าปัจจัยภายนอกองค์กร ปัจจัยใดที่สามารถส่งผล กระทบที่จะก่อให้เกิดความเสียหายทั้งทางตรงและทางอ้อม ซึ่งองค์กร



จำต้องหลีกเลี่ยง หรือปรับสภาพองค์กรให้มี ความแข็งแกร่งพร้อมที่จะเผชิญ แรงกระแทกดังกล่าวได้

### 3. การวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003)

การวิเคราะห์สถานการณ์ตามกรอบแนวคิดของโดนาบีเดียน (Donabedian, 2003) เป็นการสำรวจ หรือแสวงหาคำตอบเกี่ยวกับสถานการณ์ทางคลินิก ซึ่งมีกรอบแนวคิดที่แสดงถึงขอบเขตหรือประเด็นที่ผู้ศึกษาต้องการ การศึกษาเกี่ยวกับการบริการทางคลินิกโดยใช้กรอบของการประเมินผล ของระบบประกันสุขภาพ ตามแนวคิดการดำเนินงานของ โดนาบีเดียน (Donabedian,2003) ประกอบไปด้วย 3 องค์ประกอบได้แก่ 1) โครงสร้าง(Structure) โครงสร้างของการบริการ ภายใต้ระบบการดูแลผู้รับบริการขององค์กร ได้แก่ นโยบาย และแผนพัฒนางานงบประมาณ จำนวนบุคลากร องค์ความรู้ของทีมบุคลากร คู่มือ หรือแนวปฏิบัติงานต่างๆ การทบทวนการปฏิบัติงานของบุคลากร อุปกรณ์ เครื่องมือต่างๆ ยาและเวชภัณฑ์ สถานที่ให้บริการ 2) กระบวนการ (Process) ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมการบริการต่างๆของทีมบุคลากรทางสุขภาพ ในด้านการประเมิน การคัดกรอง การวินิจฉัยโรค การรักษา การส่งเสริมและป้องกัน การฟื้นฟู การติดตาม และการส่งต่อผู้ที่มารับบริการ กิจกรรมการมีส่วนร่วมในการดูแลของญาติหรือผู้ดูแล และ3) ผลลัพธ์ (Outcome) ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ การเปลี่ยนแปลงทางด้านพฤติกรรม และการเปลี่ยนแปลงทางด้านความพึงพอใจของผู้รับบริการ ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบมีความสัมพันธ์ต่อกัน คือโครงสร้างของการบริการมีอิทธิพลต่อกระบวนการ และกระบวนการมีอิทธิพลต่อผลลัพธ์ ในการศึกษารุ่นนี้ผู้ศึกษาใช้ กรอบการประเมินผลของระบบหลักประกันสุขภาพของ โดนาบีเดียน (Donabedian,2003) ประกอบด้วย 3องค์ประกอบคือ1) โครงสร้าง(Structure) 2) กระบวนการ (Process)และ3) ผลลัพธ์ (Outcome) ซึ่งอธิบายได้ดังต่อไปนี้

**1.โครงสร้าง (Structure)** หมายถึง ความพอเพียงของทรัพยากรณ์ ต่างๆ ที่เป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดความสะดวก ของการให้บริการสุขภาพ ซึ่งสิ่งต่างๆนี้ เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ การนำไปใช้ ในการให้บริการ ซึ่งได้แก่ เครื่องมือ อุปกรณ์การแพทย์ รวมถึงงบประมาณ บุคลากร ลักษณะขององค์กร โครงสร้างองค์กร โดยมีองค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ ทรัพยากรณ์ เครื่องมือ (Material resources) ได้แก่ความพอเพียงของเครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ สถานที่เพื่อใช้ในการให้บริการดูแลสุขภาพ รวมทั้งงบประมาณที่ได้รับสนับสนุน ทรัพยากรณ์บุคคล(human resources) ได้แก่ความพอเพียงของบุคลากร เช่นจำนวน ประเภทของบุคลากร และลักษณะความเชี่ยวชาญของทีมบุคลากร ทางด้านสุขภาพ ลักษณะการจัดองค์กร(organization characteristics) ได้แก่สถานะขององค์กร รวมถึงรูปแบบการจัดการ การจัดแบ่งหน้าที่ การมอบหมายงาน การนำเสนอผลงาน การสอน และการวิจัย การทบทวนแนวทางการใช้เครื่องมือที่ใช้ในการดูแล



