

รายงานการวิจัย

การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
ชายหอผู้ป่วยคอนคู้ ต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ
และการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์



308

3ก

1 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยโครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ
ปีงบประมาณ 2549 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

SBN 978-974-296-599-0

นางสาวจิรารัตน์ ทิมพิค
นางเขวภา ไตรพฤกษชาติ

200 ปี หนึ่งศตวรรษ แห่ง วิทยาศาสตร์
28/2/51

รายงานการวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
ชายหอผู้ป่วยตอนดู่ ต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ
และการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

โดย

นางสาว จิตรัตน์ พิมพัตติ

นาง ยาวภา ไตรพฤษชาติ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

กรมสุขภาพจิต

กระทรวงสาธารณสุข

ได้รับทุนอุดหนุนการวิจัยโครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการ

ปีงบประมาณ 2549 จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ISBN 978 - 974 - 296 - 599 - 0

เลขทะเบียน	001008
วันที่	4 มี.ค. 2551
เลขเรียกค้น	M. N 308
19430	2551

รายงานการวิจัย การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมใน
ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายหรือผู้ป่วยดอนดู ต่อการยกระดับสมรรถภาพ
การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการกลับมารักษาซ้ำ โรงพยาบาลจิตเวช
ขอนแก่นราชนครินทร์

คณะผู้วิจัย 1. นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด
2. นางเยาวภา ไตรพฤกษชาติ

เจ้าของ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ กรมสุขภาพจิต
กระทรวงสาธารณสุข สงวนลิขสิทธิ์ตามพระราชบัญญัติ

พิมพ์ครั้งที่ 1 มกราคม 2551

จำนวน 100 เล่ม

พิมพ์ที่ บริษัทเพ็ญพรินติ้ง จำกัด (043) 220582

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ใช้ระเบียบวิธีเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย และผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ในด้านการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำ ดำเนินการวิจัยตลอดปีงบประมาณ 2548 และ 2549 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายในระยะที่ 1 จำนวน 35 ราย ในระยะที่ 2 จำนวน 40 ราย และญาติใกล้ชิดในระยะที่ 1 จำนวน 12 ครอบครัว และในระยะที่ 2 จำนวน 15 ครอบครัว วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการ วิเคราะห์เนื้อหา paired - t test และ Wilconxon Matched Paired Signed Rank test

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายร้อยละ 37.14 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 28.57 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 42.86 อยู่โรงพยาบาลนาน 1-5 ปี และร้อยละ 48.57 มีญาติแต่ไม่มาดูแล มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ย กลุ่มที่ปรับจากระดับ 2 เป็น 3 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่คงอยู่ระดับ 3 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ปรับจากระดับ 3 เป็น 4 กลุ่มปรับจากระดับ 4 เป็น 5 และกลุ่มคงที่ระดับ 4 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะทั้ง 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มคงที่ระดับ 5 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติ ก่อนและหลังมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในระยะที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายร้อยละ 42.5 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 35.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีญาติแต่ไม่มาดูแลร้อยละ 32.26 อยู่โรงพยาบาลนาน 1-5 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 61.54 ญาติทอดทิ้งแต่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ย กลุ่มที่ปรับจากระดับ 4 เป็น 5 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้านและคะแนนรวมเฉลี่ย กลุ่มที่คงอยู่

ระดับ 4 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยเฉพาะทักษะการงานอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่คงอยู่ระดับ 5 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติก่อนและหลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่ผู้ป่วยเกือบครึ่งถึงส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าชุมชนระดับปานกลางถึงมาก และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งร้อยละ 67.35 มีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมในระดับมาก

การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงบวกต่อตัวผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

การติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย ร้อยละ 36.36 ผู้ป่วยอยู่บ้านได้นาน 6-9 เดือน และ 12-18 เดือน มีเพียงร้อยละ 12.12 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 3-8 เดือน มากกว่าครึ่งถึงส่วนใหญ่ของญาติแสดงความคิดเห็นในศักยภาพของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านอยู่ในระดับ “ทำได้เอง” ร้อยละ 92.31 ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ และร้อยละ 53.83 ญาติเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วย

จากผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าเมื่อมีการพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพย่อมเกิดผลเชิงบวกแก่ผู้ป่วยและญาติ อีกทั้งบุคลากรที่ปฏิบัติงานมีแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน สามารถยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทหรือรังให้อยู่ในระดับสูงขึ้นหรือคงไว้ซึ่งศักยภาพของผู้ป่วยไม่ให้เสื่อมถอยลงไปมากกว่าเดิม อีกทั้งการเตรียมญาติให้มีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะการดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล โดยการได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษา ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานขึ้น ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะให้บุคลากรทางจิตเวช ควรมีการเตรียมผู้ป่วยและญาติก่อนจำหน่ายผู้ป่วยกลับสู่ชุมชนหรือเตรียมแกนนำชุมชนหรือบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจและทักษะในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในชุมชน และมีการประสานงานกันอย่างสม่ำเสมอเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันเมื่อมีปัญหาเกิดขึ้นในผู้ป่วยและครอบครัว

ABSTRACT

The objectives of this research were to develop service system for improvement of psychosocial rehabilitation in male patients with chronic schizophrenia and as a result from the system to elevate the level of competency rehabilitation as well as to reduce re-admitted cases. The research was conducted through the fiscal year of 2005 and 2006. Groups of study consisted of 35 male patients with phase 1 schizophrenia and 12 close relatives, 40 male patients with phase 2 schizophrenia and 15 close relatives. Data were analyzed by content analysis and statistical analysis by paired - t test and Wilconxon Matched Paired Signed Rank test.

The result showed that in phase 1 of the patients, there were 37.14% with age 31 – 40 years, 28.57% with ill period 6 – 10 years, 42.86% with admitted period in the hospital 1 – 5 years, and 48.57% with no relatives taking care of. The scores in all 6 skills and average combining skills of the patients improved with statistical significance at 0.05. In group of the patients whose level changed from 2 to 3, the scores for domestic skills, social skills, working skills, and community living skills and average combining scores improved significantly. In group of the patients whose level remained at 3, the scores for domestic skills, social skills, working skills, leisure skills, and community-living skills and average combining scores also improved significantly. In group of patients whose level changed from 3 to 4, remained at 4 and 4 to 5, the scores in all 6 skills and average combining scores improved significantly. In group of the patients whose level remained at 5, the scores for domestic skills, social skills, community-living skills and average combining scores also improved significantly. The average scores before and after interventions with psychoeducation were different with statistical significance at 0.05.

In phase 2 of the patients, there were 42.5% with age 31 – 40 years, 35.0% with ill period of 6 – 10 years, 32.26% with admitted period in the hospital 1 – 5 years, and 61.54% with no relatives taking care of but still able to discharge this group of the patients from hospital. The scores in all 6 skills and average combining scores of the patients improved with statistical significance at 0.05. In group of the patients whose level changed from 4 to 5, the scores in all 6 skills improved with statistical significance at 0.05. In group of the patients whose level remained at 4, only working skill improved significantly. In group of the patients whose level remained at

5, the scores for leisure skills and community-living skills as well as average combining scores improved significantly. The average scores before and after interventions with mental health education were different with statistical significance at 0.05.

When the patients were trained social skill outside hospital, nearly half to most of them were able to live in community with moderate to high comfortable level. 67.35% of the patients satisfied their activity with high level.

Both the patients and the working staffs felt positively for developing of service system to improve psychosocial rehabilitation of the patients.

Evaluation of the patients after discharging from hospital, the results showed that 36.36% lived in their houses for 6 – 9 months and 12-18 months only 12.12% readmitted cases within 3 – 8 months. More than half of the relatives expressed their idea on efficiency of their patients during staying at home in the level “able to do by themselves”. 92.31% took drugs routinely, and 53.83% still got drugs from their relatives.

Results of this research showed that positive outcome for both were rewarded for both patients and relatives when the service system to improve psychosocial rehabilitation of the patients was developed. In addition, working staffs got the same guideline for the service capable to improve or maintain psychosocial competency of the patients. This system allowed the relatives to know, understand, and have necessary skills for taking care of the patients when they left hospital. The researcher suggested psychiatric personnel to prepare the patients and relatives before discharging the patients to community. Routine collateral work should be done to help each other especially when problems occurred in the patients and their relatives.

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์ทวี ตั้งเสรี ผู้อำนวยการโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ที่สนับสนุนกิจกรรมต่าง ๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย หอผู้ป่วยคอนคูน ขอขอบพระคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้ทุนอุดหนุนการวิจัยโครงการพัฒนาระบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพคนพิการปีงบประมาณ 2549 ภายใต้ชื่อเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแบบครบวงจร เพื่อยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนคูน

ขอขอบพระคุณบุคลากรหอผู้ป่วยคอนคูนทุกท่านซึ่งเป็นผู้ร่วมวิจัยได้ให้ความสนใจและร่วมมือเป็นอย่างดีในการพัฒนาระบบงาน และมีความกระตือรือร้นในการปฏิบัติงานการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในแนวทางเดียวกัน ตลอดจนการให้ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบงาน

ขอกราบขอบพระคุณคุณแสงชัย สารบัณฑิตกุล อดีตหัวหน้ากลุ่มการพยาบาล และคุณปทุมทิพย์ สุภานันท์ ผู้นิเทศหอผู้ป่วยคอนคูนที่ให้การสนับสนุนกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและสนับสนุนการขอทุนการวิจัยจาก สปสช.

ขอขอบพระคุณทีมสหวิชาชีพประกอบด้วย นายแพทย์วรสรรพ ปรัชญคุปต์ แพทย์เจ้าของไข้ประจำหอผู้ป่วยคอนคูนที่ให้ความสนใจและดูแลผู้ป่วยเป็นอย่างดีในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางการแพทย์ ตลอดจนนักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่เภสัชกรรม โภชนาการและเจ้าหน้าที่ทันตกรรม ที่ให้ความร่วมมือในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ แก่ผู้ป่วย รวมทั้งพนักงานขับรถของงานยานพาหนะที่ช่วยขับรถพาผู้ป่วยฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่ด้วยดีตลอดมา และเจ้าหน้าที่โสตทัศนูปกรณ์ที่กรุณาถ่ายภาพผู้ป่วยในการทำกิจกรรมต่าง ๆ

ขอขอบพระคุณญาติผู้ป่วยและผู้ป่วยทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ผ.ศ. ดร. พีระพล สุขอ้วน กรุณาช่วยเขียนบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

ขอขอบพระคุณอาจารย์สมใจ เจียรพงษ์ และคุณไพลิน ปรัชญคุปต์ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องช่วยให้การทำวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

จิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย	ก
ABSTRACT	ค
กิตติกรรมประกาศ	จ
สารบัญ	ฉ
สารบัญตาราง	ซ
สารบัญภาพ	ญ
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 คำถามการวิจัย	4
1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย	4
1.4 ขอบเขตการวิจัย	4
1.5 นิยามตัวแปร	5
1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย	6
1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	7
บทที่ 2 การทบทวนวรรณกรรม	8
2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม	9
2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง	14
2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท	17
2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	22
บทที่ 3 วิธีการดำเนินการวิจัย	28
3.1 ผู้ร่วมวิจัย	28
3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย	28
3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	30
3.4 วิธีการรวบรวมข้อมูล	31
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	36

สารบัญ(ต่อ)	หน้า
	38
บทที่ 4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล	39
4.1 ผลการวิจัย	88
4.2 การอภิปรายผล	95
บทที่ 5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ	100
เอกสารอ้างอิง	107
ภาคผนวก	148
ประวัติผู้วิจัย	

สารบัญตาราง

		หน้า
ตาราง 1	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายจำแนกตามข้อมูลทั่วไปในระบะที่ 1 (n = 35)	39
ตาราง 2	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายจำแนกตามข้อมูลทั่วไปในระบะที่ 2 (n = 40)	40
ตาราง 3	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระบะที่ 1 เดือนมกราคม 2548 ถึงเดือนมิถุนายน 2548 จำแนกตามระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 35)	69
ตาราง 4	การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยในระบะที่ 1 ด้วย Paired – t test (n = 35)	70
ตาราง 5	การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยในระบะที่ 1 แยกตามกลุ่มของการปรับระดับของสมรรถภาพ	71
ตาราง 6	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระบะที่ 2 เดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 จำแนกตามระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 40)	73
ตาราง 7	การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้านและคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยในระบะที่ 2 ด้วย Paired – t test (n = 40)	74
ตาราง 8	การเปรียบเทียบคะแนน 6 ด้านและคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยในระบะที่ 2 แยกตามกลุ่มของการปรับระดับของสมรรถภาพ	75
ตาราง 9	แสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสถานที่การฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่	76
ตาราง 10	แสดงความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อความสามารถในการเข้าชุมชนของผู้ป่วย	77
ตาราง 11	แสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในการทำกิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่	77
ตาราง 12	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาลจำแนกตามระยะเวลา (n = 31)	78

สารบัญตาราง (ต่อ)

		หน้า
ตาราง 13	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่จำหน่ายได้และไม่ได้จำหน่ายตามลักษณะการจำหน่าย (n = 39)	79
ตาราง 14	แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถอยู่บ้านได้และกลับมารักษาซ้ำจำหน่ายตามระยะเวลา (n = 33)	80
ตาราง 15	แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และตอบแบบสอบถามผ่านทางจดหมายเกี่ยวกับความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 3)	81
ตาราง 16	แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และตอบแบบสอบถามผ่านทางจดหมายเกี่ยวกับศักยภาพผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน จำแนกตามรายด้าน (n = 13)	82
ตาราง 17	แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และตอบแบบสอบถามผ่านทางจดหมายเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัด และความพึงพอใจต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 13)	83
ตาราง 18	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติในระยะที่ 1 ด้วย Paired – t test	86
ตาราง 19	เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติในระยะที่ 2 ด้วย Paired – t test	87

ภาพที่	สารบัญภาพ	หน้า
1.	จำลองหอผู้ป่วยคอนคูนก่อนการปรับปรุง	31
2.	จำลองหอผู้ป่วยคอนคูนหลังการปรับปรุง	35
3.	ระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย	64

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ ประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด สามารถทำหน้าที่ต่าง ๆ ได้ตามปกติเช่นเดิม ถ้าระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสั้น ๆ อีก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต และที่เหลือ 1 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรัง (Lohr, 1991) การที่จะวินิจฉัยได้ว่าบุคคลนั้นเป็นโรคจิตเภท จะมีอาการบ่งชี้ที่สำคัญ 4 ประการ คือ 1) มีลักษณะอาการของโรคจิตเกิดขึ้นในระยะอาการกำเริบ 2) ระดับของความสามารถในการทำหน้าที่ต่าง ๆ ลดลง 3) มีอาการเริ่มแรกก่อนอายุ 45 ปี และ 4) มีอาการติดต่อกันอย่างน้อย 6 เดือน (Cook, 1991) และในจำนวนผู้ป่วยเรื้อรังทางจิตที่มารับการรักษาในโรงพยาบาล พบว่าผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมากที่สุด (Crosby, 1987) Sulliger (1988) รายงานว่าในปีแรกของการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทจะมีอาการกำเริบมากกว่าร้อยละ 50 และเกือบจะร้อยละ 70 ในปีที่สองหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทจำนวนมากต้องกลับมารับการรักษาซ้ำ จะเห็นว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาของการเจ็บป่วย และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมถอยหรือบกพร่องด้านต่าง ๆ และเกิดการสูญเสียมากมายตามมา

องค์การอนามัยโลกได้เปรียบเทียบการสูญเสียความสามารถของผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังกับผู้ป่วยที่ป่วยด้วยโรคทางกาย ผลปรากฏว่าเทียบเท่ากับผู้ป่วยที่เป็นอัมพาตทั้งตัวตั้งแต่คอลงมา โดยปัญหาทางจิตเวชสร้างความสูญเสียมากกว่าที่คิดไว้ คิดเป็นร้อยละ 11 ของความสูญเสียทั้งหมด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2539 อ้างถึงใน รวินันท์ ทองขาว, 2545) ซึ่งแสดงให้เห็นถึงการสูญเสียทรัพยากรที่ไม่สามารถทำอะไรได้เลย หากคิดเป็นจำนวนเงินที่บุคคลหนึ่งสามารถทำงานและเลี้ยงดูตนเองในวัยทำงาน ประมาณ 35,204 บาท/ปี (Christopher, Murray and Alan, 1996 อ้างถึงใน รวินันท์ ทองขาว, 2545) และจากการศึกษาด้านทุนโรคจิตเภทและโรคประสาทของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีงบประมาณ 2536 พบว่าผู้ป่วยโรคจิตเภทมีระยะเวลาป่วย 2-5 ปี มีจำนวนวันเฉลี่ยในการรักษาเท่ากับ 24 วัน และถ้าระยะเวลาป่วย 5 ปีขึ้นไป จำนวนวันเฉลี่ยในการรักษาจะมากขึ้นเท่ากับ 34 วัน โรงพยาบาลต้องสูญเสียต้นทุนค่าใช้จ่ายให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทเฉลี่ย 9,446.17 บาทต่อราย (วิวัฒน์ ขณานุรักษ์ และคณะ, 2536) นอกจากความสูญเสียที่คำนวณค่าเป็นเม็ดเงินแล้ว ยังพบว่าความสูญเสียที่เกิด

จากความเสื่อมถอยหรือความบกพร่องด้านต่าง ๆ ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีมากเช่นกัน ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดเมื่อมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้นความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ จะไม่ปกติเช่นเดิมอีก ทั้งการดำเนินโรคเรื้อรัง ซึ่งต่างจากโรคจิตอื่น ๆ เมื่ออาการทางจิตลดลงความสามารถและการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ยังคงเช่นเดิม (Asmstrong, 1993 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนน้อยมากที่อาการจะดีขึ้นเช่นเดิม ถ้ามีอาการกำเริบในแต่ละครั้งยังส่งผลทำให้การทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามไปด้วยโดยเฉพาะผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายจะเกิดกลุ่มอาการด้านลบมากกว่าผู้ป่วยจิตเภทหญิง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทหญิงพบว่ามีกลุ่มอาการด้านลบมากกว่าและการพยากรณ์โรคดีกว่า (Kaplan and Sadoek, 1998 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542 ; American Psychiatric Association (A.P.A.), 2000) ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเสื่อมและความบกพร่องของทักษะทางสังคมอาทิเช่น ทักษะการทำงาน ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน ทักษะทางสังคม มีการแยกตัว เก็บตัวเงียบ ขาดการสื่อสาร และมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541 ; Anthony & Liberman, 1989; Mueser et al, 1991 cited by Hirsch et al, 1996; Hochberger and Fisher – James, 1992 อ้างใน จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) จึงเป็นความจำเป็นที่ผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับบริการทางการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่เหมาะสมในแต่ละรายก่อนจำหน่ายกลับสู่ชุมชน

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมมีเป้าหมายเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ปกติและสามารถพึ่งตนเองให้มากที่สุดโดยใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) มีความเชื่อว่าบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตมีโอกาสหายเป็นปกติได้ ทำให้เกิดความหวังและมีโอกาสเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้ มุ่งบุคคลเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้บุคคลมีทางเลือกและมีพลังอำนาจในตนเอง เอื้อให้เกิดการทำงานร่วมกันของผู้ใช้บริการ และการมีส่วนร่วมของครอบครัว (Palmer – Erbs et al, 1996 cited by Sundeen, 2001) แม้ว่าในปัจจุบันมียาตัวใหม่มากมายและมีสรรพคุณลดกลุ่มอาการด้านลบด้วย แต่ยาเหล่านี้ไม่สามารถเข้าถึงต่อกลุ่มผู้ใช้บริการได้อย่างกว้างขวาง เนื่องจากมูลค่าของราคาที่สูง อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทที่มีความเสื่อมหรือความบกพร่องด้านต่าง ๆ หลงเหลืออยู่ มักเป็นลักษณะของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชนบทหรือไม่มีที่อยู่อาศัยและยากจน (kaplan and Sadoek, 1998 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542 ; A.P.A., 2000) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมจึงเป็นรูปแบบหนึ่งที่เหมาะสมในการปรับพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วย โดยรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมนี้นิยมนำมาใช้ในผู้ป่วยจิตเวชคือการฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมเป็นการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลให้มีการสื่อสารที่ถูกต้องตามความรู้สึก ความคิด และต้องเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามเป้าหมาย (Perry &

Antai – Otong, 1995) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญา โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมส่วนใหญ่จะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริงเมื่อกลับไปอาศัยอยู่ในชุมชน (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546 ; Libennan et al, 2005) จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมก็มีความวิตกกังวลลดลง มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น (Armstrong, 1993 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) และจากผลการสังเคราะห์งานวิจัยแบบมหัพภาคพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประโยชน์จากการเข้าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ และมีทักษะทางสังคมดีขึ้นเป็นเวลา 1 ปี แต่ความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้ลดลงในช่วง 2 ปี ต่อมา (Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ดังนั้นผู้ป่วยจิตเภทควรได้รับการกระตุ้นในทักษะต่างๆ ที่เรียนรู้เป็นระยะ แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทได้รับการเตรียมพร้อมในการกลับไปอยู่ในชุมชน แต่ถ้าหากขาดการเตรียมครอบครัวย่อมเกิดปัญหาต่อผู้ป่วยตามมา เนื่องจากครอบครัวไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากทางโรงพยาบาลได้

ปัญหาที่มักพบได้เสมอเมื่อญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภทญาติมักเกิดความเครียดได้ง่าย รู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วยจึงส่งผลให้ญาติทอดทิ้งผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยขาดการรักษาที่ต่อเนื่องผลตามมามีอาการกำเริบได้ง่าย อันเป็นผลมาจากญาติรู้สึกเป็นภาระและก่อให้เกิดปฏิกิริยาด้านลบต่อผู้ป่วย (สมภพ เรื่องตระกูล, 2545) ครอบครัวผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นหนี้สิน ขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (จุจิรา จงสกุลและคณะ, 2540) ญาติไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาเนื่องจากไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์ มีปัญหาเศรษฐกิจ และเบื่อหน่าย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2538) ดังนั้นเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชนได้นานที่สุด จากอัตราการกำเริบและอัตราการกลับเป็นซ้ำลดลง อีกทั้งผู้ป่วยจิตเภทมีครอบครัวที่มีบรรยากาศการแสดงออกทางด้านอารมณ์ภายในครอบครัวในแง่บวกกล่าวคือครอบครัวมีการแสดงออกทางด้านอารมณ์ต่ำ (Brow et al 1972 ; Vaughn & Leff 1976 ; Vaughn et al 1982 ; Leff & Vaughn 1985 cited by Craig, 2003) ฉะนั้นโปรแกรมที่เหมาะสมที่นำมาช่วยให้ครอบครัวสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลได้นั้นคือการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ เพื่อช่วยให้ญาติได้เข้าใจถึงธรรมชาติของโรคทักษะการเผชิญปัญหาและทักษะการสื่อสาร จึงเป็นบทบาทที่สำคัญของบุคลากรทางจิตเวชในการพัฒนาระบบการทำงาน เพื่อตอบสนองตามปัญหาและอาการของผู้ป่วยจิตเภทและสมาชิกของครอบครัว ซึ่งจากการศึกษาของ รวิพันธ์ ทองขาว(2545) ได้สำรวจความคิดเห็นของบุคลากรกรม

สุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชพบปัญหาและอุปสรรคการทำกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน

คณะผู้วิจัยจึงเล็งเห็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแบบครบวงจร โดยการพัฒนากระบวนการทำงานใหม่เพื่อเอื้อต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพสูงขึ้น อีกทั้งการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติเพื่อบูรณาการสู่ชุมชน ผลที่ตามมาครอบครัวสามารถดูแลผู้ป่วยได้เนื่องจากไม่รู้สึกรังเกียจเพราะผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองได้ ในศักยภาพที่เหลืออยู่ คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบงาน ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ และบุคลากรมีการปฏิบัติงานอย่างมีเป้าหมายต่อไป

1.2 คำถามการวิจัย

- 1.2.1 ระบบการพัฒนางานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่เหมาะสมสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนดู่เป็นอย่างไร
- 1.2.2 การฝึกทักษะทางสังคมมีผลต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายหรือไม่
- 1.2.3 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติมีผลต่อความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยหรือไม่ และมีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยหรือไม่

1.3 วัตถุประสงค์การวิจัย

- 1.3.1 เพื่อพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม
- 1.3.2 เพื่อศึกษาผลการฝึกทักษะทางสังคมต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย
- 1.3.3 เพื่อศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติต่อความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วย
- 1.3.4 เพื่อศึกษาผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย

1.4 ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนดู่ ต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับมารักษา

จำ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ทำการศึกษาที่หอผู้ป่วยคอนดูซึ่งเป็นหอผู้ป่วยบำบัดระยะยาวเพียงแห่งเดียวของโรงพยาบาลจิตเวชราชนครินทร์ และมีการติดตามประเมินผลหลังผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชน

1.5 นิยามตัวแปร

1.5.1 การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม หมายถึง การวิเคราะห์สถานการณ์ของระบบการทำงานเวรเข้า เวรป่วยและเวรดึกที่เป็นอุปสรรคต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยนำจุดอ่อนที่ค้นพบมาปรับปรุง รวมทั้งการศึกษาเอกสารตำราเพื่อนำวิธีการและโปรแกรมต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์มาพัฒนาระบบการทำงาน ตลอดจนการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ เมื่อการปฏิบัติงานพบปัญหาและอุปสรรคมีการแก้ไขและปรับปรุงงานเป็นระยะ ตลอดจนมีการประเมินผล การพัฒนาระบบงานเป็นระยะ

1.5.2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หมายถึง ผู้ป่วยโรคจิตเภทที่แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรคจิตเภท มีระยะเวลาป่วยมานาน 2 ปีขึ้นไป

1.5.3 การฝึกทักษะทางสังคม หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย 6 ทักษะ คือ 1) ทักษะการดูแลตนเอง 2) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน 3) ทักษะทางสังคม 4) ทักษะการทำงาน 5) ทักษะการพักผ่อน และ 6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน แบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม คือ ผู้ป่วยกลุ่มที่ 1 เป็นผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ 3-5 ฝึกทักษะทางสังคมภาคเช้าและลงฝึกงานเกษตรกรรมบำบัดภาคบ่าย ผู้ป่วยกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับ 3 และผู้ป่วยไม่รู้หนังสือมีผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ 4 หรือ 5 เข้ากลุ่มด้วยเพื่อเป็นตัวแทนช่วยกระตุ้นเพื่อนผู้ป่วย ฝึกทักษะทางสังคมภาคบ่ายและลงฝึกงานเกษตรกรรมบำบัดภาคเช้า โดยจัดโปรแกรมตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (ทัศนศึกษา) 1 ครั้ง/เดือน และจ่ายตลาด 1 ครั้ง/เดือน ฝึกทักษะการดูแลตนเองเกี่ยวกับการทำความสะอาดร่างกายและใส่เสื้อผ้าทุกวันตามสถานการณ์จริง และนำประเด็นที่เป็นปัญหามาสอนในกลุ่ม ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านมีการปรุงอาหาร รีดผ้าและทำความสะอาดบ้านเรือนประจำเดือน 1 ครั้ง/เดือน และนำประเด็นที่เป็นปัญหามาสอนในกลุ่ม ทักษะทางสังคมมีการสอนทุกวันตามสถานการณ์จริง และนำประเด็นที่เป็นปัญหามาสอนในกลุ่ม ทักษะการทำงานมีการฝึกทำงานบ้าน และงานเกษตรกรรม ทักษะพักผ่อนให้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกายทุกวันหลังเคารพธงชาติ หลังอาบน้ำเวลา 15.00 น. ให้อุทธรทัศน์ ฟังเพลง และเล่นเกมตามอัธยาศัย และจัดกลุ่มบันเทิงบำบัด 2 ครั้ง/เดือน ระยะเวลาการฝึก 5 วัน/สัปดาห์ 5 ชั่วโมง/สัปดาห์ ตั้งแต่ 1 เดือนขึ้นไปจนกระทั่งผู้ป่วยสามารถจำหน่ายได้ เนื้อหาการฝึกทักษะทางสังคมประยุกต์มาจากเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต (ขวัญทิพย์ สุขมาก ,

2541) และคู่มือกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังของกรมสุขภาพจิต (ปีพม่า ศิริเวช และวรินิชย์ ลิ้มปนาภา, 2541)

1.5.4 สุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติ หมายถึง การให้ความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยแก่ญาติที่สามารถติดต่อมาเข้ารับการอบรมได้ครบ 8 แผนการสอนคือ แผนการสอนที่ 1 การสร้างสัมพันธภาพและจงใจและทำ Pre - test แผนการสอนที่ 2 เรื่องอาการและสาเหตุ แผนการสอนที่ 3 เรื่อง การรักษาและการป้องกันการกำเริบ แผนการสอนที่ 4 เรื่องความรู้สึกละและความคาดหวังของญาติต่อผู้ป่วยโรคจิตเภท แผนการสอนที่ 5 เรื่องการสื่อสารในครอบครัวเพื่อการดูแลผู้ป่วย แผนการสอนที่ 6 บทบาทของญาติในการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยจิตเภท แผนการสอนที่ 7 การจัดการกับความเครียดของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท และแผนการสอนที่ 8 เปิดใจและทำ Post - test เนื้อหาการสอนประยุกต์มาจากเทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต(พิเชษฐ์ อุดมรัตน์, สุกมล วิภาวิพลกุล และพันธ์นภา กิตติรัตน์ไพบุลย์, 2541)

1.6 กรอบแนวคิดในการวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนคูต่อการยกระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพและการกลับมารักษาซ้ำ คณะผู้วิจัยได้นำกรอบแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis และ Mc Taggart (1988 Cited by Stringer, 1996) ซึ่งประกอบด้วยขั้นตอน 3 ระยะคือ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์ 2) การอธิบายและการตีความสถานการณ์และ 3) การปฏิบัติ มาประยุกต์ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ในระยะนี้มีการรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกตกิจกรรมและเหตุการณ์ต่าง ๆ มีการสัมภาษณ์ ซึ่งหัวหน้าคณะวิจัยมีฐานะเป็นผู้บังคับบัญชาหอผู้ป่วยคอนคู จึงเป็นการเอื้อต่อการพัฒนาและเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานได้ไม่ยากเนื่องจากคณะผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบงานอย่างเต็มที่ และช่วยให้ผู้ร่วมวิจัยได้เข้าใจและมีความชัดเจนในปัญหาของหน่วยงาน รวมทั้งการเข้าใจปัญหาและบริบทของหอผู้ป่วยคอนคู โดยการจัดประชุมบุคลากรหอผู้ป่วยคอนคูทุก 3 เดือน ซึ่งการประชุมนี้เป็นงานประจำอยู่แล้วเพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรอภิปรายถึงปัญหาตลอดจนการวิจารณ์กิจกรรม หากปัญหาใดเร่งด่วนใช้ช่องทางหลังการส่งอาการผู้ป่วยให้บุคลากรได้เสนอปัญหาและแก้ไขปัญหาร่วมกัน ตลอดจนการส่งต่อแนวทางปฏิบัติให้บุคลากรที่ปฏิบัติงานเวอร์อื่น ๆ ทราบต่อไป

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ ในระยะนี้มีการปฏิบัติอยู่ 3 ประการคือ 1) การวางแผน 2) การลงมือปฏิบัติ และ 3) การประเมินผล มีรายละเอียดโดยย่อดังนี้

1) **การวางแผน** ผู้วิจัยประชุมผู้ร่วมวิจัยให้มีความเข้าใจตรงกันในกิจกรรมเพื่อให้ผู้ร่วมวิจัยเห็นด้วยในการปฏิบัติและมีส่วนร่วมในกิจกรรม เปิดโอกาสให้อภิปรายถึงภาระงานและกิจกรรม รวมทั้งให้ผู้ร่วมวิจัยได้ตรวจสอบกิจกรรมอีกครั้งว่าสามารถตอบสนองต่อปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยได้หรือไม่ เปิดโอกาสให้ได้ซักถามและมีความมั่นใจว่ากิจกรรมนี้ช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพได้

2) **การลงมือปฏิบัติ** ผู้วิจัยสนับสนุนในด้านการปฏิบัติโดยให้ผู้ป่วยสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมวิจัยอย่างต่อเนื่อง และเป็นแบบอย่างแก่ผู้ร่วมวิจัยในการทำงานร่วมกัน โดยมีความมั่นใจในวิธีการดำเนินการและรูปแบบทำงานที่กระทำตามกระบวนการและหลักการวิจัย

3) **การประเมินผล** มีการทบทวนถึงความก้าวหน้าของผลการวิจัย

ระยะที่ 3 ประเมินผล มีการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบก่อนและหลังพัฒนาระบบงาน ตลอดจนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความรู้สึกของผู้ป่วย เจ้าหน้าที่และญาติผู้ป่วย

1.7 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.7.1 ได้ระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม แบบครบวงจรและมีระบบงานที่ชัดเจนขึ้น เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทและญาติสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลได้

1.7.2 บุคลากรมีแนวทางการปฏิบัติงานในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ชัดเจนเป็นระบบในแนวทางเดียวกัน

1.7.3 ผู้ป่วยจิตเภทที่กลับสู่ชุมชนสามารถดำรงชีวิตได้อย่างอิสระพึ่งพาตนเองได้และสามารถอยู่ในชุมชนและครอบครัวได้เป็นเวลานาน

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ คณะผู้วิจัยได้ทำการศึกษาคำรา เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

- 2.1.1 ความหมาย
- 2.1.2 เป้าหมายหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต
- 2.1.3 หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม
- 2.1.4 ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2.1.5 ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 2.1.6 การฝึกทักษะทางสังคม

2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

- 2.2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
- 2.2.2 ลักษณะความเสี่ยงในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง
- 2.2.3 กระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

- 2.3.1 ปัญหาของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- 2.3.2 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 มโนทัศน์เกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

2.1.1 ความหมาย

สุชาดา สาครเสถียร (2530) การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นกระบวนการที่จะผดุงรักษาความสามารถในการทำกิจกรรมในการปฏิบัติการกิจประจำวัน และดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนภายหลังจากที่เจ็บป่วย หรือหลังได้รับอุบัติเหตุให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับความสามารถเดิมให้มากที่สุด เพื่อที่จะทำให้ผู้พิการนั้นสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข โดยพึ่งตัวเองได้มากที่สุด

โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศูนย์สุขภาพจิต 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข (ม.ป.ป.) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กระบวนการที่พัฒนาร่างกาย จิตใจ อารมณ์ หรือการเรียนรู้ รวมทั้งพัฒนาการเดิมเพื่อใช้ความสามารถที่มีอยู่อย่างเต็มที่ เพื่อการปรับตัวเข้าสู่สังคม การดำเนินชีวิตประจำวันรวมถึงการประกอบอาชีพอย่างเหมาะสมกับผู้ป่วยมากที่สุด

สมชาย จักรพันธุ์ (2536) การฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การเสริมสร้างหรือพัฒนาการ ร่างกาย อารมณ์ และจิตใจหรือเรียนรู้การพัฒนาการเดิมที่จำเป็นอีกครั้งหนึ่งเพื่อจะใช้ความสามารถที่เหลืออยู่ได้อย่างเต็มที่ในการแสดงออกด้านอารมณ์ การเคลื่อนไหวของร่างกาย การวางตัวในสังคม และการหาเลี้ยงชีพ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกำหนดแนวทางของชีวิตใหม่ และนำไปสู่รู้สึว่าการดำรงชีพ การทำงาน และการพักผ่อนหย่อนใจ ก่อให้เกิดความสบายใจและความหวังใหม่ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนภายหลังการเจ็บป่วยทางกาย ทางจิตใจหรือโดยอุบัติเหตุให้อยู่ในระดับที่ใกล้เคียงกับภาวะเดิมและพึ่งตัวเองได้มากที่สุด

สมชาย จักรพันธุ์ (2536) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นการใช้วิธีการของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ทางสังคม ทางอาชีพ ผสมผสานกันโดยใช้กิจกรรมหลัก 3 แนวทางร่วมกันคือการทำงาน (work) นันทนาการ (play) และทักษะส่วนตัว (Personal skill) โดยเริ่มตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารักษาจนอาการทุเลาและเตรียมผู้ป่วยกลับไปมีชีวิตร่วมอยู่ในชุมชนที่เขาอยู่

ปัทมา ศิริเวช (2545) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กระบวนการที่ใช้ทีมจิตเวชร่วมกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้ที่มีความบกพร่องทางการจิต ให้สามารถใช้ศักยภาพที่มีอยู่ให้มากที่สุด หรือลดความบกพร่องพิการให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป

Sundeen (2001) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช เป็นกระบวนการช่วยให้บุคคลกลับไปทำหน้าที่ตามปกติให้ได้มากที่สุด ให้บุคคลได้เรียนรู้และทำงานในชุมชนของตนเอง บิณฑุกลเป็นศูนย์กลาง ประชาชนต่อประชาชน

Hennig 1982 ; Penington & Burry 1990 ; Stryker 1972 (cited by Pryor, 2000) การฟื้นฟูสมรรถภาพเกี่ยวกับการคงไว้ซึ่งความสามารถและบทบาทที่มีอยู่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกัน การเสื่อมถอย การป้องกันและลดการไร้ความสามารถ การช่วยให้การทำหน้าที่และบทบาทกลับคืนมาเช่นเดิม และให้เกิดความพึงพอใจที่น้อยที่สุด

Glynn et al 1994 ; Hume & Pullen 1995 ; Wallace et al 2001 b (cited by Craig et al. 2003) การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช คือการเตรียมการช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง ทั้งด้านความรู้ความเข้าใจและการประสานงานกับหน่วยบริการ ในการควบคุมอาการและป้องกันอาการกำเริบ และให้ผู้ป่วยทางจิตสามารถนำหน้าทางสังคมได้มากที่สุดทั้งการประกอบอาชีพ การศึกษา และการทำบทบาทหน้าที่

สรุปการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิต ซึ่งผลของการเจ็บป่วยทางจิตทำให้มีความเสื่อมถอย ไร้ความสามารถและมีความพิการ ช่วยให้เขาสามารถดำรงชีวิตประจำวัน ทำบทบาทหน้าที่ต่าง ๆ ในสังคมได้ดีเช่นเดิมหรือมากที่สุดตามศักยภาพที่เหลืออยู่ สามารถพึ่งพาตนเองได้มากที่สุดและใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนของตนเองได้

2.1.2 เป้าหมายหลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

การช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ปกติและสามารถพึ่งตนเองให้มากที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เป็นคำที่กว้างครอบคลุมทั้งด้านสังคม การเรียน อาชีพ พฤติกรรม และความคิด เพื่อช่วยให้บุคคลที่ป่วยเป็นโรคจิตเภทได้ใช้ศักยภาพที่มีอยู่อย่างเต็มที่ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) และได้พัฒนาดตนเองให้มีทักษะชีวิตได้อย่างอิสระ (sundeen, 2001)

2.1.3 หลักการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม (Palmer – Erbs et al, 1996 cited by Sundeen, 2001) มีดังนี้

1. มีความเชื่อว่าบุคคลที่เจ็บป่วยทางจิตมีโอกาสหายเป็นปกติได้
2. ทำให้เกิดความหวังและมีโอกาสเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีได้
3. มุ่งบุคคลเป็นศูนย์กลาง ส่งเสริมให้บุคคลมีทางเลือกและมีพลังอำนาจในตนเอง
4. เอื้อให้เกิดการทำงานร่วมกันของผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการพัฒนาเป้าหมายและวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
5. มีการรวบรวมข้อมูลแบบองค์รวมทั้งทางกาย อารมณ์ สติปัญญา สังคม และมิติทางจิตวิญญาณ

6. ให้โอกาสพัฒนาทางการศึกษา เพื่อสร้างทักษะชีวิตและความรู้ให้มีอิสระในชีวิตและการทำหน้าที่ในแต่ละวันมากที่สุด
7. สร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง และให้ผู้ให้บริการเข้าถึงระบบแหล่งสนับสนุนทางสังคมได้โดยง่าย
8. นักสุขภาพทางการศึกษา นักกฎหมาย และสมาคมผู้รู้ความสามารถทางจิตเวช ช่วยกันลดตราบาป และส่งเสริมให้เกิดความเข้าใจในผู้ป่วยจิตเวช

Lindemann (1981 อ้างถึงในสมชาย จักรพันธุ์, 2536) ได้กล่าวถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพที่ประสบความสำเร็จว่าควรจะต้องมี

1. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน เช่น การใช้จ่าย ทำอาหาร ดูแลบ้านซึ่งแสดงถึงการเป็นตัวของตัวเอง ไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น
2. มีความมั่นใจในตัวเอง สามารถอยู่ตัวคนเดียวได้เป็นเวลานานโดยไม่มีความเบื่อหน่ายหรือซึมเศร้า
3. สามารถที่จะออกนอกบ้านไปโดยลำพัง รู้จักการเดินทางด้วยตนเอง โดยใช้ยานพาหนะต่าง ๆ
4. สามารถเข้าสังคม พบเพื่อนโดยมีพฤติกรรมที่เหมาะสม
5. มีงานทำหรือสามารถรับผิดชอบในงานของตนเอง
6. มีชีวิตทางเพศอย่างปกติ

2.1.4 ขั้นตอนในการฟื้นฟูสมรรถภาพ (สุชาติ ศาครเสถียร, 2530)

1. ในระยะแรกที่ผู้ป่วยยังมียาอาการทางจิต แต่ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และยังอยู่ในสถานพยาบาล ระยะแรกนี้การฟื้นฟูสมรรถภาพมีวัตถุประสงค์เพื่อลดอาการ กระตุ้นให้ผู้ป่วยมีปฏิกิริยาตอบสนอง สนใจและรับรู้ต่อสิ่งแวดล้อม กิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพประกอบด้วยงานอาชีพบำบัด ศิลปกรรมบำบัด ดนตรีบำบัด เต้นรำบำบัด ฯลฯ กิจกรรมในช่วงนี้มักเป็นกิจกรรมรายบุคคลที่ใช้ความสามารถง่าย ๆ และทำเสร็จภายในเวลาสั้น ๆ

2. เมื่อผู้ป่วยเริ่มมีพฤติกรรมสนใจสิ่งรอบข้าง มีปฏิกิริยาตอบสนองที่เหมาะสม และสามารถเข้าร่วมกลุ่มได้ จุดประสงค์การจัดให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัดในระยะนี้เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยรู้จักการทำงานกับผู้อื่น เรียนรู้การปฏิบัติตนในกลุ่ม และเริ่มฝึกกิจวัตรประจำวันง่าย ๆ

3. ระยะก่อนผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้าน ระยะนี้ผู้ป่วยอาจถูกส่งไปอยู่ที่ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพหรือกลับไปทดลองอยู่บ้าน จุดประสงค์ในระยะนี้มุ่งเน้นด้านสัมพันธภาพในสังคม พัฒนาทักษะขั้นพื้นฐานในการทำงาน และทักษะการปฏิบัติตัวทั้งที่บ้านและที่ทำงาน

4. **ระยะที่ผู้ป่วยกลับไปใช้ชีวิตในชุมชน** งานฟื้นฟูสมรรถภาพจะมีวัตถุประสงค์ในการจัดหางานอาชีพเป็นหลัก เช่น งานรับจ้างทั่วไป หรืองานในโรงงานอารั้ง ซึ่งอาจจะดำเนินการโดยภาคเอกชนหรือรัฐบาลก็ได้ ให้ความรู้แก่ญาติและบุคลากรในชุมชน ถึงการดูแลผู้ป่วยและการปฏิบัติตัวต่อผู้ป่วย รวมทั้งติดตามดูแลผู้ป่วยว่าสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนนั้นได้อย่างปกติสุขหรือไม่ ตลอดจนกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้รู้จักใช้ทรัพยากรที่มีในท้องถิ่นนั้นให้เป็นประโยชน์มากที่สุด กระตุ้นให้มีกิจกรรมกลุ่มที่เป็นประโยชน์สำหรับผู้ป่วย

2.1.5 ปัจจัยที่ช่วยให้เกิดผลลัพธ์ทางบวกในการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ปัจจัยพื้นฐานมี 3 อย่าง คือ 1) ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Participants) 2) กิจกรรม (Activities) และ 3) สถานที่ (setting) (Pryor, 2000)

1) **ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Participants)** หมายถึง ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรงคือ ผู้ใช้บริการ สมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลสำคัญของผู้ใช้บริการและเจ้าหน้าที่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทางอ้อมรวมทั้งการจัดการให้เกิดการเอื้ออำนวยความสะดวก อุปกรณ์ต่าง ๆ และผู้กำหนดนโยบาย

2) **กิจกรรม (Activities)** เป็นองค์ประกอบที่มีความสำคัญต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ

3) **สถานที่ (Setting)** มีบรรยากาศของการทำงานเป็นทีมของทีมสหวิชาชีพ ซึ่งมีอิทธิพลต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยรวมทั้งการทบทวนถึงสิ่งแวดล้อมของสถานที่ที่ช่วยเอื้ออำนวยความสะดวกให้ผู้ใช้บริการอยากมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพด้วยตนเอง การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ได้ให้ความสำคัญเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด และบรรยากาศของหอผู้ป่วย

2.1.6 การฝึกทักษะทางสังคม

การฝึกทักษะทางสังคมเป็นอีกรูปแบบหนึ่ง สำหรับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช ในปี ค.ศ. 1980 Robert Paul Liberman และคณะได้พัฒนาและทำการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการฝึกทักษะทางสังคมพบว่า การฝึกทักษะทางสังคม เป็นรูปแบบหนึ่งที่มีอำนาจในการทำนายสูงถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในผู้ป่วยทางจิตเวช ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการ ลดอาการกำเริบ และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Liberman et al, 2005) เนื่องจากความบกพร่องทางสังคม อาจทำให้เสี่ยงต่อการกำเริบสูงขึ้น อย่างไรก็ตามการฝึกทักษะทางสังคมไม่ได้มีผลต่อกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ ไม่ได้ป้องกันอาการกำเริบ (Bellack et al, 2004) เมื่อ 20 ปีก่อนทักษะทางสังคมและการฝึกทักษะทางสังคมได้รับความนิยมอย่างมากในการนำมาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช มีการศึกษามากมายโดยเฉพาะในผู้ป่วยจิตเภทซึ่งมีความบกพร่องในทักษะทางสังคมและ