**2. กระบวนการ (Process)** หมายถึง เทคนิคการดูแล และการมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ และผู้รับบริการ โดยใช้เทคนิค หรือกิจกรรมเพื่อดูแลสุขภาพผู้ป่วยและครอบครัว ซึ่งได้แก่ การวินิจฉัยโรค การรักษาโรค การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรค การให้ความรู้ รวมถึงความร่วมมือของผู้ป่วย และญาติ ซึ่งทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ ระดับความเชี่ยวชาญของทีมบุคลากรที่ให้ความช่วยเหลือ

**3. ผลลัพธ์ (Outcome)** หมายถึง ภาวะสุขภาพของผู้รับบริการ การเปลี่ยนแปลงภาวะทางสุขภาพ ในปัจจุบันหรืออนาคต ทั้งที่พึงประสงค์ และไม่พึงประสงค์ ในรายบุคคล และรายกลุ่ม ที่เป็นผลมาจาก การได้รับการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงด้านความรู้ พฤติกรรม ของผู้ป่วย และครอบครัว ระดับความพึงพอใจ ของผู้ป่วย และครอบครัว ที่ได้รับการบริการ

ซึ่งทั้ง 3 องค์ประกอบ มีผลเชื่อมโยงกัน โดยเชื่อว่า ไม่มีองค์ประกอบใดเพียงลำพัง ที่จะสามารถทำให้เกิดคุณภาพที่ดีได้ โดยหากมีโครงสร้างที่ดี กระบวนการที่ดี ผลลัพธ์ย่อมมีประสิทธิภาพที่ดีด้วย

#### วิธีการรวบรวมข้อมูลสำหรับวิเคราะห์สถานการณ์

ในการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ เพื่อให้ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษามากที่สุด และน่าเชื่อถือมากที่สุด ดังนั้นจึงต้องใช้วิธีการเก็บข้อมูลหลายวิธีการร่วมกัน (multi-method) ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีข้อจำกัดแตกต่างกัน ซึ่ง ผู้ศึกษาจะขอกล่าว ถึงเฉพาะวิธีการที่เลือกใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย การสัมภาษณ์ (Interview) แบบสอบถาม (Questionnaire) การสังเกตการณ์ (Observation) และ การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ดังต่อไปนี้

**1. การสัมภาษณ์ (interview)** เป็นวิธีการที่นำมาใช้รวบรวมข้อมูลอย่างแพร่หลาย โดยเฉพาะ การวิจัยเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์ ผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์จะมีปฏิสัมพันธ์การสื่อสารระหว่างกัน การสัมภาษณ์จำเป็นต้องใช้ศิลปะและทักษะการสัมภาษณ์ดังนั้น จึงควรได้รับการอบรมทักษะการสัมภาษณ์ และ ต้องทำความเข้าใจเกี่ยวกับประเด็นที่สัมภาษณ์ และฝึกซ้อมวิธีการสัมภาษณ์ ก่อนออกสัมภาษณ์จริง (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547) ในขณะที่ ชีรพงษ์ แก้วนาวงษ์ (2546) กล่าวว่า การสัมภาษณ์ เป็นวิธีการสื่อสารสองทาง (Two-way communication) มีการสนทนากันระหว่างผู้ให้สัมภาษณ์และผู้สัมภาษณ์ เป็นการถามตอบกันโดยตรง หากมีข้อสงสัยไม่เข้าใจสามารถถามซ้ำ เพื่อให้ข้อมูลที่ได้มีความชัดเจน และเข้าใจถูกต้องตรงกัน ทั้ง 2 ฝ่าย

## การจำแนกการสัมภาษณ์

### 1.1 จำแนกตามกลุ่มผู้สัมภาษณ์ ได้ดังนี้

1.1.1 การสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews) มีผู้ให้ความหมายแตกต่างกัน ดังนี้

การสัมภาษณ์รายบุคคลเป็นการสัมภาษณ์ที่นิยมใช้มากที่สุดโดยสัมภาษณ์ทีละคน ซักถามกันจนเป็นที่พอใจ แล้วจึงสัมภาษณ์คนต่อไป การสัมภาษณ์แบบนี้จะมีความเป็นอิสระและมีความเป็นส่วนตัวมาก (ธีรพงษ์ แก้วนาวงษ์, 2546)

การสัมภาษณ์รายบุคคล เป็นการสื่อสารโต้ตอบกัน ระหว่างผู้ให้การสัมภาษณ์ และผู้ถูกสัมภาษณ์ เป็นการถาม โดยการเปิดโอกาสให้อธิบาย และถามถึงเหตุผลเกี่ยวกับพฤติกรรม เจตคติ ความต้องการ ความเชื่อ ค่านิยม บุคลิกภาพลักษณะต่างๆ (กรแก้ว จันทรภษา, 2550)

การสัมภาษณ์รายบุคคล เป็นการสัมภาษณ์บุคคลที่เป็นผู้รู้ และมีประสบการณ์ในประเด็นที่สัมภาษณ์ สามารถให้รายละเอียดข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง โดยผู้สัมภาษณ์ต้องมีแนวคำถาม เพื่อให้อยู่ในขอบข่ายตามประเด็นที่ศึกษา (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

1.1.2 การสัมภาษณ์รายกลุ่ม (Group interviews) มีผู้ให้ความหมายไว้แตกต่างกัน ดังนี้

การสัมภาษณ์รายกลุ่ม เป็นการสัมภาษณ์ที่ผู้ให้สัมภาษณ์พร้อมกัน ในเวลาเดียวกัน เป็นกลุ่มครั้งละหลายๆ คน โดยใช้คำถามเดียวกันทั้งหมด ซึ่งคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์บางคน จึงอาจถูกชักนำจากคำตอบของผู้ให้สัมภาษณ์คนอื่นได้ (ธีรพงษ์ แก้วนาวงษ์, 2546)

การสัมภาษณ์กลุ่ม เป็นการรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลในประเด็นปัญหาที่เฉพาะเจาะจง โดยมีผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ (Moderator) เป็นผู้ตั้งประเด็นคำถามในการสัมภาษณ์ เพื่อชักจูงให้กลุ่มเกิดแนวคิดและแสดงความคิดเห็นต่อประเด็นหรือ แนวทางการสัมภาษณ์อย่างกว้างขวางละเอียดลึกซึ้ง โดยกลุ่มที่เหมาะสมจะมีจำนวน กลุ่มละ 6-10 คน โดยเลือกมาจากประชากรเป้าหมายที่กำหนดไว้ (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย, 2549)

สำหรับเวลาในการสัมภาษณ์กลุ่มที่เหมาะสมและเพียงพอต่อการสร้างสัมพันธภาพระหว่างผู้ดำเนินการและสมาชิกของกลุ่ม รวมทั้งการสำรวจความเห็นตามหัวข้อการสัมภาษณ์ โดยทั่วไปควรใช้ เวลาสัมภาษณ์ประมาณ 1.5-2 ชั่วโมง (Malhotra, 2009)

การเลือกสถานที่ในการจัดการสนทนา ควรเป็นสถานที่ซึ่งมีสภาพแวดล้อมของห้องที่ใช้ควรจะเงียบสงบหรือไม่ถูกรบกวนจนก่อให้เกิดความรำคาญ ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้สมาชิกของกลุ่มทุกคน ได้เกิดความรู้สึกเป็นกันเองในการอภิปรายพูดคุยระหว่างกัน (Healy & Perry; Kinnear & Taylor, 2009)

## 1.2 จำแนกตามลักษณะการสัมภาษณ์

1.2.1 การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (structured interview) เป็นการสัมภาษณ์ตามรายการคำถาม ซึ่งได้จัดเรียงลำดับคำถามไว้ก่อนแล้ว แต่อาจจะปรับคำพูดหรือสำนวนถ้อยคำตามความเหมาะสมกับผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละบุคคล โดยยังคงความหมายเดิมไว้ทุกประการ การสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง อาจใช้คำถามปลายปิดหรือปลายเปิดหรืออาจผสมผสานทั้งสองแบบก็ได้

1.2.2 การสัมภาษณ์โดยไม่มีโครงสร้าง (unstructured interview) เป็นการสัมภาษณ์โดยใช้คำถามปลายเปิด เพื่อให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระคำถามที่ใช้เป็นคำถามกว้างๆ และมีความยืดหยุ่นสูง สามารถปรับเปลี่ยนคำถามได้ตามความเหมาะสม (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

### ขั้นตอนการสัมภาษณ์ มีดังต่อไปนี้

1. ขั้นตอนเตรียมการสัมภาษณ์ ได้แก่ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง การวางแผนการสัมภาษณ์ คือ การกำหนดแนวคำถาม และเวลานัดหมาย เตรียม อุปกรณ์ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง และสมุดจดบันทึก

2. การเริ่มสัมภาษณ์ ได้แก่ การสร้างสัมพันธภาพ โดยการแนะนำตนเอง บอกวัตถุประสงค์ และขออนุญาต จดบันทึก หรือบันทึกเสียงโดยแจ้งให้ผู้สัมภาษณ์ทราบ ก่อนล่วงหน้า