การปฏิบัติตัวในสังคม (Tsang & Pearson, 1996) ผู้ป่วยจิตเภทบางคนไม่เคยมีประสบการณ์ในทักษะทางสังคม แต่ในบางคนเคยมีแต่บกพร่องไป อย่างไรก็ตามก็ดีผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความบกพร่องในทักษะทางสังคม (Bellack et al, 2004)

การฝึกทักษะทางสังคม เป็นการสอนเกี่ยวกับพฤติกรรมของบุคคลให้มีการสื่อสารที่ถูกต้องตามความรู้สึก ความคิด และต้องเอื้อให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างบุคคลตามเป้าหมาย การมีปฏิสัมพันธ์ที่ประสบความสำเร็จนั้นหมายถึงการมีทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพทั้งวัจนะภาษาและอวัจนะภาษา (Perry & Antai - Otonog, 1995) มีแนวคิดพื้นฐานจากทฤษฎีการเรียนรู้และทฤษฎีพุทธิปัญญา โปรแกรมที่ใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับเนื้อหาของทักษะที่ต้องการฝึก แต่โดยส่วนใหญ่แล้วทุกโปรแกรมจะเน้นที่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป้าหมายหลักในการฝึกอบรมคือ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถนำทักษะที่ได้เรียนรู้ไปใช้ในสถานการณ์จริง เมื่อกลับไปอยู่ในชุมชน เทคนิคต่าง ๆ ที่ใช้ในการฝึกผู้ป่วยจิตเภท เช่น การแสดงบทบาทสมมติ การฝึกซ้อมทำซ้ำ ๆ การเป็นตัวแบบทางสังคม การมอบหมายงาน การให้การเสริมแรง การให้ข้อมูลย้อนกลับ (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; Liberman et al, 2005) ทักษะทางสังคมที่มักพบเห็นในโปรแกรมการฝึกอบรมทั่วไป คือ การดูแลตนเอง การรับประทานยา การป้องกันอาการกำเริบ สัมพันธภาพระหว่างบุคคลและครอบครัว การพบปะเพื่อนฝูง การสร้างมิตร การจัดการกับการเจ็บป่วย นันทนาการในเวลาว่าง การบริหารเงิน ทักษะในครัวเรือน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน การกล้าแสดงออก การสอนให้ผู้ป่วยปรับเปลี่ยนการมองสถานการณ์แบบใหม่ ๆ การฮัมเพื่อหยุดยั้งการได้ยินเสียงแว่ว (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546; Craig et al, 2003; Liberman et al, 2005) รูปแบบการฝึกอาจเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่ม จากผลการสังเคราะห์งานวิจัยแบบมหวิเคราะห์ พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทได้รับประโยชน์จากการเข้าโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนได้ และมีทักษะทางสังคมดีขึ้นเป็นเวลา 1 ปี แต่ความยั่งยืนของทักษะที่ผู้ป่วยเรียนรู้ลดลงในช่วง 2 ปีต่อมา โปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมมีประโยชน์ต่อผู้ป่วยจิตเภททั้งในระยะเฉียบพลันและเจ็บป่วยเรื้อรัง อย่างไรก็ตามไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่า เนื้อหาที่ควรฝึกให้กับผู้ป่วยควรเป็นเรื่องอะไร ใช้รูปแบบวิธีการฝึกอย่างไร ระยะเวลาของการฝึกควรนานเท่าไร ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับลักษณะของปัญหาและความสามารถในการที่จะเรียนรู้ของผู้ป่วยแต่ละคน การประเมินผู้ป่วยแต่ละคนจึงเป็นสิ่งสำคัญ สำหรับการจัดโปรแกรมการฝึกที่เหมาะสม (Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546)

Heinssen และคณะได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ผู้ป่วยสามารถนำความรู้ที่ได้จากการฝึกไปใช้ในชุมชนได้ หากโปรแกรมการฝึกอบรม 1) ระยะเวลาสั้นเพียงพอ 2) สอดคล้องกับบริบทใน

สิ่งแวดล้อมที่ผู้ป่วยอยู่ และผู้ป่วยมีโอกาสได้ฝึกทดลองใช้ทักษะต่าง ๆ ในสิ่งแวดล้อมนั้น 3) ให้การเสริมแรงทันทีเมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ และ 4) มีการฝึกที่ละขั้นตอนอย่างชัดเจน

2.2 มโนทัศน์เกี่ยวกับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

2.2.1 ความหมายของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

พันธุศักดิ์ วราอัศวปติ และทวี ตั้งเสรี (2536) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การวินิจฉัยผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังตามหลักของ DSM - III - R มีการดำเนินโรคเรื้อรังแสดงอาการมากกว่า 2 ปี ผู้ป่วยจิตเภทจะเสื่อมลงไปเรื่อย ๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมา และจะเกิดการกำเริบอย่างฉับพลันเป็นระยะ

ยาใจ สิทธิมงคล (2538) กล่าวถึงผู้ที่มีการเจ็บป่วยทางจิต ส่วนมากมักจะตกอยู่ในสภาพที่ป่วยเรื้อรัง เช่น โรคจิตเภท ซึ่งพบประมาณร้อยละ 25 เท่านั้นที่เมื่อได้รับการรักษาแล้วได้ผลดีไม่กลับเป็นซ้ำอีก ร้อยละ 25 ไม่ตอบสนองต่อการรักษา และต้องการการดูแลจากแพทย์พยาบาลรวมทั้งครอบครัวจนตลอดชีวิต ส่วนที่เหลือร้อยละ 50 นั้น มักมีอาการเป็น ๆ หาย ๆ

Minkhoff (1978 อ้างในยาใจ สิทธิมงคล, 2538) กล่าวว่าผู้ป่วยทางจิตเรื้อรัง เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยเป็นโรคใดโรคหนึ่งดังต่อไปนี้ เช่น กลุ่มอาการทางจิตเนื่องจากสมองพิการ โรคจิตเภท และโรคอารมณ์แปรปรวน เป็นต้น ผู้ป่วยเหล่านี้ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกับบุคคลทั่วไป เช่น การไม่สามารถดูแลช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติภารกิจประจำวัน การไม่สามารถสร้างและคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพกับผู้อื่นได้ การเรียนและการปฏิบัติงานเสื่อมถอยลง เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ผู้ป่วยจึงต้องการการดูแลช่วยเหลือจากแพทย์ พยาบาลและครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิด เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้

A.P.A. (1987 & 1994) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีระยะเวลาดำเนินโรรมากกว่า 2 ปี บุคคลที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคจิตเภทมีอาการแสดงออกอย่างน้อย 2 อาการ เช่น หลงผิด ประสาทหลอน พุดจาสับสนและสับสนเฉื่อยเมย เป็นต้น

Liberman (1988 อ้างถึงในสุชาดา สารเสถียร, 2544) ผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังสูญเสียความสามารถหน้าที่ในชีวิตประจำวันอย่างน้อย 3 ใน 6 ด้านกล่าวคือ 1) การดูแลสุขภาพตนเอง 2) การคิดเองทำเองได้อย่างเหมาะสม 3) ความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น 4) การติดต่อทางสังคม 5) การเรียนรู้และสร้างสรรค์ และ 6) การมีรายได้หาเลี้ยงตัวเอง

สรุปผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังมีการดำเนินโรคเรื้อรังระยะเวลามากกว่า 2 ปี ผู้ป่วยจิตเภทมีความเสื่อมลงในด้านต่าง ๆ ตามระยะเวลาที่ผ่านมา ดังนั้น ผู้ป่วยจิตเภทจึงควรได้รับการดูแลและช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว และองค์กรในชุมชน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองและอาศัยอยู่ในชุมชนได้

2.2.2 ลักษณะความเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

โรคจิตเภทเป็นโรคจิตชนิดที่พบบ่อยที่สุด ผู้ป่วยเริ่มมีอาการในช่วงวัยรุ่นเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการกำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น (มาโนช หล่อตระกูล, 2548) ผู้ป่วยจิตเภทมีความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ พฤติกรรม การตัดสินใจ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่นและบุคลิกภาพ (พันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ และทวี ตั้งเสรี, 2536 ; สมภพ เรืองตระกูล, 2545 ; Gubman & Tessler, 1987 อ้างใน สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546 ; Lamb, 1980 ; Manschreck, 1981 cited by Crosby, 1987 ; Mabbett, 1996 ; Fadem & Simriny, 2004.) ผลที่ตามมาทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีความบกพร่องและความเสื่อมในด้านต่าง ๆ

ผู้ป่วยจิตเภททั้งหมดเมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเกิดขึ้น ความสามารถในการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ จะไม่ปกติเช่นเดิม อีกทั้งการดำเนินโรคเรื้อรัง ซึ่งต่างจากโรคจิตอื่น ๆ เมื่ออาการทางจิตลดลงความสามารถและการทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ ยังคงเช่นเดิม ผู้ป่วยจิตเภทมีจำนวนน้อยมากที่อาการจะดีขึ้นเช่นเดิม (Armstrong, 1993 อ้างใน จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) ถ้ามีอาการทางจิตกำเริบในแต่ครั้งยังส่งผลทำให้การทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ เสื่อมมากขึ้นตามไปด้วย รวมทั้งการเจ็บป่วยด้วยโรคจิตเภทเป็นโรคเรื้อรัง เมื่อป่วยมานานพบว่ากลุ่มอาการด้านบวกลดลง ในผู้ป่วยเพศชายมีโอกาสดีกกลุ่มอาการด้านลบมากกว่าแต่ผู้ป่วยเพศหญิงจะมีกลุ่มอาการด้านบวกมากกว่าและการพยากรณ์โรคดีกว่า ผู้ป่วยจิตเภทจะมีความรุนแรงของความเสื่อมทางสังคม หรือมีความบกพร่องทางอาการ แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภท 1 ใน 3 ของผู้ป่วยทั้งหมดสามารถปรับตัวเข้ากับสังคมได้ แต่ผู้ป่วยจิตเภทที่เหลือส่วนมากจะมีลักษณะไร้จุดหมาย ขาดความสนใจในการทำกิจกรรม กลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลบ่อย เป็นลักษณะของผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในชนบทหรือไม่มีที่อยู่อาศัยและยากจน ซึ่งการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นวัฏจักรต่อเนื่องของการขาดความสามารถในการดูแลตนเองตามความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ (Kaplan and Sadock, 1998 อ้างใน จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, 2542 ; A.P.A. , 2000) และส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทมีปัญหาในด้านต่าง ๆ ในการดำรงชีวิต อันเนื่องมาจากลักษณะความเสื่อมต่าง ๆ ที่เกิดขึ้น

ลักษณะความเสื่อมในผู้ป่วยจิตเภทพบว่าผลจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทเกิดความรู้สึกถูกตีตราในจิตใจ จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยจิตเภทมีพฤติกรรมแยกตัวเอง เก็บตัวเงียบอยู่แต่ในบ้าน (O'Brien, 1998 อ้างใน จิตรัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) อันสืบเนื่องมาจากการกลัวปฏิกิริยาจากบุคคลรอบข้าง (Link et al, 1989 cited by Link et al, 1991) ผู้ป่วยจิตเภทจึงมีแนวโน้มหลีกเลี่ยงจากสถานการณ์ที่ถูกวิพากษ์วิจารณ์ หรือสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความคับข้องใจ (Bellack et al, 2004) สอดคล้องกับการศึกษาของจิตรัตน์ พิมพ์ดีด (2541) ศึกษากระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมี

ปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างลดลง และแยกตัวเองมากขึ้น ความสามารถในการทำงานลดลงมาก กล่าวคือในผู้ป่วยบางรายความสามารถและความทนต่องาน เริ่มเปลี่ยนไปมีความอ่อนล้า และเหนื่อยง่าย ลักษณะที่พบเช่นนี้ จะปรากฏในผู้ป่วยจิตเภทที่กลับมารับการรักษาซ้ำ ในรายดกงานอยากมีงานทำ อยากมีรายได้ รู้สึกไร้ค่าถูกรังเกียจจากบุคคลรอบข้าง National Institute of Disability and Rehabilitation service (1993 cited by Connie, Mc Reynolds & Garske, 2003) ได้ให้สถิติอัตราการดกงานในบุคคลที่ป่วยทางจิตมีถึงร้อยละ 85 บุคคลที่ไร้ความสามารถทางจิตเวชสามารถหางานทำได้เพียงครึ่งหนึ่งของคนที่ไร้ความสามารถทางกาย (Marshak, Bostick & turton, 1990 cited by Connie et al, 2003) Link et al (1989 cited by Link et al, 1991) ซึ่งให้เห็นว่าการไม่มีงานทำมีผลทำให้อาการของโรครุนแรงขึ้น ทำให้อาการกำเริบ และส่งผลต่อการกลับมารักษาซ้ำได้ อย่างไรก็ดี Harding et al (1987 cited by Connie et al, 2003) กล่าวว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทไม่เสื่อมไปมากกว่าเดิม ผู้ป่วยสามารถกลับไปทำบทบาทในสังคมได้เช่นเดิม (Nagamoto, 2000) บางรายสัมพันธ์ภาพกับบุคคลในครอบครัวไม่ดี คับข้องใจ ทะเลาะวิวาทถกเถียงกันบ่อย บางรายรู้สึกไม่อิสระ ถูกควบคุม (จิรารัตน์ พิมพ์ดี, 2541) Crosby (1987) กล่าวว่าผู้ป่วยจิตเภทต้องการความเป็นอิสระและต้องการให้คนรอบข้างมองเห็นเช่นเดียวกับบุคคลอื่น ๆ อีกทั้งต้องการจัดการควบคุมอาการของตนเองให้ได้ จึงสรุปได้ว่าผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีความเสื่อมและความบกพร่องของทักษะทางสังคม (Anthony & Liberman, 1989 ; Meuser et al, 1991 cited by Hirsch et al, 1996) อาทิเช่น ทักษะการทำงาน ทักษะการดำรงชีวิตประจำวัน และทักษะทางสังคม (Hochberger and Fisher – James, 1992 อ้างใน จิรารัตน์ พิมพ์ดี, 2542) ดังนั้นความเสื่อมและความบกพร่องในด้านสังคม และการทำบทบาทหน้าที่ด้านต่าง ๆ นำไปสู่การไร้ความสามารถในการทำงาน สัมพันธภาพทางสังคมบกพร่อง และการดูแลตนเองบกพร่อง ซึ่งพบได้บ่อยในระยะหลังเหลืออาการ (A.P.A. , 2000)

2.2.3 กระบวนการเรียนรู้ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

โรคจิตเภทเป็นกลุ่มอาการแสดงความผิดปกติในการทำหน้าที่ของสมองด้านการรับรู้สติปัญญา ความเชื่อมโยงความคิด การควบคุมตนเอง การแสดงออกทางอารมณ์ การสื่อสารและขาดแรงจูงใจ (WHO, 2002 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) ในด้านความสนใจผู้ป่วยจิตเภทจะมีความเสื่อมของการตอบสนองต่อสิ่งเร้าไม่สามารถสกัดกั้นสิ่งเร้าที่ไม่สำคัญออกไปได้ มีความเสื่อมในการรวบรวมข้อมูล ข่าวสาร ซึ่งอาจเกิดจากภาวะการรับรู้ในขณะนั้นเช่นเมื่อมีอาการทางจิตมากขึ้น แต่มีไข้เกิดจากลักษณะอาการของโรคอย่างเดียว ผู้ป่วยจะมีความจำไม่ดีเป็นลักษณะความเสื่อมของความคิด (Cognition) เมื่อมีการเจ็บป่วยทางจิตเรื้อรังทำให้เกิดความเสื่อมในการ

เรียนรู้ต่อสิ่งใหม่ ๆ และความจำในปัจจุบัน แต่ความจำในอดีตไม่เสื่อม นอกจากนี้ยังมีความเสื่อมในด้านสังคมและการประกอบอาชีพ ตามปกติการรักษาด้วยยาต้านโรคจิตไม่มีผลต่อความจำ ซึ่งตรงข้ามกับยา Anticholinergic อาจทำให้ความจำลดลงได้ (Pinal & Breier, 1997 อ้างใน จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542)

แม้ว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ ดังกล่าวมา มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ ขณะผู้ป่วยจิตเภทมีอาการทางจิตสงบสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำเอาศักยภาพของตนเองที่ยังหลงเหลืออยู่ออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตประจำวันในแง่ไม่พึงประสงค์ให้ลดลงได้ อีกทั้งถ้าเกิดอาการผิดปกติ หรือมีปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดอาการ ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในเวลาที่เหมาะสมมีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำลดลงได้ (จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) Hamera, Peterson, Handley, Plumlee and Frank – Rangan (1991) ได้ศึกษาการควบคุมอาการและการปฏิบัติหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภท ได้ให้ข้อเสนอแนะว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถที่จะสอนให้ควบคุมติดตามอาการนำได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งผลให้ผู้ปฏิบัติหน้าที่ได้ดีขึ้น และป้องกันการกลับมารักษาซ้ำมีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาโดยการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย ผลพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมคือมีความวิตกกังวลลดลง มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น (Armstrong, 1993 อ้างใน จิตารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) นอกจากการฝึกทักษะทางสังคมแล้วการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยจิตเภท ยังส่งผลให้ผู้ป่วยทำหน้าที่ทางสังคมและคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Atkinson et al, 1996)

2.3 มโนทัศน์เกี่ยวกับครอบครัวผู้ป่วยจิตเภท

2.3.1 ปัญหาของญาติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

ปัญหาที่พบได้เสมอหากญาติขาดความรู้ความเข้าใจในการเจ็บป่วยของผู้ป่วยจิตเภท กล่าวคือญาติเกิดความเครียดง่าย รู้สึกเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย ผู้ป่วยถูกทอดทิ้ง และขาดการรักษาทำให้อาการของโรคกำเริบง่าย ญาติรู้สึกเป็นภาระและก่อให้เกิดปฏิกิริยาด้านลบต่อผู้ป่วย (จารูวรรณ ต. สกุล, 2524; วัชณี หัตถพนมและคณะ, 2529; ปารธนา บริจันทร์, 2535; นงเยาว์ พูลศิริ และคณะ, 2535; สมภพ เรืองตระกูล, 2545) ครอบครัวผู้ป่วยที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจเป็นหนี้สินขาดความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย (รุจิรา จงสกุล และคณะ, 2540) ญาติไม่สามารถมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับการรักษาเนื่องจากไม่มีเวลา ไม่มีประสบการณ์ มีปัญหาเศรษฐกิจและเบื่อหน่าย (สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และกฤตยา แสงวงเจริญ, 2538) และปัจจัยที่ทำให้ญาติทอดทิ้งผู้ป่วยมากที่สุดร้อยละ 25 คือ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ (สมประสงค์ ศิริวงศ์และคณะ,

2534) ครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจสังคมสูงและญาติมีความรู้ความเข้าใจต่อบริการต่าง ๆ จะนำผู้ป่วยกลับมารับการรักษาได้เร็วกว่าครอบครัวที่มีฐานะเศรษฐกิจสังคมต่ำ และญาติมีความรู้ความเข้าใจต่อบริการต่าง ๆ ต่ำ (สุธีรา ชุ่มตระกูล และมาลี แจ่มพงษ์, 2533) Rungreangkulkij & chesla (2001) ได้ศึกษาในมารดาคนไทย 12 คนที่เลี้ยงบุตรที่ป่วยด้วยโรคจิตเภทพบว่าเมื่อบุตรมีอาการทางจิตมารดาฝึก "ทำใจ" และพยายามทำให้สิ่งแวดล้อมภายในครอบครัวสงบ ในขณะที่ญาติที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในช่วงผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบรู้สึกผู้ป่วยไม่เป็นภาระ (รัชนี อุปเสน, 2541 ; ทิปประพิน สุขเขียว, 2543) และญาติได้รับการสนับสนุนทางสังคมทุกด้านในระดับสูง (ทิปประพิน สุขเขียว, 2543 ; วันเพ็ญ ยืนยงแสน, 2545) Jenkins & Schumacher (1999 cited by koukia & Madianos, 2005) ชี้ให้เห็นถึงความสำคัญการร่วมมือในการกินยาของผู้ป่วย ป้องกันการกลับเป็นซ้ำ ผู้ป่วยสามารถทำงานได้ส่งผลให้บรรยากาศของครอบครัวทางบวก Koukia & Madianos (2005) ได้ศึกษาผู้ป่วยเข้าโปรแกรม Day Care หรือโปรแกรมฝึกอาชีพช่วยให้ผู้ป่วยเผชิญกับปัญหาในชีวิตประจำวันทำให้การพิทักษ์สิทธิ์และทักษะทางสังคมดีขึ้น สะท้อนให้เห็นถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในญาติที่ดูแลผู้ป่วยรับรู้ว่าการแบกรับภาระลดลง ยาใจ สิทธิมงคล (2538) ได้รวบรวมงานวิจัยต่างประเทศ ผลการวิจัยให้ข้อสรุปว่าครอบครัวที่ดูแลญาติที่ป่วยทางจิตประสบความเดือดร้อนจากการที่มีญาติป่วยทางจิตทั้งในด้านกิจวัตรประจำวันของครอบครัว สุขภาพร่างกายและจิตใจของสมาชิกในครอบครัวรวมทั้งความรู้สึกวิตกกังวลอันเกิดจากไม่สามารถจัดการกับพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วย ยาใจ สิทธิมงคล ได้ให้ข้อสังเกตงานวิจัยเหล่านี้ 3 ประการคือ

- 1) ผู้วิจัยมีแนวโน้มที่จะตั้งข้อสันนิษฐานว่าการเจ็บป่วยทางจิตก่อให้เกิดภาระและผลกระทบในทางลบแก่ครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว ไม่ได้เปิดโอกาสให้ครอบครัวได้พูดถึงสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยในด้านดีบ้าง
- 2) ผู้วิจัยมีแนวโน้มที่จะละเลยการศึกษาผลกระทบของการเจ็บป่วยทางจิตที่มีต่อครอบครัวในฐานะที่เป็นหน่วยรวม กล่าวคือผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลจากสมาชิกคนใดคนหนึ่งของครอบครัวเท่านั้น
- 3) ผู้วิจัยมิได้ให้ความสนใจในการนำเสนอว่าครอบครัวมีวิธีการอย่างไรในการจัดการกับสภาพความเดือดร้อนที่เกิดขึ้นกับครอบครัวทั้งในอดีตและปัจจุบัน และครอบครัวมีสิ่งสนับสนุนอะไรบ้าง

2.3.2 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ

2.3.2.1 ความหมาย

Barter (1984 cited by Goldman, 1988) ได้อธิบายคำว่าสุขภาพจิตศึกษาเป็นการใช้เทคนิคของการให้การศึกษา วิธีการและการดูแลในการช่วยให้ผู้ป่วยทางจิตที่ไร้ความสามารถได้พักฟื้นตนเองขณะเข้ารับการรักษารักษา หรือเป็นสิ่งที่เพิ่มเข้ามาในการรักษาการเจ็บป่วยทางจิต หรือเป็นส่วนหนึ่งของโปรแกรมการวิจัย

Mc Farlane and Beels (1983 cited by Goldman, 1988) ไม่ได้ให้ความหมายของ สุขภาพจิตศึกษาแต่ได้อธิบายถึงความแตกต่าง 2 ประการของสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติในการรักษาผู้ป่วยจิตเภทตามรูปแบบของ "Goldstein approach" และ "Anderson model" ในสมัยแต่ก่อนการบำบัดครอบครัวมุ่งไปที่วิกฤติที่เกิดขึ้น และต่อมาการบำบัดมุ่งไปที่เป้าหมายของการรักษา

Goldman (1988) ได้ให้ความหมายสุขภาพจิตศึกษา เป็นการให้ความรู้ความเข้าใจ (education) หรือการฝึกผู้ป่วยที่มีความผิดปกติทางจิต ในขอบเขตเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง โดยมีเป้าหมาย เพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังเช่นการส่งเสริมให้บุคคลยอมรับในการเจ็บป่วยของเขา สนับสนุนให้ผู้ป่วยร่วมมือในการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพ และมีทักษะการเผชิญปัญหาสามารถทดแทนความบกพร่องที่เกิดจากการเจ็บป่วยได้ สุขภาพจิตศึกษาไม่ได้เน้นถึงสิ่งเร้าทางอารมณ์แต่เกี่ยวกับความชำนาญในการคิด (Cognitive mastery) และบางรูปแบบของการปรับพฤติกรรม สุขภาพจิตศึกษาต้องมีการเตรียมการฝึกให้เหมาะสมและบุคลากรต้องมีคุณสมบัติที่ผ่านการอนุมัติจากทีมการรักษา และนำมาประยุกต์ใช้ได้ทั้งในผู้ป่วยและญาติ

Craig et al. (2003) ได้กล่าวถึงโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษามีความเฉพาะเจาะจงในเนื้อหา โดยเริ่มจากการให้ข้อมูลเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคจิตเภท ยารักษา และการให้ความช่วยเหลือทางจิตสังคมอย่างเพียงพอ สำหรับการรักษาหัวข้อประกอบด้วย กลุ่มอาการทางบวกและลบ ผลของการรักษาด้วยยา และการรักษาอื่น ๆ ในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิต เช่น ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการอภิปรายถึงประสบการณ์ของอาการและการรักษาที่ได้รับ โปรแกรมการให้ความรู้ความเข้าใจ เป็นการส่งเสริมการฝึกทักษะขั้นพื้นฐานของผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับการติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การแก้ไข้ปัญหา และการจัดการการแก้ไข้ปัญหาเฉพาะหน้า

สรุป การให้สุขภาพจิตศึกษา หมายถึง โปรแกรมที่มุ่งเพื่อการรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถนำมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยและญาติ โดยมีเนื้อหาเกี่ยวกับธรรมชาติของโรคสาเหตุ การรักษา อาการและการป้องกันอาการกำเริบ การติดต่อสื่อสารระหว่างบุคคล การแก้ไข้ปัญหาและการจัดการเกี่ยวกับความเครียด ตลอดจนการฝึกทักษะทางสังคม

2.3.2.2 วัตถุประสงค์หลักของการให้สุขภาพจิตศึกษา (Craig, 2003)

- 1) เป็นการพัฒนาสัมพันธภาพระหว่างทีมการรักษากับสมาชิกของครอบครัวและบุคคลอื่น ๆ ที่ให้การสนับสนุน
- 2) ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ครอบครัวเกี่ยวกับความผิดปกติทางจิตทั่ว ๆ ไปของผู้ป่วย การรักษาและแหล่งประโยชน์ทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ
- 3) สมาชิกของครอบครัวเกิดความผูกพันและเข้มงวดต่อการรักษาของผู้ป่วย มีความพยายามบนพื้นฐานของความตั้งใจที่ดี
- 4) เป็นการพัฒนาการสื่อสารทีละขั้น และทักษะการแก้ไขปัญหา และ
- 5) เป็นการพัฒนาเครือข่ายกลุ่มที่มีแนวคิดเดียวกัน และให้การสนับสนุนซึ่งกันและกัน และเป็นการเตรียมแหล่งประโยชน์

2.3.2.3 ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้สุขภาพจิตศึกษา

Strachan (1986 อ้างถึงในขาใจ สิทธิมงคล, 2542) ได้วิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่มีส่วนผลักดันให้การให้บริการในรูปแบบนี้ประสบความสำเร็จอย่างมาก และสรุปว่าความสำเร็จอันงดงามนี้เกิดจากปัจจัยดังต่อไปนี้

1. ในแต่ละโปรแกรมผู้รักษาแสดงเป้าหมายที่ชัดเจน โดยผู้รักษามุ่งประเด็นให้ความรู้ความเข้าใจแก่ครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว
2. ผู้รักษาไม่นำเอาวิธีการของจิตวิเคราะห์เข้ามาวิเคราะห์ครอบครัวของผู้ป่วย
3. ผู้รักษาและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมาก

2.3.2.4 ผลของโปรแกรมสุขภาพจิตศึกษา

ครอบครัวเป็นสถาบันที่มีความสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วย การปรับทัศนคติของครอบครัวให้ดีขึ้น การให้ความรู้ความเข้าใจและทักษะการเผชิญปัญหา ที่เกี่ยวกับการเจ็บป่วยทางจิตของผู้ป่วยที่สามารถทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีตามมา ส่วนผู้ป่วยการงูใจและการเสริมแรงให้เกิดทักษะทางสังคมและการพึ่งพาตนเองได้ในการดำเนินชีวิตประจำวัน การให้ความช่วยเหลือครอบครัว แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ที่เกิดขึ้นสำหรับผู้ป่วย และการปรับตัวของครอบครัว กล่าวคือ จากการศึกษาของ ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่ และสุกัญญา กิจเครือ(2539) พบว่าญาติที่ดูแลผู้ป่วยหลังจำหน่ายกลับบ้าน แต่ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้ไม่ถึง 6 เดือนต้องกลับเข้ารับรักษา จะมีความรู้สุขภาพจิตน้อยกว่าญาติที่สามารถดูแลผู้ป่วยให้อยู่บ้านได้นาน 6 เดือน จากการศึกษาของ Bustillo et al. (2001 cited by

Craig, 2003) พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่ครอบครัวได้เข้าโปรแกรมครอบครัวบำบัด พบอัตราการกำเริบร้อยละ 24 ในขณะที่ผู้ป่วยที่ครอบครัวได้รับการดูแลตามปกติ พบร้อยละ 64

มีการวิจัยถึงผลของลักษณะกลุ่มควบคุมที่ดี หลายการศึกษาแสดงให้เห็นถึงอัตราของอาการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยในกลุ่มญาติที่ได้รับการศึกษา และการฝึกทักษะน้อยกว่ากลุ่มญาติที่ได้รับการรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Goldstein et al 1978 ; Fallon et al 1982, 1985 ; Hogarty & Anderson 1986 ; Tarrier et al 1988 cited by Craig, 2003) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Parker & Hadizi - Pavlovic (1990 อ้างถึงใน ยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ครอบครัวไม่ได้รับความรู้ และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่ได้ฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่ครอบครัวได้รับความรู้ และทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย

นอกจากผลต่ออัตราการกำเริบและอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วย ในกลุ่มญาติที่ได้รับการศึกษา และฝึกทักษะต่าง ๆ ต่ำกว่ากลุ่มญาติที่ไม่ได้รับสภาพจิตศึกษา ยังมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผู้ป่วยที่กลับไปอยู่กับครอบครัวที่มีการแสดงออกทางด้านอารมณ์สูง ได้แก่ มีการวิพากษ์วิจารณ์ ผู้ป่วยมาก (criticism) การแสดงความไม่เป็นมิตรระหว่างสมาชิกของครอบครัวและผู้ป่วย (hostility) และการผูกพันทางอารมณ์กับผู้ป่วยมากเกินไป (emotional overinvolvement) พบว่า ผู้ป่วยมีอาการกำเริบมากกว่าครอบครัวที่มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย (Brow et al 1972 ; Vanghn & Leff 1976 ; Vaughn et al 1982 ; Leff & Vaughn. 1985 cited by Craig, 2003) สอดคล้องกับการศึกษาของ Follon et al (1985 cited by Craig, 2003) ผู้ป่วยที่มีครอบครัวแสดงออกทางอารมณ์และภาระต่ำ พบว่า ผู้ป่วยมีการทำหน้าที่ทางสังคม และพึ่งพาตนเองได้ดีกว่าและมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น และผลดังกล่าวส่วนใหญ่ยังคงอยู่กับผู้ป่วยและครอบครัว เป็นระยะเวลายาวนานถึง 8 ปี (Tarrier et al, 1994 cited by Craig, 2003)

จากผลการวิจัยดังกล่าว ทำให้ผู้รักษาดังข้อสันนิษฐานว่า ครอบครัวขาดความรู้เกี่ยวกับโรค อาการ และอาการแสดงของผู้ป่วย รวมทั้งขาดทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ความไม่รู้และไม่เข้าใจของครอบครัว ในการเผชิญกับปัญหาที่เกิดจากโรคของผู้ป่วย ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะความเครียด และกลับเป็นซ้ำอีก ดังนั้นรูปแบบของการบริการจึงจัดในรูปของโปรแกรมให้ความรู้กับครอบครัว โดยมุ่งในการให้ความรู้เกี่ยวกับลักษณะของโรคจิต สาเหตุของโรค การรักษา และการพยากรณ์โรคแก่ครอบครัว การฝึกทักษะเกี่ยวกับการแก้ปัญหา การอยู่ในสังคม การติดต่อสื่อสารแก่ครอบครัว (ยาใจ สิทธิมงคล, 2542)

2.4 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศสรุปได้ดังต่อไปนี้

อรษา ฉวาง (2540) ได้ศึกษาผลของการแสดงออกที่มีต่อการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นของผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่น โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าพระยา กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นที่มีการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นไม่เหมาะสม จำนวน 12 คน อายุระหว่าง 15 - 20 ปี ทั้งเพศหญิงและชาย เข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ขึ้นไป เป็นผู้ป่วยประเภทบ้ากระยะยาว ซึ่งได้มาจากการสุ่มตัวอย่างจากประชากร ดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกเป็นเวลา 3 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 5 วัน โดยฝึกครั้งละ 1.30 ชั่วโมง รวมจำนวน 14 ครั้ง มีการวัดพฤติกรรมการแสดงออกต่อบุคคลอื่น ตามสถานการณ์ที่กำหนดครั้งละ 1 สถานการณ์จนครบ 5 สถานการณ์วัดก่อนและหลังทดลอง ผลการวิจัย พบว่าผู้ป่วยจิตเภทวัยรุ่นที่ได้รับการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกมีการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นดีขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

พรทิพย์ ธรรมวงศ์ (2541) ได้ศึกษาผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชาย มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 2 - 5 ปี เป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ เลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายด้วยวิธีจับสลากแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีความคล้ายคลึงกันในเรื่องเพศ อายุ และผลการทดสอบสมรรถภาพ มีคะแนนสูงกว่า 23 คะแนนขึ้นไป กลุ่มทดลองดูตัวแบบเป็นรายบุคคลวันละเรื่องจนครบ 3 เรื่อง แล้วดูซ้ำเดิมเรื่องละ 1 ครั้ง รวมเวลาในการดำเนินการทดลองทั้งสิ้น 6 วัน กลุ่มทดลองทำแบบสอบถามความรู้เรื่องการดูแลตนเองทันที ส่วนกลุ่มควบคุมทำแบบสอบถามห่างกันนาน 6 วัน ผลการวิจัยพบว่า คะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองมากกว่าคะแนนก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลองที่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์ มีคะแนนความรู้เรื่องการดูแลตนเองในระยะหลังทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมซึ่งไม่ได้ดูตัวแบบสัญลักษณ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อนงค์ ธรรมโรจน์ และคณะ (2542) ได้ศึกษาการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยจิตเภท โดยทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟู 3 รูปแบบ คือ รูปแบบที่ 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ รูปแบบที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการดูแลตนเอง และรูปแบบที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาการเจ็บป่วยทางจิต กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทชาย ไม่จำกัดอายุ และระยะเวลาการเจ็บป่วย จำนวน 72 คน รูปแบบที่ 1 จำนวน 10 คน รูปแบบที่ 2 จำนวน 30 คน และรูปแบบที่ 3 จำนวน 32 คน สุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง ผลการวิจัยพบว่า คะแนนทักษะการดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้ป่วย หลังจากเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

รูปแบบที่ 1, 2 และ 3 มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับ ดังนี้ 2.5 ± 1.7 , 2.9 ± 2.4 และ 3.0 ± 2.5 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนด้านทักษะทางสังคม พบว่าคะแนนเฉลี่ยของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพรูปแบบที่ 1, 2 และ 3 มีการเพิ่มขึ้นตามลำดับดังนี้ 5.7 ± 3.3 , 6.7 ± 3.3 และ 6.4 ± 3.2 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิ์ และคณะ (2542) ได้สำรวจพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช ในช่วงก่อนที่จะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงและชายที่ได้รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา จำนวน 117 คน ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดในระดับมาก ส่วนด้านอื่น ๆ พฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง อายุและจำนวนครั้งของการเข้ารับการรักษารักษาในโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

สุวิมล สมิตะ และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2542) ได้ศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านและเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชที่ใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านกับผู้ป่วยจิตเวชที่ได้รับการดูแลตามปกติก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้ป่วยจิตเวชที่เคยได้รับการรักษาที่โรงพยาบาลศรีธัญญา และได้รับการดูแลที่บ้านอย่างค่อเนื่องในเขตจังหวัดนนทบุรี จำนวน 30 คน ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชกลุ่มที่ได้รับการดูแล โดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จารุวรรณ จินตามงคล และอรพรรณ ลือบุญวัชชัย (2542) ได้ศึกษาความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจและเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมทั้งก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในตึกสามัญ โรงพยาบาลศรีธัญญา อายุ 20 - 45 ปี ได้รับการจำแนกประเภทอยู่ในประเภทผู้ป่วยเรื้อรัง บำบัดและไม่อยู่ในระหว่างรักษาด้วยไฟฟ้า จำนวนทั้งหมด 15 คู่ มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกัน ผลการวิจัยพบว่าความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรมเสริมสร้างพลังอำนาจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

และความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเภทกลุ่มทดลอง ภายหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รัศมี ศรีหิรัญ (2544) ได้ทำการศึกษาผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยเพศชายที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลสวนปรุง จังหวัดเชียงใหม่ และได้รับการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนดไว้ และจับสลากกลุ่มตัวอย่างอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 15 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับการติดตามทางโทรศัพท์จากผู้วิจัย ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลหลังจำหน่ายตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท หลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามมากกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนกลุ่มควบคุมในระยะหลังทดลองทันทีและระยะติดตามคะแนนการดูแลตนเองน้อยกว่าในระยะก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คะแนนการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่ายของกลุ่มทดลองในระยะหลังทดลองทันที และระยะติดตามมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

รักสุตา กิจอรุณชัย (2545) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โดยการทำงานในร้านอารักขของโรงพยาบาลศรีธัญญา ต่อการเปลี่ยนแปลงความสามารถทางทักษะต่าง ๆ โดยทำการประเมินผู้ป่วยซึ่งทำงานในโครงการนาน 6 เดือนขึ้นไป ผู้ป่วยจะถูกมอบให้ทำงานในแผนกที่ตรงกับความสามารถและความสนใจของผู้ป่วย ผลการศึกษา พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีระยะการอยู่โรงพยาบาลยาวนาน ถึงแม้ว่าอาการทางจิตสงบ แต่ครอบครัวไม่พร้อมรับกลับไปดูแลและส่วนหนึ่งไม่มีครอบครัวเลย จึงไม่ได้กลับไปใช้ชีวิตในชุมชน การประเมินทักษะ 6 ด้าน คือ ทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนมีการเพิ่มขึ้นของคะแนนความสามารถทางทักษะทั้ง 6 ด้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สมพร รุ่งเรืองกลกิจ และจิรารัตน์ พิมพ์ดีด (2545) ได้ศึกษาการพาผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมกิจกรรมสังคมภายนอกโรงพยาบาล กิจกรรมมีการเตรียมความพร้อมของนักศึกษา โดยให้สำรวจความรู้สึกรู้สึกของตนเอง จนกระทั่งมีการตระหนักรู้และมั่นใจที่จะดูแลผู้ป่วยระหว่างช่วงที่อยู่นอกโรงพยาบาล สำหรับผู้ป่วยมีการปฐมนิเทศ แนะนำการปฏิบัติตัวระหว่างทำกิจกรรม จัดเตรียมเสื้อผ้าดูแลความสะอาดร่างกายก่อนไป ระหว่างเข้าร่วมกิจกรรมผู้ป่วยมีการเลือกซื้อสินค้าแสดงออกถึงความพึงพอใจและปฏิบัติตามกฎระเบียบ ผลการจัดกิจกรรมพบว่าการพาผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วม กิจกรรมสังคมภายนอกโรงพยาบาล เป็นการแสดงถึงความเข้าใจในการคิดถึงบ้านของ

ผู้ป่วย ผู้ป่วยมิได้ถูกกลืนหรือทอดทิ้งให้อยู่แต่ในโรงพยาบาลและเป็นการฟื้นฟูทักษะทางสังคมตามแนวคิดสิ่งแวดล้อมบำบัด ที่สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ช่วยให้ผู้ป่วยคลายความคิดถึงบ้าน มีการติดต่อรับรู้การเปลี่ยนแปลงทางสิ่งแวดล้อมภายนอก ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข

เดือนดา วิโรจน์อุไรเรือง และคารนี ชัยสิทธิพร (2547) ได้ศึกษาผลการปรุงแต่งพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ภายหลังให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อม โดยใช้หลักการเรียนรู้และเทคนิคของการปรุงแต่งพฤติกรรมชนิดวางเงื่อนไขแบบลงมือกระทำ กับการส่งเสริมทางสังคมที่เป็นบวก เลือกตัวอย่างแบบเจาะจงทั้งเพศหญิงและชาย รับไว้ตั้งแต่ 3 ปีขึ้นไป จำนวน 61 คน ในโปรแกรมมี 13 พฤติกรรม ครอบคลุมความสามารถขั้นพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับผู้ป่วย ด้านการดำรงตนในฐานะสมาชิกของสังคม และด้านการมีสัมพันธภาพเพื่อการบำบัด ทำการประเมินพฤติกรรมทั้งก่อนให้ ขณะให้ และหลังให้ จำนวน 12 ครั้ง ผลการวิจัย พบว่าภายหลังให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยในเงื่อนไขให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อมมีพฤติกรรมแตกต่างกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในเงื่อนไขควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อรุณ พงษ์ธรรม และคณะ (2547) ได้ศึกษาผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยจิตเภทที่รับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในการฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลศรีธัญญา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 16 คน สุ่มตัวอย่างแบบง่าย กลุ่มทดลองได้รับการเข้ากลุ่มทักษะทางสังคม ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมทางสังคมของกลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังการทดลอง 1 และ 4 สัปดาห์ เมื่อติดตามในสัปดาห์ ที่ 8 คะแนนพฤติกรรมทางสังคมไม่แตกต่างกัน

Lieberman, Mueser & Wallace (1986) ได้ศึกษาการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภท รายบุคคลที่เสี่ยงต่อการกำเริบการศึกษาที่ 1 โดยการฝึกผู้ป่วย 6 วัน / สัปดาห์ วันละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 8 สัปดาห์ 96 ชั่วโมง ผู้ป่วยได้รับการฝึกการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมใน 3 สถานการณ์ คือ ขณะอยู่ที่โรงพยาบาล ครอบครัว และชุมชน ผลพบว่า ผู้ป่วย 2 ใน 3 คน มีอาการทางจิตลดลง และการกลับเข้ารับรักษาช้าลดลง และมีการปฏิบัติตัวทางสังคมดีขึ้น จากการติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย 9 เดือน การศึกษาที่ 2 แบ่งผู้ป่วยจิตเภทออกเป็น 2 กลุ่ม ๆ ละ 28 คน กลุ่มที่ 1 ได้รับการฝึก 5 วัน / สัปดาห์ วันละ 2 ชั่วโมง รวมทั้งหมด 9 สัปดาห์ 90 ชั่วโมง ใน 5 สัปดาห์แรกฝึกสถานการณ์ตามคู่มือ และ 4 สัปดาห์สุดท้ายฝึกสร้างมิตรและนัดหมายตามสถานการณ์ กลุ่มที่ 2 ได้รับการรักษาแบบองค์รวม ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มได้พบกับผู้รักษาที่ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนในเวลาเท่ากัน และครอบครัวทั้ง 2 กลุ่มได้รับการบำบัด 2 ชั่วโมงต่อสัปดาห์ รวม 9 ครั้ง ผลพบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 กลุ่มมีอาการทางจิตลดลง หลังติดตามการรักษาหลัง

จำนวน 2 ปี ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม มีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่า เมื่อกลับเข้ารักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า และมีอาการกำเริบน้อยกว่า

Wallace et al (1992) ได้ทำการศึกษาประสิทธิผลและรูปแบบจำลองสำหรับการสอนทางสังคม และเครื่องมือฝึกทักษะสำหรับผู้เจ็บป่วยทางจิตรุนแรง วัตถุประสงค์ของการศึกษาเพื่อประเมินประสิทธิผลและรูปแบบจำลองในการให้ความรู้ทางจิต กลุ่มตัวอย่างจำนวน 108 คน ทดสอบความรู้ และฝึกปฏิบัติทักษะด้านความคิดของผู้ป่วย โดยมีเจ้าหน้าที่สังเกตและรวบรวมข้อมูลตามความเป็นจริงในด้านพฤติกรรมของผู้ป่วย ผลพบว่า ทักษะของผู้ป่วยมีนัยสำคัญดีขึ้น และมาติดตามผลการรักษาในระหว่าง 1 ปี

Perry, Moore & Braff (1995) ได้ศึกษาความแตกต่างทางเพศต่อการวัดความผิดปกติของความคิดในผู้ป่วยจิตเภท มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความแตกต่างทางเพศจากเครื่องมือวัด 3 อย่าง และความสัมพันธ์ระหว่างความผิดปกติทางความคิดและสมรรถนะทางสังคม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ชายจำนวน 53 คน และผู้หญิง 34 คน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 เพศมีความคล้ายคลึงกันในความผิดปกติของความคิด จากการวัดด้วยเครื่องมือ SAPS และ BPRS แต่การวัดด้วยเครื่องมือ The Ego Impairment Index พบว่าผู้ป่วยชายมีคะแนนความเสื่อมมากกว่า และพบความสัมพันธ์ระหว่างคะแนนความผิดปกติทางความคิดและคะแนนสมรรถนะทางสังคม ผู้ป่วยหญิงมีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่าผู้ป่วยชาย