3. การสัมภาษณ์โดยการใช้แนวคำถามที่เตรียมมาใช้เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์ ฟังอย่างตั้งใจ ใส่ใจ และ ถามซ้ำหากข้อมูลที่ได้ ยังไม่ชัดเจน ในประเด็นคำถาม

4. การบันทึกข้อมูล และสิ้นสุดการสัมภาษณ์ ตรวจสอบความสมบูรณ์ รีบทำการบันทึกให้สมบูรณ์หลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ หากไม่สมบูรณ์ ควร สัมภาษณ์เพิ่มเติมให้ครบถ้วน

2. การใช้แบบสอบถาม (questionnaire) แบบสอบถามเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ทักษะคิด ความคิดเห็น มีผู้ให้ความหมายแตกต่างกันดังต่อไปนี้ คือ

แบบสอบถาม คือชุดของคำถามที่ใช้เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้กันมากในการวิจัยเชิงปริมาณทางสังคมศาสตร์ ซึ่งมีข้อดี คือ ประหยัดเวลาและค่าใช้จ่าย ผู้ตอบมีอิสระในการตอบคำถาม และเป็นเครื่องมือที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน สะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีหลักฐานข้อมูล เก็บไว้ตรวจสอบได้ (กรแก้ว จันทรภาษา, 2555)

แบบสอบถาม เป็นเทคนิคที่นิยมนำมาใช้ในการรวบรวมข้อมูลของงาน วิจัยเชิงปริมาณ เช่น การวิจัยแบบบรรยาย (descriptive research) การวิจัยเชิงสำรวจ (survey research) แบบสอบถามมี 2 ประเภท ได้แก่ แบบสอบถามปลายปิด (closed ended questionnaires) เป็นแบบสอบถามที่มีการระบุคำตอบสำหรับให้เลือกตอบ อาจเป็นการเติมคำหรือข้อความสั้นๆและ

แบบสอบถามปลายเปิด (open-ended questionnaires) เป็นแบบสอบถามที่ไม่ระบุหรือกำหนดคำตอบผู้ตอบแบบสอบถาม สามารถแสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ (บุญใจ ศรีสถิตนรากุล, 2547)

**3. การสังเกตการณ์ (observation)** ชีรพงษ์ แก้วนาวงษ์ (2546) กล่าวว่า การสังเกตเป็นการศึกษาพฤติกรรมของมนุษย์หรือปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้น เป็นการค้นหาพฤติกรรม เพื่อให้รู้ว่ามนุษย์คิดอะไร ทำอะไร โดยการเฝ้าดูการกระทำของเขาซึ่งได้แสดงออกในสถานการณ์ต่างๆ และในการทำกิจกรรม การสังเกตเป็นการเฝ้าดูพฤติกรรมโดยตรงที่สำคัญมาก ในขณะที่ สำนักงานกองทุนวิจัย (2549) กล่าวว่า การสังเกตมีหลายประเภท เช่น การสังเกตแบบเป็นทางการกับไม่เป็นทางการ (formal and informal observation) การสังเกตแบบมีโครงสร้างกับแบบไม่มีโครงสร้าง (structured and unstructured observation) การสังเกตแบบมีส่วนร่วมกับแบบไม่มีส่วนร่วม (participant and non participant observation)

**4. การรวบรวมข้อมูลจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง** เอกสารที่เกี่ยวข้อง เช่น ข้อมูลการบันทึกเวชระเบียน ข้อมูลสรุปผลการปฏิบัติงาน ประจำเดือน ข้อมูลสรุปผลการปฏิบัติงาน ประจำปี โดยนำข้อมูลที่สนใจมาศึกษา เป็น ผลสรุปข้อมูล ตัวชี้วัด เป็นต้น (กรแก้ว จันทรภาษา, 2555)

สรุปได้ว่า ในการศึกษาการวิเคราะห์สถานการณ์ จะมีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธีการร่วมกัน (multimethod) เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้อง ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาโดยในครั้งนี้อยู่ศึกษาเลือกใช้ วิธีการรวบรวมข้อมูล ซึ่งประกอบด้วย การสัมภาษณ์ การใช้แบบสอบถาม การสังเกตการณ์ และการรวบรวมข้อมูลจากเอกสารข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครอบคลุมกับสิ่งที่ต้องการศึกษา