Marder, Wirshing, Mintz, McKenzie, Johnston, Eckman & et al. (1996) ได้ติดตามผลการฝึกทักษะทางสังคมและจิตบำบัดในผู้ป่วยนอกโรคจิตเภทในระยะเวลา 2 ปี วัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิภาพของพฤติกรรมต่อการฝึกทักษะทางสังคมและกลุ่มประคับประคอง สำหรับการปรับตัวที่ดีขึ้นของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และป้องกันอาการทางจิตกำเริบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยนอกชายได้รับยา Fluphenazine decanoate 5 - 10 mg. ทุก 14 วัน และยาเกิน Fluphenazine 5 mg. 2 ครั้งต่อวันหรือยาหลอก กลุ่มตัวอย่างได้รับการสุ่มและบำบัด 2 ครั้งต่อสัปดาห์ เป็นระยะเวลา 6 เดือน และติดตามผลอีก 18 เดือน ผลการศึกษาพบว่ามีนัยสำคัญ 2 ใน 6 ด้านของการวัด Social Adjustment Scale ในกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมมากกว่ากลุ่มประคับประคอง และพบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรักษาด้วยจิตสังคมควบคู่กับการรักษาด้วยยา การฝึกทักษะทางสังคมไม่มีนัยสำคัญลดความเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบ

Kopelowicz, Liberman, Mintz & Zarate (1997) ได้ศึกษาเปรียบเทียบสมรรถภาพการฝึกทักษะทางสังคมในผู้ป่วยจิตเภทที่มีและไม่มีควมบกพร่องของกลุ่มอาการด้านลบ เป็นการศึกษา นำร่อง กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 3 คน ได้รับการฝึกทักษะทางสังคม 12 สัปดาห์ ทักษะทางสังคม และกลุ่มอาการด้านลบ ถูกประเมินก่อนและหลังการฝึกและประเมินติดตาม 6 เดือน ผลพบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องของอาการ มีนัยสำคัญทักษะทางสังคมดีกว่าและมีอาการด้านลบ น้อยกว่าทั้งหลังฝึกและประเมินติดตาม คณะผู้วิจัยได้สรุปว่าผู้ป่วยจิตเภทที่ไม่มีความบกพร่องของ กลุ่มอาการด้านลบ สามารถที่จะรับผิชอบต่อความใส่ใจการฝึกทักษะทางสังคมได้ แต่ผู้ป่วยจิต เภทที่มีความบกพร่องของกลุ่มอาการด้านลบอาจมีความบกพร่องอย่างมีนัยสำคัญ ในการเรียนรู้การ ฝึกทักษะ

Lieberman, Wallace, Blackwell, Kopelpwicz, Vaccaro & Mintz (1998) ได้ศึกษา เปรียบเทียบการฝึกทักษะและอาชีวะบำบัดในบุคคลที่ยังมีอาการของโรคจิตเภท กลุ่มตัวอย่างมี 80 คน เป็นผู้ป่วยนอกได้รับการส่งเข้ากลุ่มฝึกทักษะและอาชีวะบำบัด ฝึก 12 ชั่วโมงต่อสัปดาห์เป็น ระยะเวลา 6 เดือน และประเมินติดตามผล 18 เดือน โดยการจัดกิจกรรมภายในชุมชน ส่วนยา ด้านโรคจิตเป็นตัวเลือกที่จะถูกสั่งใช้โดยจิตแพทย์ ให้แก่ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฝึกอาชีวะบำบัด ซึ่ง แพทย์จะไม่รู้ว่าเป็นกลุ่มใด กลุ่มอาชีวะบำบัด ผู้นำกลุ่มเป็นนักอาชีวะบำบัด ส่วนกลุ่มฝึกทักษะมี นักอาชีวะบำบัดและทีมสหวิชาชีพอีก 3 คน ผลพบว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการฝึกทักษะสามารถพึ่งพา ตนเองได้ในการดำรงชีวิตในระหว่างการติดตามผล 2 ปีในทุกวันในการทำหน้าที่ในชุมชน

Beebe (2001) ได้ทำการศึกษาสำรวจถึงประสิทธิภาพของการพยาบาลทางโทรศัพท์ การ ทดลองโดยทำการวัดหลังการทดลองเท่านั้น มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 24 คน กลุ่ม ทดลองได้รับการพยาบาลทางโทรศัพท์ 1 สัปดาห์ / ครั้งเป็นเวลา 3 เดือน กลุ่มควบคุมได้รับการ แจ้งข้อมูล สัปดาห์ที่ 6 และ 12 ผลการวิจัยพบว่าอัตราการกลับมารักษาซ้ำ 13% ($n = 2$) ในกลุ่ม ทดลอง 23% ($n = 5$) ในกลุ่มควบคุม เมื่อเปรียบเทียบกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมในประเด็น ความสามารถอาศัยอยู่ในชุมชน พบว่าเพิ่มขึ้น 4% และกรณีมีการกลับเข้ารับรักษาซ้ำมีระแยะวันนอน โรงพยาบาลลดลง 27% ข้อมูลเบื้องต้นจากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการพยาบาลทางโทรศัพท์ สามารถทำให้ผู้ป่วยจิตเภทอาศัยอยู่ในชุมชนได้นานขึ้น

Chien et al. (2003) ได้ศึกษาถึงผลของการฝึกทักษะการสนทนาและทักษะการกล้า แสดงออกอย่างเหมาะสมต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท กลุ่มทดลองจำนวน 35 คน ได้รับ การฝึกตามโปรแกรม ส่วนกลุ่มควบคุมจำนวน 43 คน ได้รับการพยาบาลตามปกติ ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะการสนทนา และทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสม สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมในขณะทดลอง หลังทดลอง และระยะติดตามผล กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติในข้อมูลส่วนบุคคล

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาระบบงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย และผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบงานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในด้านการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูผู้ป่วย และการกลับมารักษาซ้ำโดยมีรายละเอียดของกระบวนการวิจัยดังนี้

3.1 ผู้ร่วมวิจัย

3.1.1 นุคลากรหอผู้ป่วยคอนดูจำนวน 12 คน ประกอบด้วยพยาบาลเทคนิคจำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่พยาบาลจำนวน 1 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 6 คน

3.1.2 ญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยในระยะที่ 1 จำนวน 12 ครอบครัว ในระยะที่ 2 จำนวน 15 ครอบครัว

3.1.3 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายทุกคนที่อยู่รักษาที่หอผู้ป่วยคอนดู ในระหว่างเดือน ตุลาคม 2547 ถึง กันยายน 2549 ในระยะที่ 1 จำนวน 35 ราย ในระยะที่ 2 จำนวน 40 ราย

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

3.2.1 แบบประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยคอนดู ดัดแปลงมาจากของ ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต (2544) เป็นแบบประเมินทักษะ 6 ด้าน (ภาคผนวก ก.) ประกอบด้วย

- | | |
|---------------------------------|--------------|
| 1) ทักษะการดูแลตนเอง | จำนวน 12 ข้อ |
| 2) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน | จำนวน 10 ข้อ |
| 3) ทักษะทางสังคม | จำนวน 10 ข้อ |
| 4) ทักษะการงาน | จำนวน 9 ข้อ |
| 5) ทักษะการพักผ่อน | จำนวน 9 ข้อ |
| 6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน | จำนวน 9 ข้อ |

ประเมินโดยทีมบุคลากรหอผู้ป่วยคอนดู ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ หรือ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้ ประเมิน 1 ครั้ง/เดือน

การให้คะแนนคะแนน 0 หมายถึงไม่เลย

- คะแนน 1 หมายถึงต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน
 คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้งและต้องแนะนำ
 คะแนน 3 หมายถึงทำได้ตามความเหมาะสม
 คะแนน 4 หมายถึงทำได้เองทั้งหมดและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

ระดับสมรรถภาพการฟื้นฟู มี 5 ระดับ คือ

- ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และรบกวนความสงบผู้อื่น
 (คะแนน 0 – 0.5)
 ระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ที่อยู่ตามลำพัง ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร และช่วยเหลือ
 ตัวเองไม่ได้ (คะแนน 0.51 – 1.50)
 ระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง
 (คะแนน 1.51 – 2.5)
 ระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้
 (คะแนน 2.51 – 3.5)
 ระดับที่ 5 หมายถึง ผู้ที่เลี้ยงตัวเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้
 (คะแนน 3.51 ขึ้นไป)

การหาค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน = $\frac{\text{ผลรวมคะแนนในแต่ละทักษะ}}{\text{จำนวนข้อในแต่ละทักษะ}}$

การหาค่าเฉลี่ยรวมทุกทักษะ = $\frac{\text{ผลรวมคะแนนทั้งหมด}}{\text{จำนวนข้อทั้งหมด}}$

3.2.2 แบบประเมินความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 18 ข้อ
 ดัดแปลงมาจากพิเชษฐ์ อดมรัตน์ และคณะ (2541) ของกรมสุขภาพจิต เลือกรอบไข ไม่ไข
 (ภาคผนวก ข.)

3.2.3 แนวทางการสัมภาษณ์ ความคิดเห็นของบุคลากรหรือผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องกับ
 กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ภาคผนวก ค.)

3.2.4 แนวทางการสัมภาษณ์ ความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแล
 ผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ (ภาคผนวก ค.)

3.2.5 แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการฝึกทักษะทางสังคมนอก
 สถานที่และความพึงพอใจ ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองเป็นแบบสอบถามปลายเปิดและปลายปิดสำหรับ
 สอบถามผู้ป่วย ในส่วนสอบถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับความสามารถในการเข้าชุมชนของผู้ป่วย
 (ภาคผนวก ง.)

การให้คะแนน คะแนน 3	หมายถึง มาก
คะแนน 2	หมายถึง ปานกลาง
คะแนน 1	หมายถึง น้อย

3.2.6 แบบสอบถามญาติถึงความรู้สึกต่อความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในครอบครัวและชุมชน ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของญาติ ส่วนที่ 2 ศักยภาพผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรู้สึกของญาติต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย (ภาคผนวก จ.)

3.3 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การหาความเชื่อมั่น (Reliability) เครื่องมือประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหอผู้ป่วยคอนดูผู้วิจัยเลือกผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรคำนวณอัลฟาครอนบาค โดยค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาคที่ยอมรับได้คือ 0.80 ขึ้นไป (Polit & Hungler, 1999) ในการศึกษาครั้งนี้ได้ค่าความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.99 ค่าความเชื่อมั่นทักษะการดูแลตนเองเท่ากับ 0.99 ค่าความเชื่อมั่นทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านเท่ากับ 0.99 ค่าความเชื่อมั่นทักษะทางสังคมเท่ากับ 0.99 ค่าความเชื่อมั่นทักษะการทำงานเท่ากับ 0.98 ค่าความเชื่อมั่นทักษะการพักผ่อนเท่ากับ 0.94 และค่าความเชื่อมั่นทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนเท่ากับ 0.99

แบบประเมินความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทนำไปทดลองใช้กับญาติผู้ป่วยจิตเภทที่มีลักษณะคล้ายกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 15 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรการคำนวณ KR - 20 ได้ค่าความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 0.71 โดยตัดข้อ 1 และข้อ 2 ออกเหลือ 18 ข้อ

แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่และความพึงพอใจ นำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยจิตเภทในหอผู้ป่วยคอนดูในช่วงเดือนมีนาคม 2548 - เมษายน 2548 ซึ่งเริ่มฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่ จำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นด้วยสูตรการคำนวณอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.84

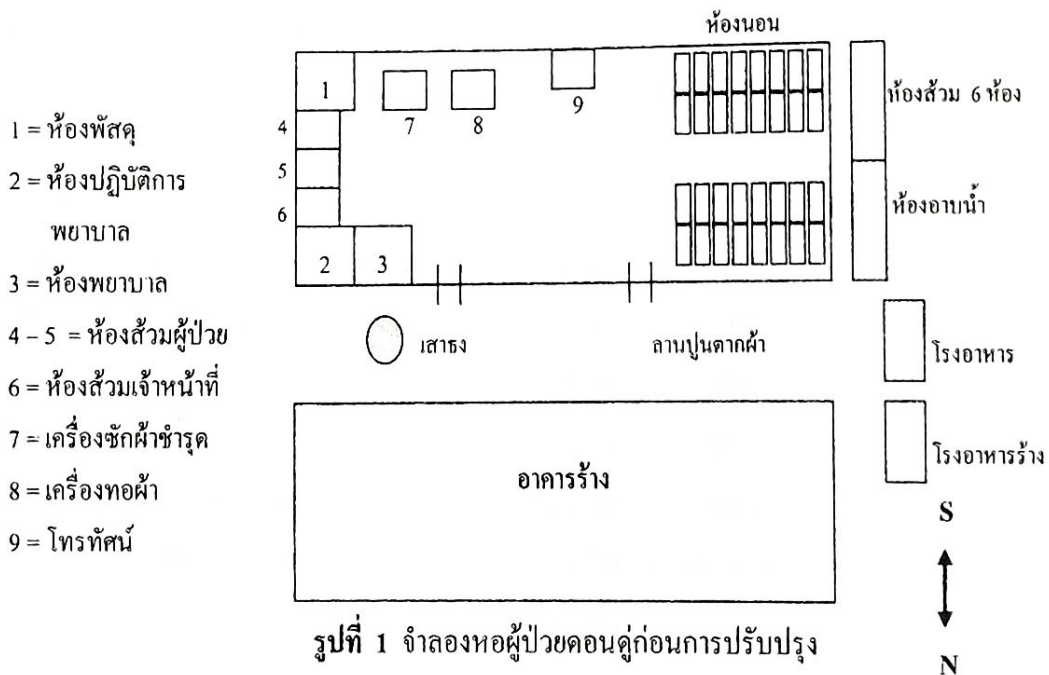
แบบสอบถามญาติถึงความรู้สึกต่อความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน ส่วนที่ 2 ศักยภาพผู้ป่วยที่อยู่บ้านหาค่าความเชื่อมั่นในกลุ่มตัวอย่างเลข จำนวน 13 คน ด้วยสูตรการคำนวณอัลฟาของครอนบาค ได้ค่าความเชื่อมั่นของกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 0.87

3.4 วิธีการรวบรวมข้อมูล

วิธีการรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ใช้ขั้นตอนการวิจัยเชิงปฏิบัติการออกเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ และระยะที่ 3 ประเมินผล ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์

ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้าหอผู้ป่วยคอนคูน ได้ย้ายมาปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วยคอนคูนเมื่อ เดือนตุลาคม 2547 ได้เริ่มศึกษาถึงบริบทของหอผู้ป่วย รวมทั้งวางแผนประชุมบุคลากรทุก 3 เดือน เพื่อรับฟังถึงปัญหาและอุปสรรค จากการสำรวจบริบทพบว่า หอผู้ป่วยคอนคูนเป็นอาคาร ปูนซีเมนต์ชั้นเดียวขนาดประมาณ 10 เมตร x 20 เมตร มีหน้าต่างโดยรอบด้านยาวของอาคาร และมีมุ้งลวด เพดานติดพัดลมเป็นแถวยาว 2 แถวระหว่างห้องผู้ป่วย เตียงนอนผู้ป่วยจัดเป็น 4 แถว โดย 2 แถวหัวเตียงชนกันมีช่องระหว่างเตียงทุกเตียง และช่องว่างตรงกลางและด้านข้าง 2 ข้าง ตำแหน่งการจัดเตียงนอนอยู่ทางด้านทิศตะวันตก ส่วนด้านทิศตะวันออกมีห้องน้ำผู้ป่วยป่วย 2 ห้อง ติดกับห้องน้ำบุคลากร และห้องปฏิบัติการ พยาบาล และห้องพยาบาล ตรงข้ามห้อง พยาบาลเป็นที่ติดตั้งเครื่องซักผ้าซึ่งชำรุดแล้วและอยู่หน้าห้องพัสดุเก็บข้าวของ ด้านทิศตะวันตกมี ห้องอาบนํ้ารวมและห้องส้วม และโรงอาหาร ตรงข้ามหอผู้ป่วยเป็นอาคารร้างลักษณะตัวอาคาร เหมือนกับหอผู้ป่วยซึ่งพื้นที่ระหว่าง 2 อาคารเป็นลานปูด้วยแผ่นปูนซีเมนต์ ดังรูปที่ 1 พื้นที่ ทั้งหมดของศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคอนคูน ประมาณ 150 ไร่ อยู่ห่างออกจากโรงพยาบาลจิตเวช ขอนแก่นราชนครินทร์ ประมาณ 3-4 กิโลเมตร



ปัญหาและอุปสรรคที่พบ

1. เวลากลางวันผู้ป่วยนอนไม่เลือกที่ตามพื้นปูนรอบเตียงหรือที่โรงอาหาร ส่วนเวลากลางคืนนอนตามใต้เตียง และชอบดูเครื่องซักผ้าพบว่ามีแมลงมีพิษเข้าห้องนอนได้
2. การเก็บหมอน ผ้าห่ม รวมไว้ที่เตียงเดียวทำยุงกัด และการทำความสะอาดเตียงนอนส่งผ้าห่มซักไม่ได้กำหนดไว้แน่นอน
3. การทำความสะอาดร่างกายผู้ป่วยไม่มีผ้าเช็ดตัว 1:1 เปลี่ยนกายอาบน้ำ ผู้ป่วยแอบซ่อนแปรงสีฟันไว้กับตัว เนื่องจากเคยมีผู้ป่วยอื่นเอาไปใช้
4. การรับประทานอาหารนั่งเรียงรายตามพื้น ตามซอกโรงอาหาร กินมูมมาม ไม่ล้างมือและเช็ดมือก่อนรับประทานอาหาร
5. ไม่มีห้องทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด ไม่มีกระดาน ไม่มีตารางการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัด และการทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพ
6. การปฏิบัติงานของบุคลากรในแต่ละเวรไม่มีแนวทางปฏิบัติในแนวทางเดียวกัน
7. ผู้ป่วยเก็บบุหรี่ไว้กับตนเอง และลูกสูบเวลากลางคืน บางครั้งทะเลาะวิวาทชกต่อยแย่งบุหรี่กัน
8. ไม่มีอุปกรณ์เครื่องครัวในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
9. ผู้ป่วยเป็นจำนวนมากถูกญาติทอดทิ้งไว้ที่โรงพยาบาลเป็นเวลานานหลายปีไม่เคยมาเยี่ยม บางรายมาเยี่ยมสม่ำเสมอแต่ไม่พร้อมรับผู้ป่วยกลับซึ่งปล่อยให้ผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานหลายปีเช่นเดียวกัน

ระยะที่ 2 ปฏิบัติการ

ในขณะปฏิบัติงานเมื่อพบปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ จะดำเนินการแก้ไขปัญหาไปพร้อม ๆ กับการปฏิบัติงานประจำวัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ดำเนินการปรับปรุงหอผู้ป่วยคอนดูโดยเคลื่อนย้ายเครื่องซักผ้าออก และขออนุมัติสร้างห้องปฏิบัติการพยาบาลมีโครงสร้างเหมือนห้องพยาบาล จัดสร้างไว้ข้างหน้าห้องพัสดุ ตะกร้าเสื้อผ้าผู้ป่วยที่ใส่แล้วเคยเอาไว้ในห้องให้จัดวางไว้ทางเดินท้ายเตียง ห้องปฏิบัติการพยาบาลเดิมปรับปรุงเป็นห้องรับประทานอาหารของบุคลากร วางตู้อุปกรณ์ทำกลุ่มและตู้เย็น
 2. สนับสนุนให้นักศึกษาปริญญาโท สาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวชได้ฝึกปฏิบัติงานในการปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด โดยการใช้อาคารร้างปรับปรุงเป็นอาคารกิจกรรม มีห้องทำกลุ่มกิจกรรม มีมุมพักผ่อน มุมทำงาน และใช้บริเวณที่ว่างเป็นที่ออกกำลังกายของผู้ป่วย
- ดังรูปที่ 2
3. ขอเบิกอุปกรณ์เครื่องครัวต่าง ๆ และจัดทำบอร์ดกลุ่มกิจกรรมบำบัด

4. เตรียมผ้าเช็ดมือผืนใหญ่ใช้ครั้งเดียวแล้วซักโดยผู้ป่วยที่ได้รับการมอบหมาย
5. ดำเนินการจัดสี ดินเส้นสีเหลืองห่างจากเตียงแรกประมาณ 2 เมตร เพื่อแบ่งบริเวณให้ชัดเจนระหว่างบริเวณที่นอนและบริเวณที่พักผ่อน ห้ามไม่ให้ผู้ป่วยและบุคลากรใส่รองเท้าเข้าบริเวณนี้ โดยการเตรียมรองเท้าฟองน้ำและชั้นวางรองเท้าให้บุคลากรและผู้ป่วย
6. ดำเนินการประชุมบุคลากรทุก 3 เดือนเพื่อเปิดโอกาสให้บุคลากรได้แลกเปลี่ยนปัญหาและประสบการณ์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย พร้อมทั้งรับข่าวสารต่าง ๆ จากทางโรงพยาบาล อีกทั้งมีการตกลงวางระบบการทำงานให้เป็นแนวทางเดียวกันทั้งเวรตึก เวรเช้า และเวรบ่าย (ดังปรากฏในบทที่ 4 ผลการวิจัยในส่วนความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อระบบงานใหม่) ตลอดจนการปฏิบัติงานตามตารางกิจกรรมประจำวันของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยหรือผู้ช่วยผู้ป่วย (ภาคผนวก ฉ.) นอกจากนี้เมื่อมีการประชุมบุคลากรหรือ ผู้ป่วยได้เชิญบุคลากรงานเกษตรกรรม บำบัดเข้าร่วมประชุมด้วยเพื่อร่วมปรึกษาและแก้ไขปัญหาในการ ฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ
7. วางระบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ดังนี้
 - 7.1 จัดเตรียมแบบประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพหรือผู้ป่วยโดยผู้ดูแล โดยคัดเลือกรายละเอียดให้เหมาะสมกับกิจกรรมและงานต่าง ๆ
 - 7.2 เตรียมแบ่งผู้ป่วยเป็น 2 กลุ่ม กล่าวคือ กลุ่มที่ 1 ให้ลงเกษตรกรรมบำบัดภาคเช้า และเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดภาคบ่าย เป็นผู้ช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ 3 และผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ และจัดผู้ป่วย ฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ 4 หรือ 5 เข้ากลุ่มด้วยเพื่อเป็นตัวแบบและช่วยกระตุ้นเพื่อนผู้ป่วย ส่วนกลุ่มที่ 2 เป็นผู้ช่วย ฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ 3-5 เข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดภาคเช้าและฝึกงานเกษตรกรรมบำบัดภาคบ่ายก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดผู้ป่วยกลุ่มนี้มีหน้าที่ กวาดและดูบ้าน ทั้งหอผู้ป่วยและอาคารกิจกรรม
 - 7.3 จัดทำตารางการฝึกทักษะทางสังคมในทั้ง 6 ทักษะ คือ 1) ทักษะการดูแลตนเอง 2) ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน 3) ทักษะทางสังคม 4) ทักษะการงาน 5) ทักษะการพักผ่อน และ 6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และกลุ่มกิจกรรมบำบัดของ تیمสหวิชาชีพ (ภาคผนวก ข.)
 - 7.4 จัดทำตารางโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคมให้ครบทั้ง 6 ทักษะ จัดโปรแกรม 1 ครั้ง/เดือน โดยเฉพาะช่วงกลางเดือนภาคเช้าจัดกลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (จ่ายตลาด) ช่วงบ่ายทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน (ปรุงอาหาร) การเลือกเมนูอาหาร กระตุ้นให้ผู้ช่วยตัดสินใจก่อน ช่วงปลายเดือนทุกวันพฤหัสบดีกลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (ฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่) การเลือกสถานที่กระตุ้นให้ผู้ช่วยเสนอก่อน ก่อนไปได้ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ผู้ป่วยทุกคนได้ฝึกรีดผ้า และทุกสิ้นเดือนกลุ่มเช้าและกลุ่มบ่ายได้ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน ทุกคนช่วยกันทำความสะอาดบ้านเรือน กวาดหยากไย่ ล้างอ่างอาบน้ำ จัดห้องน้ำ ห้องส้วม โปรแกรมการฝึก

ทักษะทางสังคมประยุกต์มาจากของกรมสุขภาพจิตเทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท(ขวัญทิพย์ สุขมาก, 2541) และคู่มือกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรัง(ปัทมา ศิริเวช และวรินิษฐ์ ลิ้มปนาภา, 2541) เริ่มปฏิบัติ เดือนมกราคม 2548 (ตัวอย่างตารางโปรแกรมภาคผนวก ช.)

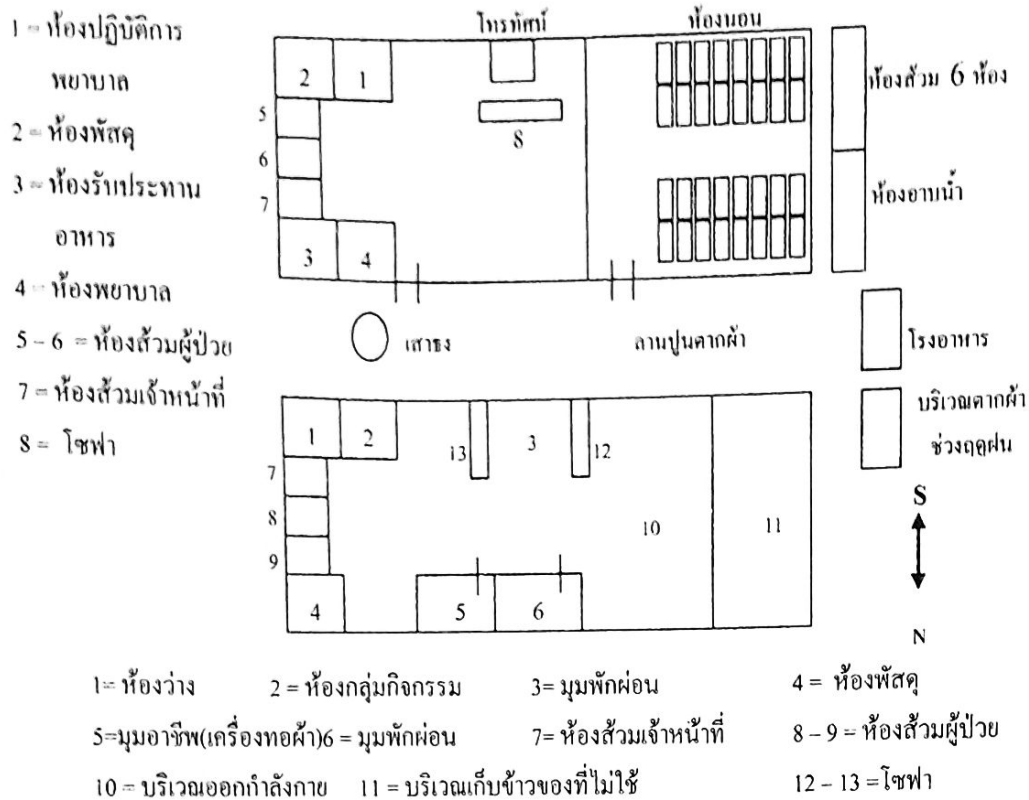
7.5 จัดทำบัตรการให้การเสริมแรงใน 3 กิจกรรม คือ 1) งานบ้าน 2) การเข้ากลุ่มกิจกรรม และ 3) การฝึกงานเกษตรกรรมบำบัด เมื่อผู้ป่วยทำกิจกรรม 3 อย่าง บุคลากรห่อผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่งานเกษตรกรรมบำบัดให้คะแนนพฤติกรรมขณะทำกิจกรรม คะแนน 1-4 โดยใส่ดาวที่มีค่า 1-4 ตามคะแนนที่ผู้ป่วยได้หลังชื่อผู้ป่วย ทุกวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 1 และ 3 เมื่อจัดกลุ่มประชุมปรึกษาเสร็จจะมีการมอบรางวัลอันดับที่ 1-3 ในแต่ละกิจกรรม พร้อมกล่าวคำชมเชย และปรบมือเป็นกำลังใจแก่ผู้ป่วย

7.6 จัดทำบัตรมอบหมายงาน มีระบุชื่องาน ชื่อหัวหน้าทีม และสมาชิก เมื่อมีการเข้ากลุ่มประชุมปรึกษาเปิดโอกาสให้พูดถึงปัญหาในการทำงานของทีมของตนเองและให้สมาชิกทีมอื่น ๆ ได้ร่วมแสดงความคิดเห็นถึงจุดดี และสิ่งที่ควรแก้ไขในการทำงาน หากมีสมาชิกขอเปลี่ยนงานเปิดโอกาสให้เปลี่ยนได้ เมื่อบุคลากรพิจารณาแล้วเห็นว่าผู้ป่วยรายนั้นมีศักยภาพพอสำหรับงานใหม่ สำหรับผู้ป่วยที่เรียนรู้งานได้ยากและสามารถทำงานง่าย ๆ ได้ จะไม่พิจารณาเปลี่ยนงานบ่อย งานที่มอบหมายให้ผู้ป่วยทำมีดังนี้ 1) ล้างห้องส้วมในหอผู้ป่วยและด้านนอก 2) อ่างล้างหน้าและอ่างล้างมือ 3) ถูบ้านและอาคารกิจกรรม 4) ทำความสะอาดโต๊ะอาหารและตู้พื้น 5) เช็ดหน้าต่างหอผู้ป่วยและอาคารกิจกรรม 6) ตากผ้า และพับผ้า 7) ล้างแก้วน้ำ 8) รองน้ำใส่ถังเลอร 9) รดน้ำต้นไม้ และแปลงผัก 10) ล้างร่องระบายน้ำทุกเช้า 11) ขัดพื้นปูนซีเมนต์ได้ถึงน้ำใหญ่ 12) เช็ดผ้าห็นอ่อน 13) เช็ดชั้นวางรองเท้า

7.7 ด้านญาติผู้ป่วยได้ติดตามญาติเพื่อมาอบรมให้ความรู้สุขภาพจิตศึกษา ญาติที่ตามมาได้มีทั้งญาติที่ทอดทิ้งผู้ป่วยอยู่โรงพยาบาลนานหลายปี และญาติที่มาเยี่ยมผู้ป่วยสม่ำเสมอแต่ไม่พร้อมรับผู้ป่วยกลับ แผนการสอนมีทั้งหมด 8 แผน ใช้เทคโนโลยีการให้สุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติผู้ป่วยจิตเภทของกรมสุขภาพจิต (พิเชษฐ์ อดุมรัตน์, 2541) ญาติที่มีความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วยแม้ว่าสอนยังไม่ครบ อนุญาตให้ผู้ป่วยกลับไปเยี่ยมบ้านได้ และครบนัดจึงสอนญาติต่อ ส่วนญาติที่ขาดความมั่นใจในการดูแลผู้ป่วย ผู้วิจัยสอนจนครบ 8 แผนการสอนก่อนให้เยี่ยมบ้านเพื่อให้ญาติมีความมั่นใจยิ่งขึ้น และผู้วิจัยให้กำลังใจ บางรายผู้วิจัยประสานงานกับงานจิตเวชชุมชนให้ช่วยลงเยี่ยมบ้านเพื่อให้ความมั่นใจแก่ญาติในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

7.8 ผู้วิจัยได้ให้ความรู้แก่บุคลากรอย่างสม่ำเสมอในขณะปฏิบัติงานเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิตและการเสริมแรงทางบวก และในการประชุมบุคลากรหอผู้ป่วยเมื่อ 5

ตุลาคม 2548 ได้ให้ความรู้ 3 เรื่อง คือ 1) ความรู้เรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทางจิต 2) การสร้างสัมพันธะระหว่างบุคคล และ 3) พฤติกรรมบำบัด



รูปที่ 2 จำลองหอผู้ป่วยคอนดูหลังการปรับปรุง

7.9 วางระบบการดูแลเรื่องความสะอาดของร่างกาย โรคผิวหนัง การรับประทานอาหาร ดังนี้ ผู้ป่วยอาบน้ำวันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น และดูแลทายาโรคทางผิวหนังใช้ผ้าเช็ดตัว 1:1 ดูแลแปรงฟัน เช้า-เย็น และกำชับให้หีบแปรงถูกลิ้นและวางถูกที่ ขณะอาบน้ำให้ใส่กางเกงอาบไม่ให้เปลือยกาย กำชับการเช็ดตัวและทาแป้งในรายที่บพร่อง ในรายที่นอนไม่เลือกที่กำชับให้ใช้เสื้อปูนอน ในรายที่ปัสสาวะไม่เลือกที่กำชับให้ใช้ห้องน้ำ ตลอดจนการรำน้หลังการใช้ ส่วนการรับประทานอาหารให้ผู้ป่วยทุกคนล้างมือและฟอกสบู่พร้อมเช็ดมือให้แห้ง สอนให้มีมารยาทให้รู้จักการเข้าแถว และรอฟังประกาศเมนูอาหารจากผู้ประกอบการ ดูแลขณะรับประทานอาหาร หากพบผู้ป่วยกินมูมามาม หรือเลือกกินบุคลากรจะส่งต่อปัญหาพฤติกรรมต่าง ๆ เพื่อให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 ประเมินผล

1. ประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประเมิน 2 ครั้ง คือ

ครั้งที่ 1 ประเมินก่อนเริ่มการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยตามโปรแกรมในช่วงเดือน ตุลาคม 2547 และหลังการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพในเดือนมิถุนายน 2548 ได้กลุ่ม ตัวอย่างจำนวน 35 ราย

ครั้งที่ 2 ประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเดือนตุลาคม 2548 และเดือน กันยายน 2549 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 40 ราย

2. ประเมินการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติเกี่ยวกับความรู้ เจตคติ และทักษะการดูแล ผู้ป่วย เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ครั้ง ครั้งที่ 1 ตลอดปีพุทธศักราช 2548 ได้ 12 ครอบครัว และ ครั้งที่ 2 ตั้งแต่เดือนมกราคม 2549 – กันยายน 2549 ได้ 15 ครอบครัว

3. หลังพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ 6 เดือน ประมาณเดือนมิถุนายน 2548 ได้ทำการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคลากรหอผู้ป่วยคอนคูนและผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบงานบริการ และข้อเสนอแนะต่าง ๆ ที่ควร ปรับปรุง และอยากให้พัฒนาเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติและแก้ไขต่อไป

4. ประเมินแบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการฝึกทักษะทางสังคม นอกสถานที่ และความพึงพอใจในช่วงตุลาคม 2548 – กันยายน 2549

5. หลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลในช่วงเดือนตุลาคม 2548 – กันยายน 2549 ได้ติดตามระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในชุมชนไม่กลับมารักษาซ้ำ (นับระยะเวลาดังแต่ ตุลาคม 2548 – มีนาคม 2550) โดยศึกษาข้อมูลเวชระเบียนย้อนหลัง ในกรณีส่งต่อรักษากลับบ้าน ติดตามข้อมูลจากเครือข่ายสุขภาพจิตและได้ติดตามความก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพของ ผู้ป่วยและประเมินความรู้สึกของญาติต่อการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ในครอบครัวและชุมชน โดยการ สัมภาษณ์ญาติที่ผ่านการอบรมสุขภาพจิตศึกษาและสามารถให้ข้อมูลผ่านทางโทรศัพท์ และญาติที่ ตอบแบบสอบถามผ่านทางจดหมาย รวม 13 ครอบครัว

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคลากรหอผู้ป่วยคอนคูนเกี่ยวกับ กิจกรรมการดูแลผู้ป่วย และความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของ เจ้าหน้าที่ก่อนและหลังพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ นำมาวิเคราะห์เนื้อหาได้ กระทำไปพร้อมกับรวบรวมข้อมูล การอธิบายข้อค้นพบ ผู้วิจัยได้ยกคำพูดบางส่วนของผู้ป่วย และบุคลากรมาเพื่อสนับสนุนข้อค้นพบนั้นๆ โดยกำหนดรหัสเพื่อแสดงแหล่งที่มาของข้อมูลดังนี้

IP หมายถึง สัมภาษณ์ผู้ป่วย

N หมายถึง สัมภาษณ์พยาบาล

A หมายถึง สัมภาษณ์ผู้ช่วยเหลือคนไข้

หมายเลข 1 2 และ 3 หมายถึงลำดับที่ของคนที่ถูกสัมภาษณ์

2) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังด้วย

Paired – t test

3) เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังแยกตามกลุ่มของการปรับระดับของสมรรถภาพด้วย Wilcoxon Matched paired Signed rank test

4) เปรียบเทียบความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเวชของญาติก่อนและหลังให้สุขภาพจิตศึกษาด้วย Paired – t test

5) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่ที่มีการแจกแจงความถี่ร้อยละ

6) ข้อมูลระยะเวลาผู้ป่วยไม่กลับมารักษาซ้ำ และติดตามศักยภาพผู้ป่วยขณะอยู่บ้านนำมาแจกแจงความถี่และร้อยละ ส่วนข้อคิดเห็นของญาติต่อการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยนำมาวิเคราะห์เนื้อหา

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

ผลการวิจัยและการอภิปรายผลครั้งนี้ได้นำเสนอตามลำดับดังนี้

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

4.1.2 มุมมองของผู้ป่วยต่อระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่

4.1.3 มุมมองของเจ้าหน้าที่ต่อระบบการทำงาน

4.1.4 สรุประบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย

4.1.5 ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมต่อการยกระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.1.6 ผลการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่

4.1.7 การติดตามประเมินผลหลังจำหน่ายผู้ป่วย

4.1.8 ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ

4.2 การอภิปรายผล

4.1 ผลการวิจัย

4.1.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายจำแนกตามข้อมูลทั่วไป
 ในระยะที่ 1 (n = 35)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
21 – 30 ปี	10	28.57
31 – 40 ปี	13	37.14
41 – 50 ปี	10	28.57
51 – 60 ปี	1	2.86
61 – 70 ปี	1	2.86
2. ระยะเวลาเจ็บป่วย		
2 – 5 ปี	7	20.00
6 – 10 ปี	10	28.57
11 – 15 ปี	2	5.71
16 – 20 ปี	6	17.14
21 – 25 ปี	5	14.29
26 – 30 ปี	5	14.29
3. ระยะเวลาอยู่ในโรงพยาบาล		
ต่ำกว่า 1 ปี	5	14.29
1 – 5 ปี	15	42.86
6 – 10 ปี	9	25.71
11 – 15 ปี	4	11.43
16 – 20 ปี	2	5.71
4. ประวัติการดูแลจากครอบครัว		
มีญาติดูแลสม่ำเสมอ	11 คน	31.43
มีญาติแต่ญาติไม่มาดูแล	17 คน	48.57
ไม่มีญาติ	7 คน	20.00

จากตารางพบว่า ร้อยละ 37.14 ผู้ป่วยมีอายุอยู่ในช่วง 31 – 40 ปี ร้อยละ 28.57 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6 – 10 ปี ร้อยละ 42.86 อยู่ในโรงพยาบาลนาน 1 – 5 ปี และร้อยละ 48.57 มีญาติแต่ญาติไม่มาดูแล

ตาราง 2 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย จำแนกตามข้อมูลทั่วไป
ในระยะที่ 2 (n = 40)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
21 – 30 ปี	7	17.5
31 – 40 ปี	17	42.5
41 – 50 ปี	11	27.5
51 – 60 ปี	4	10.0
61 ปีขึ้นไป	1	2.5
2. ระยะเวลาเจ็บป่วย		
2 – 5 ปี	7	17.5
6 – 10 ปี	14	35.0
11 – 15 ปี	5	12.5
16 – 20 ปี	5	12.5
21 – 25 ปี	5	12.5
26 – 30 ปี	4	10.0
3. ประวัติการดูแลจากครอบครัว		
มีญาติดูแลสม่ำเสมอ	8	20.0
มีญาติแต่ไม่มาดูแล	28	70.0
ไม่มีญาติ	4	10.0

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่ง (ร้อยละ 42.5) มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี ร้อยละ 35.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วยนาน 6 – 10 ปี รองลงมา ร้อยละ 17.5 มีระยะเวลาเจ็บป่วยนาน 2 – 5 ปี และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) มีญาติแต่ไม่มาดูแล

4.1.2 มุมมองของผู้ป่วยต่อระบบการทำงานของเจ้าหน้าที่

4.1.2.1 มุมมองผู้ป่วยต่อระบบงานเดิมและระบบงานใหม่

ระบบงานเดิม ในช่วงตื่นนอนตอนเช้า มีเจ้าหน้าที่ปลูกผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยก็ตื่นนอนเอง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเตรียมล้างหน้าแปรงฟัน มีผู้ป่วยเพียงคนเดียวทำหน้าที่เก็บที่นอนหมอน และผ้าห่ม ส่วนการแปรงฟันผู้ป่วยที่รู้เรื่องจะเก็บแปรงสีฟันไว้กับตัว เนื่องจากป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยที่ไม่รู้เรื่องหยิบไปใช้ ผู้ป่วยบางรายที่ไม่รู้เรื่อง บางครั้งก็ไม่ได้แปรงฟัน การรับประทานอาหารแล้วแต่ผู้ป่วยจะนั่งตามพื้น โต๊ะอาหารหรือบริเวณใกล้เคียง หลังรับประทานอาหารเสร็จผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายงานก็ไปทำงานตามหน้าที่ ผู้ป่วยที่เหลือก็นั่งเล่นนอนเล่น ผู้ป่วยที่ทำงานบ้านจะเป็นคนเดิม ๆ เรื่องการสูบบุหรี่ ผู้ป่วยพกนุหรีและไม่ขีดไว้กับตัวจะสูบบุหรี่เมื่อไหร่ก็ได้วันละกี่มวนก็ได้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ป่วยต่อไปนี้

“นาย...เป็นคนเก็บที่นอนหมอนมุ้ง คนอื่นเตรียมล้างหน้าแปรงฟัน”

(IP 2)

“ผู้ป่วยหยิบแปรงเองจะมั่วหน่อยไม่รู้ของใครเป็นใคร แต่บางคนก็รู้เรื่องก็จะเก็บแปรงไว้กับตนเอง ผมจะเก็บไว้กับตัวเองครับ...เจ้าหน้าที่ให้ผู้ป่วยแปรงฟันอิสระไม่ได้กำกับดูแล มีคนใช้บางคนไม่ได้แปรงฟันเช่นนาย...และนาย...ครับ”

(IP 2)

“นั่งกินข้าวตามอหยาตัย นั่งโต๊ะก็มี นั่งพื้นก็มี อยู่บริเวณใกล้โรงเลี้ยงก็มี”

(IP 1, 2, 3)

“กินข้าวเสร็จนาย...เป็นคนล้างจานเองหมด ผู้ป่วยอื่นไม่ได้ทำอะไร... ก็จะนอนไครนอนมัน มีคนทำงาน 4 คน มีผม...”