### สถานการณ์การดูแลด้านสุขภาพจิต สำหรับผู้ดูแลของผู้พิการที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ แต่เดิมมีชื่อเป็น สถานีอนามัยตำบลป่ากุมเกาะ ในปี พ.ศ. 2522 รัฐบาลมีนโยบายพัฒนายกระดับให้เป็น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อเพิ่มศักยภาพในการปฏิบัติงานให้ประชาชนได้เข้าถึงบริการได้มากขึ้น และครอบคลุมทุกกลุ่มประชากร (กระทรวงสาธารณสุข, 2553) โดยได้รับงบประมาณ จากรัฐบาลเพื่อนำมาพัฒนาในด้านต่าง ๆ เช่น อาคารสถานที่ เครื่องมืออุปกรณ์ สื่อความรู้ต่างๆ เป็นต้น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ ตั้งอยู่ในเขต อำเภอสุวรรณคโลก จังหวัดสุโขทัย มีบุคลากรทีมสุขภาพปฏิบัติงานประจำ จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ผู้บริหารจำนวน 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 1 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 1 คน และเจ้าหน้าที่ทันตสาธารณสุข 1 คน และใน



ทุกวันพฤหัสบดี จะมี บริการคลินิกโรคเรื้อรัง โดยมีบุคลากรทีมสุขภาพ จากโรงพยาบาลสวรรคโลก ซึ่งเป็นโรงพยาบาลแม่ข่าย มาปฏิบัติงานเพิ่มขึ้น จำนวน 6 คน ประกอบด้วย แพทย์ 1 คน เภสัชกร 1 คน พยาบาลเวชปฏิบัติ 3 คน เจ้าหน้าที่ตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ 1 คน โดยในสวนนี้ บุคลากรทีมสุขภาพที่มาจาก โรงพยาบาลแม่ข่าย จะเน้นการมาตรวจรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ นอกจากนี้จะเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากบุคลากรทีมสุขภาพ ของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ และได้ตรวจประเมินพบว่า เป็นภาวะการเจ็บป่วยที่ซับซ้อน ต้องได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์อีกครั้ง จึงนัดมาพบแพทย์ ในวันดังกล่าว ซึ่งรวมทั้ง ผู้ดูแลผู้พิการที่มีปัญหาด้านสุขภาพจิตก็จะได้รับการตรวจในวันนี้เช่นเดียวกัน โดยมีการจัดลำดับคิวในการตรวจร่วมกับโรคเรื้อรังทางกายอื่นๆ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ ปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบ 10 หมู่บ้าน จำนวน 1,944 หลังคาเรือน ประชากรจำนวน 6,945 คน ในจำนวนนี้มีกลุ่มเสี่ยงที่ต้องดูแลคือ ผู้ป่วยเรื้อรังที่ต้องดูแลต่อเนื่องจำนวน 1,008 คน ผู้พิการจำนวน 102 คน ผู้สูงอายุจำนวน 1,164 คน บริบทพื้นที่เป็นชุมชนชนเมือง ประชากรประกอบอาชีพ การเกษตร ทำงานรับจ้าง ในเขตพื้นที่ และนอกพื้นที่เป็นส่วนใหญ่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะในด้านโครงสร้าง เป็นหน่วยบริการ ระดับปฐมภูมิ ทางการแพทย์ และสาธารณสุข(primary care unit) ที่มีหน้าที่และความรับผิดชอบ ในการให้บริการ เพื่อตอบสนองต่อความจำเป็นทางด้าน สุขภาพของประชาชนในพื้นที่ฐาน และเชื่อมโยงกิจกรรมการดำเนินงาน ด้านสุขภาพ อย่างต่อเนื่อง(continuity) โดยมีลักษณะเป็นการปฏิบัติงานเป็นองค์รวม (holistic) ผสมผสาน(integration) ประชาชนสามารถ เข้าถึงบริการอย่างสะดวก ทั้งนี้ เพื่อให้เกิดการสร้างเสริมระบบสุขภาพชุมชน และ เพื่อสร้างความเข้มแข็ง ให้แก่ประชาชน เพื่อป้องกัน หรือลดปัญหา ที่ป้องกันได้ทั้งทาง กาย จิต สังคม โดยประชาชนทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม(กระทรวงสาธารณสุข, 2550) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ มีการแบ่งขอบเขตการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่ตามตำแหน่งการปฏิบัติงาน โดยงานการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช จะมีพยาบาล รับผิดชอบงาน 1 คน ร่วมกับการรับผิดชอบงานอื่นๆ เช่น งานรักษาพยาบาลโรคทั่วไป งานอนามัยแม่และเด็ก งานวางแผนครอบครัว งานควบคุมโรคติดต่อ งานควบคุมการติดเชื้อในสถานบริการ และงานส่งเสริมสุขภาพ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ : คำสั่งแต่งตั้งรับมอบหมายหน้าที่, 2555) กิจกรรมการปฏิบัติงานการพยาบาลสุขภาพจิต และจิตเวช พยาบาลผู้รับผิดชอบงาน จะมีหน้าที่ดูแลสุขภาพจิตในประชากรทั้งหมดในทุกกลุ่ม โดยเน้นการดูแล แบบ องค์รวม( กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณ) และผสมผสาน (ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค รักษาโรคฟื้นฟูหลังการเจ็บป่วย) โดยเน้นการปฏิบัติงานตามแนวนโยบายงานสุขภาพจิต ระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ จากการปฏิบัติงานสุขภาพจิตจะได้รับ