(IP 2)

“เมื่อก่อนพกนุหรีเอง จะสูบกี่มวนก็ได้ ไม่ได้มาควบคุมกันมากเหมือนทุกวันนี้”

(IP 3)

ระบบงานใหม่ในช่วงตื่นนอนตอนเช้า เจ้าหน้าที่ปลูกผู้ป่วยตื่น ถ้าขับให้ผู้ป่วยทุกคนรับผิดชอบเตียงนอนของตนให้พับผ้าห่ม วันไหนหรือผ้าปู ปลอกหมอนเจ้าหน้าที่บอกให้ทุกคนทำเอง (วันจันทร์ พุธ และศุกร์) หลังจากดูแลความเรียบร้อยของเตียงเสร็จ เจ้าหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยหยิบแปรงสีฟันของตนเองและบีบยาสีฟันให้ เมื่อแปรงฟันเสร็จให้ทุกคนนำมาเสียบไว้ที่เก็บแปรง ผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลให้แปรงฟัน และมีผ้าเช็ดตัวคนละผืนไว้เช็ดหน้าและนำไปตากไว้ปลายเตียง เมื่อถึงเวลารับประทานอาหารผู้ป่วยทุกคนได้รับการดูแลให้ล้างมือและเช็ดมือเข้าแถวและนั่งรับประทานอาหารที่โต๊ะอาหาร ดูแลผู้ป่วยไม่ให้รับประทานอาหารมูมาม หกเลอะเทอะ หลัง

รับประทานอาหารผู้ป่วยทุกคนมีงานที่ได้รับมอบหมายให้ทำ เช่น ล้างห้องน้ำ เช็ดหน้าต่าง ม้าหินอ่อนและล้างแก้วน้ำ เป็นต้น หลังจากนั้นเจ้าหน้าที่แจกนุหรีให้สูบนุหรี 2 มวน คือเวลาเช้าและเย็น เจ้าหน้าที่เป็นคนเก็บนุหรีและไม้ขีด ไม่ให้ผู้ป่วยพกไว้กับตัวหลังสูบนุหรีผู้ป่วย รับประทานยาหลังอาหารเช้า หากผู้ป่วยรายใดจัดยากินเองจะนำยามาให้เจ้าหน้าที่ตรวจยาซ้ำให้ ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ป่วยต่อไปนี้

“เจ้าหน้าที่จะบอกวันนี้รื้อผ้าปู ปลอกหมอน ทุกคนทำเตียงใครเตียงมันถ้านาย... มาแข่งทำ เจ้าหน้าที่จะห้ามไว้”

(IP 2)

“เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยหยิบแปรงสีฟันว่าถูกต้องหรือไม่ โดยดูหมายเลขที่ด้ามแปรงตรงกับชื่อผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่บีบยาสีฟันให้ ดูแลผู้ป่วยแปรงฟันทุกราย”

(IP 1, 2, 3)

“แปรงสีฟันของผู้ป่วยทุกคนจะเสียบไว้ที่เก็บแปรง ไม่ให้เก็บแปรงไว้กับตนเอง เสียบตามเบอร์ของใครของมัน... มีเสียบแปรงผิด หยิบแปรงผิด เจ้าหน้าที่จะตามมากำกับดูแล”

(IP 2)

“ก่อนไปกินข้าวคนไข้จะต้องล้างมือทุกคนและผ้าสะอาดเช็ดมือ เจ้าหน้าที่ดูแลให้เข้าแถวนั่งรับประทานอาหารที่โต๊ะอาหาร ห้ามนั่งตามพื้น ไม่ให้กินมูมมาม เจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดมากกว่าเมื่อก่อน”

(IP 2)

“หลังกินข้าวทุกคนช่วยกันทำงานตามหน้าที่รับผิดชอบ ผมเช็ดม้าหินอ่อน... ผมล้างห้องน้ำครับ บางคนเช็ดหน้าต่าง ล้างแก้วน้ำ บางคนก็ถูพื้น ทำทุกคนครับ”

(IP 1, 2)

“ทุกวันผมต้องเช็ดทำความสะอาดหน้าต่าง ซึ่งเมื่อก่อนไม่ได้ทำอะไร... ปิดที่นอนและเช็ดที่นอน เปลี่ยนผ้าปูที่นอนใหม่ ต้องทำจันทร์ พุธ ศุกร์”

(IP 3)

“สูบนุหรีเจ้าหน้าที่จะแจกให้ 1 มวนต่อคน สูบเช้าหนึ่งมวน เย็นหนึ่งมวน สูบเป็นเวลาไม่ให้พกนุหรีไว้กับตัว”

(IP 1, 2)

“ผมหยิบยากินเอง ต้องนำยามาให้แม่ (พยาบาล) ตรวจก่อน”

(IP 3)

ระบบงานเดิมช่วงเวรเช้า หลังจากผู้ป่วยเคารพธงชาติเสร็จ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ถูกจัดให้ลงฝึกงานเกษตรกรรม จะรับข้าวเหนียวพร้อมกับข้าวไปรับประทานที่สำนักงานเกษตรและมีการออกกำลังกายไม่ได้อาบน้ำตอนเช้า ฝึกงานเกษตรตั้งแต่เวลา 9.00 – 10.30 น. ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ติดจะเป็นคนเดิม ๆ ทั้งรู้เรื่องและไม่รู้เรื่อง ผู้ป่วยที่รู้เรื่องได้รับมอบหมายงานให้ปูเตียงทุกวันพุดหัดสวดต่อสัปดาห์ บางคนล้างห้องน้ำ บางคนถูห้อง ผู้ป่วยที่ไม่รู้เรื่องบางคนเดินไปมา บางคนนอนเรื้อราตามพื้น ผู้ป่วยที่มีเงินฝากจะเบิกเงินซื้ออาหารตามสั่ง ไก่ก ไข่ปิ้ง บางคนกินอาหารที่เบิกจนอิ่มไม่ได้รับประทานอาหารเที่ยง ช่วงรอเพื่อน ๆ ขึ้นจากการทำงานเกษตร ผู้ป่วยที่อยู่บนหอผู้ป่วยจะนั่งหรือนอนฟังเพลง เมื่อผู้ป่วยขึ้นจากเกษตรกรรมมีอาหารว่างให้เบิกเวลา 13.00 – 14.30 น. ผู้ป่วยชุดเดิมลงฝึกงานเกษตรกรรมอีกครั้ง ผู้ป่วยที่อยู่ติดบางครั้งก็เบิกเงินออกไปซื้ออาหารตามสั่งข้างนอกโรงพยาบาล ไม่ได้ทำอะไรพากันนอนเล่นหรือฟังเพลง จนกระทั่งเพื่อนที่ลงฝึกงานเกษตรกรรมกลับหอผู้ป่วยมีการอาบน้ำ ผู้ป่วยจะนำเสื้อผ้าชุดใหม่คนละชุดไปห้องน้ำ อาบน้ำโดยการแก้ผ้าอาบน้ำ และใช้เสื้อผ้าชุดเดิมเช็ดตัว หลังอาบน้ำให้เบิกอาหารว่างอีกครั้ง ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ป่วยต่อไปนี้

“คนไข้ที่ลงเกษตรจะไปออกกำลังกายที่ตึกเกษตร... ไปรับข้าวจากแม่... ที่เป็นข้าวห่อ... คนไข้ลงเกษตรทุกคน ที่ไม่ได้ลงคือพวกทำงานตึกมีผม ไก่ ไข่ (นามสมมุติ) อยู่บนหอผู้ป่วย พวกไม่รู้เรื่องไม่ได้ลงมีเปิด ปลา (นามสมมุติ) เขาก็เดินอยู่แถว ๆ นี้”

(IP 2)

“ไม่มีการมอบหมายงานหลังกินข้าวเช้า... แต่ผมจะกวาดบ้าน ถูบ้านเท่านั้น ขณะเพื่อนลงเกษตร... ผมจะปูเตียง ปูที่นอนวันพุดหัดสวดเท่านั้นหนึ่งครั้งต่อสัปดาห์”

(IP 3)

“คนที่ไม่ได้ลงเกษตรมีผม ไก่ ไข่ เต่า (นามสมมุติ) จะอยู่ตึกกินข้าว ไก่ก ตามที่เบิกได้... บางครั้งอยากออกไปข้างนอก ก็จะเบิกเงินแม่... คนละ 20 บาท ไปซื้ออาหารตามสั่งกิน”

(IP 2)

“ผู้ป่วยเดินกลับจากเกษตรเองไม่มีเจ้าหน้าที่ไปรับ ทุกคนก็จะมาเบิกขนม เบิกไก่ก แล้วแต่ใครมีเงิน อาหารเที่ยงมาบางคนไม่กินเพราะอิ่มแล้ว (เบิกของว่าง)”

(IP 2)

“การอาบน้ำผู้ป่วยจะหยิบชุดใหม่ไปเปลี่ยนในห้องน้ำเลย แก้ผ้าอาบน้ำแล้วเปลี่ยนเสื้อผ้าในห้องน้ำ”

(IP 1)

“การอาบน้ำเมื่อก่อน ไม่มีผ้าเช็ดตัว เอาชุดเก่าเช็ดครับ แก่ผ้าอาบน้ำ”

(IP 2)

“อาบน้ำเสร็จเบิกขนมอีก ใครมีก็ได้เบิก ใครไม่มีเงินก็อด”

(IP 1)

ระบบงานใหม่ช่วงเวรเช้า หลังเคารพธงชาติผู้ป่วยทุกคนได้ออกกำลังกายที่ตึกกิจกรรม โดยเจ้าหน้าที่หอผู้ป่วยและผู้ป่วย หลังจากนั้นดูแลเตียงนอนของตนเอง โดยการเช็ดทำความสะอาดเตียงนอนและปูที่นอน ใส่ปลอกหมอนทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ส่วนวันอังคารและวันพฤหัสบดีถึงผ้าปูให้ตึงเสร็จแล้วทุกคนอาบน้ำโดยใส่กางเกง (ห่อน้ำรวม) มีเจ้าหน้าที่ดูแลให้ฟอกสบู่ มีผ้าเช็ดตัวเปลี่ยนและกลับมาใส่เสื้อผ้าชุดใหม่ในห้องนอน ในรายที่มีปัญหา เจ้าหน้าที่ดูแลให้ยาโรคผิวหนัง ผู้ป่วยที่เข้ากลุ่มเช้าได้รับมอบหมายให้ทำความสะอาดพื้นห้องนอนและตึกกิจกรรม ผู้ป่วยที่เหลืองเกษตรกรรมภาคเช้า ส่วนภาคบ่ายจะสลับกันลงฝึกงานเกษตรกรรม หลังกลับจากฝึกงานเกษตรกรรมผู้ป่วยจะได้รับเหรียญพลาสติกมีค่าแทนเงินมาฝากพยาบาลให้เข้าบัญชีเงินให้ การรับประทานอาหารเที่ยงผู้ป่วยทุกคนได้รับการฝึกให้ปฏิบัติเช่นเดียวกับอาหารเช้า ผู้ป่วยอาบน้ำช่วงเย็นอีกครั้งก่อนเบิกอาหารว่างซึ่งจัดให้ 1 ครั้งต่อวัน หลังจากนั้นพักผ่อนตามอัธยาศัย พยาบาลเรียกซักถามประเมินอาการ ดังตัวอย่างคำถามของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ออกกำลังกายทุกวัน มีเจ้าหน้าที่หรือผู้ป่วยเป็นผู้นำ บางครั้งเป็นพ่อทอง บางครั้งเป็นแม่ณู (เจ้าหน้าที่หอผู้ป่วย) บางครั้งเป็นผม”

(IP 1, 2)

“ทุกคนช่วยกันทำความสะอาด เตียง ที่นอนวันจันทร์ พุธ ศุกร์ แล้วค่อยอาบน้ำ”

(IP 1)

“เดี๋ยวนี้อาบน้ำต้องใส่กางเกงอาบ ไม่โป้เหมือนแต่ก่อน อาบเสร็จนุ่งผ้าเช็ดตัว ถอดกางเกงบิดน้ำทิ้ง นำกางเกงใส่ตะกร้าผ้า นุ่งผ้าเช็ดตัวมาเปลี่ยนชุดใหม่ในที่ตึก เจ้าหน้าที่ช่วยดูแลทายาโรคผิวหนัง มีดุ่มมีผื่น มีหิด ดูแลฟอกสบู่ สระผม”

(IP 1, 2)

“ผู้ป่วยเข้ากลุ่มเช้าจะดูห้องก่อน พวกลงเกษตรเช้าไม่ได้ทำ เจ้าหน้าที่ไปส่งพวกผมลงเกษตร และดูแลพวกผมทำงานเกษตร กลับตึกได้ถือเหรียญพลาสติกคนละเหรียญ มีค่าแทนเงินมาให้เจ้าหน้าที่ตึก หลังจากนั้นรอรับประทานอาหาร นั่งพัก นอนพัก”

(IP 1, 2)

“การกินข้าวเหมือนตอนเช้า ทุกคนต้องนั่งที่โต๊ะอาหารไม่ให้นั่งพื้น เพราะเจ้าหน้าที่จะตามควบคุม ดูแล และทุกคนต้องล้างมือเช็ดมือก่อนกินข้าว”

(IP 2)

“ได้ลงเกษตรทุกคนครับ บางคนได้ลงตอนเช้า บ่ายก็ไม่ต้องลง บางคนไม่ได้ลงเกษตรเช้า ก็ต้องลงตอนบ่าย เมื่อกลับดึกก็เอาเหรียญพลาสติกมาให้เจ้าหน้าที่แล้วก็เตรียมตัวอาบน้ำครับ”

(IP 1, 2)

“เจ้าหน้าที่จะพูดคุยซักถามอาการทุกคนหลังเบิกขนมครับ หลังเบิกขนมก็พักผ่อน นอนหลับ ดูทีวี”

(IP 3)

ระบบงานเดิมช่วงเวรบ่าย หลังวัดสัญญาณชีพ ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า ช่วงนี้ผู้ป่วยพักผ่อนตามอริยาศัย ผู้ป่วยบางรายไม่รับประทานอาหารเช้าทางโรงพยาบาลจัดให้เป็นบางมือก็จะเบิกเงินไปซื้ออาหารตามสั่งรับประทาน อาหารเย็นที่ทางโรงพยาบาลจัดให้เป็นข้าวเหนียว 1 วัน หลังรับประทานอาหารเช้าเสร็จ ผู้ป่วยสูบบุหรี่ได้ตามอริยาศัยซึ่งพกบุหรี่ไว้กับผู้ป่วยเอง หลังจากนั้นผู้ป่วยแปรงฟัน และรับประทานยาหลังอาหาร ผู้ป่วยบางคนจัดยากินเอง บางคนพยาบาลจัดยาให้รับประทาน เสร็จแล้วทุกคนพักผ่อนได้ตามอริยาศัยดังตัวอย่างคำพูดของผู้ป่วยต่อไปนี้

“บางครั้งผมก็เบิกเงินแม่...ออกไปซื้ออาหารตามสั่ง”

(IP 2)

“จะสูบกี่มวนก็ได้ คนมีเงินก็ฝากซื้อบุหรี่แล้วพกไว้กับตัวเอง”

(IP 2)

“ผมกินยาเอง... คนอื่น ๆ เจ้าหน้าที่แจกหลังกินข้าว”

(IP 2)

“แปรงฟันเหมือนตอนเช้า แต่จะแปรงในห้องน้ำข้างล่างเพราะน้ำไม่ไหล”

(IP 3)

“แล้วแต่ผู้ป่วยจะทำอะไร บางคนก็นอน บางคนดูหนัง ดูทีวี”

(IP 1, 2)

“กินยาก่อนนอน 2 ทูม แล้วก็สวดมนต์ แล้วเข้านอน”

(IP 1, 2)

ระบบงานใหม่ช่วงเวรบ่าย หลังวัดสัญญาณชีพเสร็จเจ้าหน้าที่ดูแลซักถามอาการ และเปิดโอกาสให้พักผ่อนตามอริยาศัยให้ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง เล่นเกม เล่นไพ่ ดิเด็กด้าและตีเทเบิลเทนนิส

เมื่อผู้ประกอบการมาส่งอาหารเย็นเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยรับประทานอาหารเช่นเดียวกับเวลาเช้าและเที่ยง แต่เมนูอาหารพื้นบ้านมีเพิ่มขึ้นเป็น 3 วัน คือวันจันทร์ พุธ และศุกร์ หลังจากนั้นแจกบุหรีให้ผู้ป่วย ส่วนรายที่ดูแลสุขภาพดีและผู้ป่วยที่ถูกลงโทษ เจ้าหน้าที่ติดตามกำกับให้มารออยู่ในห้องนอน หลังจากนั้นผู้ป่วยแปร่งฟันเช่นเดียวกับเวลาเช้า ต่อมารับประทานยาหลังอาหารเย็นมีทั้งผู้ป่วยจัดยารับประทานเองและพยาบาลจัดยาให้ เสร็จแล้วเข้าห้องนอนให้อิสระในการพักผ่อนเช่นเดียวกับก่อนรับประทานอาหารเย็นจนกระทั่งเวลา 20.00 น. ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนนอน สวดมนต์ไหว้พระก่อนเข้านอน เจ้าหน้าที่ติดตามดูแลการนอน ผู้ป่วยที่มีน้ำลายมากให้นอนหมอนพลาสติก ถ้ามีไข้ก็แยกให้นอนห่างเพื่อน ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ป่วยดังต่อไปนี้

“ดูแลวัดไข้ วัดทุกคน เหมือนตอนเช้า”

(IP 1)

“หลังวัดไข้พูดคุยกับผู้ป่วยถามอาการ การกินอยู่เป็นอย่างไร”

(IP 2)

“อาหารเดี๋ยวนี้มีข้าวเหนียวทั้ง 3 วัน จันทร์ พุธ ศุกร์ รู้สึกดีขึ้นเพราะชอบกินข้าวเหนียว”

(IP 2)

“สูบบุหรี่ 1 คน ต่อ 1 มวน”

(IP 1, 2)

“บางคนก็งดบุหรี่เพราะแอบสูบบุหรี่ในห้องนอนถูกทำโทษ”

(IP 2)

“การแปร่งฟันหลังรับประทานอาหารเช่นเดียวกับตอนเช้า”

(IP 1, 2)

“หลังกินข้าวเสร็จได้กินยาหลังอาหาร บางคนจัดยากินเองให้พยาบาลดูด้วย”

(IP 1, 2, 3)

“บางคนก็ดูทีวี เล่นเกม เล่นไพ่ บางคนก็นอนพักผ่อน”

(IP 2)

“กินยาก่อนนอน สวดมนต์ไหว้พระแล้วเข้านอน”

(IP 1)

“เจ้าหน้าที่ตามไปดูการนอนของผู้ป่วย ใครน้ำลายมากก็ให้นอนหมอนพลาสติก ใครมีไข้ก็แยกการนอนห่างจากเพื่อน”

(IP 2)

4.1.2.2 มุมมองของผู้ป่วยต่อการดูแลของเจ้าหน้าที่และข้อเสนอแนะ

จากการสัมภาษณ์ผู้ป่วย 3 คน ซึ่งอยู่รับการรักษาตั้งแต่ก่อนเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน จนถึงปัจจุบันได้แสดงความรู้สึกที่มีต่อการดูแลของเจ้าหน้าที่หลังการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน และให้ข้อเสนอแนะ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความรู้สึกของผู้ป่วยต่อการดูแลของเจ้าหน้าที่หลังการเปลี่ยนแปลงระบบการทำงาน

ผู้ป่วยรู้สึกว่สภาพที่อยู่อาศัย เครื่องนอน เสื้อผ้าผู้ป่วยตลอดจนตัวผู้ป่วยมีความสะอาดขึ้น ผู้ป่วยทุกคนได้รับมอบหมายให้ม้งานในหน้าที่ที่ต้องรับผิดชอบมีระเบียบในการนั่งโต๊ะรับประทานอาหาร นอนบนเตียง สุขบุหรืเป็นเวลา มีการออกกำลังกายทุกวัน มีกฎระเบียบการออกข้างนอกโรงพยาบาลเคร่งครัดมากขึ้น

ผู้ป่วยรู้สึกว่เจ้าหน้าที่มีความเป็นกันเอง ดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากขึ้น พุดจาสุภาพและมีความไพเราะมากขึ้น เป็นมิตรกับผู้ป่วยมากขึ้น เป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วย

ผู้ป่วย 2 ใน 3 ที่ถูกสัมภาษณ์ไม่รู้สึกอึดอัดต่อการเปลี่ยนแปลงระบบงานแม้ว่ผู้ป่วย 1 รายรู้สึกอึดอัดมากเนื่องจากไม่สามารถเบิกรน้ำอัดลมดื่มได้แต่ผู้ป่วยรายนี้รับร้วว่าการเปลี่ยนแปลงระบบงานใหม่มีผลดีต่อตนเองส่งผลให้มีอาชีพ มีเงินเดือน และมีความหวังว่ในอนาคตจะได้กลับบ้านแน่นอน และผู้ป่วยอีกรายรู้สึกว่ตนเองมีโอกาสได้เยี่ยมบ้านมากขึ้น ดังตัวอย่างคำกล่าวของผู้ป่วยต่อไปนี้

“ที่อยู่อาศัย หมอน ที่นอน และห้องน้ำสะอาดขึ้น”

(IP 2)

“เสื้อผ้าการแต่งกายสะอาดขึ้นไม่มีกลิ่นเหม็น”

(IP 3)

“เพื่อนผู้ป่วยมีหน้าที่รับผิดชอบทุกคน ซึ่งเมื่อก่อนจะมีผมและเพื่อน ๆ อีก 2-3 คน... นาย เป็ด ปลา (นามสมมุติ) ไม่เคยทำงาน ทุกวันนี้ดูแลช่วยงานบางอย่างได้”

(IP 2)

“ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบและช่วยทำงานทุกคน ล้างห้องน้ำ เก็บใบไม้ เช็ดหน้าต่าง utha ความสะอาดเตียงนอนของตนเอง utha ความสะอาดพื้นห้อง”

(IP 1, 3)

“มีความเป็นระเบียบในทุก ๆ เรื่อง การอาบน้ำ การสูบบุหรี่ เสื้อผ้า นั่งโต๊ะกินข้าว นอนบนเตียงไม่สะเปะสะปะ... ออกข้างนอก (นอกโรงพยาบาล) ต้องขออนุญาต มีกฎระเบียบมากขึ้น มีการออกกำลังกาย... สูบบุหรี่เป็นเวลา เป็นที่ที่เป็นทาง ไม่ส่งกลิ่นรบกวนเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยด้วยกัน”

(IP 3)

“เจ้าหน้าที่เป็นกันเองกับผู้ป่วยมากขึ้น ใกล้ชิด พูดคุยดี เป็นมิตรมากขึ้นและเป็นตัวอย่างที่ดีแก่ผู้ป่วย เช่นพ่อ... และพ่อ... ไม่สูบบุหรี่ให้ผู้ป่วยเห็น”

(IP 2)

“เจ้าหน้าที่สนใจใส่ใจผู้ป่วยดี พูดคุยกับผู้ป่วยสุภาพขึ้นและมีความไพเราะขึ้น มีกฎระเบียบมากขึ้นในการดูแลคนไข้”

(IP 3)

“เจ้าหน้าที่ดูแลดี ไม่รู้สึกรออด”

(IP 2)

“รู้สึกอึดอัดมาก แต่ก็มีส่วนดี ผมมีอาชีพ มีงานทำและมีเงินเดือน ผมมั่นใจว่าจะได้กลับไปอยู่บ้านได้ร้อยเปอร์เซ็นต์”

(IP 3)

“ผมมีโอกาสได้ไปเยี่ยมบ้านมากขึ้น ซึ่งเมื่อก่อนนี้น้อยมากแทบจะไม่ได้ไปเยี่ยมเลย”

(IP 2)

2) ข้อเสนอแนะ

- ผู้ป่วยที่ไม่สบายควรได้รับการพักผ่อนจัดส่งลงฝักรงานเกษตรกรรมบำบัด

“อยากให้เจ้าหน้าที่ใส่ใจกับการเจ็บป่วยของผู้ป่วยบางรายก่อนส่งลงเกษตรในรายที่มีไข้ปวดศีรษะ ไม่สบาย ควรให้พักผ่อนลงเกษตร”

(IP 1)

- อยากให้เจ้าหน้าที่ตรวจสอบบริเวณขานับผู้ป่วยทุกราย เนื่องจากสังเกตเห็นบางรายเภา

“ตรวจสอบขานับทุกรายเห็นบางรายเภาบริเวณขานับเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ”

(IP 2)

- อยากให้เจ้าหน้าที่อนุญาตให้ผู้ป่วยเบิกร้านน้ำอัดลมได้

“อยากให้เพิ่มเรื่องการเบิกร้านน้ำกระป๋องได้บ้าง”

(IP 3)

4.1.3 มุมมองของเจ้าหน้าที่ต่อระบบการทำงาน

4.1.3.1 มุมมองของเจ้าหน้าที่ต่อระบบงานเดิมและระบบงานใหม่

ระบบงานเดิมในช่วงเวรตึก ผู้ช่วยเหลือคนไข้ตรวจนับผู้ป่วยและรับเวรพร้อมพยาบาล การตรวจเช็กการนอน พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ไปพร้อมกัน แต่ปฏิบัติไม่สม่ำเสมอ บางครั้งตรวจเช็กการนอนเฉพาะผู้ป่วยที่มีไข้ เวลา 05.30 น. เจ้าหน้าที่ปลุกผู้ป่วย และมีผู้ป่วย บางรายช่วยปลุก ผู้ป่วยปลุกยากไม่กระตือรือร้น ไม่สนใจทำอะไรแม้ถูกกระตุ้น เนื่องจากผู้ป่วย มัวสนใจเดินหาห้องน้ำหรืออาบน้ำ หรือรายที่มีบุหรี่ปกติคิดว่าจะสูบบุหรี่ก่อนแปรงฟัน ซึ่งทางหอผู้ป่วย เป็นผู้ขายบุหรี่ให้ บรรยากาศภายในหอผู้ป่วยเต็มไปด้วยควันบุหรี่ และเศษกระดาษตามเตียงและ พื้นห้อง บางคืนผู้ป่วยทะเลาะทำร้ายกันกลางคึกเนื่องจากแย่งบุหรี่กันสูบ หลังแปรงฟันผู้ป่วยจะ เอาแปรงสีฟันมารวมกันเพื่อแช่น้ำยา pose cresol ซึ่งมีผู้ป่วยคนเดิมทำหน้าที่ล้างทำความสะอาด และนำไปตากใส่ที่เสียบแปรงเช่นเดียวกับการทำงานอื่น ๆ จะเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดิม อีกกลุ่มไม่ได้ ทำงานอะไรจะนอนรอรับประทานอาหารเช้า การนอนของผู้ป่วยปล่อยอิสระนอนตามพื้นไปทั่วไม่ ปล่อยก่อนนอน การทำงานประจำของเจ้าหน้าที่ในเรื่องการห่อของส่งไปยังคลุมเครือ บางคนทำ บางคนไม่ทำ การแบ่งงานยังไม่เป็นระบบ การดูแลผู้ป่วยไม่มีการส่งต่ออาการอย่างต่อเนื่อง อุปกรณ์การวัดอุณหภูมิร่างกายมีไม่เพียงพอหลังวัดไข้ปล่อยให้ผู้ป่วยพักผ่อนตามอัธยาศัย บางคน นอนดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุและสูบบุหรี่ ถึงเวลารับประทานอาหารได้ปลุกผู้ป่วยอีกครั้ง การ รับประทานอาหารปล่อยผู้ป่วยนั่งตามความพอใจ บางคนนั่งที่โต๊ะอาหาร นั่งตามพื้นและบริเวณ ใกล้เตียง การกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารไม่มีแนวทางปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในทิศทาง เดียวกัน บางคนกระตุ้นให้ผู้ป่วยรับประทานอาหาร ขณะที่บางคนไม่ได้กำกับดูแล มีผลให้ผู้ป่วยไป ขอลาอาหารจากเจ้าหน้าที่หน่วยรักษาความปลอดภัย หรือรายที่มีเงินพกติดตัวออกไปซื้ออาหารนอก โรงพยาบาลและไปเป็นหนี้ร้านค้า การพาผู้ป่วยออกกำลังกายปฏิบัติไม่สม่ำเสมอช่วงหลังหยุด ปฏิบัติ ดังตัวอย่างคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

“ตรวจเช็กการนอนพร้อมผู้ช่วยเหลือคนไข้”

(N 1)

“จะเข้าไปดูเฉพาะคนไข้ที่มีปัญหาเช่นต้องวัดไข้”

(A 1)

“น้อง AIDE(ผู้ช่วยเหลือคนไข้) แพ็คของนี้บางคนทำ บางคนไม่ทำ สุดท้ายก็ไม่ทำ เพราะการมอบหมายงานไม่ชัดเจน ใครอยากทำอะไรก็ทำไป”

(N 2)

“การดูแลคนไข้ไม่มีการส่งต่ออย่างต่อเนื่องในบางเรื่อง เช่น ความสามารถของคนไข้ที่ทำได้ในแต่ละเวอร์”

(N 3)

“ในเวรคึกเวลาประมาณตีหนึ่งตีสอง ผู้ป่วยบางคนถูกสูบบุหรี่ แนะนำพอรับฟัง บางครั้งต้องเก็บบุหรี่ไว้ก่อน ทำให้ผู้ป่วยไม่พอใจเพราะเมื่อก่อนผู้ป่วยพกบุหรี่ ไฟแช็คไว้กับตัวเองได้... บางครั้งผู้ป่วยทะเลาะกันกลางคึกเพราะแย่งบุหรี่กันสูบ”

(N 2)

“คนไข้สูบบุหรี่ตามสบาย มีบุหรี่สูบ สูบได้ทั้งวัน”

(N 1, 3)

“ผู้ป่วยปลุกยาก วุ่นวาย ไม่กระตือรือร้น เดินหาบุหรี่ก่อน รายที่มีพกติดตัวมีแทบทุกคน จะสูบบุหรี่ก่อนแปรงฟัน... เจ้าหน้าที่เป็นผู้ขาย พบเศษกระดาษตามเตียง ที่นอน และพื้นห้องควั่นฟุ้ง”

(A 1)

“วัดไข้ครั้งละ 5 คน หลังวัดเช็ดปรอทด้วยแอลกอฮอล์และนำมาวัดซ้ำเนื่องจากปรอทมีแค่ 5 อัน การทำงานค่อนข้างช้า”

(A 1)

“อุปกรณ์เมื่อก่อนมีไม่เพียงพอ มีปรอท 5 – 6 อัน วัดเสร็จเช็ดด้วยแอลกอฮอล์วัดต่อเวียนจนครบทุกคน”

(N 1)

“หลังล้างหน้าแปรงฟัน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ก็จะหลบนอน”

(N 2)

“เมื่อก่อนคนไข้จะนอนสะเปะสะปะ ไม่เป็นระเบียบ ใครจะนอนอย่างไรก็ได้ บางคนนอนพื้นปูนไม่ได้ปูเสื่อ คนไข้จะนอนเตียงไม่กี่คน”

(N 1)

“การรับประทานอาหาร คนไข้พอใจจะนั่งไหนก็นั่งตามความพอใจ... พยาบาลกระตุ้นให้รับประทานอาหารทุกคน”

(N 1)

“การนั่งกินข้าว มีนั่งโต๊ะ พื้น ถีอเดินไปกินบริเวณคึกหญิงหรือที่อื่น ๆ”

(A 1, 2)

“การกินข้าวของผู้ป่วยไม่ได้กำกับดูแล บางรายไม่กินข้าวเช้าจะไปขออาหารจากป้อมยาม บางรายพกเงินก็ไปซื้ออาหารกินเอง ไม่ได้ควบคุมซึ่งพกเงินได้เฉพาะบางรายที่ได้รับอนุญาต พบว่าผู้ป่วยแอบไปเป็นหนี้กับทางร้านค้า”

(A 1, 2)

“หลังกินข้าวพักผ่อนตามสบาย สะเปะสะปะ ใครจะนอนก็นอนต่อบางคนคุยกัน ใครจะทำอะไรก็ได้ ไม่ได้กระตุ้นให้ทำงานเหมือนปัจจุบัน... คนที่ไม่เคยทำ (งาน) ก็จะไม่ทำ นอน สะเปะสะปะรอบดึก นอนที่ไหนก็ได้”

(N 1)

“ผู้ป่วยบางรายช่วยเก็บกวาดใบไม้ ดูแลโรงเลี้ยงก็จะเป็นผู้ป่วยคนเดิมที่เคยทำ จะมีคนเก่า ๆ ที่เคยทำซ้ำจากคนอื่น ๆ ก็จะนอนรอลงเกษตร”

(N 2)

“การออกกำลังกายทำอยู่สักระยะหนึ่งก็เลิกไป ไม่ได้ทำทุกวัน”

(A 1, 2)

ระบบงานใหม่ในช่วงเวรดึก ผู้ช่วยเหลือคนไข้ตรวจนับจำนวนผู้ป่วยก่อนรับเวรพร้อมพยาบาล หลังจากนั้นพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้มีการตรวจเยี่ยมการนอนผู้ป่วยพร้อมกันเป็นระยะ หากพบผู้ป่วยนอนตามพื้นจะปลุกให้นอนบนเตียงป้องกันสัตว์เลื้อยคลานมีพิษกัดต่อย หากพบผู้ป่วยไม่นอนจะเข้าไปซักถามถึงสาเหตุและความต้องการการให้ความช่วยเหลือ ช่วงฤดูหนาวเจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยให้ห่มผ้าห่มทุกคน มีการมอบหมายงานชัดเจนขึ้น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ห่อของส่งหนึ่งทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ส่งต่อเครื่องมือแพทย์ ล้างตู้เย็น เปลี่ยนน้ำยา ทำความสะอาดรถทำแผลทุกวัน ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีความใส่ใจและรับผิดชอบงานดีกว่าแต่ก่อน ส่วนพยาบาลดูแลความเรียบร้อยของรถ emergency และ complete chart เวลา 05.30 น. เจ้าหน้าที่ปลุกผู้ป่วยตื่นนอนกระตุ้นให้เก็บหมอนและพับผ้าห่มให้เรียบร้อย ดูแลให้แปรงฟันล้างหน้า ผู้ป่วยรายใดที่มีปัญหาในการล้างหน้าและแปรงฟันเจ้าหน้าที่กระตุ้นเป็นรายบุคคลตามปัญหาของผู้ป่วยรายนั้น ๆ บางครั้งมอบหมายผู้ป่วยที่รู้เรื่องเป็นพี่เลี้ยงดูแลการทำกิจวัตรประจำวัน เจ้าหน้าที่ควบคุมดูแลการหยิบแปรงและเก็บแปรงให้ตรงกับหมายเลขของผู้ป่วยนั้น ๆ ไม่พบปัญหาการหยิบแปรงสีฟันผู้ป่วยอื่นไปใช้ จึงไม่มีผู้ป่วยรายใดซ่อนแปรงสีฟันไว้กับตัว หลังจากนั้นดูแลวัดไข้ผู้ป่วยทุกรายโดยให้นั่งบนเตียง มีปรอทใช้เพียงพอก็มีเวลาวัดไข้ได้อย่างเต็มที่ ขณะวัดไข้และหลังวัดไข้พยาบาลซักถามอาการผู้ป่วยไปด้วย ยกเว้นในรายที่ไม่ต้องการเปิดเผยจะเรียกไปพูดคุยตัวต่อตัว หลังวัดไข้ช่วงรอรับประทานอาหารเช้าเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนตามอัธยาศัย บางคนดู

โทรทัศน์ เล่นกีฬา ฟังเพลง หรือนอนพักผ่อน เวลา 7.00 น. ผู้ป่วยรับประทานอาหารเช้า ผู้ป่วยที่มีหน้าที่นำผ้าเช็ดมือไปแขวนให้เพื่อน ๆ ผู้ป่วยทุกคนได้ล้างมือและเช็ดมือให้แห้งก่อนรับประทานอาหารเช้า เจ้าหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยเข้าแถว 2 แถว คือแถวแรกเป็นผู้ป่วยที่ควบคุมอาหาร แถวที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่ไม่ได้ควบคุมอาหาร บางรายไม่รู้จักรับเข้าแถวต้องกระตุ้น และแนะนำตลอด และหัดให้ผู้ป่วยอื่นช่วยกระตุ้นและแนะนำเช่นเดียวกับเจ้าหน้าที่ หัดให้ผู้ป่วยทุกคนรู้จักการนั่งโต๊ะรับประทานอาหารเช้า ช่วงแรก ๆ เจ้าหน้าที่รู้สึกกระตุ้นผู้ป่วยยากต้องพูดมาก พูดบ่อย ในระยะหลังผู้ป่วยนั่งโต๊ะอาหารเป็นระเบียบเรียบร้อยมากขึ้นเป็นลำดับ มีการแจ้งรายการอาหารให้ผู้ป่วยทราบทุกมื้ออาหารขณะเข้าแถวรอรับอาหาร และมีการตรวจนับจำนวนผู้ป่วยทุกครั้งเมื่อมีการรับประทานอาหารเช้า ขณะเดียวกันมีการดูแลและกระตุ้นผู้ป่วยให้รับประทานอาหารเช้า หากพบว่าผู้ป่วยรายนั้นรับประทานอาหารเช้าได้น้อย หรือหกละเอะเทอะ หลังรับประทานอาหารเช้าผู้ป่วยทุกคนมีงานในหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายให้ทำ หลังทำงานเสร็จผู้ป่วยที่สูบบุหรี่มาพบกันบริเวณที่จัดให้สูบบุหรี่แจกบุหรี่ให้ 1 มวนต่อคน ผู้ป่วยไม่ได้พกบุหรี่เองเช่นเดิม กลางดึกไม่มีปัญหาผู้ป่วยลุกสูบบุหรี่หรือทะเลาะทำร้ายกันเรื่องบุหรี่อีก หลังจากนั้นผู้ป่วยรับประทานยาหลังอาหารเช้าและเตรียมเข้าแถวเคารพธงชาติ สวดมนต์ไหว้พระและออกกำลังกายโดยมีผู้ช่วยเหลือคนไข้เวรดึกช่วยผู้ช่วยเหลือคนไข้เวรเช้า ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อไปนี้

“ผู้ช่วยเหลือคนไข้ตรวจนับจำนวนผู้ป่วยก่อนรับเวร”

(N 1 A 1, 2)

“พยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้รับเวรพร้อมกัน... มีการตรวจเยี่ยมการนอนเป็นระยะ ๆ เดินดูคนไข้ทุกเตียงมีการห่มผ้า ปิดพัดลม โดยเฉพาะช่วงฤดูหนาว”

(N 1, 2 A 1, 2)

“มีมาตรการห้ามไม่ให้คนไข้นอนพื้น เพราะกลัวสัตว์เลื้อยคลานที่มีพิษเช่นแมลงป่อง ตะขาบ เข้ามากัด... ถ้าพบคนไหนนอนพื้นก็จะปลุกให้นอนบนเตียงทุกคน”

(N 1)

“ถ้าพบว่ามีคนไข้ตื่นกลางดึก เราจะเข้าไปสอบถามอาการว่าสาเหตุเพราะอะไร มีอะไรที่จะให้ช่วยเหลือได้”

(N 1)

“น้อง AIDE ก็เตรียมห่อของเพื่อส่งในเวรเช้าในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ การมอบหมายงานก็ชัดเจน”

(N 2)

“ผู้รับผิดชอบล้างตู้เย็น เช็ดอุปกรณ์ เปลี่ยนน้ำยา ใสใจและรับผิดชอบดีกว่าสมัยก่อน”
(N 3)

“แปรงสีฟันมีที่เสียบตามหมายเลข เจ้าหน้าที่ยื่นกำกับ ควบคุม ดูแล ผู้ป่วยหยิบแปรงสีฟันตามหมายเลขประจำตัวผู้ป่วย และบิบบาสีฟันให้ทุกคน”
(N 1, 2)

“บางคนที่คุณดูแลตนเองไม่ได้ เรามีการตกลงกันในดีกว่าจะให้ใครเป็นผู้เลี้ยงช่วยกระตุ้น แต่ถ้าผู้เลี้ยงทำกิจวัตรของตนเองยังไม่เสร็จเจ้าหน้าที่ต้องเข้าไปช่วยเหลือกำกับแทน”
(N 1)

“ในการล้างหน้าแปรงฟัน โดยดูแลผู้ป่วยที่มีปัญหาทำให้คำแนะนำเป็นเฉพาะรายตัวต่อตัว”
(N 2)

“การวัดไข้ผู้ป่วยนั่งบนเตียงทุกคน มีปรอทครบตามจำนวนคนไข้มีเวลาในการวัดอย่างเพียงพอ”
(N 1, 2 A 1, 2)

“ขณะวัดไข้และหลังวัดไข้พยาบาลถามอาการผู้ป่วยไปพร้อมเลย”
(N 1, 2)

“ในรายไม่ต้องการเปิดเผยปัญหา พยาบาลเรียกมาพูดคุยตัวต่อตัว”
(N 1)

“ขณะรอรับประทานอาหารให้พักผ่อนตามสบายบางคนก็ดูทีวี เล่นกิต้า ฟังเพลงหรือนอนพักผ่อนตามสบายแล้วแต่ความถนัดความต้องการ”
(N 1, 2 A 1, 2)

“ก่อนรับประทานอาหารมีการเตรียมผ้าเช็ดมือโดยผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบผู้ช่วยเหลือดูแลให้คนไข้ล้างมือทุกคน”
(N 1)

“คนไข้เข้าแถวรอรับประทานอาหารมี 2 แถว แถวที่ควบคุมอาหารและแถวคนไม่ได้ควบคุมอาหาร ถ้าพบคนไข้ไม่รู้จักเข้าแถวเช่น นาย... เราจะช่วยกระตุ้นและหัดให้และให้คนไข้อื่นช่วยกระตุ้นพร้อมกับพยาบาล... มีการตรวจนับจำนวนคนไข้ขณะเข้าแถวและแจ้งรายการอาหารโดยผู้ประกอบการ”
(N 1)

“เจ้าหน้าที่ต้องดูแลผู้ป่วยนั่งโต๊ะ ช่วงแรก ๆ กระตุ้นยาก เจ้าหน้าที่ต้องพูดมาก พูดบ่อย ช่วงหลังผู้ป่วยรับประทานอาหารมีระเบียบมากขึ้น”

(A 1)

“เจ้าหน้าที่ดูแลผู้ป่วยรับประทานอาหาร สังเกตผู้ป่วยรายใดกินน้อย กินหกละเทอะจะดูแลใกล้ชิดเป็นพิเศษ”

(N 1, 2 A 1, 2)

“หลังรับประทานอาหารพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ดูแลให้ผู้ป่วยทำงานตามหน้าที่ที่ได้รับผิดชอบ บางรายรดน้ำต้นไม้ ล้างร่องน้ำ จัดห้องน้ำผู้ป่วยและห้องน้ำเจ้าหน้าที่ ล้างแก้วน้ำดื่ม ทำความสะอาดโรงเลี้ยง เช็ดหน้าต่าง เก็บใบไม้”

(N 1, 2 A 1, 2)

“ผู้ป่วยทุกคนมีหน้าที่มอบหมายโดยพยาบาลและน้อง AIDE คอยดูแลกำกับและให้คำแนะนำ”

(N 2)

“มีงานให้ผู้ป่วยทำมากขึ้น ผู้ป่วยได้มีหน้าที่รับผิดชอบหลายคนขึ้นในเวรตึก”

(N 3)

“ผู้ป่วยได้ทำงานทุกคน ซึ่งเมื่อก่อนผู้ป่วยจะหลับนอนตามพื้นปูนรอบ ๆ ตึก”

(A 1, 2)

“หลังรับประทานอาหารผู้ช่วยเหลือคนไข้แจกบุหรีให้คนที่สูบบุหรี่ 1 มวน คนไข้ไม่ได้พกบุหรีเอง”

(N 1, 2, 3 A 1, 2)

“ผู้ป่วยเข้าแถวเคารพธงชาติ สวดมนต์ไหว้พระ พยาบาลส่งเวร ผู้ช่วยเหลือเวรตึกช่วยเวรเข้าออกกำลังกาย”

(N 1, 2 A 1, 2)

ระบบงานเดิมในช่วงเวรเช้า หลังผู้ป่วยเคารพธงชาติ สวดมนต์ไหว้พระเสร็จ ผู้ช่วยเหลือคนไข้นำผู้ป่วยส่งงานเกษตรกรรมบำบัดโดยไม่มีการอาบน้ำ ผู้ช่วยเหลือคนไข้บางครั้งดูแลผู้ป่วยลงเกษตร บางครั้งกลับมาทำงานตึก หลังพยาบาลรับเวรเสร็จไม่มีการมอบหมายงานที่ชัดเจนแล้วแต่เจ้าหน้าที่จะหางานทำเอง การทำความสะอาดเตียงนอนผู้ป่วยทำทุกวันพฤหัสบดีโดยเจ้าหน้าที่และผู้ป่วยที่อยู่ตึก การถูพื้นห้องจะเป็นผู้ป่วยกลุ่มเดิมที่ไม่ได้ลงฝึกงานเกษตรกรรมบำบัด ไม่มีการทำกลุ่มกิจกรรมบำบัดเป็นงานประจำ การเบิกขนมไม่เป็นเวลาผู้ป่วยจะเบิกเวลาใดก็ได้

และเปิดตู้เย็นเบิกขนมเอง ผู้ป่วยติดน้ำอัดลมจนอ้วน ผู้ป่วยผ่านเข้าออกห้องเจ้าหน้าที่ได้โดยไม่ต้องขออนุญาต อาหารกลางวันตักแจกให้ผู้ป่วยรับประทานไม่เป็นเวลาส่งผลให้ผู้ป่วยหิวข้าวบ่อย ปล่อยอิสระในการนั่งโต๊ะอาหารใครจะเลือกนั่งพื้นหรือบริเวณใกล้เตียงก็ได้ ช่วงบ่ายผู้ช่วยเหลือคนไข้พาผู้ป่วยกลุ่มเดิมลงฝึกงานเกษตรกรรม จนกระทั่งเวลา 14.30 น. ผู้ป่วยกลับจากการฝึกงานเกษตรกรรมบ่าบด เจ้าหน้าที่ดูแลให้ผู้ป่วยอาบน้ำ ผู้ป่วยแก้ผ้าอาบน้ำในห้องน้ำรวม มีผู้ป่วยบางคนรู้สึกอายก็จะใส่กางเกงอาบน้ำ และใช้เสื้อที่ใส่แล้วเช็ดตัวเพราะผ้าเช็ดตัวมีน้อยจะใช้ซ้ำกัน คนที่รู้เรื่องจะรีบเช็ดตัวก่อน การอาบน้ำเจ้าหน้าที่ไม่ได้ดูแลใกล้ชิดปล่อยอิสระ ใครบอกว่าอาบแล้วไม่ได้ตรวจสอบอีก การดูแลหายาโรคผิวหนังไม่สม่ำเสมอ หลังอาบน้ำเสร็จให้เบิกขนมอีกและปล่อยอิสระ ผู้ป่วยสูบบุหรี่ไม่เลือกที่เจ้าหน้าที่ต้องคอยดูแลให้เมื่อมาสูบบุหรี่เจ้าหน้าที่ในห้องนอนมีควันบุหรี่ตลอดเกิดโรคทางเดินหายใจได้บ่อย ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อไปนี้

“การส่งผู้ป่วยลงเกษตรก็จะเป็นน้อง AIDE พยาบาลก็จะรับเวรกัน ... ผู้ป่วยที่ลงฝึกงานเกษตรก็จะไปเกือบหมด จะเหลือเฉพาะผู้ป่วยที่ไม่รู้เรื่อง และผู้ป่วยที่คอยช่วยงานบนเตียงไม่กี่คน”

(N 2)

“ไม่มีการมอบหมายงาน พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ต้องหางานทำเอง”

(N 1, 2 A 1, 2)

“ไม่มีการ Assign งานที่เป็นระบบชัดเจน ใครใครทำอะไรก็ทำไป ใครจะพูดก็พูดไป ใครจะทำกับข้าวกินก็ทำไป กินเสร็จก็พักผ่อนไป ไม่รู้ว่าหน้าที่ตัวคืออะไร”

(N 3)

“คนที่เคยลงเกษตรก็จะลงแต่เกษตร ไม่มีการผลิตเปลี่ยนหมุนเวียนเลย... คนที่เป็น VIP ก็จอยอยู่บนเตียงไม่ไปไหน ช่วยเหลืองานเจ้าหน้าที่สามารถเรียกใช้ได้”

(N 1)

“การทำความสะอาดเตียงก็จะทำวันพฤหัสบดีใน 1 สัปดาห์”

(N 2)

“คนไข้ผ่านเข้าออกห้องพยาบาลได้เลย ทำให้เกิดความเสี่ยงอุปกรณ์มีการวางระเกะระกะไม่เป็นระเบียบเลย คนไข้เบิกขนมหรือของที่ญาติฝากไว้ จะเปิดตู้เย็นเองกินได้เลยโดยเฉพาะไอศกรีมจำกัดเวลาเบิก หยิบได้ตลอดใครอยากเบิกก็เบิก คนไข้กินจนอ้วน”

(N1,2 A 1)

“การรับประทานอาหารก็ตามสบาย ใครจะกินยังงี้ก็ได้ จะนั่งไหนก็ได้ ไม่มีการควบคุมดูแล”

(N1, 2 A1, 2)

“การแจกอาหารของเจ้าหน้าที่เมื่อก่อนก็ไม่แน่นอน ขึ้นอยู่กับเจ้าหน้าที่ซึ่งส่งผลให้คนไข้หิวข้าวเร็ว”

(A 2)

“คนไข้จะแก้ผ้าอาบน้ำคนที่อาบก็จะไม่ถอดกางเกง อาบเสร็จจะเอาเสื้อผ้าชุดเดิมเช็ดเพราะผ้าเช็ดตัวมีน้อยไม่เพียงพอ ใช้ซ้ำกัน ผืนหนึ่งใช้หลายคนซ้ำกันจนเปื้อน คนที่รู้เรื่องก็จะรีบเช็ดก่อน คนใช้ผ้าเช็ดตัวก็จะเปื้อนจนชุ่มน้ำ”

(N 1)

“เมื่อก่อนไม่ได้ดูแลว่าผู้ป่วยจะอาบอย่างไร สะอาดหรือไม่ คือปล่อยตามสบาย บางครั้งเข้าไปอัดกันจนแน่นในห้องน้ำ...อาบน้ำ 1 ครั้งต่อวัน”

(N 2 A 3)

“มีการดูแลพยาบาลโรคผิวหนังแต่ไม่สม่ำเสมอ เห็นก็ทำไม่เห็นก็ไม่ได้ทำ”

(N 1)

“เจ้าหน้าที่ต้องคอยค่าให้ผู้ป่วยที่มาสูบบุหรี่ใกล้ตลอดเวลาเพราะ همینบุหรี่ สูบบุหรี่ตลอดเวลาใครมีบุหรี่เป็นพระเจ้า วังตามกันเป็นพรวน สภาพดูไม่ได้ ในห้องนอนมีควันบุหรี่ตลอดเวลาเกิดโรคติดต่อทางเดินหายใจบ่อยครั้งรุนแรง”

(N 2)

ระบบงานใหม่ในช่วงเวรเช้า ผู้ช่วยเหลือคนไข้เวรเช้าที่ได้รับมอบหมายงานให้เป็นผู้นำพาผู้ป่วยออกกกำลังกายร่วมกับผู้ช่วยเหลือคนไข้เวรอีกช่วยกันพาผู้ป่วยออกกกำลังกาย และแจ้งข่าวสารให้ผู้ป่วยทราบทุกวันอังคารและพฤหัสบดี ส่วนเจ้าหน้าที่ที่เหลืรับเวรและมีการสรุปปัญหาและหาแนวทางช่วยเหลือผู้ป่วยตามปัญหาและตอบสนองตามความต้องการของผู้ป่วย มีการส่งต่อเวรต่อเนื่องครบคลุมมากขึ้น หลังรับเวรเสร็จพาผู้ป่วยทำความสะอาดเตียงทุกวันจันทร์ พุธ และศุกร์ มีการเปลี่ยนผ้าปูและปลอกหมอน พร้อมคลุมเตียงด้วยผ้าห่ม ส่วนวันอังคารและวันพฤหัสบดีจะปิดผืนและดึงผ้าปูเตียงให้ตึงเท่านั้น ผู้ป่วยรายใดที่ไม่เป็นเจ้าหน้าที่จะกระตุ้นสอนและแนะนำเป็นรายบุคคล ส่วนผู้ป่วยที่สามารถรับผิดชอบเตียงนอนได้ก็จะให้จับคู่ช่วยกันปูเตียงและคลุมผ้า โดยมีเจ้าหน้าที่ดูแลห่าง ๆ เมื่อทุกคนทำเตียงเรียบร้อย ดูแลให้อาบน้ำโดยใส่กางเกงอาบน้ำแต่ละคนมีผ้าเช็ดตัว 1 คนต่อ 1 ผืน ขณะอาบน้ำผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เป็นชายเป็นคนดูแลกระตุ้นในรายที่

บกพร่องในด้านการทำความสะอาดร่างกาย หลังอาบน้ำเสร็จผู้ป่วยห่อตัวด้วยผ้าเช็ดตัวเดินเข้าไปในห้องนอนเพื่อเปลี่ยนเสื้อผ้าในม่านที่จัดไว้ให้ พยาบาลหรือผู้ช่วยเหลือคนไข้ที่เป็นหญิงจะดูแลการเช็ดตัวผู้ป่วยให้แห้งก่อนใส่เสื้อผ้าและให้ปะแป้งที่หน้ากระบอก ดูแลการทายาโรคผิวหนัง การติดป้ายชื่อ ผู้ป่วยแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มแรกลงทะเบียนกิจกรรม กลุ่มสองถูกพินในห้องนอนและติดกิจกรรมเสร็จแล้วเตรียมตัวเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด เวลา 11.00 น. เตรียมตัวรับประทานอาหาร ผู้ป่วยทุกคนล้างมือและเช็ดมือให้แห้ง เข้าแถวรอรับประทานอาหารผู้ป่วยที่พอมได้รับอาหารเพิ่มพลังงานจะอยู่แถวเดียวกันกับผู้ป่วยน้ำหนักเกินได้รับอาหารลดพลังงาน ส่วนผู้ป่วยไม่ได้ควบคุมน้ำหนักจะเข้าแถวอีกแถวหนึ่ง ผู้ป่วยทุกคนรับประทานอาหารที่ได้ะอาหารอย่างเป็นระเบียบ เจ้าหน้าที่ดูแลใกล้ชิดคิดในรายที่พอมและผู้ป่วยรับประทานอาหารมูมาม หลังรับประทานอาหารเสร็จผู้ป่วยที่มีหน้าที่ทำความสะอาดโรงเลี้ยงก็จะช่วยกันดูแลทำความสะอาดตามหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายส่วนผู้ป่วยคนอื่น ๆ เข้าห้องนอนพักผ่อนตามอัธยาศัย บางครั้งดูโทรทัศน์ ฟังเพลงหรือนอนพักผ่อนเวลา 13.00 น. ผู้ช่วยเหลือคนไข้ปลุกผู้ป่วยเพื่อเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดและลงฝึกงานกิจกรรมโดยผู้ป่วยแต่ละกลุ่มทำกิจกรรมสลับกันกับช่วงเช้า เวลา 14.30 น. เลิกกลุ่มกิจกรรมบำบัดและผู้ป่วยกลับจากการฝึกงานกิจกรรมโดยถือเหรียญพลาสติกมีค่าแทนเงิน 1 บาท มาส่งให้พยาบาลเพื่อบันทึกงบประมาณเงินฝาก หลังจากนั้นผู้ป่วยเตรียมตัวอาบน้ำครั้งที่สองปฏิบัติเช่นเดียวกับช่วงเช้า แต่ก่อนผู้ป่วยได้อาบน้ำเวลาเดียวในช่วงเย็นมีผลให้ร่างกายผู้ป่วยไม่สะอาดมีกลิ่นตัวแรง อาบน้ำเสร็จผู้ป่วยเบิกของว่างซึ่งจัดให้เบิกเวลาเดียว ยกเว้นในวันที่มีการทำความสะอาดที่อยู่อาศัยครั้งใหญ่เจ้าหน้าที่จัดหาของว่างให้ผู้ป่วยที่ช่วยงานได้รับอาหารว่างเพิ่มอีกต่างหาก หลังเบิกของว่างผู้ป่วยพักผ่อนตามอัธยาศัยในห้องนอน การทำงานดังกล่าวมีการมอบหมายงานชัดเจนและเป็นระบบ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานดีส่งผลให้ผู้ปฏิบัติงานทำงานด้วยความสบายใจ ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ดังต่อไปนี้

“หลังรับเวรมีการประเมินอาการผู้ป่วยที่มีปัญหาและร่วมกันนำแนวทางในการแก้ไข
ปัญหา”

(N 1, 2)

“การส่งต่อเวรต่อเนื่องครอบคลุม ... การดูแลผู้ป่วยครอบคลุมทุกด้าน”

(N 3)

“การออกกำลังกายโดยมีการมอบหมายชัดเจนว่าจะเป็นผู้ช่วยเหลือคนไหนนำออก”

(A 1)

“การทำความสะอาดเตียงเปลี่ยนผ้าปู ปลอกหมอนทุกวันจันทร์ พุธ และวันศุกร์ โดยเจ้าหน้าที่ช่วยกันทุกคน ถ้าผู้ป่วยทำไม่เป็นหรือไม่ถูกต้อง เจ้าหน้าที่ก็จะให้คำแนะนำและช่วยเหลือเป็นราย ๆ ส่วนวันอังคารและวันพฤหัสบดีจะปิดฝุ่นและดึงผ้าปูให้ตึง”

(N 1, 2 A1-3)

“เดี๋ยวนี้มีการสอนวิธีอาบน้ำ ใช้น้ำพอสมควร ต้องเข้าไปดูแลด้วย แต่ก่อนก็มีแต่เรียกไปอาบน้ำเดินเข้าไปใกล้ไม่ได้กลิ่นเขา แต่ก่อนยืนห่าง 2 เมตร ... (หัวเราะ) เดิวนี้อาบน้ำวันละ 2 ครั้ง มีกลิ่นความสะอาดกลิ่นตัวคนไข้

(A 3)

“เมื่ออาบน้ำเสร็จก็จะเปลี่ยนถุงผ้าเช็ดตัว เดินไปเปลี่ยนเสื้อผ้าในตึกซึ่งมีม่านกันไว้ เจ้าหน้าที่หลายคนทั้งพยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนไข้ ดูแลแจกชุดสะอาด ติดป้ายชื่อ รวมทั้งดูแลผิวพรรณให้หายในรายที่มีโรคผิวหนัง”

(N 1-2 A1-3)

“ผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคผิวหนังได้รับการทายาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่องและเป็นระบบ”

(N 1)

“ผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่ม กลุ่มลงเกษตรมีผู้ช่วยเหลือคนไข้ติดตามลงไปดูแลด้วย ส่วนผู้ป่วยที่เหลือเข้ากลุ่มที่ตึกแต่ต้องทำงานบ้านก่อน เช่น กวาดบ้าน ดูบ้าน เก็บของให้เรียบร้อย”

(N 1-2 A1-3)

“เวลาบ่ายสามผู้ช่วยเหลือคนไข้เตรียมให้ผู้ป่วยเบิกของว่าง พยาบาลถามประเมินอาการควบคู่ไปด้วย”

(N 1-2 A1-3)

“มีการ Assign งานที่เป็นระบบชัดเจน เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานของตัวเองดี สบายใจในการทำงานไม่โอ้อัดเหมือนสมัยก่อน”

(N 3)

ระบบงานเดิมในช่วงเวรบ่าย ไม่มีแนวทางปฏิบัติในทิศทางเดียวกันบางเวรพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้รับเวรด้วยกัน บางเวรผู้ช่วยเหลือคนไข้ไม่รับเวรแต่ไปวัดไข้คนไข้เลย ความดันโลหิตของผู้ป่วยวัดไม่สม่ำเสมอ บางครั้งพยาบาลยังไม่ได้ซักถามปัญหาอาการผู้ป่วยถึงเวลาอาหารเย็นมาก็ปล่อยผู้ป่วยไปรับประทานอาหาร ไม่มีการล้างมือ การนั่งรับประทานอาหารปล่อยอิสระจะนั่งที่พื้น โต๊ะอาหารหรือบริเวณใกล้เตียงก็ได้เช่นเดียวกับอาหารเช้าและอาหารเที่ยง ไม่ได้ดูแลการรับประทานอาหารใกล้ชิด หลังจากนั้นผู้ป่วยสูบบุหรี่จนพอใจจึงเข้าห้องนอน ผู้ป่วยพกบุหรี่

ไว้กับตัวเองสามารถสับต่อได้ในห้องนอน พื้นห้องเคลื่อนกราดไปด้วยเศษบุหรี ครวันฟุ้งไปทั่วห้อง เจ้าหน้าที่ต้องออกมาทำงานข้างนอกห้องผู้ป่วย บางครั้งผู้ป่วยมีเรื่องทะเลาะวิวาทชกต่อยแย่งบุหรีกัน ขโมยไม้จีด บุหรีหาย เวลา 19.30 น.ดูแลให้แปรงฟัน เวลา 20.00 น. ดูแลผู้ป่วยให้รับประทานยาก่อนนอน และสวดมนต์ไหว้พระก่อนเข้านอน การนอนของผู้ป่วยนอนตามพื้น ชอกเตียงไม่มีระเบียบ ไม่มีการกำหนดส่งผ้าห่มซัก ดังตัวอย่างคำพูดของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อไปนี้

“ผู้ช่วยเหลือคนไข้บางคนมารับเวรกับพยาบาล แต่บางคนก็จะไปวัดไข้เลย บางครั้งไม่ได้วัดความดันโลหิตเลย บางครั้งพยาบาลรับเวรยังไม่เสร็จ ผู้ช่วยเหลือคนไข้วัดไข้เสร็จแล้วโดยที่พยาบาลยังไม่ได้รับรู้ว่าใครมีปัญหาอะไร ข้าวมาก็ปล่อยไปกินข้าว โดยไม่ได้ล้างมือเลย”

(N 1)

“คนไข้สูบบุหรี่ในห้องนอนไม่เป็นระเบียบ เศษบุหรีเคลื่อนห้องในตอนเช้า กลิ่นบุหรีหึ่งโชคดีที่เจ้าหน้าที่ไม่ได้เป็นวันโรคเสียก่อน กลิ่นฟุ้งกระจายทั่วห้อง”

(N 1)

“เจ้าหน้าที่ต้องคอยดูแลการทะเลาะเบาะแว้ง สาเหตุจากแย่งบุหรี ขโมยไม้จีด บุหรีหาย การขโมยของกิน... คว้นจากบุหรีฟุ้ง พยาบาลต้องออกไปอยู่ข้างนอก หายใจไม่ออกเสียดา”

(N 2 A1)

“ผู้ป่วยนอนตามพื้นปูน ชอกเตียง ใต้เตียง ไม่มีระเบียบ ... ไม่มีระบบการส่งผ้าห่มซักนิกได้เมื่อไหร่จึงส่งซัก”

(N 3)

ระบบงานใหม่ในช่วงเวรบ่าย ผู้ช่วยเหลือคนไข้ตรวจนับจำนวนผู้ป่วย และรับเวรพร้อมพยาบาล หลังจากนั้นวัดไข้และวัดความดันโลหิตในรายที่เฝ้าสังเกต ช่วงวัดไข้นี้พยาบาลจะซักถามปัญหาอาการผู้ป่วยไปพร้อม หากผู้ป่วยรายใดไม่พร้อมพูดคุย พยาบาลจะเปิดโอกาสให้ได้พูดคุยตัวต่อตัว ถ้าทำงานเสร็จก่อนผู้ประกอบการยังไม่มาส่งอาหารเย็น เจ้าหน้าที่จะกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ฝึกทักษะการพักผ่อน เช่น เล่นเกมต่าง ๆ เล่นไพ่ ตีเทเบิลเทนนิส เป็นต้น เวลา 17.00 น. รับประทานอาหารเย็น ผู้ป่วยทุกรายได้รับการล้างมือและเช็ดมือให้แห้ง เข้าแถวรอรับประทาน และเจ้าหน้าที่กำชับให้ผู้ป่วยทุกคนรับประทานอาหารที่ได้สะอาด มีการแจ้งรายการอาหารทุกมื้อ มีการตรวจนับจำนวนผู้ป่วย ดูแลและกำชับในรายที่มีปัญหาในการรับประทานอาหารเช่นเดียวกับอาหารเช้าและอาหารเที่ยง หลังรับประทานอาหารเสร็จผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่จะแปรงฟัน และรับประทานอาหารหลังอาหาร ส่วนผู้ป่วยที่จัดยารับประทานเองจะนำยามาให้เจ้าหน้าที่ตรวจซ้ำอีกครั้ง

ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่จะไปรวมกันในบริเวณที่จัดให้สูบบุหรี่หลังห้องอาบน้ำแล้วจึงมาแปรงฟันและรับประทานยาหลังอาหารตามลำดับ ในช่วงนี้ผู้ป่วยที่มีงานในหน้าที่ที่มอบหมายให้จะไปทำงาน เช่นรดน้ำผัก ล้างแก้วนํ้า ชักผ้าเช็ดมือ และทำความสะอาดโรงเลี้ยง เป็นต้น ผู้ป่วยที่ต้องดูแลการแปรงฟัน การรับประทานอาหารเจ้าหน้าที่ก็จะดูแลใกล้ชิด เวลา 18.00 น. ผู้ป่วยทุกคนเข้าห้องนอนจะได้รับการกระตุ้นให้ฝึกทักษะการพักผ่อนต่อ ไม่มีการสูบบุหรี่ภายในห้องนอนโดยเด็ดขาด บรรยากาศภายในห้องนอนน่าอยู่ ไม่มีปัญหาทะเลาะเบาะแว้งเนื่องมาจากบุหรี่ เวลา 20.00 น. ผู้ป่วยรับประทานยาก่อนนอน สวดมนต์ไหว้พระ และเข้านอนอย่างช้าเวลา 20.30 น. โดยมีเพื่อนผู้ป่วยช่วยควบคุมกันเอง มีนโยบายให้ผู้ป่วยนอนบนเตียงและส่งผ้าห่มซักทุกปลายเดือน ดังตัวอย่างคำกล่าวของพยาบาลและผู้ช่วยเหลือคนไข้ต่อไปนี้

“ผู้ช่วยเหลือคนไข้ตรวจนับจำนวนผู้ป่วย และรับเวรพร้อมพยาบาล”

(N 1-3 A1-2)

“วัดไข้วัดทุกราย และวัดความดันโลหิตในรายที่ดูแลพิเศษ”

(A1-2)

“ขณะนั่งรอเวลาวัดไข้มีการพูดคุยซักถามอาการ บางคนไม่ยอมพูดคุยก็จะเรียกมาคุยทีละคน”

(N 1)

“การรับประทานอาหารดูแลให้ผู้ป่วยล้างมือและเช็ดมือทุกคน ดูแลให้เข้าแถวรอรับอาหาร แจกเมนูอาหาร ดูแลกำกับสิ่งที่โต๊ะอาหาร ดูแลในรายกินน้อย กินหกละเอะ”

(N 1-3 A1-2)

“ผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่ก็จะให้แปรงฟันก่อนและแยกไว้ในห้อง ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ก็จัดให้สูบบุหรี่ 1 มวน แล้วจึงมาแปรงฟัน และกินยาหลังอาหารเย็น”

(N 1-2 A1)

“ผู้ป่วยที่มีหน้าที่รับผิดชอบก็จะทำความสะอาดโรงเลี้ยง บางคนล้างแก้วนํ้า รดน้ำต้นไม้ เตรียมและชักผ้าเช็ดมือ”

(N 1-3 A1-2)

“หลังผู้ป่วยเข้าห้องมีการเช็กจำนวนผู้ป่วยอีกครั้ง ให้คนไข้พักผ่อนตามอัธยาศัยมีกิจกรรมต่าง ๆ ใครอยากฟังเพลงก็ฟัง ใครจะเล่นก็ถ้าเรามีอุปกรณ์ให้ เล่นเกม เล่นไพ่ เราจะหากิจกรรมให้ทำโดยไม่ให้ผู้ป่วยไปนอน”

(N 1)

“บางคนดูทีวี ร้องเพลง เล่นกิต้า ฟังวิทยุ เล่นปิงปอง เล่นไพ่ หรือนอนพักผ่อนตามที่ผู้ป่วยต้องการ”

(N 2 A1-2)

“เจ้าหน้าที่จะดูแลผู้ป่วยกินยาทีละคน ผู้ป่วยที่จัดยากินเองก็จะนำยามาให้เจ้าหน้าที่ตรวจอีกครั้ง”

(N 1)

“หลังผู้ป่วยเข้าห้อง ก็ตรวจเช็กการนอนเป็นช่วง ๆ ดูแลห่มผ้าถ้าอากาศเย็น”

(N 2)

“ได้จัดระเบียบให้ผู้ป่วยนอนบนเตียง มีระบบส่งผ้าห่มซักทุกปลายเดือน”

(N 3)

4.1.3.2 มุมมองต่อความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและข้อเสนอแนะ

จากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ 6 คน ประกอบด้วยพยาบาลเทคนิค จำนวน 3 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 3 คน ซึ่งปฏิบัติงานที่ตึกคอนคูดังแต่ก่อนเปลี่ยนแปลงระบบการทำงานจนถึงปัจจุบันได้แสดงความรู้สึกที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยและได้ให้ข้อเสนอแนะไว้ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับตนเอง

- ความรับผิดชอบ เจ้าหน้าที่ทุกคนรับบทบาทและหน้าที่ของตนชัดเจนขึ้น มีการส่งเวรที่ชัดเจนและส่งต่อปัญหาของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง มีความตั้งใจรับผิดชอบงานที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี ดูแลเอาใจใส่ต่อผู้ป่วยมากขึ้น มีความกระตือรือร้นในการทำงาน และมีการปฏิบัติงานที่เป็นงานในหน้าที่ของตนมากขึ้น ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

“การดูแลผู้ป่วยเดี๋ยวนี้มากขึ้นกว่าเก่าเป็นเท่าตัว ... ผมก็ภูมิใจแม้ว่าจะหนักกว่าเก่าก็รับได้อยู่ครับ”

(A 3)

“มีการส่งต่อเวรที่ชัดเจนและมีความต่อเนื่อง”

(N 1)

“เจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ทำตามบทบาทหน้าที่ดีขึ้น ความใส่ใจต่อคนไข้มากขึ้น”

(N 3)

“ทุกคนมีความกระตือรือร้นในการทำงาน”

(A 3)

“การทำงานมีความตั้งใจรับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมายเป็นอย่างดี”

(N 1)

“เจ้าหน้าที่มีการพัฒนาตัวเองขึ้น เช่น ผู้ช่วยเหลือคนไข้ห้อยของนั่งเพื่อส่งน้ำได้” พยาบาลก็มีการปฏิบัติการพยาบาลมากขึ้น”

(N 2)

- **ความมั่นใจต่อการปฏิบัติงาน** เจ้าหน้าที่ที่มีความมั่นใจต่อการปฏิบัติงานมากขึ้น เนื่องจากมีตารางการปฏิบัติงานในแต่ละเวรชัดเจนและมีการมอบหมายงานอย่างชัดเจน ดังตัวอย่างคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

“มีแนวทางการปฏิบัติกับผู้ป่วยที่ชัดเจน มีการจัดเป็นตารางที่วางแผนไว้ล่วงหน้าได้ปฏิบัติทำให้เจ้าหน้าที่ได้ปฏิบัติกับผู้ป่วยได้ถูกต้อง”

(N 1)

“ไม่มีการเถียงงาน ใครมีหน้าที่อะไรก็จะทำหน้าที่ของตนเองให้ดี”

(N 1)

“มีความชัดเจนในการปฏิบัติงาน”

(N 2)

“มีการทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย มีความชัดเจนขึ้น”

(A 3)

- **ความสามัคคี** เจ้าหน้าที่มีการยอมรับฟังความคิดเห็นของเพื่อนร่วมงานมากขึ้น ทุกคนกล้าแสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ มีความร่วมมือกันมากขึ้น มีความสามัคคีและทำงานเป็นทีม ดังตัวอย่างคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

“เจ้าหน้าที่มีความสามัคคีมากขึ้น ทำงานเป็นทีมมากขึ้น รับฟังเหตุผลซึ่งกันและกัน ... แสดงความคิดเห็นได้เต็มที่ มีการพูดคุยกันมากขึ้น ... ผู้ช่วยเหลือคนไข้รับฟังพยาบาลในการปฏิบัติงานมากขึ้นเมื่อให้คำแนะนำ”

(N 2)

“มีการทำงานเป็นทีมมากขึ้นกว่าเดิม”

(A 3)

2) ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์พยาบาลเทคนิคและผู้ป่วยหรือคนไข้ สามารถวิเคราะห์ความรู้สึกของเจ้าหน้าที่ที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงกับผู้ป่วยได้เป็น 5 ด้านดังต่อไปนี้

1. ด้านสุขภาพส่วนตัว ผู้ป่วยมีร่างกายที่สะอาดมากขึ้น มีโรคผิวหนังลดลง แต่งกายเหมาะสม สามารถดูแลกิจวัตรประจำวันของตนเองได้ ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

"เราเดินไปใกล้ไม่ได้กลิ่นเขา แต่ก่อนยื่นห่าง 2 เมตร (หัวเราะ) เดี่ยวนี้มีกลิ่นความสะอาด"

(A3)

"ดูแลกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ แต่งกายร่างกายสะอาดโรคผิวหนังลดลง ไม่แพร่กระจาย"

(N2)

2. ด้านการทำงาน ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบต่อหน้าที่มากขึ้นไม่ต้องให้กระตุ้น สามารถทำงานได้มากขึ้น ดังคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

"มีความรับผิดชอบต่อหน้าที่...สามารถทำงานได้มากขึ้น เมื่อก่อนนอนอย่างเดียว"

(N2)

"กิจกรรมเกี่ยวกับตัวผู้ป่วยวันพฤหัสบดี(การดูแลสุขภาพส่วนตัว) เขาจะได้แทบทุกคน ไม่ต้องเรียกขาน รู้จักนำภาชนะมาเตรียม ไม่เสียงแรงที่ได้ฝึกเขา ถ้ากลับบ้านคงไม่เป็นภาระแก่ญาติ"

(A3)

"เจ้าหน้าที่ไม่ต้องกระตุ้นในการทำงานที่ได้รับมอบหมาย..ไม่หลบนอนหรือเดินไปเรื่อยเปื่อย จะรู้หน้าที่ของตนเอง"

(N1)

3. ด้านการกล้าแสดงออก ผู้ป่วยกล้าแสดงความคิดเห็นและบอกความรู้สึกหรือความต้องการได้ ในกรณีเจ้าหน้าที่ลืมนางานบางอย่างเกี่ยวกับตัวผู้ป่วย ผู้ป่วยกล้าที่จะบอกให้เจ้าหน้าที่ทราบ ในผู้ป่วยบางรายไม่มีการสื่อสารกับบุคคลรอบข้าง เริ่มสามารถสื่อสารได้เป็นคำ ๆ บางราย

สื่อสารได้เป็นประโยคและพูดคุยเก่งขึ้น ผู้ป่วยไว้วางใจเจ้าหน้าที่มากขึ้นกล้าพูดคุยด้วย ดังตัวอย่าง คำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

"เขาไม่เคยพูดคุย ไม่เป็นมิตรกับเจ้าหน้าที่ เขากล้าแสดงออก กล้าพูดคุยด้วย แต่ก่อนเห็นเจ้าหน้าที่ วิ่งหลบตามป่า"

(A3)

"ผู้ป่วยที่ไม่เคยมีปฏิสัมพันธ์กับใครเลย เมื่อถูกกระตุ้นฝึกบ่อย ๆ ซ้ำ ๆ ก็กล้าที่จะพูดคุย (สื่อสารกับบุคคลอื่นจนเกินเลย ในบางครั้งแต่ก็ดีกว่าจะปล่อยให้เขาไม่พูดจนพูดไม่เป็น"

(N3)

"ผู้ป่วยจากที่ไม่พูด รู้จักพูดเป็นคำ ๆ สามารถสื่อสารให้คนอื่นเข้าใจความต้องการของตนเองได้... รู้จักความคิดเห็นและกล้าพูดในสิ่งที่ตนเองต้องการ... กล้าบอกเจ้าหน้าที่ เมื่อเจ้าหน้าที่ลื้ม เช่น การโกนหนวดทุกแรมวันจันทร์"

(N1)

4. การมีวินัยและมารยาททางสังคม ผู้ป่วยรู้จักกฎระเบียบกติกาต่าง ๆ ในการอยู่ร่วมกัน มีมารยาททางสังคม และพูดจาไพเราะ ดังตัวอย่างคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

"ผู้ป่วยอยู่อย่างเป็นระเบียบ มีกฎเกณฑ์ในการอยู่ร่วมกันมากขึ้น"

(N3)

"ผู้ป่วยมีมารยาทมากขึ้น พูดคุยสุภาพขึ้น รู้จักกฎ กติกา ระเบียบ มีการแบ่งปัน มีน้ำใจมากขึ้น"

(N2)

"รู้จักการเข้าสังคม...พูดสุภาพมีคำลงท้ายว่า "ครับ" การเดินผ่านผู้ใหญ่รู้จักค้อมตัว"

(N1)

5. ศักยภาพผู้ป่วยในการกลับสู่ชุมชน ผู้ป่วยมีศักยภาพและความสามารถมากขึ้น เช่น รู้จักค้าขาย มีความมั่นใจตัวเองมากขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยสามารถจำหน่ายกลับไปอยู่กับครอบครัวได้ แม้บางรายผู้ป่วยถูกทอดทิ้งที่โรงพยาบาลนาน ดังตัวอย่างคำกล่าวของเจ้าหน้าที่ต่อไปนี้

"ผู้ป่วยมีศักยภาพมากขึ้น สามารถค้าขายได้ มีความมั่นใจมากขึ้น กล้าแสดงออก และพูดคุยกับเจ้าหน้าที่... ยอดผู้ป่วยลดลงมีการจำหน่ายได้มากขึ้น โดยผู้ป่วยสามารถกลับสู่ครอบครัวได้"

(N2)

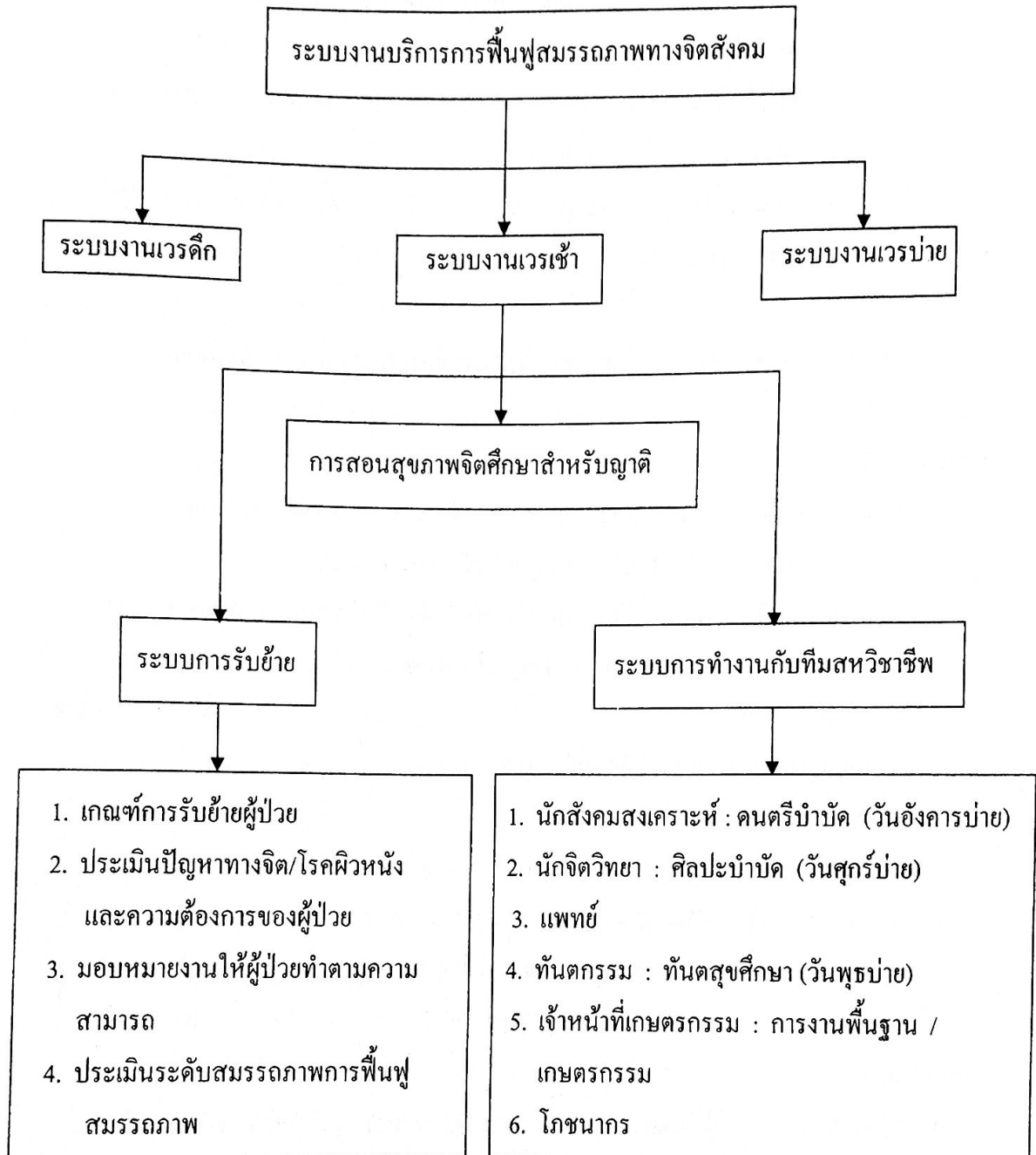
"กรณีผู้ป่วยที่อยู่โรงพยาบาลนาน ไม่มีญาติมาติดต่อสามารถติดต่อให้ญาติมารับผู้ป่วยกลับไปอยู่บ้านได้... ญาติและผู้ดูแลเข้าใจแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคจิตได้ และร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยขณะอยู่ที่บ้านได้"

(N1)

3) ข้อเสนอแนะ

- อยากให้จัดหาหมอนั่ง และผ้าห่มอ่อนมากขึ้น
- อยากให้มีเรือนพักญาติ
- อยากให้ทำบ้านถึงวิถี เพื่อฝึกให้ผู้ป่วยรับผิดชอบชีวิตตนเอง ตั้งแต่ตื่นจนกระทั่งเข้านอน
- อยากให้พัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีโอกาสได้ศึกษาดูงาน เพื่อนำมาถ่ายทอดแก่นักวิชาการในทีมงาน
- อยากให้ปรับปรุงห้องน้ำภายในหอผู้ป่วยเพราะส่งกลิ่นเหม็น

4.1.4 สรุบบางงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมที่เหมาะสมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย



รูปที่ 3 ระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย

- หมายเหตุ**
- กลุ่มผู้ป่วยที่จัดมารับประทานเอง มีเจ้าหน้าที่ตรวจยาซ้ำอีกครั้ง
 - งานที่มอบหมายให้ผู้ป่วยรับผิดชอบไม่ควรเปลี่ยนแปลง ยกเว้นผู้ป่วยร้องขอ และเมื่อเจ้าหน้าที่พิจารณาแล้วผู้ป่วยมีศักยภาพเพียงพอในการทำงานใหม่ได้
 - ก่อนรับประทานอาหารทุกมื้อ ผู้ป่วยได้รับการฝึกให้ล้างมือด้วยสบู่และเช็ดมือให้แห้ง
 - ผู้ป่วยที่ฝึกงานเกษตรกรรมบำบัด มีสมุดบันทึกส่งต่อปัญหา อาการ และพฤติกรรมให้เจ้าหน้าที่เกษตรกรรมทราบทุกครั้ง
 - บุคลากรหอผู้ป่วยคอนคูลทำงานเป็นทีม มีการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพในแนวทางเดียวกัน

รายละเอียดพอสังเขปของระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

ระบบงานเวิร์ด

1. รับส่งต่อปัญหา อาการ และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง Pre - Post Conference
2. ตรวจเยี่ยมการนอน / ดูแลความอบอุ่นของร่างกาย (ฤดูหนาว)
3. สนับสนุนให้รับผิดชอบเตียงนอน เช่น พับผ้าห่ม รื้อผ้าปูและปลอกหมอนทุกวัน จันทร์ พุธ และศุกร์ และดูแลการล้างหน้าแปรงฟัน ใช้ผ้าเช็ดตัว 1:1
4. วัตถุประสงค์
5. ดูแลผู้ป่วยทำงานตามที่ได้รับมอบหมาย
6. ประเมินปัญหาอาการและพฤติกรรม
7. ดูแลผู้ป่วยรับประทานอาหาร - ยา และดูแลใกล้ชิดในรายที่มีปัญหา
8. ชี้แจงหน้าที่ผู้ป่วยรับย้ายและผู้ป่วยทุกคนทุกต้นเดือน
9. ส่งต่อปัญหา อาการ และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

ระบบเวรเช้า

1. เวลา 8.00 น. ผู้ป่วยเคารพธงชาติ สวดมนต์ไหว้พระ และส่งเสริมให้ออกกำลังกายทุกวัน โดยผู้ช่วยเหลือคนไข้ และปฐมนิเทศเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ที่พบ พร้อมแจ้งข่าวสารทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี
2. เจ้าหน้าที่ที่เฝ้าหรือรับส่งต่อปัญหา อาการ และพฤติกรรมของผู้ป่วย Pre - Post Conference

3. สนับสนุนผู้ป่วยเช็ดทำความสะอาดเตียงนอน ปูผ้าปูที่นอนและใส่ปลอกหมอน
4. ดูแลผู้ป่วยอาบน้ำ ใช้ผ้าเช็ดตัว 1:1 ส่งซักวันละครึ่ง (ตีกสามัญอื่นส่งซัก 2 ครั้ง/วัน)
5. ส่งเสริมผู้ป่วยดูแลความสะอาดที่อยู่อาศัย ภูบ้านทุกวันก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด
6. แบ่งผู้ประเมินเป็น 2 กลุ่มสลับกันเข้ากลุ่ม ฝึกทักษะทางสังคมและฝึกงาน
เกษตรกรรมบำบัด เข้า - บ่าย
 - 6.1 ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (จ่ายตลาด) 1 ครั้ง/เดือน (วันพุธเช้า)
 - 6.2 ฝึกทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (ทัศนศึกษา) 1 ครั้ง/เดือน (วันพฤหัสบดีบ่าย)
 - 6.3 ฝึกทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน (ปรุงอาหาร รีดผ้า ล้างอ่างอาบน้ำ กวาด
หยากไย่) 1 ครั้ง/เดือน
 - 6.4 ลงคะแนนและให้ดาวในกระดานบันทึกเบียร์รถ
 - 6.5 ทุกวันพฤหัสบดีภาคเช้า Hygiene Care (ผู้ป่วยขัดเท้าตัดเล็บ โกนหนวดเครา
และฝึกทักษะการพักผ่อน) วันพฤหัสบดีภาคบ่ายสลับกันระหว่างกลุ่มบันทึกบำบัด
และกลุ่มประชุมปรึกษาพร้อมแจกรางวัลตามข้อ 6.4
7. กิจกรรมตามข้อ 6 7 และ 9 ของเวิร์คค
8. ประเมินระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพทุกสิ้นเดือน
9. ให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ

ระบบงานเวรบาย

1. รับส่งต่อปัญหา อาการ และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง Pre - Post Conference
2. วัตถุประสงค์งานชีพ
3. ทุกเวรบายวันจันทร์ดูแลโกนหนวดเคราผู้ป่วย
4. ดูแลผู้ป่วยรับประทานอาหาร แปร่งฟัน และดูแลใกล้ชิดในรายที่มีปัญหา
5. ส่งเสริมผู้ป่วยใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ โดยฝึกทักษะการพักผ่อน เช่น ดู
โทรทัศน์ ฟังเพลง และเล่นเกม เป็นต้น
6. ประเมินปัญหาอาการ และพฤติกรรม
7. ดูแลผู้ป่วยรับประทานยาก่อนนอน เวลา 20.00 น. ทั้งกลุ่มที่จัดยากินเอง และกลุ่มที่
เจ้าหน้าที่จัดยาให้
8. ผู้ป่วยสวดมนต์ไหว้พระ และเข้านอน
9. ส่งต่อปัญหาอาการ และพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง

4.1.5 ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ

ตาราง 3 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะที่ 1
เดือนมกราคม 2548 ถึงเดือนมิถุนายน 2548 จำแนกตามระดับสมรรถภาพการฟื้นฟู
สมรรถภาพ ($n = 35$)

ระดับสมรรถภาพการฟื้นฟู สมรรถภาพ ก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ			
	2	3	4	5
2	1 (2.86)	2 (5.71)	1 (2.86)	0
3	0	3 (8.57)	8 (22.86)	0
4	0	0	9 (25.71)	6 (17.14)
5	0	0	0	5 (14.29)

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 25.71 ยังคงมีระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่
ระดับ 4 รองลงมาร้อยละ 22.86 ปรับจากระดับ 3 เป็นระดับ 4 และร้อยละ 17.14 ปรับจาก
ระดับ 4 เป็นระดับ 5

ตาราง 4 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยใน
ระยะที่ 1 ด้วย Paired - t test (n = 35)

	คะแนนจากแบบประเมิน สมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ		ความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยก่อนและ หลังการวิจัย
	ก่อนการวิจัย ($\bar{x} \pm SD$)	หลังการวิจัย ($\bar{x} \pm SD$)	
ทักษะการดูแลตนเอง	2.98 $\pm$ 0.79	3.50 $\pm$ 0.59*	0.52
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	2.44 $\pm$ 0.93	3.00 $\pm$ 0.85*	0.56
ทักษะทางสังคม	2.46 $\pm$ 0.90	3.00 $\pm$ 0.68*	0.54
ทักษะการทำงาน	2.57 $\pm$ 0.93	2.93 $\pm$ 0.89*	0.36
ทักษะการพักผ่อน	2.29 $\pm$ 0.90	2.78 $\pm$ 0.78*	0.49
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	2.27 $\pm$ 1.17	2.98 $\pm$ 0.74*	0.71
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.60 $\pm$ 0.86	3.07 $\pm$ 0.75*	0.47

*P < 0.05

จากตารางพบว่า ทักษะที่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดก่อนและหลังการวิจัย คือ ทักษะการดูแลตนเอง มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้านและคะแนนรวมเฉลี่ย

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยในระยะเวลาที่ 1 แยกตามกลุ่มของการปรับระดับของสมรรถภาพ

	กลุ่มปรับจากระดับ 2→3 (n = 2)		กลุ่มที่คงที่ระดับ 3 (n = 3)		กลุ่มปรับจากระดับ 3→4 (n = 8)	
	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)
ทักษะการดูแลตนเอง	1.34±0.23	2.34±0.71	2.67±0.22	3.44±0.51	2.59±0.35	3.21±0.46*
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	0.85±0.21	1.25±0.06*	1.68±0.49	2.13±0.76*	1.82±0.42	2.68±0.42*
ทักษะทางสังคม	1.25±0.21	1.90±0.14*	1.77±0.67	2.37±0.40*	2.03±0.71	2.86±0.32*
ทักษะการทำงาน	0.86±0.16	1.12±0.16*	1.83±0.76	1.81±0.34	2.30±0.70	2.79±0.52*
ทักษะการพักผ่อน	0.88±0.18	1.23±0.01	1.92±0.35	2.07±0.25*	1.99±0.73	2.82±0.24*
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	0.67±0.94	2.33±0.47*	2.33±0.33	2.66±0.33*	2.15±1.39	2.99±0.64*
คะแนนรวมเฉลี่ย	0.94±0.57	1.35±0.22*	1.91±0.36	2.21±0.21*	2.15±0.87	3.10±0.38*

Wilcoxon Singed Rank test

*P < 0.05

จากตารางพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยในกลุ่มที่ปรับจากระดับ 3 เป็นระดับ 4 กลุ่มที่คงที่ระดับ 4 และกลุ่มที่ปรับจากระดับ 4 เป็น ระดับ 5

ตาราง 5 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยในระยะเวลาที่ 1 แยกตามกลุ่มของการปรับระดับของสมรรถภาพ (ต่อ)

	กลุ่มที่คงที่ระดับ 4 (n = 9)		กลุ่มปรับจากระดับ 4→5 (n = 6)		กลุ่มที่คงที่ระดับ 5 (n = 5)	
	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)
ทักษะการดูแลตนเอง	3.26±0.40	3.69±0.37*	3.47±0.50	3.96±0.67*	4.00±0.00	4.00±0.00
ทักษะการอยู่รวมกันภายในบ้าน	2.78±0.43	3.03±0.46*	3.17±0.27	3.88±0.29*	3.60±0.55	3.90±0.22*
ทักษะทางสังคม	2.64±0.67	2.76±0.28*	2.72±0.37	3.63±0.47*	3.80±0.45	3.98±0.45*
ทักษะการทำงาน	2.67±0.36	2.95±0.52*	3.15±0.49	3.88±0.12*	3.78±0.44	3.73±0.48
ทักษะการพักผ่อน	2.38±0.71	2.79±0.44*	2.73±0.40	3.28±0.44*	3.53±0.51	3.55±0.47
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	2.24±0.93	2.89±0.33*	2.38±0.61	3.21±0.40*	3.60±0.55	3.90±0.17*
คะแนนรวมเฉลี่ย	2.92±0.25	3.18±0.27*	3.09±0.27	3.84±0.17*	3.81±0.20	3.86±0.17*

Wilcoxon Signed Rank test

*P < 0.05

ตาราง 6 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในระยะที่ 2 เดือน ตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 จำแนกตามระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ ($n = 40$)

ระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ	ระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ หลังการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
	3	4	5
3	2 (5.0)	2 (5.0)	0
4	1 (2.5)	11 (27.5)	6 (15.0)
5	0	0	18 (45.0)

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยร้อยละ 45.0 ยังคงมีระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพอยู่ระดับ 5 รองลงมาร้อยละ 27.5 ยังคงมีระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ 4 และรองลงมาร้อยละ 15.0 ระดับการฟื้นฟูสมรรถภาพเปลี่ยนจากระดับ 4 เป็นระดับ 5

ตาราง 7 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยใน
ระยะที่ 2 ด้วย Paired - test (n = 40)

	คะแนนจากแบบประเมิน สมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ		ความแตกต่างของ คะแนนเฉลี่ยก่อนและ หลังการวิจัย
	ก่อนการวิจัย ($\bar{x} \pm SD$)	หลังการวิจัย ($\bar{x} \pm SD$)	
ทักษะการดูแลตนเอง	3.56 $\pm$ 0.52	3.74 $\pm$ 0.44*	0.18
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	3.34 $\pm$ 0.73	3.58 $\pm$ 0.64*	0.24
ทักษะทางสังคม	3.39 $\pm$ 0.58	3.58 $\pm$ 0.51*	0.19
ทักษะการทำงาน	3.26 $\pm$ 0.72	3.42 $\pm$ 0.63*	0.16
ทักษะการพักผ่อน	3.29 $\pm$ 0.63	3.50 $\pm$ 0.50*	0.21
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	3.17 $\pm$ 0.76	3.40 $\pm$ 0.68*	0.23
คะแนนรวมเฉลี่ย	3.30 $\pm$ 0.55	3.53 $\pm$ 0.53*	0.23