การสนับสนุนจาก กระทรวงสาธารณสุข และกรมสุขภาพจิต ในด้าน เงินงบประมาณ และวัสดุ อุปกรณ์ เช่นคู่มือการปฏิบัติงาน เอกสาร สื่อความรู้ต่างๆ บทความ แผ่นซีดี และ แบบคัดกรองต่างๆ

ในด้านกระบวนการ การเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ในปีงบประมาณ 2553-2555 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ ได้ขยายการเฝ้าระวังปัญหาสุขภาพจิต ไปในกลุ่ม ผู้ดูแลผู้พิการ เพราะเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญกลุ่มหนึ่ง อีกทั้งผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นมารดา นอกจาก ภาระที่ต้องดูแลบุคคลที่พิการในบ้านแล้ว ยังต้องดูแลสมาชิกคนอื่นๆในบ้านอีกด้วย สถานการณ์ดังกล่าวจึงส่งผลให้ผู้ดูแลของผู้พิการมีปัญหาสุขภาพจิตเกิดขึ้น และส่งผลกระทบต่อ ด้านอื่นๆ ตามมา และจากการคัดกรองได้ใช้แบบประเมินตามแบบวัดความวิตกกังวล ต่อ สถานการณ์ที่มีต่อการดูแลผู้พิการ (State-Trait Anxiety Inventory) STAI (Form Y ของ Spielberg(1983)) โดยนำข้อมูล มาวิเคราะห์เปรียบเทียบ กัน ในปีงบประมาณ 2554 และ 2555 ปรากฏว่าผู้ดูแลผู้พิการ มีความวิตกกังวลต่อสถานการณ์ การดูแลผู้พิการ มีจำนวน มากกว่า ครั้งหนึ่ง ในทั้ง 2 ปี ( รายงานสรุปผลการดำเนินงาน โครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่า กุมเกาะ, 2554-2555)

นอกจากนี้ได้สำรวจปัญหาด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลของผู้พิการโดยใช้ แบบสัมภาษณ์ ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น Thai mental Health indicator – 15 (TMHI - 15) ของ อภิชัย มงคล และคณะ (2552) ประเมินผู้ดูแลผู้พิการทุกคนจำนวน 124 คน พบว่า ผู้ดูแลผู้พิการที่มี สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีจำนวน 29 คนคิด เป็นร้อยละ 23.38 มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป มี จำนวน 49 คน เป็นร้อยละ 39.51 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป มีจำนวนมากถึง 46 คน เป็นร้อย ละ 37.09 โดยผู้ดูแลผู้พิการส่วนใหญ่ มีความรู้สึกกับตนเองว่า ชีวิตมีแต่ความทุกข์ รู้สึกถึงความ ไม่นั่นคงในครอบครัวและมีความกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของครอบครัว (สรุปรายงานการ คัดกรองสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ, 2555)

จากผลการคัดกรองความเครียดในกลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการ ที่ต้องดูแลผู้พิการที่มีภาวะ ความเจ็บป่วยเรื้อรังและไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ 11 คน พบว่า ทุกคนจะมีความเครียด โดย ร้อยละ 33.33 มีความเครียดระดับปานกลาง ร้อยละ 58.3 มีความเครียดระดับปานกลาง และร้อยละ 8.3 มีความเครียดระดับรุนแรง (สรุปรายงานการคัดกรองสุขภาพจิต โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลป่ากุมเกาะ, 2555)

และจากผลการคัดกรองภาวะซึมเศร้าและส่งให้แพทย์วินิจฉัย มีผู้ดูแลของผู้พิการที่เป็น โรคซึมเศร้าจำนวน 3 ราย ที่ได้รับการรักษา และต้องรับยาต่อเนื่อง (รายงานสรุปผลการ ดำเนินงานการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ, 2554)

จากปัญหาด้านสุขภาพจิต ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการดังกล่าว