*P < 0.05

จากตารางพบว่า ทักษะที่ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงสุดก่อนและหลังการวิจัย คือ ทักษะการดูแลตนเอง มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้านและคะแนนรวมเฉลี่ย

ตาราง 8 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยก่อนและหลังการวิจัยในระยะเวลาที่ 2 แยกตามกลุ่มของการปรับระดับของสมรรถภาพ

	กลุ่มที่คงที่ระดับ 3 (n=2)		กลุ่มที่ปรับจาก 3 → 4 (n=2)		กลุ่มที่คงที่ระดับ 4 (n=1)		กลุ่มที่ปรับจาก 4 → 5 (n=6)		กลุ่มที่คงที่ระดับ 5 (n=18)	
	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)	ก่อน ($\bar{x} \pm SD$)	หลัง ($\bar{x} \pm SD$)
ทักษะการดูแลตนเอง	2.37±0.45	2.85±0.07	3.40±0.14	3.73±0.10	3.44±0.43	3.57±0.44	3.28±0.50	3.94±0.10*	3.91±0.28	3.95±0.13
ทักษะการอยู่รวมกันภายในบ้าน	1.20±0.00	2.25±0.21	2.35±0.21	3.00±0.28	3.13±0.44	3.36±0.49	3.22±0.38	3.89±0.13*	3.87±0.29	3.96±0.11
ทักษะทางสังคม	2.20±0.14	2.55±0.07	2.35±0.21	3.00±0.28	3.11±0.44	3.30±0.42	3.28±0.33	3.92±0.16*	3.86±0.17	3.89±0.16
ทักษะการทำงาน	1.44±0.09	1.76±0.20	2.36±0.35	2.73±0.25	3.01±0.53	3.15±0.54*	3.10±0.53	3.62±0.24*	3.80±0.21	3.82±0.26
ทักษะการพักผ่อน	1.36±0.20	2.35±0.07	2.45±0.78	2.98±0.45	3.20±0.26	3.21±0.26	3.16±0.40	3.65±0.38*	3.71±0.25	3.86±0.20*
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	1.25±0.00	2.10±0.14	2.33±1.10	3.03±0.52	3.17±0.54	3.18±0.38	2.92±0.66	3.64±0.34*	3.57±0.50	3.78±0.34*
คะแนนรวมเฉลี่ย	1.77±0.15	2.29±0.16	2.34±0.20	3.20±0.43	3.15±0.20	3.27±0.27	3.15±0.23	3.72±0.24*	3.74±0.20	3.89±0.10*

Wilcoxon Signed Rank test

*P < 0.05

จากตารางพบว่า มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ย ในกลุ่มที่ปรับจากระดับ 4 เป็นระดับ 5 ส่วนกลุ่มที่คงที่ระดับ 4 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยเฉพาะทักษะการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่คงที่ระดับ 5 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ย ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ

4.1.6 ผลการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่

จากการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่ 1 ครั้งต่อเดือน ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 รวมจำนวน 11 ครั้ง มีสมาชิกเข้าร่วมกิจกรรมทั้งหมด 147 ราย และได้สำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่และความพึงพอใจ ดังตารางต่อไปนี้

ตาราง 9 แสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อสถานที่ การฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่

ข้อความ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
1. เคยมาสถานที่แห่งนี้		
- เคย	91	61.90
- ไม่เคย	56	38.10
2. ความรู้สึกก่อนมาสถานที่แห่งนี้		
- ตื่นเต้น	50	26.18
- ประหม่า	6	3.14
- วิดกกังวล	3	1.57
- เฉย ๆ	21	11.00
- ดีใจ	109	57.07
- สบายใจ	1	0.52
- อยากเห็น	1	0.52
3. ความรู้สึกหลังมาสถานที่แห่งนี้		
- ตื่นเต้น	19	11.31
- ประหม่า	7	4.17
- วิดกกังวล	1	0.59
- เฉย ๆ	15	8.93
- ดีใจ	119	70.83
- สบายใจ	3	1.79
- อยากไปอีก	1	0.59
- ชอบ ร่มรื่นเย็นสบาย สบายดี	3	1.79

จากตารางพบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 61.90) เคยมาสถานที่ที่พาไป และ ร้อยละ 57.07 รู้สึกดีใจก่อนพามานอกสถานที่แห่งนี้ ส่วนใหญ่ผู้ป่วย (ร้อยละ 70.3) รู้สึกดีใจเมื่อได้มานอกสถานที่

ตาราง 10 แสดงความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ต่อความสามารถในการเข้าชุมชนของผู้ป่วย

ข้อความ	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
1. ช่วงทำกิจกรรม สามารถแสดงความคิดเห็นกับเพื่อนผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ได้	62(42.18)	64(43.54)	21(4.28)
2. รักษากฎ กติกา ขณะทำกิจกรรม	110(74.83)	34(23.13)	3(2.04)
3. แสดงมารยาทในที่สาธารณะได้เหมาะสม	102(69.39)	41(27.89)	4(2.72)
4. ความสนใจและเรียนรู้ต่อสถานที่ทำกิจกรรม	71(48.30)	59(40.14)	17(11.56)
5. ช่วยเหลือและมีน้ำใจต่อเพื่อนในกลุ่ม	71(48.30)	62(42.18)	14(9.52)

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยเกือบครึ่ง สามารถแสดงความคิดเห็นกับเพื่อนผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ได้ในระดับปานกลาง - มาก ผู้ป่วยส่วนใหญ่รักษากฎ กติกา มารยาทในที่สาธารณะได้เหมาะสมในระดับมาก และเกือบครึ่งผู้ป่วยสนใจ และเรียนรู้ต่อสถานที่ทำกิจกรรม ช่วยเหลือและมีน้ำใจต่อเพื่อนในกลุ่มในระดับมาก

ตาราง 11 แสดงความคิดเห็นของผู้ป่วยต่อความพึงพอใจในการทำกิจกรรม การฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่

ข้อความ	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ความพึงพอใจต่อการทำกิจกรรม		
- มาก	99	67.35
- ปานกลาง	48	32.65
- น้อย	0	0.00

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 67.35) มีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมในระดับมาก

4.1.7 การติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย

การติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย แสดงผลลัพธ์ถึงศักยภาพในการสามารถจำหน่ายผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาลนานเป็นเวลาหลายปี ระยะเวลาที่ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชน การกลับมารักษาซ้ำ ศักยภาพผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน และการสัมผัสกับความรู้สึกของญาติต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยผ่านทางโทรศัพท์ ในญาติที่ไม่สามารถติดต่อทางโทรศัพท์ได้ โดยการสอบถามผ่านทางจดหมาย ดังแสดงผลลัพธ์ต่อไปนี้

ตาราง 12 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาล จำแนกตามระยะเวลา
(n = 31)

ระยะเวลาถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ต่ำกว่า 1 ปี	8	25.81
1 - 5 ปี	10	32.26
6 - 10 ปี	5	16.13
11 - 15 ปี	3	9.67
16 - 20 ปี	4	12.90
20 ปีขึ้นไป	1	3.23
รวม	31	100.00

จากตาราง พบว่า ร้อยละ 32.26 ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาลนาน 1 - 5 ปี รองลงมาร้อยละ 25.81 อยู่ในโรงพยาบาลต่ำกว่า 1 ปี อย่างไรก็ตามก็ยังมีผู้ป่วยถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาลตั้งแต่ 6 ปีขึ้นไปถึงร้อยละ 41.93

ตาราง 13 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่จำหน่ายได้และไม่ได้ จำแนกตามลักษณะ
การจำหน่าย (n = 39)

ลักษณะการจำหน่าย	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. จำหน่ายได้	33	84.62
1.1 มีญาติดูแลสม่ำเสมอ (ที่ผ่านมาไม่พร้อมรับกลับ)	9	23.08
1.2 ญาติทอดทิ้ง	24	61.54
- จัดหาที่อยู่อาศัยให้ (อยู่วัด)	1	2.56
- ญาติยินยอมรับกลับหลังให้สุขภาพจิตศึกษา	5	12.82
- ส่งกลับให้ญาติหรือชุมชนดูแลต่อ	16	41.03
- ส่งเข้าสถานสงเคราะห์	2	5.13
2. จำหน่ายไม่ได้ (ผู้ป่วย 1 คนยังไม่พร้อมจำหน่าย)	6	15.38
2.1 มีญาติ	2	5.13
2.2 ไม่มีญาติ	4	10.25

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 84.62 จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้เป็น
กลุ่มที่ญาติทอดทิ้งถึงร้อยละ 61.54 และในกลุ่มที่ญาติทอดทิ้งเกือบครึ่งร้อยละ 41.03 ผู้ป่วยถูก
ส่งกลับให้ญาติหรือชุมชนดูแลต่อ

ตาราง 14 แสดงจำนวนและร้อยละของผู้ป่วยที่สามารถอยู่บ้านได้และกลับมารักษาซ้ำ จำแนกตาม
ระยะเวลา (n = 33)

ระยะเวลา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. ผู้ป่วยอยู่บ้านได้นาน 6 เดือนขึ้นไป (หลังจำหน่าย - มีนาคม 2550)	29	87.88
6 เดือนขึ้นไป - 9 เดือน	12	36.36
9 เดือนขึ้นไป - 12 เดือน	5	27.28
12 เดือนขึ้นไป - 18 เดือน	12	36.36
2. ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน - 8 เดือนหลังจำหน่าย	4	12.12
กลับมารักษาซ้ำภายใน 3 เดือน	1	3.03
กลับมารักษาซ้ำภายใน 5 เดือน	2	6.06
กลับมารักษาซ้ำภายใน 8 เดือน	1	3.03

จากตาราง พบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่ ร้อยละ 87.88 สามารถอยู่บ้านได้นาน 6 เดือนขึ้นไป และมีถึงร้อยละ 36.36 ผู้ป่วยสามารถอยู่บ้านได้นานตั้งแต่ 12 เดือน - 18 เดือน มีเพียงร้อยละ 12.12 ผู้ป่วยกลับมารักษาภายใน 3 เดือน - 8 เดือน

ตาราง 15 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยที่สัมผัสทางโทรศัพท์และตอบแบบสอบถาม
ผ่านทางจดหมายเกี่ยวกับความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน จำแนกตาม
ข้อมูลทั่วไป (n = 13)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	6	46.15
ชาย	7	53.85
2. อายุ		
20 - 29 ปี	1	7.69
30 - 39 ปี	1	7.69
40 - 49 ปี	3	23.08
50 - 59 ปี	7	53.85
60 ปีขึ้นไป	1	7.69
3. ความสัมพันธ์		
บิดา - มารดา	2	15.39
พี่น้อง	9	69.23
พี่เขย	1	7.69
เพื่อนบ้าน	1	7.69

จากตาราง พบว่า มากกว่าครึ่งร้อยละ 53.85 ร้อยละ 53.85 และร้อยละ 69.23 ญาติผู้ป่วย
เป็นเพศชาย มีอายุอยู่ในช่วง 50 - 59 ปี และมีความสัมพันธ์เป็นพี่น้องตามลำดับ

ตาราง 16 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และตอบแบบสอบถาม
ผ่านทางจดหมายเกี่ยวกับศักยภาพผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน จำแนกตามรายด้าน (n = 13)

ข้อความ	ศักยภาพผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน			
	ทำได้เอง	กระตุ้นถึง ยอมทำ	ไม่สนใจทำ เลย	ทำไม่ได้
1. ด้านการทำความสะอาดที่นอน	8 (61.54)	5 (38.46)	0	0
2. ด้านการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน	8 (61.54)	5 (38.46)	0	0
3. การซักเสื้อผ้า	7 (53.85)	5 (38.46)	0	1 (7.69)
4. การล้างถ้วยชาม	7 (53.85)	4 (30.77)	0	2 (15.38)
5. การอาบน้ำ สระผม ทำความ สะอาดร่างกาย	12 (92.31)	1 (7.69)	0	0
6. การพูดคุย ทักทายคนในครอบครัว	11 (84.62)	1 (7.69)	0	1 (7.69)
7. การร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน	7 (53.85)	2 (15.38)	2 (15.38)	2 (15.38)
8. การผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง พูดคุยกับคน อื่น ๆ ฯลฯ	11 (84.62)	0	1 (7.69)	1 (7.69)

จากตาราง พบว่า มากกว่าครึ่งถึงส่วนใหญ่ญาติแสดงความคิดเห็นในศักยภาพของผู้ป่วย
ขณะอยู่บ้านอยู่ในระดับ "ทำได้เอง"

ตาราง 17 แสดงจำนวนและร้อยละของญาติผู้ป่วยที่สัมภาษณ์ทางโทรศัพท์และตอบแบบสอบถามผ่านทางจดหมายเกี่ยวกับการรับประทานยา การมาพบแพทย์ตามนัดและความพึงพอใจต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ (n = 13)

ข้อความ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการรับประทานยา		
1. การจัดยา		
- จัดยากินเองโดยมีญาติคอยดูแล	6	46.15
- ญาติจัดให้	7	53.85
2. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยา		
- กินยาสม่ำเสมอ	12	92.31
- ลืมกินเป็นบางเวลา	1	7.69
- ต้องกระตุ้นจึงยอมกินยา	0	0.00
ด้านการมาพบแพทย์ตามนัด		
- ผู้ป่วยมาเองทุกครั้ง	2	15.38
- ผู้ป่วยมาเองบางครั้ง	0	0.00
- ญาติมาเอง	9	69.24
- ญาติมาแทนทุกครั้ง	1	7.69
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขติดต่อรับยาแทน	1	7.69
ความพึงพอใจต่อการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ		
- มากที่สุด	9	69.24
- มาก	4	30.73
- ปานกลาง	0	0.00
- น้อย	0	0.00

จากตาราง พบว่า มากกว่าครึ่งร้อยละ 53.85 ญาติจัดยาให้ผู้ป่วยและผู้ป่วยเกือบทั้งหมดร้อยละ 92.31 กินยาสม่ำเสมอ มากกว่าครึ่งร้อยละ 69.24 ญาติเป็นผู้มาเองในการพบแพทย์ตามนัด และมากกว่าครึ่งร้อยละ 69.24 ญาติพึงพอใจต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับ "มากที่สุด"

ความรู้สึกของญาติต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

จากการสัมภาษณ์ญาติผ่านทางโทรศัพท์ จำนวน 8 คน และการตอบแบบสอบถามผ่านทางจดหมาย 5 คน ไม่ตอบกลับ 2 คน รวมจำนวนทั้งหมด 13 คน ที่ญาติได้ให้ความร่วมมือในการแสดงความคิดเห็นต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยค่อนข้างทั้งหมดเป็นญาติที่ผ่านการอบรมสุขภาพจิตศึกษา ได้วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ญาติรู้สึกผู้ป่วยเหมือนคนปกติไม่เป็นภาระ

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีอาการทางจิตสงบ มีศักยภาพเพิ่มขึ้นหลังได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อจำหน่ายกลับไปอยู่ในครอบครัวและชุมชน ญาติรู้สึกว่าผู้ป่วยไม่เป็นภาระ ดำรงชีวิตได้เหมือนคนปกติ ดังคำกล่าวของญาติ

"รับผิดชอบกิจวัตรประจำวันได้ดี ไม่เป็นภาระ ญาติสามารถพึ่งพาอาศัยได้"

"ผู้ป่วยสามารถดูแลและทำกิจวัตรประจำวันได้ดีมาก อาบน้ำฟอกสบู่ได้เหมาะสม สะอาด สะอาดเรียบร้อย แต่งกายเหมาะสม ให้ความร่วมมือกับพ่อแม่ดีในการทำกิจวัตรประจำวัน"

"รู้จักทำความสะอาด ซักเสื้อผ้า เก็บที่นอน หมอนมุ้งเอง โดยไม่ต้องบอก"

"ผู้ป่วยทำกิจวัตรประจำวันได้เอง เป็นเหมือนคนปกติ"

2. ญาติรู้สึกพึงพอใจผู้ป่วยช่วยเหลืองานบ้านได้

เมื่อผู้ป่วยจำหน่ายกลับไปอยู่บ้านสามารถช่วยเหลืองานภายในครอบครัวได้ บางรายไม่ต้องบอกหรือกระตุ้น แต่บางรายต้องได้บอกและกระตุ้นเป็นบางครั้ง ญาติรู้สึกดีใจและพึงพอใจ ญาติบางรายไม่คาดหวังอะไรมาช่วยงานได้บ้างก็พอใจแล้ว ผู้ป่วยบางรายสามารถหารายได้ให้ครอบครัวดังคำกล่าวของญาติ

"รับผิดชอบงานดี รู้จักช่วยงาน เช่น สืข้าว ล้างห้องน้ำ เก็บที่นอนให้เรียบร้อย เก็บผัก ทำกับข้าว ปลูกข้าว ตะไคร้ ช่วยประกอบอาหาร และปรุงอาหาร ทำอาหารให้แม่กับพี่สาวกินได้ บางครั้งก็ออกไปงานเพื่อนบ้านเวลามีงานบวช ช่วยกางเต็นท์จัดโต๊ะเก้าอี้"

"ช่วยพ่อแม่ดูแลบ้าน ขณะที่พ่อแม่ไปทำงาน ช่วยปิดกวาดลูกบ้านได้ ล้างถ้วยชาม ปั่นน้ำใส่ตุ่มไว้รอ รดน้ำต้นไม้ ทำงานตามพ่อแม่มอบหมายได้ดี ลูกชายอยากออกไปหางานทำเพราะอยู่บ้านนาน ๆ รู้สึกเบื่อ"

"ทำงานได้ เช่น ล้างจาน ซักผ้า กวาดใบไม้บริเวณบ้าน แต่บางครั้งต้องบอกให้ทำ"

"ทำงานบ้านได้ดี แต่ไม่คาดหวังอะไรมา ช่วยถางหญ้ารอบบ้าน ทำได้แก้นี้ก็ดีแล้ว"

"ช่วยทำงานบ้านได้ดี ดูแลบ้านได้ดี โดยไม่ต้องบอกหรือกระตุ้น ช่วยทำงานชุดสระปลูกผักได้ ช่วยหารายได้ให้ครอบครัว"

3. ญาติรู้สึกพึงพอใจในอาการของผู้ป่วย

ญาติรู้สึกพึงพอใจอาการของผู้ป่วย สามารถแนะนำสั่งสอนได้ และผู้ป่วยเชื่อฟัง ไม่หงุดหงิดง่าย รู้จักการรอคอย มีความรับผิดชอบ รับประทานยาอย่างต่อเนื่องและอยู่บ้านได้นานขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยบางรายมีอาการจากผลข้างเคียงของยาแต่ญาติก็เข้าใจดี สามารถดูแลผู้ป่วยได้ ดังคำกล่าวของญาติ

"ดีใจที่บอกได้ อาการดีบอกกินยาก็กิน เชื่อฟัง บอกได้สอนได้ บอกให้ทำอะไรก็ฟัง บอกให้กลับบ้านก็กลับ ภูมิใจที่ให้ลูกอยู่บ้านได้ เวลาไปข้างนอกรู้จักขออนุญาต กลับมาก็รู้จักบอกกลับมาแล้ว"

"รู้จักอยากหาหมอเมื่อไม่สบาย รู้จักถามกินยาตรงเวลา ดีใจกับผู้ป่วยที่อาการดีขึ้นมาก ขณะรออยู่โรงพยาบาลรอนาน ไม่บ่น อยู่ได้ ตามปกติถ้าอาการไม่ดี รอนานจะเดินหนี ครั้งนี้นานเท่าไรก็รอได้ ไม่หวั่นแล้วก็พามาหาหมอตตามนัด"

"รู้สึกว่าการผู้ป่วยดีขึ้นมาก และอยู่บ้านได้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งเมื่อก่อนอยู่บ้านได้ 5 - 6 วันก็ต้องกลับเข้าไปหาหมอในโรงพยาบาลอีก แต่ครั้งนี้อยู่ได้นาน ผู้ป่วยมีความรับผิดชอบตนเองได้ดี กินยาได้สม่ำเสมอ ไม่แอบทิ้งยา คิดว่าอาหารดีขึ้นถึง 95 เปอร์เซ็นต์"

"อยู่กับพ่อได้เป็นปกติดี มีน้ำลายมากแต่ก็รับได้ รู้ว่าเกิดจากยา รู้สึกรับได้ ดูแลได้ กินยาได้อย่างสม่ำเสมอ"

4. ญาติรู้สึกได้รับความรู้และมีทักษะสามารถนำความรู้ไปดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน และแนะนำคนอื่น

ญาติทุกรายที่ผ่านการอบรมสุขภาพจิตศึกษา รู้สึกว่าได้รับความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปแนะนำคนอื่นได้ อยากให้มีการอบรมเช่นนี้ตลอดไป เพื่อให้ผู้ป่วยคนอื่นได้รับการดูแลอย่างถูกต้อง ดังคำกล่าวของญาติ

"อยากให้มีการอบรมนี้ต่อ ได้ความรู้ และแนวทางในการดูแลผู้ป่วย ญาติสามารถนำความรู้ที่ได้ไปแนะนำคนอื่น ๆ ชาวบ้านที่ป่วยเป็นโรคทางจิตได้"

"ได้ความรู้ และนำความรู้ไปส่งต่อญาติที่บ้านในการดูแลผู้ป่วย อยากให้มีการอบรมนี้ต่อเป็นโครงการที่ดี"

"ภูมิใจที่สามารถนำความรู้มาดูแลลูกได้...อบรมอย่างดีให้กับญาติ"

"โครงการนี้ดีมากเลย เพราะญาติสามารถนำเอาความรู้แนวทางไปดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้านได้ อยากให้มีต่อไปมากที่สุดเลย เพื่อให้คนอื่นดีเหมือนลูกผม"

5. ญาติได้ปรับเปลี่ยนเจตคติในเชิงบวก

เพื่อญาติได้รับการอบรมทำให้ได้เข้าใจผู้ป่วยมากขึ้นในเรื่องของอาการเจ็บป่วย อารมณ์ของผู้ป่วย ผลข้างเคียงจากยา ทำให้สมาชิกของครอบครัวมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น มีแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล ญาติรู้จักกระตุ้นหากิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ ไม่คุดำรงเช่นที่ผ่านมาไม่คิดว่าผู้ป่วยเป็นภาระ ดังคำกล่าวของญาติ

"ทำให้เราเข้าใจในคนไข้ เข้าใจอาการผู้ป่วย และผลข้างเคียงของยา รู้จักหมด ขอบเขตที่ทางตอนดูแลให้ความรู้ไม่เช่นนั้นก็มีแต่คำผู้ป่วย รู้สึกสบายใจ"

"เมื่อก่อนญาติไม่ทำให้ผู้ป่วยทำงานให้ออนพักผ่อนอย่างเดียว แต่เดี๋ยวนี้หลังจากกลับจากคณคู ผู้ป่วยรู้จักช่วยทำงาน"

"เป็นกิจกรรมที่ทำให้พ่อแม่และลูกได้พบกันคุยกันตลอด"

"บางครั้งต้องพาผู้ป่วยมาเจาะเลือดที่โรงพยาบาล ไม่เป็นภาระรู้สึกเป็นผลดีเหมือนพาผู้ป่วยมาเปิดหูเปิดตา"

4.1.8 ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ

ตาราง 18 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษา สำหรับญาติในระยะที่ 1 ด้วย Paired - t test (n = 12)

ญาติผู้ป่วย	จำนวน (ครอบครัว)	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา	12	9.92	3.06	-7.58	<0.05
หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา	12	16.42	1.38		

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 19 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการได้รับสุขภาพจิตศึกษา สำหรับญาติใน
ระยะที่ 2 ด้วย Paired - t test (n = 15)

ญาติผู้ป่วย	จำนวน (ครอบครัว)	$\bar{X}$	SD	t	p
ก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา	15	10.27	2.87	-8.14	<0.05
หลังได้รับสุขภาพจิตศึกษา	15	16.27	1.49		

จากตาราง พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับ
สุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2 การอภิปรายผล

การอภิปรายผลขอนำเสนอตามลำดับดังนี้

4.2.1 การพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

4.2.2 ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4.2.3 ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย

4.2.1 การพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2548 – 2549 หอผู้ป่วยคอนคูน ศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพคอนคูนได้มีการพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่ชัดเจนขึ้น เนื่องจากบุคลากรมีการทำงานเป็นทีมกันมากขึ้น มีแนวทางในการปฏิบัติงาน ทำให้ช่วยลดความคับข้องใจและความสงสัยในการทำงาน ส่งผลให้บุคลากรทุกคนสามารถปฏิบัติงานได้เต็มศักยภาพของแต่ละคน และเกิดความภาคภูมิใจในผลงาน สืบเนื่องจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเป็นไปในทางสร้างสรรค์ ผู้ป่วยมีการพัฒนาตนเองสามารถพึ่งพาตนเองได้ ทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้เช่นเดียวกับคนปกติหรือใกล้เคียงคนปกติ สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในชุมชนและครอบครัวได้ ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นเหล่านี้ดังที่ปรากฏในผลการวิจัย คณะผู้วิจัยอาศัยแนวคิดและทฤษฎีหลายอย่างมาผสมผสานในการพัฒนาระบบงาน อาทิเช่น การฝึกทักษะทางสังคม (social skill training) โดยการฝึกทักษะ 6 ด้านให้เหมาะสมกับบริบทชีวิตจริงของผู้ป่วย ซึ่งการฝึกทักษะทางสังคมช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น (Lieberman et al. 2005) สามารถอยู่ในชุมชนได้และมีทักษะทางสังคมดีขึ้น (Heinseen, Liberman & Kopelowicz, 2000 อ้างในสมพร รุ่งเรืองกลกิจ, 2546) อีกทั้งการเตรียมญาติให้มีความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วย หากผู้ป่วยไม่มีญาติมีการเตรียมแกนนำชุมชนและองค์กรที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ซึ่งเป็นการวางระบบงานการฟื้นฟูสมรรถภาพครบวงจร ด้วยเหตุนี้ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของหอผู้ป่วยคอนคูนสามารถจำหน่ายกลับไปอยู่ในชุมชนกับครอบครัวหรือองค์กรในชุมชนได้ ส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากแนวคิดการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ ดังที่ Strachan (1986 อ้างถึงในยาใจ สิทธิมงคล, 2542) ได้สรุปความสำเร็จอันคงามของการบริการวิธีนี้มีปัจจัยมาจาก 1) ผู้สอนญาติแสดงเป้าหมายที่ชัดเจนมุ่งประเด็นให้ความรู้ ความเข้าใจแก่ครอบครัวแต่เพียงอย่างเดียว 2) ผู้สอนไม่นำเอาวิธีการของจิตวิเคราะห์เข้ามาวิเคราะห์ครอบครัวของผู้ป่วย และ 3) ผู้สอนและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วย ได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมาก นอกจากนี้ยังใช้แนวคิดการจัดการเงื่อนไขผลกระทบ (Contingency Management) พัฒนามาจากแนวคิดของทฤษฎีการเรียนรู้การวาง

เงื่อนไขแบบการกระทำของ B.F. skinner เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ โดยการเสริมแรงทางบวก ดังที่ Skinner (1938 อ้างใน สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต, 2543) ได้ให้ความหมายของการเสริมแรงทางบวกเอาไว้ว่าเป็นการเพิ่มความถี่ของการเกิดพฤติกรรมอันเป็นผลมาจากผลกรรมที่ตามหลังพฤติกรรมนั้น ซึ่งผลกรรมนั้นเรียกว่าตัวเสริมแรงทางบวก ครอบคลุมเฉพาะพฤติกรรมที่เกิดการเรียนรู้ใหม่เท่านั้น ประเภทของตัวเสริมแรงแบ่งออกได้ 5 ประเภทคือ 1) ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของ 2) ตัวเสริมแรงทางสังคม 3) ตัวเสริมแรงที่เป็นกิจกรรม 4) ตัวเสริมแรงที่เป็นเบียร์รอกเกอร์ และ 5) ตัวเสริมแรงภายใน จากการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นสิ่งของเนื่องจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่หอผู้ป่วยค่อนข้างส่วนใหญ่ถูกญาติทอดทิ้งจึงขาดแคลนไม่มีเงินใช้ ผู้วิจัยจึงจัดหาพวกขนม สิ่งของมาให้เป็นรางวัล ใช้ตัวเสริมแรงทางสังคมซึ่งมีอยู่ในสภาพแวดล้อมตามธรรมชาติ เช่น การชมเชย การยกย่อง การยิ้ม การเข้าใกล้ หรือการแตะตัว เป็นต้น และใช้ตัวเสริมแรงที่เป็นเบียร์รอกเกอร์ (Token Reinforcer) เบียร์รอกเกอร์ (Token Economy) ที่ใช้เป็นเหรียญคล้ายเงินและดาวมีค่าคะแนน

จากการวิจัยเมื่อผู้ป่วยมีการทำกิจกรรม 3 อย่างคือ 1) กิจกรรมงานบ้าน 2) ความร่วมมือในการเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด และ 3) การฝึกงานเกษตรกรรมบำบัด มีการตกลงให้ดาว ซึ่งดาวมีค่าคะแนน ตั้งแต่ 1 คะแนนถึง 4 คะแนน และสะสมคะแนนไว้โดยติดประกาศที่บอร์ดให้ทุกคนรับทราบ และประกาศให้รางวัลในกลุ่มประชุมปรึกษา ซึ่งพบบรรยากาศการลุ้นรางวัลและสภาพความภาคภูมิใจของผู้ป่วยที่ได้รับรางวัลลำดับที่ 1 ถึงรางวัลที่ 3 มีการกล่าวชมเชย ยกย่อง และเพื่อน ๆ ประทับมือให้ ส่วนผู้ป่วยคนอื่นๆที่ไม่ติดลำดับรางวัล เพื่อให้ผู้ป่วยมีขวัญและกำลังใจในการพัฒนาตนเองเหมือนคนที่ได้รางวัล ผู้วิจัยได้ให้รางวัลเช่นกันแต่มีมูลค่าน้อยกว่าและพูดกระตุ้นให้พัฒนาตนเองต่อไป เพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมา มีการให้เบียร์รอกเกอร์เป็นเหรียญคล้ายเงินมีมูลค่า 1 บาท เมื่อผู้ป่วยลงฝึกงานเกษตรกรรมบำบัดได้รับ 1 เหรียญต่อครั้ง อีกทั้งการเสริมแรงทางบวกซึ่งทีมบุคลากรฟื้นฟูสมรรถภาพทราบด้วย ผู้ป่วยทุกคนมีความประสงค์ต้องการไปทัศนศึกษานอกสถานที่และการจ่ายตลาด ดังนั้น ทีมการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ใช้กิจกรรมดังกล่าวกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เมื่อพบผู้ป่วยคนใดแสดงพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจะเตือนและแนะนำให้ปรับปรุงพฤติกรรมให้เหมาะสม ผลพบว่า ผู้ป่วยมีความพยายามปรับปรุงพฤติกรรมของตนให้ดีขึ้น ส่งผลให้สภาพที่อยู่อาศัยในหอผู้ป่วยสะอาด มีความเป็นระเบียบทุกคนมีงานในหน้าที่รับผิดชอบและร่วมมือกันดีในการพัฒนาสิ่งแวดล้อมภายในหอผู้ป่วยและเมื่อออกนอกสถานที่ผู้ป่วยทุกคน สามารถแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมในชุมชนได้

นอกจากนี้ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิดการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัดมาใช้ในการพัฒนาระบบบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เริ่มตั้งแต่มีการปรับโครงสร้างสภาพแวดล้อมทาง

ภายภาคนี้มีห้องกลุ่มกิจกรรมบำบัด มีห้องนอนผู้ป่วยเป็นสัดส่วน ห้องอาหาร ห้องพักผ่อน ห้อง
 โถงนั่งเล่น บริเวณออกกำลังกาย ห้องทำงานต่าง ๆ ของบุคลากรมีป้ายชี้บ่งให้ผู้ป่วยทราบ ซึ่ง
 ก่อนการวิจัยผู้ป่วยเดินเพ่นพ่านเข้าออกห้องทำงานของบุคลากร จึงมีการวางกฎระเบียบและ
 นโยบายของหอผู้ป่วยใหม่ เมื่อผู้ป่วยมีความจำเป็นต้องเดินผ่านห้องทำงานของเจ้าหน้าที่ให้รู้จักขอ
 อนุญาตก่อน ซึ่งผู้ป่วยให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีและปฏิบัติตามติดเป็นนิสัย มีตารางกลุ่ม
 กิจกรรมบำบัด ตารางการปฏิบัติงานของบุคลากรและผู้ป่วย มีแผนผังโครงสร้างสายบังคับบัญชา
 ให้ผู้ป่วยได้รู้จักบุคลากร กิจกรรมทุกอย่างมีการกำหนดวัน เวลาที่ชัดเจนและแน่นอนและมีการ
 ทำงานร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อช่วยกันฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย บริเวณรอบหอผู้ป่วยเป็นพื้นที่เปิด
 ไม่มีรั้ว พื้นที่หลังหอผู้ป่วยใช้ประโยชน์ในการทำแปลงผักให้ผู้ป่วยดูแลรดน้ำและขายผักเพื่อฝึกให้
 รู้จักหารายได้ บุคลากรสนับสนุนให้ผู้ป่วยทุกคนได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมทุกอย่างภายในหอ
 ผู้ป่วย ให้โอกาสในการแสดงความคิดเห็นถึงปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ในการอยู่ร่วมกันภายใน
 บ้าน ช่วงแรกในการทำกลุ่มประชุมปรึกษา ผู้ป่วยทุกคนเงียบไม่ร่วมแสดงความคิดเห็นอะไรเลย
 ต่อมาเริ่มรู้จักพูดระบายถึงปัญหาในการทำงานร่วมกับเพื่อน กล้าแสดงความคิดเห็นถึงปัญหา
 ภายในบ้านที่เพื่อน ๆ ทำผิดกฎระเบียบ เมื่อบุคลากรทุกคนได้แสดงให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความจริงใจ
 และความตั้งใจในการพัฒนาระบบงานเพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ดีกินดี ภายได้สัมผัสภาพที่ดีต่อกัน ผู้ป่วย
 จึงตอบสนองด้วยการให้ความร่วมมือและมีส่วนร่วมในกิจกรรมมากขึ้น และมีการใช้กลุ่มควบคุม
 กันเอง ตลอดจนการผูกมัดเมื่อผู้ป่วยควบคุมตนเองไม่ได้ อีกทั้งการสนับสนุนผู้ป่วยให้ได้รับ
 ข่าวสารทุกวันอังคารและวันพฤหัสบดี นอกจากนี้บุคลากรมีความพยายามติดต่อญาติให้เข้ามา
 ร่วมส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโดยการสนับสนุนให้ความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจแก่
 ญาติเพื่อให้ญาติสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลได้ สุดท้ายการเคารพใน
 ศักดิ์ศรีของความเป็นคนของผู้ป่วยโดยการให้เกียรติ ให้เลือกทำงานตามความสนใจและตาม
 ศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละคน ปฏิบัติต่อผู้ป่วยทุกคนด้วยความเท่าเทียมกัน เพื่อให้ผู้ป่วยทุกคนได้
 พัฒนาตนเองเรียนรู้การมีทักษะต่าง ๆ เพื่อความสามารถในการดำเนินชีวิตร่วมกับผู้อื่น ครอบครัว
 และชุมชนได้อย่างเหมาะสมตามศักยภาพของแต่ละบุคคล ดังแนวคิดของ Gunderson (1983 อ้าง
 ถึงในมัลลิทา พูนสวัสดิ์, 2545) ได้กล่าวถึงองค์ประกอบสิ่งแวดล้อมบำบัด 5 ด้านคือ 1)
 โครงสร้าง เป็นการจัดการเวลา สถานที่และกิจกรรมตามสภาพแวดล้อมของผู้ป่วยแต่ละบุคคล
 รวมทั้งสี แสง เฟอร์นิเจอร์ เครื่องเรือน โปรแกรมการทำงาน และนโยบายของหน่วยงาน
 องค์กรใดก็ตามในเรื่องการแต่งกายด้วยชุดปกติเมื่อทำกิจกรรมนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับ
 การสนับสนุนให้รัดผ้าเองและใส่ชุดปกติ ส่วนขณะอยู่ภายในหอผู้ป่วยยังคงแต่งชุดโรงพยาบาล
 เนื่องจากการพัฒนาระบบงานมีการเปลี่ยนแปลงระบบหลายอย่างด้วยเวลาจำกัด จึงยังไม่ได้

ดำเนินการพัฒนาเรื่องการเปลี่ยนแปลงชุดเสื้อผ้าของผู้ป่วย 2) การมีส่วนร่วม เป็นการสนับสนุนผู้ป่วยให้มีปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนผู้ป่วย ผู้ป่วยกับบุคลากรและทีมบุคลากรด้วยกัน ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ ให้ได้ระบายแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างอิสระ มีการจัดกลุ่มชุมชนบำบัดเพื่อปรึกษาหารือถึงแนวทางการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในหอผู้ป่วย 3) การจำกัดขอบเขต เป็นการสนับสนุนสวัสดิภาพทางกายภาพให้กับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยสับสน วุ่นวาย ไม่แน่ใจ จึงต้องรักษาบรรยากาศของสิ่งแวดล้อมเพื่อการบำบัด ช่วยให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในการดำรงอยู่ในสภาพแวดล้อมขณะนั้น 4) การสนับสนุน เป็นการช่วยเหลือประทับใจในการปรับระดับระดับความรู้สึกรู้สึกกังวลของผู้ป่วยให้รู้สึกเชื่อมั่นในตนเอง ไว้วางใจในการบำบัดรักษาที่ผู้ป่วยได้รับ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถมีส่วนร่วมในการบำบัดรักษา และช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่าในตนเองโดยบุคลากรเอาใจใส่ใกล้ชิด ให้กำลังใจ ไว้วางใจต่อผู้ป่วยในกิจกรรมทุกอย่างที่จัดให้ผู้ป่วย และ 5) การเคารพศักดิ์ศรีของบุคคล เป็นการแสดงออกของบุคลากรในการยอมรับความเป็นบุคคลของผู้ป่วยแต่ละคน ให้บริการเสมอภาคและเท่าเทียมกันในแต่ละบุคคล

4.2.2 ผลการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ

จากการประเมินผลการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระยะที่ 1 ช่วงเดือนมกราคม 2548 ถึงเดือนมิถุนายน 2548 และในระยะที่ 2 ช่วงเดือนตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549 ผลพบว่าผู้ป่วยมีการปรับระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสูงขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยบางรายยังคงอยู่ในระดับเดิม อย่างไรก็ตามเมื่อมีการประเมินผลอีกครั้งในระยะที่ 2 พบว่ามีการปรับระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับสูงขึ้น เมื่อมีการฝึกทักษะทางสังคมด้วยทักษะ 6 ด้าน พบว่าทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้านและคะแนนรวมเฉลี่ย และคะแนนเฉลี่ยสูงสุดก่อนและหลังการวิจัยทั้ง 2 ระยะคือทักษะการดูแลตนเอง ซึ่งเป็นทักษะที่ได้รับการฝึกในชีวิตประจำวันทุกวันอยู่แล้ว สอดคล้องกับการศึกษาของรักสุดา กิจอรุณชัย (2545) ได้ศึกษาการประเมินผลโครงการ ฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญาในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง สอดคล้องกับการศึกษาของพวงเพ็ญ เจริญปัญญารักษ์และคณะ (2542) สำรวจพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวชก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่าพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองด้านการดูแลความสะอาดอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านอื่นๆ อยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของเดือนดา วิโรจน์อุไรเรืองและดารณี ชัยสิทธิพร (2547) ได้ศึกษาผลการปรุงแต่งพฤติกรรมผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ภายหลังให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อม

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อมผู้ป่วยในเงื่อนไขให้โปรแกรมจัดสิ่งแวดล้อม มีพฤติกรรมแตกต่างกับพฤติกรรมของผู้ป่วยในเงื่อนไขควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาขององค์ ธรรมโรจน์และคณะ (2542) ได้ศึกษาการใช้รูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเภทได้ทดลองใช้รูปแบบการฟื้นฟู 3 รูปแบบคือ รูปแบบที่ 1 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาชีพ รูปแบบที่ 2 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านการดูแลตนเอง และรูปแบบที่ 3 การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอาการเจ็บป่วยทางจิต ผลพบว่า ทักษะการดำเนินชีวิตและทักษะทางสังคมในทั้ง 3 รูปแบบมีคะแนนเพิ่มขึ้นและมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมีระดับ 0.05 และสอดคล้องกับการศึกษาของ Chien et al (2003) ได้ศึกษาถึงผลของการฝึกทักษะการสนทนาและทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมต่อทักษะทางสังคมของผู้ป่วยจิตเภท ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยทักษะสนทนาและทักษะการกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และสูงกว่ากลุ่มควบคุมในขณะทดลอง หลังทดลองและระยะติดตาม ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความเสื่อมในด้านต่าง ๆ มิได้หมายความว่าผู้ป่วยจะไม่สามารถเรียนรู้ต่อสิ่งต่าง ๆ เมื่อผู้ป่วยมีอาการทางจิตสงบสามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยจิตเภทสามารถนำเอาศักยภาพของตนเองที่ยังหลงเหลืออยู่ออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ในการดูแลตนเอง มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดำรงชีวิตในแง่ไม่พึงประสงค์ให้ลดลงได้ (จิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2541) มีนักวิจัยหลายท่านได้ทำการศึกษาโดยการฝึกทักษะทางสังคมแก่ผู้ป่วย ผลพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทสามารถเรียนรู้ในการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมคือมีความวิตกกังวลลดลง มีพฤติกรรมกล้าแสดงออกอย่างเหมาะสมเพิ่มขึ้น (Armstrong, 1993 อ้างในจิรารัตน์ พิมพ์ดีด, 2542) จากการศึกษาข้างต้นแสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและผู้ป่วยจิตเวชสามารถเรียนรู้และมีพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น บุคคลเกิดการเรียนรู้ในสิ่งใดสิ่งหนึ่งหรือยัง เราสามารถรู้ได้ก็โดยการสังเกตพฤติกรรมจากทำไม่เป็น ไม่เข้าใจ ไม่รู้ ทำไม่ดี กลายมาทำเป็น เข้าใจ รู้ ทำดีขึ้นเรื่อยๆ เป็นสาเหตุเนื่องมาจากการประสบการณ์จากการฝึก ถือได้ว่าบุคคลนั้นๆ ได้เกิดการเรียนรู้ขึ้นแล้ว การเรียนรู้เกิดได้ง่าย ถ้าสิ่งที่เรียนเป็นสิ่งที่มีความหมายต่อผู้เรียนคือผู้เรียนต้องการจะเรียน หรือสนใจจะเรียนเหมาะสมกับวัยและวุฒิภาวะของผู้เรียนและเกิดประโยชน์ต่อผู้เรียน ย่อมทำให้เกิดการเรียนรู้ได้ดีกว่า การเรียนรู้จะบังเกิดผลดี เมื่อผู้เรียนมีความมุ่งหมาย มีความต้องการ มีความสนใจ และได้ลงมือกระทำด้วยตนเอง (กันยา สุวรรณแสง, 2542)

เมื่อผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังได้รับการเตรียมพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยเหล่านี้ถึงร้อยละ 84.62 สามารถจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลได้ทั้งที่ถูกญาติทอดทิ้งตั้งแต่ 6 ปี ขึ้นไปถึงร้อยละ 41.93 และร้อยละ 32.26 ผู้ป่วยถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาลนาน 1-5 ปี จากการสัมภาษณ์

ญาติทางโทรศัพท์และการตอบแบบสอบถามของญาติผ่านทางจดหมายเกี่ยวกับความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน พบว่ามากกว่าครึ่งถึงส่วนใหญ่ญาติแสดงความคิดเห็นในศักยภาพของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านอยู่ในระดับ “ทำได้เอง” ญาติรู้สึกผู้ป่วยเหมือนคนปกติ ไม่เป็นภาระช่วยเหลืองานบ้านได้ ญาติพึงพอใจในอาการของผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของ Liberman et al (1986) ได้ติดตามผู้ป่วยจิตเภทหลังได้รับการฝึกทักษะทางสังคม เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาลได้ 2 ปี พบว่าผู้ป่วยทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีกว่ากลุ่มควบคุม เมื่อกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลใช้เวลาอยู่โรงพยาบาลน้อยกว่า และมีอาการกำเริบน้อยกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของสุวิมล สมัตตะ และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย (2542) ได้ศึกษาความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวชก่อนและหลังการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านพบว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช ภายหลังที่ได้รับการดูแลโดยใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านสูงกว่าก่อนได้รับการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4.2.3 ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติต่อการกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วย

จากการฝึกทักษะทางสังคมกับผู้ป่วย แม้ไม่มีผลโดยตรงต่อการป้องกันอาการกำเริบ ไม่มีผลต่อกลุ่มอาการด้านบวกและกลุ่มอาการด้านลบ (Bellack et al, 2004) แต่จากการศึกษาของนักวิจัยหลายท่านเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มไม่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมหรือกลุ่มไม่ได้รับโปรแกรมต่าง ๆ พบว่าผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการฝึกทักษะทางสังคมหรือโปรแกรมต่าง ๆ มีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่า มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีกว่า มีอาการกำเริบน้อยกว่า อัตราการกลับมารักษาซ้ำน้อยกว่า เมื่อกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลมีวันนอนน้อยกว่า และมีความสามารถอาศัยอยู่ในชุมชนเพิ่มขึ้น (สุวิมล สมัตตะ และอรพรรณ ลือบุญรัชชัย, 2542 ; Liberman et al, 1986 ; Beebe, 2001)

ผลการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติทั้งในระยะที่ 1 และระยะที่ 2 ผลสอดคล้องกัน กล่าวคือ คะแนนเฉลี่ยหลังได้รับการสอนสุขภาพจิตศึกษาสูงกว่าก่อนได้รับสุขภาพจิตศึกษา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากการสัมภาษณ์ญาติทางโทรศัพท์และการตอบแบบสอบถามผ่านทางจดหมาย ญาติรู้สึกได้รับความรู้ และมีทักษะสามารถนำความรู้ไปดูแลผู้ป่วยขณะอยู่บ้านอีกทั้งสามารถแนะนำคนอื่นได้ และที่สำคัญญาติได้ปรับเปลี่ยนเจตคติในเชิงบวกต่อผู้ป่วยเข้าใจการเจ็บป่วยของผู้ป่วยมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยมากขึ้น รู้จักกระตุ้นหากิจกรรม

ให้ผู้ป่วยทำและมีแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล ผลลัพธ์ที่ตามมาพบว่า ร้อยละ 87.88 ผู้ป่วยอยู่บ้านได้นาน 6 เดือนขึ้นไปถึง 18 เดือน (หลังจำหน่าย - มีนาคม 2550) พบเพียงร้อยละ 12.12 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 3-8 เดือนหลังจำหน่าย สอดคล้องกับหลายการศึกษาแสดงให้เห็นถึงอัตราของอาการกำเริบ และการกลับเข้ารับรักษาซ้ำของผู้ป่วยในกลุ่มญาติที่ได้รับสุขภาพจิตศึกษา และการฝึกทักษะน้อยกว่ากลุ่มญาติที่ได้รับการรักษาตามปกติอย่างมีนัยสำคัญ (Goldstein et al 1978 ; Fallon et al 1982, 1985 ; Hogarty & Anderson 1986 ; Tarrier et al 1988 cited by Craig, 2003) และสอดคล้องกับการศึกษาของ Parker & Hadzi - Pavlovic (1990 อ้างถึงในยาใจ สัทธิมงคล, 2542) ได้ศึกษาผู้ป่วยที่ครอบครัวไม่ได้รับความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ไม่ได้ฝึกทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย มีอัตราการกลับเป็นซ้ำสูงกว่าถึง 4 เท่า เมื่อเทียบกับอัตราการกลับเป็นซ้ำของผู้ป่วยที่ครอบครัวได้รับความรู้และทักษะในการติดต่อสื่อสารกับผู้ป่วย ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จในการให้สุขภาพจิตศึกษา เนื่องจากผู้รักษาแสดงถึงเป้าหมายที่ชัดเจนมุ่งให้ความรู้ความเข้าใจแก่ครอบครัวเพียงอย่างเดียว โดยไม่ได้มีการนำเอาวิธีจิตวิเคราะห์เข้ามาวิเคราะห์ครอบครัวของผู้ป่วย ผู้รักษาและสมาชิกในครอบครัวของผู้ป่วยมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันมาก (strachan, 1986 อ้างถึงในยาใจ สัทธิมงคล, 2542)

อย่างไรก็ดีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายในการศึกษครั้งนี้ทุกคนได้รับการบำบัดด้วยยาควบคู่กับการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม อีกทั้งผู้ป่วยที่มีญาติ ญาติยังได้รับการเตรียมพร้อมในการให้สุขภาพจิตศึกษา ส่วนผู้ป่วยไม่มีญาติมีการให้ความรู้ในการดูแลผู้ป่วยแก่แกนนำชุมชนหรือผู้ที่เกี่ยวข้องเช่นกัน ซึ่งจากการศึกษาของ Perry, Moore & Braff (1995) พบว่าผู้ป่วยจิตเภทชายมีคะแนนความเลื่อมมากกว่าผู้ป่วยหญิง และผู้ป่วยหญิงมีการทำหน้าที่ทางสังคมดีกว่าผู้ป่วยชาย และจากการศึกษาของ Marder et al (1996) พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญระหว่างการรักษาด้วยจิตสังคมควบคู่กับการรักษาด้วยยา ฉะนั้นแม้ผู้ป่วยได้รับการฝึกทักษะต่างๆ และญาติได้รับการเตรียมความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย จึงมีความจำเป็นที่ต้องบำบัดควบคู่กับยาต้านโรคจิต เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตในชุมชนได้เป็นเวลานาน ไม่มีอาการกำเริบบ่อยและป้องกันการกลับมารักษาซ้ำ อันส่งผลต่อความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในชุมชนได้ มีความสามารถในการทำงานตามศักยภาพของแต่ละบุคคล มีพฤติกรรมแสดงออกที่เหมาะสม และมีทักษะทางสังคมดีขึ้น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย และผลลัพธ์จากการพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในด้านการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยและการกลับมาใช้ชีวิต เริ่มดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2547 มีการวิเคราะห์สถานการณ์บริบทของหอผู้ป่วยคอนคูล์ ลงมือปฏิบัติการในการแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่พบ และประเมินผลไปพร้อม ๆ กัน เก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะกล่าวคือระยะที่ 1 ช่วงเดือนมกราคม 2548 – มิถุนายน 2548 กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายจำนวน 35 ราย ญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 ครอบครัว และสัมภาษณ์ผู้ป่วยพร้อมบุคลากรหอผู้ป่วยคอนคูล์ ในช่วงเดือนมิถุนายน 2548 ประกอบด้วยผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง จำนวน 3 คน พยาบาลเทคนิคจำนวน 3 คน และผู้ช่วยเหลือคนไข้จำนวน 3 คน ระยะที่ 2 ช่วงเดือนตุลาคม 2548 – เดือนกันยายน 2549 กลุ่มเป้าหมายคือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายจำนวน 40 ราย ญาติใกล้ชิดที่ดูแลผู้ป่วยจำนวน 15 ครอบครัว และติดตามประเมินผลหลังผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย 6 ส่วน คือ 1) แบบประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยคอนคูล์ 2) แบบประเมินความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) แนวทางการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคลากรหอผู้ป่วยคอนคูล์เกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ 4) แนวทางการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ก่อนและหลังพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ 5) แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่และความพึงพอใจ และ 6) แบบสอบถามความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ Paired – t test Wilcoxon Matched Paired Signed Rank test และวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า ในระยะที่ 1 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายร้อยละ 37.14 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 28.57 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี ร้อยละ 42.86 อยู่โรงพยาบาลนาน 1 – 5 ปี

และร้อยละ 48.57 มีญาติแต่ไม่มาดูแล มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ย กลุ่มที่ปรับจากระดับ 2 เป็น 3 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่คงอยู่ระดับ 3 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่ปรับจากระดับ 3 เป็น 4 กลุ่มคงที่ระดับ 4 และกลุ่มปรับจากระดับ 4 เป็น 5 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะทั้ง 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มคงที่ระดับ 5 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติก่อนและหลัง

มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ในระยะที่ 2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายร้อยละ 42.5 มีอายุอยู่ในช่วง 31-40 ปี ร้อยละ 35.0 มีระยะเวลาการเจ็บป่วย 6-10 ปี ส่วนใหญ่ร้อยละ 70 มีญาติแต่ไม่มาดูแลร้อยละ 32.26 อยู่โรงพยาบาลนาน 1-5 ปี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยร้อยละ 61.54 ญาติทอดทิ้งแต่สามารถจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลได้ มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้าน และคะแนนรวมเฉลี่ย กลุ่มที่ปรับจากระดับ 4 เป็น 5 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในทักษะทั้ง 6 ด้านและคะแนนรวมเฉลี่ย กลุ่มที่คงอยู่ระดับ 4 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยเฉพาะทักษะการทำงานอย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มที่คงอยู่ระดับ 5 มีการเพิ่มขึ้นของคะแนนเฉลี่ยทักษะการพักผ่อน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน และคะแนนรวมเฉลี่ยอย่างมีนัยสำคัญ ค่าคะแนนเฉลี่ยของการได้รับสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติก่อนและหลัง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่ผู้ป่วยเกือบครึ่งถึงส่วนใหญ่มีความสามารถในการเข้าชุมชนระดับปานกลางถึงมาก และผู้ป่วยมากกว่าครึ่งร้อยละ 67.35 มีความพึงพอใจในการทำกิจกรรมในระดับมาก

การพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่รู้สึกต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในเชิงบวกต่อตัวผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

การติดตามประเมินผลหลังจำหน่าย ร้อยละ 36.36 ผู้ป่วยอยู่บ้านได้นาน 6-9 เดือน และ 12-18 เดือน มีเพียงร้อยละ 12.12 ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำภายใน 3-8 เดือน มากกว่าครึ่งถึงส่วนใหญ่ของญาติแสดงความคิดเห็นในศักยภาพของผู้ป่วยขณะอยู่บ้านอยู่ในระดับ “ทำได้เอง” ร้อยละ 92.31 ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอ และร้อยละ 53.83 ญาติเป็นผู้จัดยาให้ผู้ป่วย

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังควรได้รับการสนับสนุนส่งเสริมให้ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพในทักษะต่าง ๆ ที่มีความบกพร่อง และคงไว้ซึ่งศักยภาพที่ยังเหลืออยู่ หรือพัฒนาให้ดีขึ้น โดยมีการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างต่อเนื่องทั้งขณะเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและหลังจำหน่ายกลับไปดำเนินชีวิตในครอบครัวและชุมชน อันจะส่งผลให้ผู้ป่วยสามารถอยู่ในชุมชนเป็นระยะเวลานาน เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพให้สามารถดูแลตนเองได้และญาติได้รับการเตรียมพร้อมโดยการสอนสุขภาพจิตศึกษา ให้มีความรู้ความเข้าใจ มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วยและมีทักษะในการดูแลผู้ป่วย
- 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในระยะแรกแม้ว่าจะมีความยากลำบากแต่สิ่งที่จะช่วยให้งานคลาการทำงานได้ง่ายขึ้นคือทีมการฟื้นฟูสมรรถภาพต้องมีแนวทางปฏิบัติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในทิศทางเดียวกัน เพื่อให้ผู้ป่วยได้มีการพัฒนาและก้าวหน้าในการฟื้นฟูสมรรถภาพ ดังนั้นกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพควรจัดให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละรายและสามารถนำไปใช้ประโยชน์ได้จริงเมื่อกลับสู่ชุมชน ในผู้ป่วยที่เรียนรู้การทำงานและพัฒนาได้ช้าไม่ควรเปลี่ยนงานบ่อย
- 3) การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่ไม่มีญาติหรือถูกญาติทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาลเป็นเวลานานหลายปีให้สามารถกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชนของตนได้ นอกจากการเตรียมผู้ป่วยแล้ว ต้องเตรียมญาติให้เกิดความมั่นใจและมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ป่วย เพื่อให้ญาติเกิดความเข้าใจและรู้สึกผู้ป่วยไม่เป็นภาระญาติยินยอมพร้อมรับผู้ป่วยกลับสู่ครอบครัว หรือในรายที่ไม่มีญาติหากได้เตรียมแกนนำชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วย ตลอดจนการประสานงานที่ดีและการได้รับความช่วยเหลือจากบุคลากรโรงพยาบาลจิตเวชด้วยดี หากได้รับการร้องขอ ย่อมส่งผลให้ผู้ป่วยที่ถูกทอดทิ้งสามารถกลับสู่ชุมชนได้จากผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังของหอผู้ป่วยคอนคูน ส่วนใหญ่ถูกทอดทิ้งอยู่ในโรงพยาบาลหลายปี ขาดแรงจูงใจไม่ยอมทำอะไร ไม่มีความคิดริเริ่มทำกิจกรรมต่าง ๆ บุคลิกภาพเสื่อมถอยและผู้ป่วยแต่ละคนรับรู้ ว่า หากถูกส่งมาอยู่หอผู้ป่วยคอนคูนเหมือนการอยู่โรงพยาบาลตลอดชีวิต เมื่อมีการพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพ มีญาติพร้อมรับผู้ป่วยกลับบ้าน ทำให้ผู้ป่วยรายอื่น ๆ เกิดความหวังที่จะได้กลับบ้าน รู้จักบอกความต้องการการอยากกลับบ้านให้เจ้าหน้าที่ได้รับทราบ และเกิดแรงจูงใจในการพัฒนาศักยภาพของตนและการดูแลตนเองดีขึ้น และร่วมมือในกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

4) บุคลากรสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต้องมีความเข้าใจในแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด ให้มีความบกพร่องในศักยภาพเหลือน้อยที่สุด และการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแต่ละรายให้ยึดที่ระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูของผู้ป่วยเป็นหลัก เพื่อตอบสนองปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยได้ตรงประเด็น บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องต้องมีความอดทนเนื่องจากการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยแต่ละรายใช้เวลามากน้อยแตกต่างกันไปและที่สำคัญการอธิบายให้ญาติได้เข้าใจ เพื่อช่วยกระตุ้นผู้ป่วยและสอนซ้ำๆ ในกิจกรรมที่มอบหมายให้ทำ และที่ลืมไม่ได้คือการให้การเสริมแรงทั้งทางบวกและการเสริมแรงทางลบ อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมที่พึงประสงค์เป็นระยะเวลายาวนาน

5) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนอกจากการพัฒนากระบวนการบริการมีโปรแกรมกิจกรรมการฝึกทักษะทางสังคมในทักษะต่าง ๆ สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยขณะอยู่กับครอบครัวในชุมชนกล่าวคือมีการทำงานตามศักยภาพของผู้ป่วยแต่ละรายที่สามารถทำได้ มีโอกาสให้ได้ใช้ทักษะการพักผ่อนในด้านสร้างสรรค์และได้เรียนรู้ในสถานที่ต่าง ๆ โดยการทัศนศึกษานอกสถานที่ เพื่อให้ผู้ป่วยได้คลายความตึงเครียดจากงานประจำในชีวิตประจำวัน และสิ่งที่สำคัญการชมเชยให้กำลังใจในพฤติกรรมที่พึงประสงค์ จากผลการศึกษาพบว่า เมื่อมีการให้เบี่ยงพฤติกรรมและตีตราทำให้ผู้ป่วยได้ทราบเป็นการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีความพยายามและเกิดแรงจูงใจในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ที่มอบหมายให้ อีกทั้งการประกาศให้รางวัลในผลงานเป็นสิ่งกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ตามมา แต่การให้รางวัลควรมีความแตกต่างตามลำดับของผลงานด้วย เพื่อให้ผู้ป่วยเกิดความกระตือรือร้นในการพัฒนาศักยภาพตนเองในทางสร้างสรรค์ต่อไป

5.2.2 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1) การศึกษาวิจัยครั้งนี้ หลังจากมีการพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมมีการวัดผลในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งหมดเนื่องจากโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์มีหอผู้ป่วยบำบัดระยะยาวเพียงแห่งเดียว หากมีการศึกษาในลักษณะเช่นนี้ต่อไป ควรศึกษาเปรียบเทียบระหว่างหอผู้ป่วย 2 แห่งที่มีและไม่มีการพัฒนากระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม เพื่อดูถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย

2) ควรศึกษาถึงประสิทธิผลของโปรแกรมต่าง ๆ ที่เหมาะกับระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูในผู้ป่วยแต่ละกลุ่ม เพื่อนำโปรแกรมเหล่านี้ไปใช้ให้เกิดประโยชน์ในการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยแต่ละกลุ่มต่อไป

3) หลังจากผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังและญาติได้รับการเตรียมพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแล้ว ควรศึกษาต่อว่ามีปัจจัยอะไรบ้างในครอบครัวของผู้ป่วยนั้น ๆ ที่มีผลต่อการกลับมารักษาซ้ำและผลต่อการยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยให้คงอยู่ที่ระดับเดิมหรือพัฒนาให้ระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพสูงขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์และศูนย์สุขภาพจิต 3.
การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. ม.ป.ท.; ม.ป.ป.
กันยา สุวรรณแสง. จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: อักษรพิทยา; 2542.
ขวัญทิพย์ สุขมาก, บรรณาธิการ. เทคโนโลยีการดูแลผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต;
2541.
จารุวรรณ ต. สกุล. การศึกษาปัจจัยผลักดันให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล.
วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2524; 20(2): 61-66.
จารุวรรณ จินตามงคล, อรรถพรณ ลีอนุวัธวัชชัย. ผลการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ
ต่อความสามารถในการเผชิญปัญหาของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ
สุขภาพจิต 2542 มกราคม – มิถุนายน; 13 :46 – 56.
จิรารัตน์ พิมพ์ดีด. กระบวนการการดูแลตนเองของผู้ที่เป็นโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำ
ในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2541.
_____. รายงานการวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมา
รักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น : พระธรรมขันธ์; 2542.
นงเยาว์ พูลศิริ และคณะ. บทคัดย่อผลงานวิจัยของหน่วยงานสังกัดกองสุขภาพจิต พ.ศ.2532-2536.
กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2535.
ปรารธนา บริจันทร์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความวิตกกังวลและพฤติกรรมการ
เผชิญปัญหาของญาติผู้ป่วยโรคจิต. ขอนแก่น: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น;
2535.
ปัทมา ศิริเวช. ผู้เจ็บป่วยทางจิตกับการฟื้นฟูสมรรถภาพ [บทบรรณาธิการ]. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย 2545; 10 (2): 56 – 66.
ปัทมา ศิริเวช, วรินชัย ลิ้มปนาภา, บรรณาธิการ. คู่มือกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยโรค
จิตเภทเรื้อรัง. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2541.
พรทิพย์ ธรรมวงศ์. ผลของการใช้ตัวแบบสัญลักษณ์ต่อความรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภท
[วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541.

- พวงเพ็ญ เจียมปัญญาธิราช, นภวัตรย์ กัมพลาศิริ, ยาใจ สิทธิมงคล, ถวิล นภาพงศ์สุริยา.
 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542
 กรกฎาคม – ธันวาคม; 13: 45 – 54.
- พันธุศักดิ์ วราอัสวปติ และทวี ตั้งเสรี. จิตเภท. ใน : วิวัฒน์ ยถาภูพานนท์, พันธุศักดิ์ วราอัสวปติ,
 อภิชัย มงคล, ทวี ตั้งเสรี. บรรณาธิการ. คู่มือจิตเวชศาสตร์สำหรับแพทย์ทั่วไป. ขอนแก่น :
 ศิริภณช์ออฟเซ็ท; 2536. P. 71-90.
- พิเชษฐ อุตรรัตน์, สุกมล วิภาวิพลกุล และพันธ์นภา กิตติรัตนไพบูลย์, บรรณาธิการ. เทคโนโลยี
 การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติผู้ป่วยจิตเภท. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2541.
- ไพบูลย์ วงษ์ใหญ่, สุกัญญา กิจเครือ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความรู้ เจตคติ และแรง
 สนับสนุนทางครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช: ศึกษาเฉพาะกรณีโรงพยาบาลนิติจิตเวช. ประชุม
 วิชาการกรมสุขภาพจิตครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต; 2539.
- เตือนตา วิโรจน์อุไรเรือง, คารนี ชัยอิทธิพร. รายงานการวิจัยเรื่อง ผลการปฐมนิเทศพฤติกรรม
 ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพระยะที่ 1 โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์.
 อุบลราชธานี : ม.ป.ท.; 2547.
- ทิปประพัฒน์ สุขเขียว. การสนับสนุนทางสังคมกับภาระของผู้ป่วยจิตเภท[วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่ :
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2543.
- มานิช หล่อตระกูล. โรคจิตเภท. ใน : มานิช หล่อตระกูล และปราโมทย์ สุนิษฐ์.
 บรรณาธิการ. จิตเวชศาสตร์รามาชิตี. พิมพ์ครั้งที่ 8. กรุงเทพฯ : ปิยอนด์เอ็นเทอร์ไพรซ์;
 2546. หน้า 113 – 27.
- มัลลิกา พูนสวัสดิ์. สิ่งแวดล้อมบำบัดสำหรับหออผู้ป่วยใน: กรณีศึกษาในโรงพยาบาลจิตเวช
 [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.
- ยาใจ สิทธิมงคล. ภาระของครอบครัวในการดูแลญาติที่ป่วยทางจิต : วิเคราะห์รายงานการวิจัย.
 วารสารพยาบาลศาสตร์ 2538; 13 (1): 19 – 26.
- _____. ครอบครัวของผู้ป่วยจิตเวช : แนวคิดและการประยุกต์ในการปฏิบัติการพยาบาล.
 วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2542 กรกฎาคม – ธันวาคม; 13 : 1 – 9.
- รวินันท์ ทองขาว. ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทาง
 จิตเวช [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
- รักสุดา กิจอรุณชัย. การประเมินผลโครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพโรงพยาบาลศรีธัญญา.
 วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545; 10 (2): 67 – 76.

- รัชนีกร อุปเสน. การศึกษาบทบาทและภาระของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่บ้าน
[วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541.
- รัศมี ศรีหิรัญ. ผลของการติดตามทางโทรศัพท์ต่อการดูแลตนเองของผู้ป่วยจิตเภทหลังจำหน่าย
[วิทยานิพนธ์]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2544.
- รุจิรา จงสกุล, สิวลิ เปาโรหิตย์, วรณภา แห้วดี, เพ็ญศิริ สมใจ, วัชนี หัตถพนม.
ปัจจัยที่มีผลต่อความพร้อมของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่บ้าน. วารสารสุขภาพจิต
แห่งประเทศไทย 2540; 4(1): 21 – 36.
- วัชนี หัตถพนม และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่ทำให้ผู้ป่วยจิตเภทกลับมารักษาซ้ำใน
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น. ขอนแก่น: ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น; 2529.
- วันเพ็ญ ยืนยงแสน. การสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้ที่เป็นโรคจิตเภท [วิทยานิพนธ์].
เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
- วิวัฒน์ ยถาภูยานนท์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาด้านทุนโรคจิตเภทและโรคประสาท
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น ปีงบประมาณ 2536. ขอนแก่น: ม.ป.ท.; 2536.
- ศูนย์พัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยการฝึก
ทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำเนินชีวิต. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต;
2544
- สมชาย จักรพันธ์. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. ใน : เกษม ดันดิผลาชีวะ, บรรณาธิการ.
ตำราจิตเวชศาสตร์ สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2536. หน้า 1142 – 52.
- สมประสงค์ ศิริวงศ์และคณะ. ปัจจัยที่ทำให้ญาติทอดทิ้งผู้ป่วยจิตเวชในโรงพยาบาล
สวนสราญรมย์. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2534; 5 (2) : 278 – 88.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, กฤตยา แสงเจริญ. ความต้องการมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือและ
การเตรียมตัวรับผู้ป่วยของญาติเมื่อผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจิตเวช. วารสารการ
พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2538; 9 (1): 10 – 18.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ, จิดารัตน์ พิมพ์ดีด. การพาผู้ป่วยจิตเวชเข้าร่วมกิจกรรมสังคมภายนอก
โรงพยาบาล. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2545; 47 (1): 49 – 58.
- สมพร รุ่งเรืองกลกิจ. พยาบาลกับการดูแลบุคคลที่เป็นโรคจิตเภท. ขอนแก่น : คลังน่านาวิทยา;
2546.
- สมภพ เรืองตระกูล. ตำราจิตเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ : เรือนแก้ว; 2545.

- สมโภชน์ เข็มสุภานิต. ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
- สุชาดา ศาครเสถียร. แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. เอกสารวิชาการ กรมสุขภาพจิต กรมการแพทย์. ม.ป.ท.; 2530.
- สุชาดา ศาครเสถียร. คู่มือการดำเนินงานบ้านกึ่งวิธี. นนทบุรี : วงศ์กมล; 2544.
- สุธีรา ชื่นตระกูล, มาลี แจ่มพงษ์. อิทธิพลของครอบครัวที่มีผลต่อการกลับมารักษาใน โรงพยาบาลของผู้ป่วยจิตเภท : ศึกษาเฉพาะกรณีผู้ป่วยในโรงพยาบาลสมเด็จพระยา.
วารสารพยาบาลศาสตร์ 2533; 8 (1): 46 – 56.
- สุวิมล สมัตตะ, อรพรรณ ลีอนุวัตรวัชชัย. ผลของการใช้แบบแผนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่บ้าน ต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้ป่วยจิตเวช. วารสารการพยาบาลจิตเวช และสุขภาพจิต 2542 มกราคม – มิถุนายน; 13: 24 – 31.
- อรุณ พงษ์ธรรม, มะลิวัลย์ บุญสอน, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, สุนิย์รัตน์ พุ่มแย้ม, สว่างจิต วสุวัต. รายงานการวิจัยเรื่อง ผลของกลุ่มทักษะทางสังคมต่อพฤติกรรมทางสังคมของผู้ป่วยจิตเวช. กรุงเทพฯ: ม.ป.ท.; 2547.
- อรษา ฉวาง. ผลของการฝึกพฤติกรรมการแสดงออกที่มีต่อการปฏิบัติตนกับบุคคลอื่นของผู้ป่วย จิตเภทวัยรุ่นโรงพยาบาลสมเด็จพระยา กรุงเทพมหานคร. วารสารการพยาบาลจิตเวชและ สุขภาพจิต 2540; 11(1): 89 – 98.
- อนงค์ ธรรมโรจน์, เทพนิมิต บางแสง, สิรินาถ มั่นคง. รายงานการวิจัยเรื่อง การใช้รูปแบบ การฟื้นฟูสมรรถภาพตามสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยจิตเวช โรงพยาบาล พระศรีมหาโพธิ์. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์; 2542.
- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 3rd ed. Washington, DC: Donnelley & Sons ; 1987.
- _____. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4th ed. Washington, DC: Donnelley & Sons ; 1994.
- _____. Diagnostic and statistical Manual of Mental Disorders 4th Text Revision. Washington, DC: Donnelley & Sons; 2000.
- Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH & Harper JP. The Impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. BR J Psychiatry 1996; 168 (2): 199 – 204.

- Beebe LH. Community Nursing Support for Clients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2001; 15(5): 214 – 22.
- Bellack AS, Mueser KT, Gingerich S & et al. *Social Skills Training for Schizophrenia A step-by-step Guide* 2nd ed. New York : Adivision of Guilford Publications; 2004.
- Chien HC, Ku CH, Lu RB, Chu H, Tao YH & Chou KR. Effects of Social Skill training on Improving Social Skills of Patients with Schizophrenia. *Archives of Psychiatric Nursing* 2003 ; 17(5): 228 – 36.
- Craig TKJ, Liberman RP, Browne M, Robertson MJ, & O'Flynn D. Psychiatric Rehabilitation. In : Hirsch SR, Weinberger DR, editors. *Schizophrenia*. 2nd ed. Oxford : Blackwell Science ; 2003. P. 637 – 56.
- Connie J, Mc Reynolds, Garske GG. Psychiatric Disabilities : Challenges and training Issues for Rehabilitation Professionals. *Journal of Rehabilitation* 2003; 69 (4): 13-18.
- Cook, JS. Schizophrenia disorders. In : Cook, JS, Fontaine, KL, editors. *Essentials of Mental Health Nursing*. 2nd ed. California : Addison – Wesley Publishsion Company; 1991. p. 529-80.
- Crosby RC. Community care of the chronically mental ill. *Journal of Psychosocial nursing* 1987; 25 (1): 33-37.
- Drake RE, Bellack. AS. Psychiatric Rehabilitation. In : Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatric* vol 1. 8th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins ; 2005. P.1476-86.
- Fadem B, Simring SS. Schizophrenia. In : Fadem B, Simring SS, editors. *Psychiatry recall*. 2rd ed. Philadelphia : Lippincott Williams & Wilkins; 2004. p. 52-61.
- Goldman CR. Toward a Definition of Psychoeducation. *Hospital and Community Psychiatry* 1988; 39(6): 666 – 8.
- Hermira Ek, Perterson KA, Handley SM, Plumlee AA & Frank – Ragan E. Patient self Regulation and functioning in schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry* 1991; 42(6): 630-1.
- Henderson DC, Kunkel L, Goff DC. Psychosis and Schizophrenia. In : Stern TA, Herman JB, editors. *Massachusetts General Hospital Psychiatry Update and Board Preparation*. 2nd ed. Massachusetts : Mc Graw – Hill; 2004. p. 97-102.

- Hirsch S, Bowen J, Emami J, Cramer P, Jolley A, Canilla & et al. A one year Prospective study of the Effect of life Events and Medication in the Aetiology of Schizophrenia Relapse. *BR J Psychiatry* 1996 ; 168 (1): 49. 56.
- Kopelowicz A, Liberman RP, Mintz J & Zarate R. Comparison of Efficacy of Social Skills Training for Deficit and Nondeficit Negative Symptoms in Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1997; 154 (3): 424 – 5.
- Koukia E, Madianos MG. Is psychosocial rehabilitation of schizophrenia patients preventing family burden ? A comparative study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2005; 12: 415 – 22.
- Liberman RP, Mueser KT & Wallace CI. Social Skills Training of Schizophrenia Individuals at Risk for Relapse. *Am J Psychiatry* 1986; 143 (4): 523 – 6.
- Liberman RP, Wallace CJ, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro JV & Mintz J. Skills Training Versus Psychosocial Occupational therapy for persons with persistent schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1998; 155 (8):1087-91.
- Liberman RP, Kopelowicz A, Silverstein SM. Psychiatric Rehabilitation. In : Kaplan BS, Sadock VA. Eds. *Comprehensive Text book of Psychiatry Vol 2. 8 th ed.* Philadelphia: Lippincott Williams & Willkins; 2005. P.3884-930.
- Link BG, Mirotznik J, Cullen FT. the Effectiveness of stigma coping orientations : Can negative consequences of mental illness labeling be avoided ? *Journal of Health and Social Behavior* 1991; 32: 302-20.
- Lohr MA. Clients with Schizophrenia. In: McFarland G.K, Thomas MD, editors, *Psychiatric Mental Health Nursing Application of the Nursing Process.* Philadelphia : J.B. Lippincott Company; 1991. p. 543-52.
- Mabbett PD. *Instant nursing assessment : Mental Health.* Canada : Delmar Publishers; 1996.
- Marder SR, Wirshing WC, Mintz J, Mckenzie J, Johnston K, Eckman TA & et al. Two-Year Outcome of Social Skills Training and Group Psychotherapy for Out patients with Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1996; 153 (12): 1585 – 92.
- Nagamoto HT. Schizophrenia and schizoaffective Disorder. In : Jacobson JC, Jacobson AM. editors. *Psychiatric secrets.* 2nd ed. Philadelphia : Hanley & Befus; 2000. P. 51-4.

- Perry K, Antai- Otong D. the Client with Altered Sensory Perception : Schizophrenia and other Psychotic Disorders. In: Antai – Otong D, editor. Psychiatric Nursing Biological and behavioral Concepts. Philadelphia: W.B. saunders; 1995. P. 243-5.
- Perry W, Moore D & Braff D. Gender Difference on Thought Disturbance Measures Among Schizophrenic patients. Am J Psychiatry 1995; 152 (9): 1298 – 301.
- Polit FD & Hungler PB. Nursing research : Principle and method. Phladelphia : Lippincott; 1999.
- Pryor J. Creating a Rehabilitative Milieu. Rehabilitation Nursing 2000; 25 (4) : 141 – 4.
- Rungreangkulkij S, Chesla C. Smooth a Heart with water : Thai Mothers care for a child with Schizophrenia. Archives of Psychiatric Nursing 2001; 15(3) : 120-7.
- Sulliger N. Relapse. Journal of Psychosocial Nursing 1988; 26 (6) : 20 – 23.
- Sundeen SJ. Psychiatric rehabilitation. In: Sturt WG, Laraia MT, editors. Principles and practice of psychiatric nursing 7th ed. St. Louis : Mosby; 2001. p. 246-64.
- Tsang W, Pearson HV. A Conceptual framework for work related Social skills in psychiatric rehabilitation. Journal of Rehabilitation 1996 July / Sept; 62: 61-7.
- Wallace CJ, Liberman RP, Mackain SJ, Blackwell GB & Eckman TA. Effectiveness and Replicability of modules for teaching social and instrumental skills to the severely mental ill. AM J Psychiatry 1992 May; 145 (5): 654-8.

ภาคผนวก

- ภาคผนวก ก. แบบประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ หอผู้ป่วยคอนคู
- ภาคผนวก ข. แบบประเมินความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท
- ภาคผนวก ค. แบบสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่และผู้ป่วยเกี่ยวกับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยก่อนและหลัง
พัฒนาระบบงานบริการภาคผนวก
- ภาคผนวก ง. แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการฝึกทักษะทางสังคมนอก
สถานที่และความพึงพอใจ
- ภาคผนวก จ. แบบสอบถามญาติถึงความรู้สึกต่อความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยใน
ครอบครัวและชุมชน
- ภาคผนวก ฉ. ตารางกิจกรรมประจำวันของเจ้าหน้าที่ และผู้ป่วยหอผู้ป่วยคอนคู
- ภาคผนวก ช. ตารางกลุ่มกิจกรรมบำบัดสำหรับผู้ป่วย
- ภาคผนวก ซ. ตัวอย่างตารางฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพระดับ 3-5 และ
ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับ 3 และผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ
- ภาคผนวก ฌ. ภาพการฝึกทักษะต่างๆแก่ผู้ป่วยและการให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ
- ภาคผนวก ฎ. รายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม
- ภาคผนวก ฏ. โครงการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแบบครบวงจร เพื่อยกระดับ
สมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนคู

ภาคผนวก ก.

แบบประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยด้วยตนเอง โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
ชื่อ - สกุลผู้ป่วย.....

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ประเมิน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1. ทักษะการดูแลตนเอง										
1.1 การรักษาความสะอาดของผผมและหนังศีรษะ										
1.2 การแปรงฟัน										
1.3 การจัดเก็บแปรงสีฟัน										
1.4 การอาบน้ำ										
1.5 การเช็ดตัว										
1.6 การนุ่งผ้าเช็ดตัว										
1.7 การตัดเล็บมือ - เล็บเท้า										
1.8 การรับประทานอาหาร										
1.9 การนั่งโต๊ะรับประทานอาหาร										
1.10 การรับประทานยา										
1.11 การจับถ้วยปัสสาวะ - อุจจาระ										
1.12 การรู้จักใช้เลื่อนนอน										
คะแนนเฉลี่ย										

การให้คะแนน - คะแนน 0 หมายถึง ไม่เลย
 - คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้งและต้องแนะนำ
 - คะแนน 4 หมายถึง ทำได้เองทั้งหมดและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้
 - คะแนน 1 หมายถึง ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน
 - คะแนน 3 หมายถึง ทำได้เองตามความเหมาะสม

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ประเมิน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
2. ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน										
2.1 การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย										
2.2 การดูแลรักษา จัดเก็บ และทำความสะอาดเครื่องนอน										
2.3 การดูแลทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม และสุขภัณฑ์										
2.4 การตากผ้า										
2.5 การจัดเก็บเสื้อผ้า เครื่องนุ่งห่มเข้าตู้										
2.6 การรู้จักเปิด ปิด ไฟฟ้า พัดลม น้ำประปา ประดูและหน้าต่าง										
2.7 การเคารพปฏิบัติตามกฎระเบียบ										
2.8 การดูแลรักษาสิ่งแวดล้อมภายในและภายนอกที่อยู่อาศัย										
2.9 การจัดเก็บข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้าน										
2.10 การทิ้งขยะเป็นที่										
คะแนนเฉลี่ย										
3. ทักษะทางสังคม										
3.1 การสนใจตนเองและสิ่งแวดล้อม										
3.2 การมีส่วนร่วมกับผู้อื่น										
3.3 การมีความไว้วางใจผู้อื่น										
3.4 ความสามารถในการสื่อสาร										

การให้คะแนน - คะแนน 0 หมายถึง ไม่เลย

- คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้งและต้องแนะนำ

- คะแนน 4 หมายถึง ทำได้เองทั้งหมดและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

คะแนน 1 หมายถึง ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน

คะแนน 3 หมายถึง ทำได้เองตามความเหมาะสม

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ประเมิน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
3.5 มารยาทในการอยู่ร่วมกับผู้อื่น										
3.6 ความสามารถในการให้และรับ										
3.7 การแสดงออกทางน้ำเสียงและการพูด										
3.8 การควบคุมและการแสดงอารมณ์										
3.9 การขอความช่วยเหลือจากผู้อื่น										
3.10 การแสดงออกต่อผู้อื่นและสังคม										
คะแนนเฉลี่ย										
4. ทักษะการงาน										
4.1 ความรับผิดชอบในการทำงาน										
4.2 ความสนใจและความตั้งใจทำงานให้ประสบความสำเร็จ										
4.3 ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น										
4.4 การปฏิบัติตามระเบียบของหน่วยงานและขั้นตอนของการทำงาน										
4.5 การดูแลเครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์										
4.6 การให้ความร่วมมือในการทำงาน										
4.7 ความใส่ใจรายละเอียดความเรียบร้อยของผลงาน										
4.8 ความสามารถในการเรียนรู้งานใหม่										

การให้คะแนน - คะแนน 0 หมายถึง ไม่เคย

- คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้งและต้องแนะนำ

- คะแนน 4 หมายถึง ทำได้เองทั้งหมดและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

คะแนน 1 หมายถึง ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน

คะแนน 3 หมายถึง ทำได้เองตามความเหมาะสม

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ประเมิน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
4.9 การรู้จักทางทำ										
คะแนนเฉลี่ย										
5. ทักษะการพักผ่อน										
5.1 การรู้จักใช้เวลาว่างได้เหมาะสม										
5.2 การทำงานอดิเรก										
5.3 การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในเรื่องดนตรี										
5.4 การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในเรื่องกีฬา										
5.5 การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในเรื่องเกมส์พันซ์										
5.6 การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในเรื่องการดูทีวี และการอ่านหนังสือ										
5.7 การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในการเลือกสถานที่พักผ่อน										
5.8 การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในเรื่องการร่วมงานประเพณี										
5.9 การมีกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นในเรื่องการเลี้ยงสัตว์										
คะแนนเฉลี่ย										
6. ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน										
6.1 ความสามารถในการเดินทาง										
6.2 การใช้ถนนและยานพาหนะอย่างปลอดภัย										

การให้คะแนน - คะแนน 0 หมายถึง ไม่เลย

- คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้งและต้องแนะนำ

- คะแนน 4 หมายถึง ทำได้เองทั้งหมดและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

คะแนน 1 หมายถึง ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน

คะแนน 3 หมายถึง ทำได้เองตามความเหมาะสม

หัวข้อการประเมิน	ครั้งที่ประเมิน									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
6.3 การรู้จักสถานที่ที่สำคัญในชุมชน										
6.4 การรู้จักหารายได้ / ค่าขาย										
6.5 การใช้โทรศัพท์										
6.6 การร่วมกิจกรรมในชุมชน										
6.7 การไปติดต่อสถานที่ราชการ เช่น ที่ว่าการอำเภอ สถานีตำรวจ ไปรษณีย์										
6.8 การไปติดต่อโรงพยาบาล										
6.9 การไปตลาด ห้างสรรพสินค้า โรงภาพยนตร์										
คะแนนเฉลี่ย										
คะแนนเฉลี่ยรวม										
ระดับผู้ป่วย										
ผู้ประเมิน										
วคป. ประเมิน										

- การให้คะแนน - คะแนน 0 หมายถึง ไม่เลย
- คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้งและต้องแนะนำ
- คะแนน 4 หมายถึง ทำได้เองทั้งหมดและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้
- คะแนน 1 หมายถึง ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน
- คะแนน 3 หมายถึง ทำได้เองตามความเหมาะสม

การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0-4

คะแนน 0 หมายถึง ไม่เลย

คะแนน 1 หมายถึง ต้องคอยกระตุ้นและควบคุมทุกขั้นตอน

คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้งและต้องแนะนำ

คะแนน 3 หมายถึง ทำได้เองตามความเหมาะสม

คะแนน 4 หมายถึง ทำได้เองทั้งหมดและสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้

การหาค่าเฉลี่ยแต่ละด้าน

= ผลรวมของคะแนนในแต่ละทักษะ

จำนวนข้อในแต่ละทักษะ

การหาค่าเฉลี่ยรวมทุกทักษะ

= ผลรวมคะแนนทั้งหมด

จำนวนข้อทั้งหมด

จากคะแนนเฉลี่ยรวม 6 ทักษะ สามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ

ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และรบกวนความสงบของผู้อื่น(คะแนน0-0.5)

ระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ที่อยู่ตามลำพัง ไม่ยุ่งเกี่ยวกับใครและช่วยเหลือตนเองไม่ได้(คะแนน0.51-1.5)

ระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง(คะแนน1.51-2.5)

ระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น ประกอบอาชีพเลี้ยงตนเองได้(คะแนน2.51-3.5)

ระดับที่ 5 หมายถึง ผู้ที่เลี้ยงตัวเองได้ และช่วยเหลือผู้อื่นได้(คะแนน3.51 ขึ้นไป)

หมายเหตุ

- ในการให้คะแนนต้องเป็นความเห็นเอกฉันท์ ถ้ามีความเห็นไม่ตรงกันต้องมีการประมินผู้ป่วยซ้ำ
- ข้อใดที่ผู้ป่วยไม่มีโอกาสปฏิบัติ ไม่ต้องประเมินและไม่นับเป็นตัวหาร

ภาคผนวก ข.

แบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท

คำชี้แจง กรุณาใส่เครื่องหมาย ☐ ใน

ท้ายข้อที่ท่านคิดว่าตรงกับความคิดเห็นของท่าน

- | | | |
|--|------------------------------|---------------------------------|
| 1. การรักษาโรคจิตไม่ควรกินยาติดต่อกันนานเกินไปเพราะจะทำให้ติดยา | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 2. การรักษาด้วยไฟฟ้าอาจทำให้ผู้ป่วยสมองเสื่อมได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 3. ท่านสามารถสังเกตเห็นอาการเตือนเช่น นอนไม่หลับ หงุดหงิด
ก่อนที่ผู้ป่วยจะมีการกำเริบ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 4. เมื่อป่วยเป็นโรคจิตเภทแล้วไม่มีทางรักษาให้กลับไปใช้ชีวิต เป็นปกติได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 5. ผู้ป่วยจิตเภทมักจะเป็นภาระให้กับครอบครัวที่ดูแลเสมอ แม้ว่าอาการ
จะดีขึ้นแล้วก็ตาม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 6. ผู้ป่วยจิตเภทสามารถกลับไปใช้ชีวิตเป็นปกติ ถ้าได้รับการดูแล
อย่างเหมาะสม | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 7. ผู้ป่วยจิตเภทควร ได้รับการยกเว้นไม่ต้องทำกิจกรรมในบ้าน เพื่อไม่
ให้เครียดเกินไป | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 8. ท่านสามารถฝึกผู้ป่วยจิตเภทให้ช่วยเหลืองานบางอย่างในบ้านได้ เช่น
กวาดบ้าน รดน้ำต้นไม้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 9. บทบาทหน้าที่ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยจิตเภท
ควรเป็นบทบาทของโรงพยาบาลจิตเวชเท่านั้น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 10. หากท่านได้รับการอบรมและฝึกฝนแล้วท่านจะสามารถปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมบางประการที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยได้ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 11. ผู้ป่วยจิตเภทควรจะต้องนอนพักผ่อนมากๆ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 12. ผู้ป่วยจิตเภทมักมีนิสัยเกียจคร้าน คือ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 13. ผู้ป่วยจิตเภทมักจะไม่ค่อยรับฟัง เมื่อญาติพูดด้วยดี | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 14. หากผู้ป่วยไม่ยอมกินยา ญาติควรพูดขู่บังคับให้กินยาครบถ้วน
เพื่อไม่ให้มีอาการกำเริบ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 15. หากผู้ป่วยมีอาการเช่น หูแว่ว หรือหลงผิด ญาติควรพูดให้ผู้ป่วย
เปลี่ยนความเชื่อนั้น | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 16. หากท่านมีอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ปวดต้นคอบ่อยๆ
หงุดหงิดง่าย หรือนอนไม่หลับ อาการดังกล่าวไม่เกี่ยวกับความเครียด | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 17. ท่านสามารถสร้างกำลังใจได้ トラบที่ผู้ป่วยยังมมีอาการทางจิตอยู่ | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |
| 18. ท่านสามารถคลายเครียดด้วยตนเองโดยการภาวนาสวดมนต์ หรือ
ออกกำลังกายหรือหลายวิธีร่วมกัน | ☐ ใช่ | ☐ ไม่ใช่ |

ภาคผนวก ก.

แนวทางการสัมภาษณ์ความคิดเห็นของบุคลากรหอผู้ป่วยดอนตูและผู้ป่วยจิตเภทเกี่ยวกับกิจกรรม
การดูแลผู้ป่วยก่อนและหลังพัฒนาระบบงานบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม

แนวทางสัมภาษณ์บุคลากร

1. ช่วยเล่าที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย ตั้งแต่ต้นนอนจนกระทั่งเข้านอน(แต่ละเวรทำอะไรกันบ้าง)
2. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยในปัจจุบันตั้งแต่ต้นนอนจนกระทั่งเข้านอน
 - อยากให้พัฒนาอะไรอีกบ้าง

แนวทางสัมภาษณ์ผู้ป่วย

1. ช่วยเล่าที่ผ่านมาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยของเจ้าหน้าที่ตั้งแต่ต้นนอนจนกระทั่งเข้านอน(แต่ละเวรผู้ป่วยได้รับการดูแลและกระตุ้นให้ทำอะไรบ้าง)
2. ในปัจจุบันท่านมีความคิดเห็นอย่างไรต่อการดูแลผู้ป่วยจากเจ้าหน้าที่
 - อยากให้เจ้าหน้าที่เพิ่มเติมการดูแลอะไรบ้าง

ภาคผนวก ง.

แบบสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ต่อการฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่

และความพึงพอใจ

ครั้งที่.....สถานที่.....

วันที่.....เดือน.....พ.ศ.