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ และพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตและจิตเวช ได้ช่วยเหลือ ให้การดูแล ให้คำปรึกษา และให้การพยาบาลโดยการบำบัดรายบุคคล และรายกลุ่มย่อย และในชุมชนได้จัดทำโครงการ และกิจกรรมเพื่อ แก้ไขปัญหาสุขภาพจิตขึ้น อย่างต่อเนื่องในกลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการทุกประเภท เช่น โครงการเยียวยาใจและ สร้างรายได้ให้ครอบครัวผู้พิการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประคับประคองจิตใจ ให้สมาชิกครอบครัวผู้พิการ และเสริมรายได้เล็กน้อย ตลอดจนต้องการให้สมาชิกในครอบครัวผู้พิการ ได้มีงานอดิเรก ขยายวง เพื่อลดความวิตกกังวล และส่งเสริมสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัว โดย กิจกรรมในโครงการ จะมีการบรรยายความรู้ เรื่อง โรคทางจิตเวช และการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการเกิดโรค ดังกล่าว กิจกรรมการฝึกทำงานฝีมือ เช่นการ สานริบบิ้นเหรียญทำทาน การพับผ้าเช็ดหน้าเป็น ของชำร่วย การทำพวงกุญแจ เป็นต้น โครงการหนึ่งเครือข่าย หนึ่งผู้พิการ หนึ่งผู้ดูแล เป็นโครงการตรวจสุขภาพผู้ดูแล และผู้พิการ และให้ความรู้เกี่ยวกับการฟื้นฟูสภาพผู้พิการ และการดูแลสุขภาพจิตในครอบครัวผู้พิการ โครงการพระเยี่ยมโยม ซึ่งมีกิจกรรมเยี่ยมบ้าน ของทีมพุทธอาสา ร่วมกับ ทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ ได้เยี่ยมบ้าน และ ตรวจสุขภาพผู้พิการ และครอบครัวที่บ้านและเสริมพลังใจโดยพระสงฆ์ ให้กับครอบครัวผู้พิการและผู้ด้อยโอกาส ตลอดจน มีกิจกรรม ส่งเสริมสุขภาพร่างกาย และจิตใจเช่น การฝึกปฏิบัติธรรม ฝึกสมาธิ มีกิจกรรมออกกำลังกาย ในชุมชน โดยกิจกรรมต่างๆเหล่านี้ บุคลากรทีมสุขภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ ได้ร่วมกับ ทีมสหวิชาชีพ ในเครือข่ายโรงพยาบาล สวรรคโลก ชมรม พุทธอาสา พร้อมทั้งแกนนำชุมชน ได้มีกิจกรรมต่างๆร่วมกัน (รายงานสรุปผลการดำเนินงานประจำปี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ, 2553 - 2555)ใน ส่วนของญาติหรือครอบครัวจะมีการพูดให้กำลังใจ ดูแลช่วยพาผู้ดูแลผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิตไปรับการตรวจรักษา ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายในครอบครัว และผู้ดูแลของผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต จะมีการดูแลตนเองโดย การไปขอรับคำปรึกษา จากเจ้าหน้าที่ พุดระบายความรู้สึกร่วมกับเพื่อนบ้าน ออกกำลังกาย ฝึกทำสมาธิ ตลอดจนให้กำลังใจตนเอง และยอมรับสภาพการเจ็บป่วยของตนเอง และปฏิบัติตามคำแนะนำของบุคลากรทีมสุขภาพ

หลังจากนั้นได้ติดตามสังเกตและประเมินภาวะสุขภาพจิตซ้ำ พบว่า กลุ่มผู้ดูแล เหล่านี้ ยังคงมีปัญหาด้านสุขภาพจิต เช่นเดิม โดยศึกษาข้อมูล จากแบบบันทึก การซักประวัติการตรวจร่างกาย ผู้มารับบริการรักษาพยาบาล ที่มาด้วย อาการ ปวดศีรษะ ปวดท้ายทอย ใจไม่ดี หายใจไม่อิ่ม นอนไม่หลับ มือเย็น เหงื่อออก กล้ามเนื้อตึงตัว รับประทานอาหารได้น้อยลง (รายงานสรุปผลการดำเนินงานการรักษาพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ, 2555) ซึ่งเป็นอาการที่แสดงถึง การมีปัญหาด้านสุขภาพจิต และจากการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง(ผู้ป่วย