1. ท่านเคยมานอกสถานที่ลักษณะเช่นนี้ ☐ เคย ☐ ไม่เคย
2. ความรู้สึกก่อนมาสถานที่แห่งนี้(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ตื่นเต้น ☐ ประหม่า ☐ วิดกกังวล ☐ เฉยๆ ☐ ดีใจ
3. ความรู้สึกหลังมาสถานที่แห่งนี้(ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
☐ ตื่นเต้น ☐ ประหม่า ☐ วิดกกังวล ☐ เฉยๆ ☐ ดีใจ
☐ อื่นๆ.....
4. ประเมินการฝึกทักษะการเข้าชุมชน(เจ้าหน้าที่ประเมิน)

ลำดับ	ข้อความ	ความสามารถในการเข้าชุมชน		
		มาก	ปานกลาง	น้อย
1.	ช่วงทำกิจกรรมสามารถแสดงความคิดเห็นกับเพื่อนผู้ป่วยหรือเจ้าหน้าที่ได้			
2.	รักษากฎ กติกา ขณะทำกิจกรรม			
3.	แสดงมารยาทในที่สาธารณะได้เหมาะสม			
4.	ความสนใจและเรียนรู้ต่อสถานที่ทำกิจกรรม			
5.	ช่วยเหลือและมีน้ำใจต่อเพื่อนในกลุ่ม			

5. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจต่อการทำกิจกรรมในครั้งนี้

☐ มาก ☐ ปานกลาง ☐ น้อย

6. ข้อเสนอแนะ.....
-
-

ภาคผนวก จ.

แบบสอบถามญาติถึงความรู้สึกต่อความก้าวหน้าการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย
ในครอบครัวและชุมชน

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป

ญาติที่ดูแลผู้ป่วย ☐ หญิง ☐ ชาย เกี่ยวข้องเป็น.....อายุ.....ปี

ส่วนที่ 2. ศักยภาพผู้ป่วยขณะอยู่บ้าน

2.1 ด้านการรับประทานยา

☐ จัดยากินเอง โดยมีญาติคอยดูแล ☐ ญาติจัดยาให้ ☐ อื่นๆ.....

2.2 ด้านการทำความสะอาดที่นอน

☐ ทำได้เอง ☐ กระตุ้นจึงยอมทำ ☐ ไม่สนใจทำเลย ☐ ทำไม่ได้

2.3 ด้านการช่วยทำความสะอาดที่อยู่อาศัย เช่น กวาดบ้าน ถูบ้าน

☐ ทำได้เอง ☐ กระตุ้นจึงยอมทำ ☐ ไม่สนใจทำเลย ☐ ทำไม่ได้

2.4 การซักผ้า

☐ ทำได้เอง ☐ กระตุ้นจึงยอมทำ ☐ ไม่สนใจทำเลย ☐ ทำไม่ได้

2.5 การล้างถ้วยชาม

☐ ทำได้เอง ☐ กระตุ้นจึงยอมทำ ☐ ไม่สนใจทำเลย ☐ ทำไม่ได้

2.6 การอาบน้ำ สระผม ทำความสะอาดร่างกาย

☐ ทำได้เอง ☐ กระตุ้นจึงยอมทำ ☐ ไม่สนใจทำเลย ☐ ทำไม่ได้

2.7 การพูดคุย ทักทายคนในครอบครัว

☐ ทำได้เอง ☐ กระตุ้นจึงยอมทำ ☐ ไม่สนใจทำเลย ☐ ทำไม่ได้

2.8 การร่วมกิจกรรมต่างๆในชุมชน

☐ ทำได้เอง ☐ กระตุ้นจึงยอมทำ ☐ ไม่สนใจทำเลย ☐ ทำไม่ได้

2.9 การผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังเพลง พูดคุยกับคนอื่น ฯลฯ

☐ ทำได้เอง ☐ กระตุ้นจึงยอมทำ ☐ ไม่สนใจทำเลย ☐ ทำไม่ได้

2.10 การมาพบแพทย์ตามนัด

☐ ผู้ป่วยมาเองทุกครั้ง ☐ ผู้ป่วยมาเองบางครั้ง ☐ ญาติมาแทนทุกครั้ง

☐ ญาติมาเอง ☐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรับยาแทน

ส่วนที่ 3 ความรู้สึกของญาติต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย

3.1 ความรู้สึกของญาติต่อการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย.....

.....

.....

.....

3.2 ความรู้สึกของญาติต่อการทำงานบ้านของผู้ป่วย.....

.....

.....

.....

3.3 ความรู้สึกของญาติต่อการเจ็บป่วยในปัจจุบันของผู้ป่วย.....

.....

.....

.....

3.4 ความรู้สึกของญาติต่อการอบรมสุขภาพจิตศึกษา.....

.....

.....

.....

3.5 ความรู้สึกของญาติต่อการบริการต่างๆที่ได้รับ.....

.....

.....

.....

3.6 สรุปท่านพึงพอใจต่อการบริการการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยที่หอผู้ป่วยคอนดู

☐ มากที่สุด

☐ มาก

☐ ปานกลาง

☐ น้อย

ข้อเสนอแนะ.....

.....

.....

.....

.....

ภาคผนวก ฉ. ตารางกิจกรรมประจำวันของเจ้าหน้าที่และผู้ป่วย หอผู้ป่วยดอนดู

วัน เวร	จันทร์	อังคาร	พุธ
		พฤหัสบดี	ศุกร์
ดึก	พยาบาล - ตรวจสอบความถูกต้องการท่อของส่งน้ำ - ทำความสะอาดตู้ยา / แจกยา(1) - วัดสัญญาณชีพ(2) - ห่อของส่งน้ำประเภทโลหะ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ - ทำความสะอาดรถต่างๆพร้อมลงบันทึก(1) - วัดสัญญาณชีพ(2) - แบ่งผู้ป่วย 2 ทีม ทำความสะอาดหน้าต่าง - เหล็กคัตและหลังคัต(3) - *O.K. ของชาย/ ดูแลผู้ป่วยแปร่งฟัน(4)	กิจกรรมตาม(1-4)	- กิจกรรม - เช่นเดียวกับวัน - จันทร์ - ส่งของน้ำมีทั้ง - โลหะและก๊อช / - ตำลึง
เช้า	- ดูแลผู้ป่วยออกกำลังกาย(1) - ทำความสะอาดเตียงนอนผู้ป่วยและปูผ้า - จัดและแจกยา(2) - ดูแลผู้ป่วยอาบน้ำเข้า-บ่าย - ดูแลผู้ป่วยตากผ้า(4) - *O.K. ของชายและช่วงบ่ายให้ผู้ป่วยเบิก - ขนอม(5)	- ปิดฝุ่นเตียงและคิงผ้าปูและ กิจกรรมตาม(1-5)	- กิจกรรม - เช่นเดียวกับวัน - จันทร์
		- ปิดฝุ่นเตียงและคิงผ้าปู - กิจกรรมตาม(1-5) - เบิกยา - โคนหนดเกรา ดัดเล็บและขัดเท้า - กลุ่มบันทึกบำบัดและกลุ่มประชุม - ปรึกษา(สัปดาห์วันสัปดาห์)	
บ่าย	- โคนหนด-เกราผู้ป่วย - วัดสัญญาณชีพ(1) - สัปดาห์ที่ 1 ของเดือนล้างเครื่องกรองน้ำ - พร้อมลงบันทึกที่เครื่องกรองน้ำ - จัดและแจกยา(2) - นันทนาการ(3) - *O.K. ของชาย / ดูแลผู้ป่วยแปร่งฟัน	- กิจกรรมตาม(1-3)	กิจกรรมตาม(1-3)
		- ตรวจสอบของน้ำหมดอายุล้างทำ - ความสะอาดและซักผ้าห่อ	- กิจกรรมตาม - (1-3) - ผู้ช่วยเหลือ - คนไข้ล้างตู้เย็น

หมายเหตุ * ทำช่วยกัน - วันอาทิตย์เวรบ่ายตรวจสอบของน้ำหมดอายุและล้างทำความสะอาด

- ล้างถังใหญ่ทุก 3 เดือน - จันทร์ พุธ ศุกร์ เวรเช้าสระผมผู้ป่วย

ภาคผนวก ข. ตารางกลุ่มกิจกรรมบำเพ็ญสำหรับผู้ป่วย

เวลา วัน	6.30-7.30 น.	8.00-8.30 น.	8.30-9.30 น.	9.30-10.30 น.	13.30-14.30 น.	18.00-20.00 น.	20.00 น.
จันทร์	พัฒนา สิ่งแวดล้อม	แอโรบิค / ออก กำลังกาย	ทำความ สะอาด ที่อยู่อาศัย	การดูแลตนเอง	ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน	นันทนาการ บำบัด	สวดมนต์ ไหว้พระ
อังคาร				ทักษะทางสังคม	ทักษะการพักผ่อน		
พุธ				การดูแลตนเอง	ทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน		
พฤหัสบดี				ทักษะการดำเนินชีวิตใน ชุมชน	บันเทิงบำบัด		
ศุกร์				ทักษะทางสังคม	ทักษะการดำเนินชีวิตใน ชุมชน		

- หมายเหตุ - กลุ่มประชุมปรึกษา ทำวันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 1 และ 3 ช่วงบ่าย
- กลุ่มเกษตรกรรมบนหอผู้ป่วย(การงานพื้นฐาน) ทำวันพุธ สัปดาห์ที่ 2 และ 4 เวลา 15.00-16.00 น.
- กลุ่มดนตรีบำบัด ทุกวันอังคารภาคบ่าย (นักสังคมสงเคราะห์)
- กลุ่มศิลปบำบัดทุกวันศุกร์ภาคบ่าย (นักจิตวิทยา)

ภาคผนวก ข.

ตัวอย่างตารางฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพระดับ 3-5 และ
ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับ 3 และผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ

ตารางฝึกทักษะทางสังคมสำหรับผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับ 3-5

กิจกรรม		
วันที่	ภาคเช้า	ภาคบ่าย
1 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะทางสังคม (การพัฒนาการสื่อสารครั้งที่ 1)	ฝึกงานเกษตร
2 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะทางสังคม (การพัฒนาการสื่อสารครั้งที่ 2)	ฝึกงานเกษตร
4 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะทางสังคม (การพัฒนาการสื่อสารครั้งที่ 3)	ฝึกงานเกษตร
7 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (ลาบหมู / กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน การประกอบอาหาร)	ฝึกงานเกษตร
8 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (เมื่อฉันทยิบยากินเอง)	ฝึกงานเกษตร
9 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะทางสังคม (ทบทวนการประสานสายตา)	ฝึกงานเกษตร
11 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (ทำไมฉันต้องกินยา)	ฝึกงานเกษตร
15 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (การใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์)	ฝึกงานเกษตร
16 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (การมองข้อดีของตัวเอง)	ฝึกงานเกษตร
18 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (การระบายความรู้สึกด้วยภาพ)	ฝึกงานเกษตร
21 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (สารพันปัญหา)	ฝึกงานเกษตร
22 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตประจำวัน (ทบทวนการจัดสรรเงินอย่างรู้ค่า)	ฝึกงานเกษตร
23 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน (การรีดผ้า)	ฝึกงานเกษตร
24 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (เยี่ยมคุณสงวนที่วัดอภัยทาน)	ฝึกงานเกษตร
25 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน (สรุปประสบการณ์ การไปเที่ยว)	ฝึกงานเกษตร
28 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน (การทำความสะอาดห้องน้ำ / ห้องส้วมตึก / อ่างอาบน้ำ / อ่างล้างมือ / กวาดหยากไย่)	
29 ส.ค. 49	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (อุปสรรค)	ฝึกงานเกษตร
30 ส.ค. 49	-ประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟู -ซ่อมกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่ผ่านเป็นรายบุคคลหรือรายกลุ่มถ้าไม่ผ่านหลายคน	ฝึกงานเกษตร

รายชื่อผู้ป่วยที่ไม่ผ่านในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมวันที่	รายชื่อผู้ป่วยที่ไม่ผ่านกิจกรรม
1 ส.ค. 49	
2 ส.ค. 49	
4 ส.ค. 49	
7 ส.ค. 49	
8 ส.ค. 49	
9 ส.ค. 49	
11 ส.ค. 49	
15 ส.ค. 49	
16 ส.ค. 49	
18 ส.ค. 49	
21 ส.ค. 49	
22 ส.ค. 49	
23 ส.ค. 49	
24 ส.ค. 49	
25 ส.ค. 49	
28 ส.ค. 49	
29 ส.ค. 49	

รายชื่อผู้ป่วยฝึกทักษะทางสังคมภาคเช้า(ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ3-5)

1. นาย.....

2. นาย.....

3. นาย.....

4. นาย.....

5. นาย.....

6. นาย.....

7. นาย.....

8. นาย.....

**ตารางฝึกทักษะทางสังคมและการศึกษาสำหรับผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพ
การฟื้นฟูสมรรถภาพ ระดับ 3 และผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ**

วันที่	กิจกรรม
	ภาคบ้ายทักษะการใช้ชีวิตประจำวันและการศึกษา
2 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการพักผ่อน (การวาดและระบายภาพ) + การนับเลข 1 - 20
3 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน (การกวาดและถูบ้าน) + การนับเลข 1 - 50
4 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (การอาบน้ำถูสบู่โคล) + การนับเลข 1 - 100
6 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน (การคิดเงิน)
9 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน (การพับผ้า / ตากผ้า และใส่ปลอกหมอน) + พฤษภาคม ไทยดัวที่ 1 - 20
10 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (การป้องกันกลากเกลื้อน)
11 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการพักผ่อน (การเล่นเกมต่าง ๆ) + พฤษภาคม ไทยดัวที่ 1 - 44
12 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะทางสังคม (การขอบคุณ / การขอโทษ) + พฤษภาคม ไทยดัวที่ 1 - 44
13 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะทางสังคม (การมอง) ทบทวนการนับเลข 1 - 50
16 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน (การทำความสะอาดกวาดหยากไย่ห้องน้ำ / ห้องส้วม โรงอาหาร)
17 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการพักผ่อน (การเล่นเกมต่าง ๆ) + ทบทวนการนับเลข 1 - 100
18 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (การแปรงฟันที่ถูวิธี)
20 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิตในบ้าน (การปิดเปิดไฟ - พัดลม - ก๊อกรน้ำ - สปีงเกอร์)
24 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการดูแลตนเอง (การรับประทานอาหาร)
25 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการใช้ชีวิตในบ้าน (การรดผ้า)
26 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน (การไปเที่ยวเชื่อนอุบลรัตน์)
27 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน (สรุปการเรียนรู้ / ประสบการณ์ที่ได้จากการไปนอก สถานที่)
30 พ.ค. 48	กลุ่มทักษะทางสังคม (การแยกแยะความรู้สึก)
31 พ.ค. 48	- ประเมินสมรรถนะการฟื้นฟู

รายชื่อผู้ป่วยที่ไม่ผ่านในแต่ละกิจกรรม

กิจกรรมวันที่	รายชื่อผู้ป่วยที่ไม่ผ่านกิจกรรม
2 พ.ค.48	
3 พ.ค.48	
4 พ.ค.48	
6 พ.ค.48	
9 พ.ค.48	
10 พ.ค.48	
11 พ.ค.48	
12 พ.ค.48	
13 พ.ค.48	
16 พ.ค.48	
17 พ.ค.48	
18 พ.ค.48	
20 พ.ค.48	
24 พ.ค.48	
25 พ.ค.48	
26 พ.ค.48	
27 พ.ค.48	
30 พ.ค.48	

รายชื่อผู้ป่วยฝึกทักษะทางสังคมและการศึกษาภาคบ่าย
(ผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพระดับ 3 และผู้ป่วยไม่รู้หนังสือ)

1. นาย.....

5. นาย.....

2. นาย.....

6. นาย.....

3. นาย.....

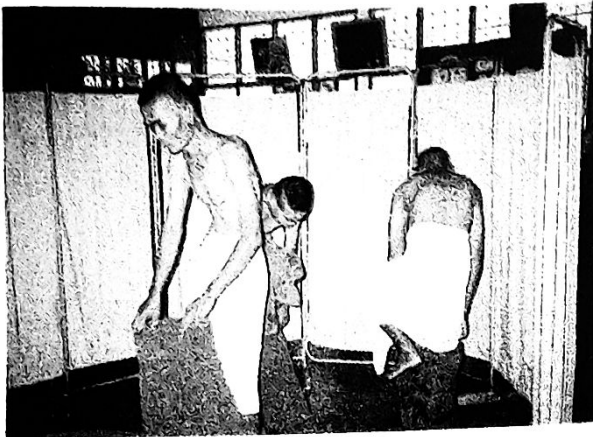
7. นาย.....

4. นาย.....

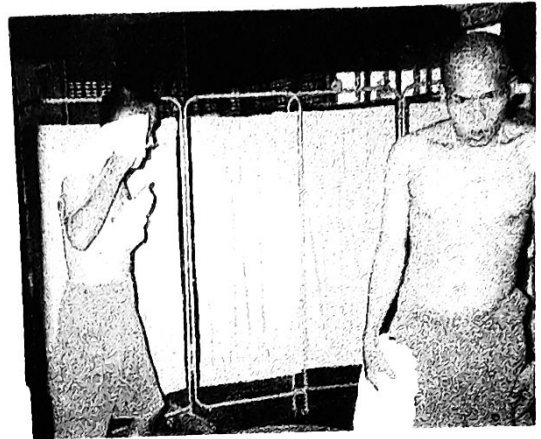
8. นาย.....

ภาคผนวก ณ.

ทักษะการดูแลตนเอง



สอนให้รู้จักการใส่เสื้อผ้า



สอนให้รู้จักเช็ดตัว



สอนให้รู้จักการตัดเล็บ



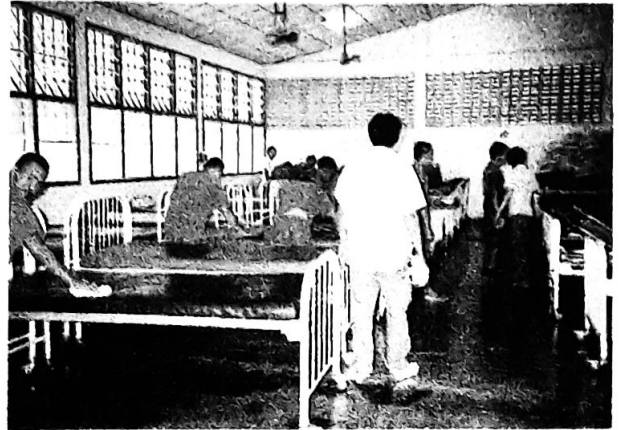
สอนทำความสะอาดช่องปาก

ทักษะการดูแลตนเอง(ต่อ)

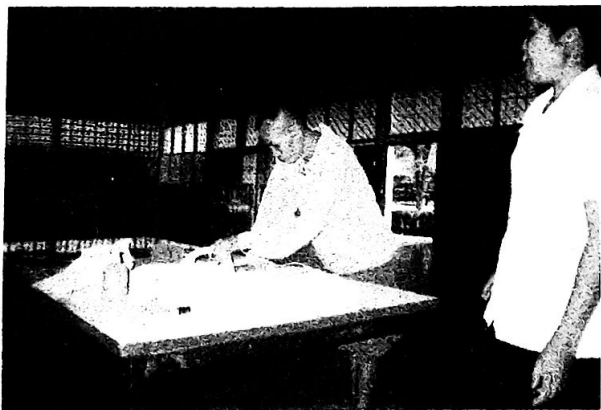


สอนให้รู้จักการขัดเท้า

ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน



สอนให้รู้จักการทำความสะอาดที่อยู่อาศัย



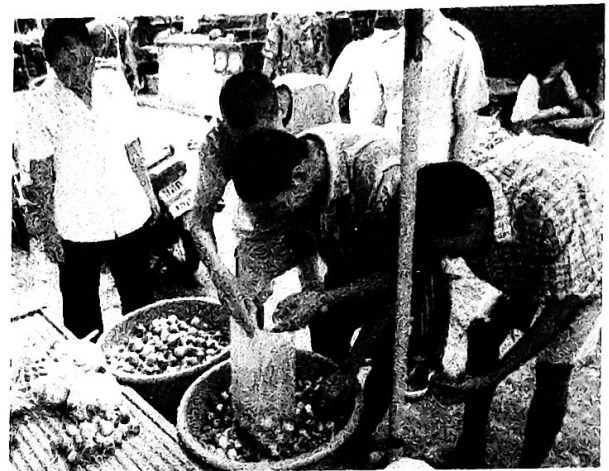
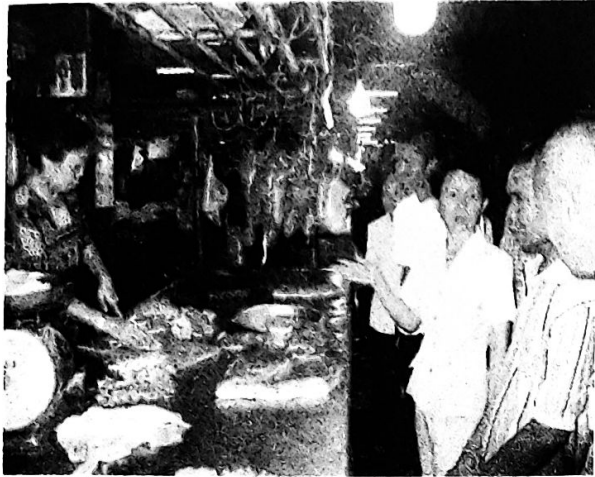
สอนให้รู้จักการรีดผ้า

ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน (ต่อ)



สอนให้รู้จักการประกอบอาหาร

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน



สอนผู้ป่วยให้รู้จักการจ่ายตลาด

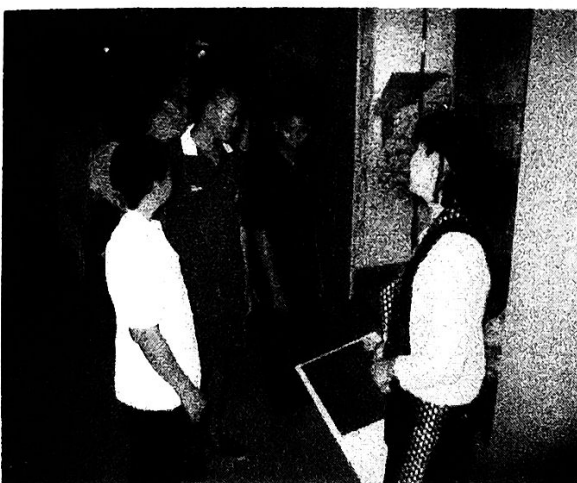
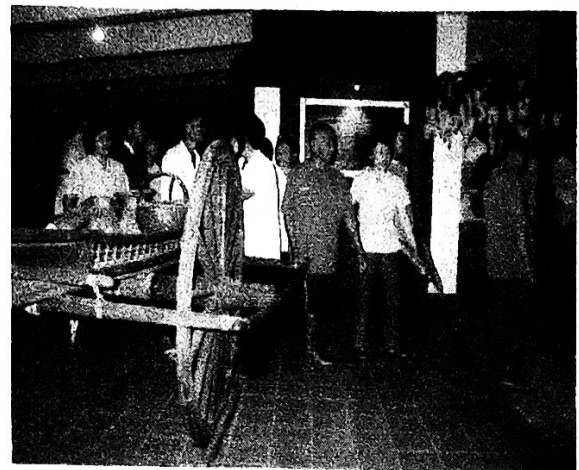
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน(ต่อ)

ภาพทัศนศึกษานอกสถานที่



เขื่อนอุบลรัตน์

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน(ต่อ)



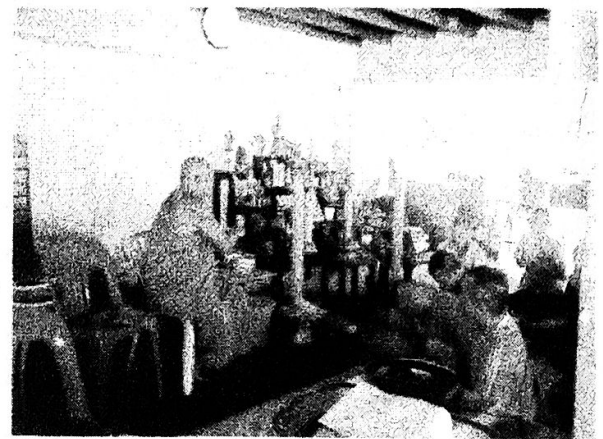
พิพิธภัณฑ์โฮงมูลมัง

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน(ต่อ)



ห้างสรรพสินค้าบิ๊กซี

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน(ต่อ)



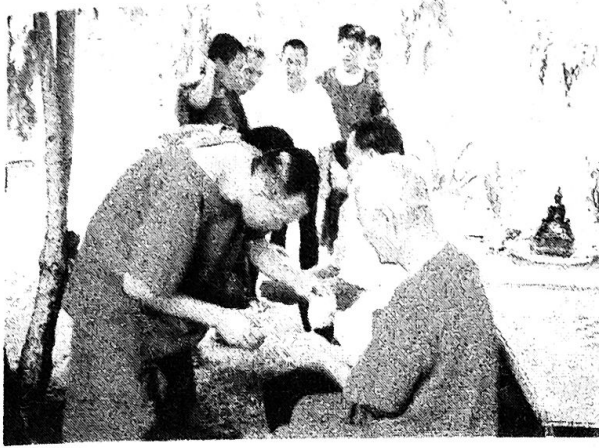
พระธาตุขามแก่น

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน(ต่อ)



ผู้ป๋วยร่วมบรรพชาสามเณรหมู่ภาคฤดูร้อน

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน(ต่อ)



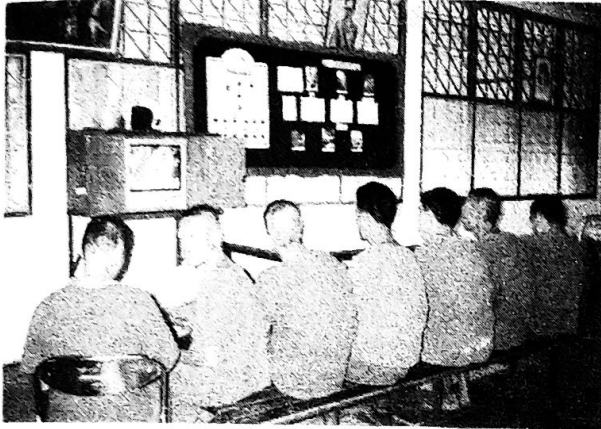
การรดน้ำผู้สูงอายุผู้อาวุโสและการเล่นน้ำในวันสงกรานต์

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน(ต่อ)



เยี่ยมเพื่อนที่จำหน่ายกลับมาอยู่บ้านได้นาน 2 ปี(จำหน่าย 2548)

ทักษะการพักผ่อน

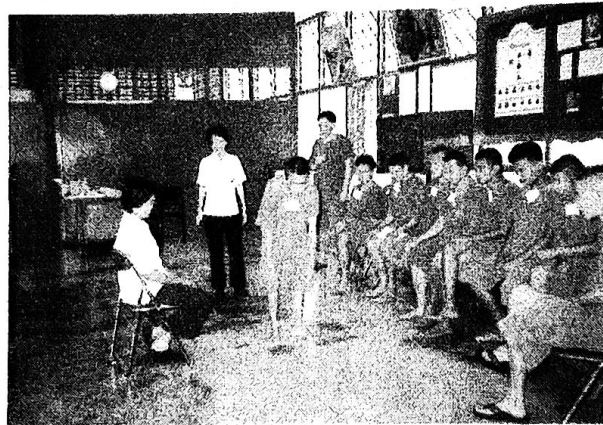


ฝึกผู้ป่วยให้รู้จักการพักผ่อนและคลายเครียดด้วยวิธีต่างๆ
เช่น ดูโทรทัศน์ และเล่นเกมต่างๆ เป็นต้น

ทักษะทางสังคม

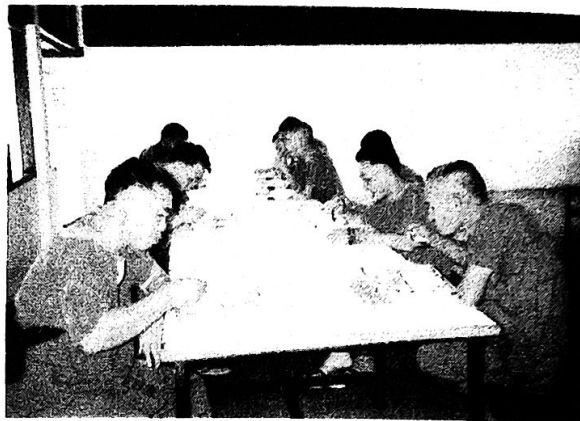
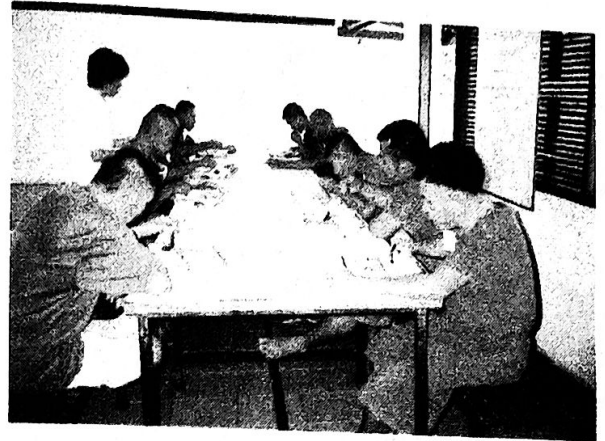
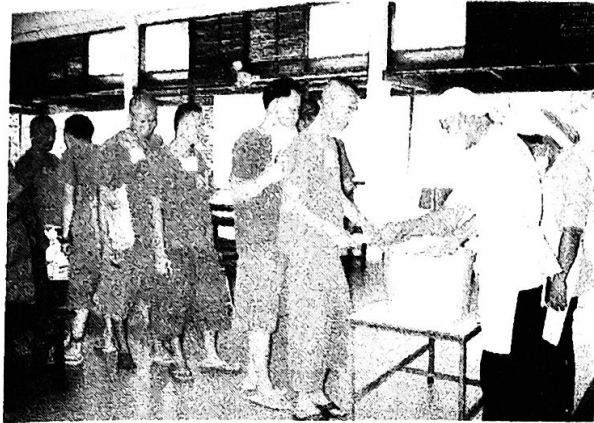


สอนผู้ป่วยให้รู้จักรับของจากผู้ใหญ่

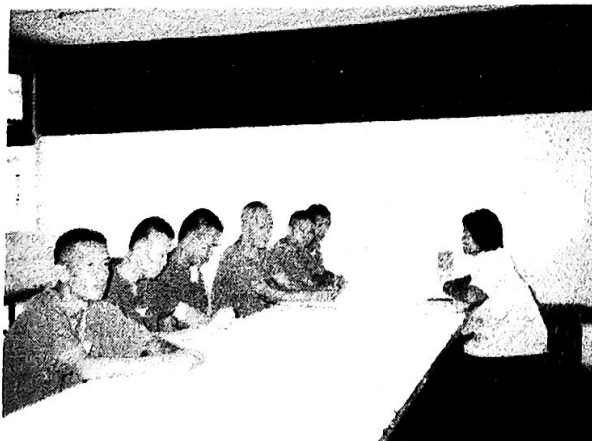


สอนผู้ป่วยให้รู้จักเดินค่อมตัวเมื่อเดินผ่านผู้ใหญ่

ทักษะทางสังคม(ต่อ)



สอนผู้ป่วยให้รู้จักการเข้าแถวและมีมารยาทบนโต๊ะอาหาร

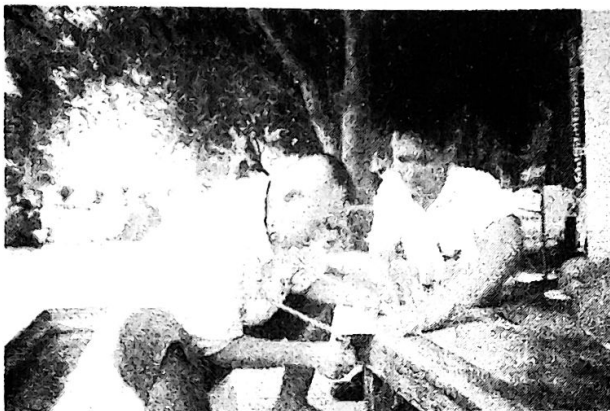


จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มทักษะทางสังคมและฝึกทักษะทางสังคม
เช่น การปฏิเสธ การบอกความต้องการ เป็นต้น

ทักษะการงาน



ปลูกผัก



ผลิตกระปุกออมสินจากกะลามะพร้าวเพื่อจำหน่าย

การให้สุขภาพจิตศึกษาแก่ญาติ



ภาคผนวก ญ.
รายชื่อผู้วิจัยภาคสนาม

1. นางสาวกร	บุบผาเห่า	พยาบาลเทคนิค 6
2. นางปรียาภรณ์	เสริมอ้วน	พยาบาลเทคนิค 6
3. นางดวงจันทร์	นาอุดม	พยาบาลเทคนิค 6
4. นางสุนละมัย	ทาคำใจ	พยาบาลเทคนิค 5
5. สุมาลัย	อ่อนหาญ	พยาบาลเทคนิค 5
6. นายสุริย์	สีสมน้อย	เจ้าหน้าที่พยาบาล 6
7. นายทองไสย์	นาชัยสิทธิ์	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
8. นายสุรพล	วรศิริ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
9. นายวินัย	นารมย์	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
10. นายประหยัด	เกษร	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
11. นายประวุธ	จุฑาสิงห์	ผู้ช่วยเหลือคนไข้
12. นางเรณู	สีสมน้อย	ผู้ช่วยเหลือคนไข้

ภาคผนวก ก.

โครงการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแบบครบวงจร เพื่อยกระดับสมรรถภาพ
การฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนดู่

1. ชื่อโครงการ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมแบบครบวงจร เพื่อยกระดับสมรรถภาพการฟื้นฟูผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย หอผู้ป่วยคอนดู่
2. เจ้าของโครงการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
3. ที่ปรึกษาโครงการ นายแพทย์ทวี ตั้งเสรี นางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล และนางปทุมทิพย์ สุภานันท์
4. ผู้รับผิดชอบโครงการ นางสาวจิรารัตน์ พิมพ์ดีด และคณะ
5. หลักการและเหตุผล

จิตเภทเป็นโรคที่ทำให้เกิดการเสื่อมถอยของบุคลิกภาพ อารมณ์ และการรับรู้ ประมาณ 1 ใน 3 ของจำนวนผู้ป่วยโรคจิตเภททั้งหมด สามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้ตามปกติเช่นเดิม ถ้าระยะเวลาการเจ็บป่วยอยู่ในช่วงสั้นๆ อีก 1 ใน 3 มีประวัติการกลับเข้ารับรักษาซ้ำและมีอาการรุนแรงตลอดชีวิต และที่เหลือ 1 ใน 3 จะมีอาการเรื้อรัง ยาที่ใช้ในการรักษาทางจิตสามารถควบคุมอาการทางบวก (positive symptoms) แต่ยาไม่สามารถควบคุมอาการทางลบ (negative symptoms) ได้ เช่น อารมณ์ที่อึมครึม ความสนใจในกิจวัตรประจำวันและสิ่งแวดล้อมลดลง แยกตัวเอง จึงมีความจำเป็นที่จะต้องอาศัยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โดยการฝึกทักษะทางสังคมเพื่อช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยไม่ให้เสื่อมไปมากกว่านี้

การฝึกทักษะทางสังคมมีจุดมุ่งหมาย เพื่อส่งเสริมพัฒนาทักษะทางสังคมของผู้ป่วยให้สามารถมีชีวิตร่วมอยู่ในชุมชน อาศัยแนวคิดทางพฤติกรรมบำบัดด้วยวิธีการค่อยๆ เปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยให้มีความเหมาะสมทีละนิดๆ ควบคู่กับการเสริมแรงทางบวก เมื่อผู้ป่วยมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ แม้ผู้ป่วยจะได้รับการเตรียมความพร้อมในการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน หากญาติไม่มีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วย อีกทั้งมีเจตคติที่ไม่ถูกต้อง เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำเร็วขึ้น อันเนื่องจากญาติรู้สึกเป็นภาระ ไม่เข้าใจในการดูแลผู้ป่วย มีบรรยากาศครอบครัวที่ไม่อบอุ่น และไม่สามารถฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาลได้

ครอบครัวของผู้ป่วยเป็นสถาบันที่มีความสำคัญในการให้ความร่วมมือในการดูแลผู้ป่วยต่อจากโรงพยาบาล ดังนั้นจึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะส่งเสริมให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยครบวงจร โดยการสนับสนุนให้ญาติได้มีส่วนร่วมในการฟื้นฟูผู้ป่วยจึงเป็นบทบาทของบุคลากรโรงพยาบาลที่ต้องเตรียมความพร้อมของญาติในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยต่อไป

การฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในกรมสุขภาพจิต ยังไม่มีหน่วยงานใดที่ดำเนินกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพที่เห็นรูปแบบชัดเจน คณะผู้ทำโครงการจึงมีความสนใจที่จะพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายที่หอผู้ป่วยคอนคู ซึ่งเป็นตึกบำบัดระยะยาวเพียงตึกเดียวของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบวงจร และบุคลากรมีการปฏิบัติงานอย่างมีเป้าหมายต่อไป

6. วัตถุประสงค์

- 6.1 เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคมให้ผู้ป่วยมีระดับของสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพเพิ่มขึ้น
- 6.2 เพื่อส่งเสริมให้ญาติผู้ป่วยมีความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วย

7. วิธีการ

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. วิเคราะห์บริบทของพื้นที่ที่ทำโครงการและปรับระบบการทำงานใหม่ให้เอื้อต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยประชุมชี้แจงให้บุคลากรหอผู้ป่วยได้รับทราบ
2. คัดแปลงแบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมกับบริบทหอผู้ป่วย
3. ประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยก่อนและหลังดำเนินโครงการ
4. จัดให้ผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัดตามโปรแกรมการฝึกทักษะทางสังคม และจัดให้ได้ฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่ เช่น การไปเที่ยวห้างสรรพสินค้าบิ๊กซี เซ็นทรัล บิ๊กมอลล์ และพระธาตุแก่นนคร วัดหนองแวง เป็นต้น หากฝึกไม่ผ่านจัดซ่อมเป็นรายบุคคล อีกทั้งฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยเป็นรายบุคคลตามปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย
5. เชิญญาติทางจดหมาย และทางโทรศัพท์ เพื่อเข้าร่วมโครงการสุขภาพจิตศึกษาสำหรับญาติ และชี้แจงโครงการให้ญาติเข้าใจถึงเนื้อหาการอบรมญาติ มี 8 แผนการสอน จะนัดญาติมาอบรมจนครบแผนการสอน และมีการทำแบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะการดูแลผู้ป่วย ก่อนและหลังอบรม (กรณีผู้ป่วยมีญาติ)

6. ดำเนินกิจกรรมตามที่กำหนด
7. สรุปประเมินผลโครงการ มีเครื่องมือที่ใช้คือ
 - 7.1 แบบประเมินสมรรถภาพการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นแบบประเมินทักษะ 6 ด้าน ประกอบด้วย 1) ทักษะการดูแลตนเอง 2) ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน 3) ทักษะทางสังคม 4) ทักษะการทำงาน 5) ทักษะการพักผ่อน และ 6) ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน การประเมินผู้ป่วยทำการประเมินเป็นทีม ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ พยาบาลเทคนิค และผู้ช่วยเหลือคนไข้
 - 7.2 แบบประเมินความรู้ เจตคติ และทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท มีจำนวน 20 ข้อ วิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้ Paired t test และ Wilcoxon signed rank test

8. กลุ่มเป้าหมาย

- 8.1 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชายของหอผู้ป่วยคอนคู จำนวน 35 คน
- 8.2 ญาติผู้ป่วยที่สามารถติดต่อมาเข้าร่วมโครงการได้

9. สถานที่และระยะเวลา

หอผู้ป่วยคอนคู โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ดำเนินโครงการตั้งแต่เดือน ตุลาคม 2548 ถึงเดือนกันยายน 2549

10. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

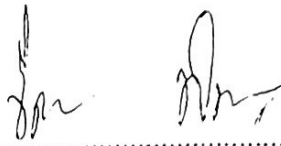
- 10.1 โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ มีรูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชัดเจนขึ้น และสามารถขยายผลไปสู่หน่วยงานอื่นได้
- 10.2 ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีทักษะทางสังคมที่ดีขึ้น
- 10.3 ญาติผู้ป่วยมีความรู้ เจตคติและทักษะการดูแลผู้ป่วยที่ถูกต้องและดีขึ้น

11. งบประมาณ

- 11.1 ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงและค่าเหมาจ่ายรถยนต์ (ฝึกทักษะทางสังคมนอกสถานที่) 7,000 บาท
- 11.2 อุปกรณ์และอาหารประกอบการฟื้นฟูสมรรถภาพ 20,000 บาท
- 11.3 ลีอกเกอร์ 1 ชุด สำหรับใส่ข้าวของส่วนตัวผู้ป่วย 10,000 บาท
- 11.4 อาหารกลางวันสำหรับญาติ (25 คน X 100บาท) 2,500 บาท
- 11.5 ค่าใช้จ่ายในการติดต่อญาติ (ซองจดหมาย แสตมป์ ค่าโทรศัพท์) 3,000 บาท

11.6 ค่าตอบแทนการทำงานนอกเวลาของเจ้าหน้าที่ (500 บาท X 20 วัน)	10,000 บาท
11.7 ค่าฟิล์ม ค่าล้างฟิล์มและอัดขยาย	4,000 บาท
11.8 ค่าตอบแทนที่ปรึกษา	20,000 บาท
11.9 ค่าสำเนาเอกสาร	5,000 บาท
11.10 ค่าพิมพ์งาน	2,000 บาท
11.11 ค่าจัดทำรูปเล่มเพื่อพิมพ์เผยแพร่ 50 เล่มๆละ200 บาท	10,000 บาท
11.12 ค่าวิเคราะห์ข้อมูล	5,000 บาท
11.13 ค่าวัสดุอุปกรณ์สำนักงาน	1,500 บาท
รวม 100,000 บาท (หนึ่งแสนบาทถ้วน)	

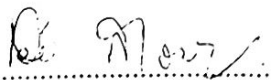
หมายเหตุ ค่าใช้จ่ายต่างๆ ถัวเฉลี่ยแทนกันได้



(นางสาว จิรรัตน์ พิมพ์ดีด)

พยาบาลวิชาชีพ 7

ผู้เสนอโครงการ



(นางเสงี่ยม สารบัณฑิตกุล)

พยาบาลวิชาชีพ 8

ผู้เห็นชอบโครงการ



(นายพงษ์ศักดิ์ สมใจ)

เภสัชกร 8

รักษาการแทนผู้อำนวยการ ร.พ.จิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

ผู้อนุมัติโครงการ

ประวัติผู้วิจัย

ประวัติหัวหน้าโครงการ

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางสาวจิรารัตน์ พิมพัตต์
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) MISS JIDARAT PIMDEED
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 - 3099 - 01527 - 69 - 6
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7 กลุ่มการพยาบาล
4. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 227422 โทรสาร (043) 224722
5. ประวัติการศึกษา
 - 5.1 ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตรและผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลนครราชสีมา ปี พ.ศ. 2529
 - 5.2 ประกาศนียบัตรสุขภาพจิตและการพยาบาลจิตเวช จากโรงพยาบาลสมเด็จเจ้าพระยา ในปี พ.ศ.2533
 - 5.3 ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช) มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี พ.ศ. 2541
 - 5.4 อบรมหลักสูตรเรื่อง การวิจัยคุณภาพ จำนวน 85 ชั่วโมง ปีงบประมาณ 2542 จัดโดยโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น
 - 5.5 วุฒิบัตรสำเร็จการอบรมพัฒนาทักษะการประมวลผลข้อมูล โดยใช้คอมพิวเตอร์ ในปี พ.ศ.2542 จากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
 - 5.6 ประกาศนียบัตรการประเมินผลโครงการแบบครบวงจร ระดับหัวหน้าโครงการ รุ่นที่ 3 ในปี พ.ศ.2543 จากสถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์
6. ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)
 - 6.1 หัวหน้าโครงการวิจัย 1 เรื่อง
การพัฒนารูปแบบการจำหน่ายผู้ป่วยโรคจิตเภทที่กลับมารักษาซ้ำที่หอผู้ป่วยหญิงของโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น (2542)
 - 6.2 ผู้ร่วมวิจัย 5 เรื่อง
 - 6.2.1 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิต (2538)

- 6.2.2 การศึกษาความถูกต้องของแบบคัดกรองโรคจิตและความซุกของโรคจิตในชุมชนบ้านคง ต.โลกสำราญ อ.บ้านไผ่ จ.ขอนแก่น (2538)
- 6.2.3 การสำรวจความคิดเห็นของผู้ป่วยจิตเภทหญิงต่อการประกาศผลประเมินพฤติกรรมในการเข้าร่วมกลุ่มกิจกรรมบำบัด จากวารสารคณะพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปีที่ ๑.2 - 3 2545
- 6.2.4 โครงการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวชที่กลับมารักษาตามนัด โดยใช้กระบวนการกลุ่ม วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ปีที่ 17 ๑.2 (ก.ค. - ธ.ค. 2546)
- 6.2.5 สุขภาพจิตไทย : มุมมองของประชาชนภาคอีสาน (2544)

ผู้ร่วมวิจัย

1. ชื่อ - สกุล (ภาษาไทย) นางเยาวภา ไตรพุกษชาติ
ชื่อ - สกุล (ภาษาอังกฤษ) Mrs. YAOWAPHA TRAIPHUKSACHAT
2. หมายเลขประจำตัวประชาชน 3 - 4099 - 00222 - 04 - 7
3. ตำแหน่งปัจจุบัน พยาบาลวิชาชีพ 7
4. สถานที่ทำงาน โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ อ.เมือง จ.ขอนแก่น 40000
โทร. (043) 227422 โทรสาร (043) 224722
5. ประวัติการศึกษา
 - 5.1 ประกาศนียบัตรวิชาการพยาบาลและผดุงครรภ์ระดับต้น วิทยาลัยพยาบาลศรีธัญญา ปี 2528
 - 5.2 พยาบาลศาสตรบัณฑิต (ต่อเนื่อง) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
6. ผลงานวิจัยที่ได้รับการเผยแพร่ (ภายใน 10 ปีที่ผ่านมา)

-