โรคเรื้อรังที่ไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้เอง) พบว่าผู้ดูแลของผู้พิการ มีความเครียดร้อยละร้อย และได้ประเมิน วัดความวิตกกังวลในกลุ่มผู้ดูแลผู้พิการในปีงบประมาณ 2555 ปรากฏว่า กลุ่มผู้ดูแลยังคงมีความวิตกกังวลและลดลงจากเดิมในจำนวนเล็กน้อยเท่านั้นกล่าวคือ จากการประเมินความวิตกกังวล ผู้ดูแลผู้พิการ ทั้ง 6 ประเภท มีผู้ดูแลผู้พิการที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 51 คน จากจำนวนทั้งหมด 89 คน คิดเป็นร้อยละ 57.30 (รายงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ, 2555) ซึ่งจะเห็นได้ว่า ผู้ดูแลผู้พิการยังคงมีความวิตกกังวลอยู่ใกล้เคียงกับผลการประเมินในครั้งแรก กล่าวคือ ในปีงบประมาณ 2554 จากการประเมินความวิตกกังวล ผู้ดูแลผู้พิการ ทั้ง 6 ประเภท มีผู้ดูแลผู้พิการที่มีความวิตกกังวลระดับปานกลางขึ้นไป จำนวน 62 คน จากจำนวนทั้งหมด 102 คน คิดเป็นร้อยละ 60.78 เช่นเดียวกับผลการคัดกรองสุขภาพจิต โดยใช้ แบบสัมภาษณ์ดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยพบว่าในผู้ดูแลผู้พิการจำนวน 119 คน ผู้ดูแลผู้พิการที่มีสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไปมีจำนวน 31 คน คิดเป็นร้อยละ 26.05 มีสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป มีจำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 42.58 และมีสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 31.09 (รายงานการคัดกรองกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ, 2555) ซึ่งแสดงถึงสถิติที่ยังคงเป็นปัญหา (กรมสุขภาพจิต : แผนยุทธศาสตร์กรมสุขภาพจิต, 2555) จากสถานการณ์และปัญหาสุขภาพจิต ดังกล่าว หากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลต่อตัวผู้ดูแลผู้พิการ ครอบครัว และชุมชนต่อไปในอนาคต (กระทรวงสาธารณสุข, 2553)

### กรอบแนวคิดในการศึกษา

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลด้านสุขภาพจิตสำหรับผู้ดูแลของผู้พิการ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ อำเภอสุวรรณคูหา จังหวัดสุโขทัย โดยใช้กรอบการประเมินผลของระบบ หลักประกันสุขภาพ ตามแนวคิดของโดนาเบดีเยน(Donabedian, 2003) ซึ่งจะศึกษาองค์ประกอบหลัก 3 ด้าน คือ ด้านโครงสร้าง กระบวนการบริการ และ ผลลัพธ์ โดยการวิเคราะห์ในแต่ละด้าน ซึ่ง 1) ด้านโครงสร้าง ได้แก่ อาคารสถานที่ เครื่องมือ อุปกรณ์ คู่มือมาตรฐาน งบประมาณ ด้านทรัพยากร ได้แก่ จำนวน และความสามารถของบุคลากร การจัดโครงสร้างองค์กร รวมถึง นโยบายแผนงาน ต่อระบบการดูแล ด้านสุขภาพจิต สำหรับผู้ดูแลของผู้พิการ ความรู้ของแกนนำชุมชนหรือ แกนนำสุขภาพ และการมีส่วนร่วมในการดูแล ของครอบครัว และ แกนนำชุมชน หรือแกนนำสุขภาพ 2) ด้านกระบวนการ ได้แก่ รูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานในการดูแลและให้ความช่วยเหลือ ของกลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ ญาติหรือครอบครัว และแกนนำชุมชน หรือแกนนำสุขภาพ ในการดูแลด้านสุขภาพจิต สำหรับ ผู้ดูแล ของผู้พิการ 3) ด้านผลลัพธ์

ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงความรู้ของเจ้าหน้าที่ และแกนนำชุมชน หรือแกนนำสุขภาพ สถานะทางสุขภาพ พฤติกรรม ความพึงพอใจ ของผู้ดูแลผู้พิการ และญาติที่มาใช้บริการใน โรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบลป่ากุมเกาะ อำเภอสวรรคโลก จังหวัดสุโขทัย โดยศึกษาข้อมูล จากกลุ่มผู้ดูแลของผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มบุคลากรทีมสุขภาพ กลุ่มญาติหรือครอบครัว และกลุ่มแกนนำชุมชน หรือแกนนำสุขภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึก และเป็นแนวทาง นำไปสู่การพัฒนาคุณภาพ ของระบบบริการบำบัดรักษาและดูแลช่วยเหลือ ผู้ดูแลของผู้พิการที่มีปัญหาสุขภาพจิต ต่อไป