

CPG

(Clinical Practice Guideline)

กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ
โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จัดทำครั้งที่ 1 วันที่ 30 เดือนธันวาคม พ.ศ.2548

จัดทำครั้งที่ 2 วันที่ 20 เดือนธันวาคม พ.ศ.2549



CPG (Clinical Practice Guideline)

กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

จัดทำครั้งที่ 1 วันที่ 30 เดือนธันวาคม พ.ศ.2548

จัดทำครั้งที่ 2 วันที่ 20 เดือนธันวาคม พ.ศ.2549

โดยการจัดทำครั้งที่ 2 ได้รับการอนุเคราะห์จากที่ปรึกษา 3 ท่านในการปรับปรุงเนื้อหาสาระใน CPG

1. นพ. สุจริต สุวรรณชีพ ที่ปรึกษากรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข
2. รศ. เทียม ศรีลำจักร หัวหน้าภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่
3. อ.สุชาดา สาคกรเสถียร นักวิชาการสาธารณสุข 9 ชว. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข

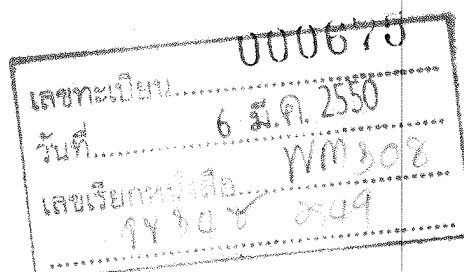
CPG (Clinical Practice Guideline For Rehabilitation in Mental Health)

Rehabilitation Occupational Therapy and Agricultural Therapy

Khonkaen Rajanagarindra Psychiatric Hospital

I : 30/12/2005

I : 20/12/2006



สารบัญ

เรื่อง	หน้า
แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช	
• บทนำ	1
- การฟื้นฟูสมรรถภาพ	1
- กรอบแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ	2
- วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ	3
- หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพ	4
- ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช	5
- คำจำกัดความ	6
• ขั้นตอนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ	7
- ขั้นตอนการปฏิบัติงาน	7
- ผังกระบวนการ (flow chart)	10
• การประเมิน	11
- การประเมินศักยภาพ	11
- ประเภทของการประเมิน	11
- วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล	12
- ขั้นตอนการประเมิน	12
* การประเมินทักษะในการประกอบกิจกรรม	13
* แบบบันทึกการประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัด	25
- วิธีการใช้แบบประเมิน	26
• การวิเคราะห์กิจกรรม	27
- การวิเคราะห์กิจกรรม	27
- ประโยชน์ของการวิเคราะห์กิจกรรม	27
- แนวทางการวิเคราะห์กิจกรรม	28
• ความเสี่ยง	38
- ความเสี่ยง	38
- บัญชีรายการความเสี่ยง (Risk Profile)	40
• มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช	48
• เอกสารอ้างอิง	50

CPG (Clinical Practice Guideline)

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช

แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพนี้เป็นแนวทางปฏิบัติในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชอย่างเป็นระบบ และมีความเหมาะสมในทุกขั้นตอน เพื่อให้การฟื้นฟูเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ตอบสนองต่อความต้องการและปัญหาของผู้รับบริการ

ในกรณีที่สถานการณ์ต่างไปจากแนวทางนี้ ผู้ปฏิบัติงานสามารถปฏิบัติแตกต่างไปจากแนวทางนี้ได้ตามความจำเป็นและความเหมาะสม เป็นที่ยอมรับในทางกานบำบัดรักษา

บทนำ

การฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นส่วนหนึ่งในขบวนการรักษาผู้ป่วยจิตเวช โดยมุ่งเน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง รวมถึงการทำกิจกรรมหรือการทำงานได้ด้วยตัวเอง เปิดโอกาสให้เรียนรู้การปรับตัว พัฒนาด้านศักยภาพให้อยู่ในสังคมได้ เพื่อเป็นการพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และเป็นกระบวนการที่ใช้ทีมจิตเวช ร่วมกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาผู้ที่มีความบกพร่อง/พิการทางจิต เพื่อให้เขาเหล่านั้นสามารถใช้ศักยภาพที่ตนเองมีอยู่ให้มากที่สุด หรือลดความบกพร่อง/พิการให้เหลือน้อยที่สุดหรือหมดไป โดยมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เขาเหล่านั้นกลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติ รวมทั้งมีความรับผิดชอบและปฏิบัติหน้าที่ตลอดจนความสามารถในการใช้ชีวิตด้วยตนเองเหมือนคนทั่วๆ ไปในสังคม (ปัทมา ศิริเวช, 2544)

การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช มีวัตถุประสงค์เพื่อที่จะลดความด้อยสมรรถภาพและความพิการที่หลงเหลือจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดี และสามารถกลับสู่สภาพปกติ หรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยพิจารณาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อมภายใต้การดำเนินงานเป็นทีมแบบสหวิชาชีพ และการติดต่อประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง (วิระวรรณ พลยสา และอินทรา อะตะมะ, 2545)

การฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการใช้วิชาชีพทางการแพทย์ การศึกษา สังคมและงานอาชีพผสมผสานกัน เพื่อฝึกผู้ป่วยให้มีความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและพึ่งตนเองได้มากที่สุด การฟื้นฟูสมรรถภาพ จะกระทำเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพความเลื่อมของผู้ป่วยให้ดีขึ้น คงระดับความเสื่อม และฝึกส่วนอื่นเพื่อทดแทนส่วนที่บกพร่อง

กรอบแนวทางในการพัฒนากิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพนั้น ประกอบด้วย

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ โดยการใช้หลักวิชาการทางการแพทย์ ประกอบด้วย
กายภาพบำบัด อรรถบำบัด อาชีวบำบัด
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา ให้ความรู้ทางการศึกษา การศึกษาพิเศษ
3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม เน้นการฝึกให้ผู้ป่วยได้เกิดประสบการณ์ชีวิตและปรับปรุง
ตนเองเข้ากับผู้อื่น
4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ ส่งเสริมการฝึกด้านอาชีพต่างๆ ให้กับผู้ป่วยตาม
ความสามารถและตามความต้องการ
5. การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เน้นเพื่อให้เกิดทักษะเกี่ยวกับการใช้ความคิดเห็นต่อบุคคลอื่น
ฝึกการควบคุมอารมณ์ ฝึกทักษะการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นอย่างเหมาะสม เพื่อให้เกิด
การยอมรับ นำไปสู่การปรับตัวปรับใจ เพื่อการดำรงอยู่อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อม
และความเป็นอยู่

การบริการฟื้นฟูสมรรถภาพของแต่ละประเภทจะมีความเฉพาะด้านในการให้การช่วยเหลือ ดังนี้

1. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ หมายถึง การใช้หลักวิชาการทางการแพทย์บำบัดรักษา
ผู้ป่วยทางจิต กระตุ้นผู้ป่วยออกจากโลกส่วนตัว หรือเฝ้าระวังป้องกันความบกพร่อง/พิการทางจิตที่จะ
เกิดขึ้น รวมถึงภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากการรักษา

2. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการศึกษา หมายถึง การจัดการศึกษาตามความต้องการของผู้ป่วย
หรือการบริการศึกษาซ่อมเสริมในปัญหาการเรียนรู้เกี่ยวกับการพูด การเขียน การอ่าน ตามหลักสูตร
การศึกษาที่ผู้ป่วยไม่สามารถเข้าเรียนได้ ในประเทศไทยแบ่งเป็น 3 รูปแบบคือ

2.1 การศึกษาตามระบบ เช่น โรงเรียนทั่วไป หรือโรงเรียนเฉพาะทาง

2.2 การศึกษานอกระบบ มีลักษณะของความยืดหยุ่นตามกลุ่มเป้าหมายการศึกษานอก
โรงเรียน

2.3 การศึกษาตามอัธยาศัย (Informal Education) ไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่แน่นอน ศึกษา
เรียนรู้จากการทำหรือจากประสบการณ์จริง

3. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสังคม หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยในทักษะที่จำเป็นใน
การดำเนินชีวิต โดยเน้นการฝึกให้ผู้ป่วยได้เกิดประสบการณ์ชีวิต สามารถปรับตัวเข้ากับสิ่งแวดล้อม
มีสัมพันธภาพกับผู้อื่น เป็นการพัฒนาให้ผู้ป่วยสนใจสิ่งแวดล้อม และสามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้
อย่างกลมกลืน นอกจากนี้ยังสร้างความภาคภูมิใจและให้ผู้ป่วยตระหนักถึงศักยภาพของตนเอง ทำให้
รู้สึกมีคุณค่า ได้รับการยอมรับ รู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่ม ซึ่งเป็นแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญของ

การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น และสนใจฝึกฝนทักษะอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมที่ใช้ เน้นการเอื้ออำนวยให้ผู้ป่วย เปิดการรับรู้สู่สังคมมากขึ้น โดยใช้กิจกรรม สิ่งเร้า เช่น รูปภาพ เสียง บัตรคำ ฯลฯ เป็นสื่อ นำมากระตุ้น ให้ผู้ป่วยเกิดความสนใจ สงสัย ทำทนาย อยากรู้ อยากติดตาม รวมทั้งมุ่งเน้นการสร้างและการฟื้นฟู สัมพันธภาพที่ดีกับผู้อื่นเป็นพื้นฐาน โดยให้กลุ่มมีบทบาทในการกระตุ้นให้สมาชิกพูดแสดงออก และ เกิดปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก ในขณะเดียวกันก็ใช้การเสริมแรง โดยการใช้แรงเสริมทางบวกกับ พฤติกรรมที่เหมาะสมหรือเมื่อผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้ ทั้งนี้เพื่อเป็นกำลังใจให้ผู้ป่วยรู้สึกภาคภูมิใจ ในตนเอง

4. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ หมายถึง การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยให้มีทักษะพื้นฐาน การทำงาน ส่งเสริมการฝึกด้านอาชีพต่างๆ ให้กับผู้ป่วยตามความสามารถและตามความต้องการ ให้เกิด ความภาคภูมิใจในตนเอง มีคุณค่า มีความมั่นใจ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีรายได้จากการประกอบอาชีพ ลดภาระ ต่อครอบครัวและเป็นบุคคลที่มีประโยชน์ในสังคม โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพต้องมึ ความต่อเนื่อง ส่วนการประสบความสำเร็จทางด้านอาชีพมากนักน้อยเพียงใด ขึ้นอยู่กับโอกาสทางอาชีพ และการสนับสนุนจากองค์กรที่เกี่ยวข้องกับ การฝึกทักษะการทำงานและทักษะทางอาชีพ

5. การฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน หมายถึง การจัดให้ผู้ป่วยได้ฝึกเพื่อให้เกิดทักษะที่เกี่ยวกับการ ใช้ความคิดเห็นต่อบุคคลอื่น ฝึกการควบคุมอารมณ์ เพื่อให้เกิดการยอมรับ นำไปสู่การปรับตัว ปรับใจ เพื่อการดำรงอยู่อย่างเหมาะสมกับสภาพแวดล้อมและความเป็นอยู่ การหาทางให้สังคมยอมรับ ความสามารถของผู้ป่วยจิตเวช

วัตถุประสงค์ของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ลดพฤติกรรมผิดปกติที่เกิดจากอาการทางจิต (reducing symptomatology)
2. ลดภาวะแทรกซ้อนที่เกิดจากแพทย์ (reducing iatrogenic symptom) เช่น การลดอาการ ข้างเคียงจากยาที่แพทย์สั่งใช้ เป็นต้น
3. เพิ่มความสามารถทางสังคมแก่ผู้ที่พิการทางจิต (improving social competence) เนื่องจากการที่ผู้ป่วยต้องใช้เวลาในการรักษาจะทำให้รู้สึกว่าการตนเองกำลังป่วย จึงเข้าสังคมน้อยลง และ ในที่สุดเมื่อเขาป่วยนานๆความสามารถทางสังคมของเขาก็จะค่อยลดลง
4. ลดการแบ่งแยก และการตราหน้าโดยชุมชนหรือครอบครัว (reducing discrimination and stigma)
5. สนับสนุนครอบครัว (family support) ในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย เนื่องจากครอบครัว มักจะอายที่จะบอกใครๆว่ามีบุคคลในครอบครัวของตนเป็นโรคจิต และมองว่าผู้ป่วย

โรคจิตซึมเศร้า ไม่ทำงานและมักจะดำเนินผู้ป่วยอย่างเฉยๆ สำหรับในประเทศอินเดีย ถ้าครอบครัวใดมีลูกสาวที่เป็นโรคจิตก็จะไม่มีใครกล้ามาสู่ขอและก็จะถูกครอบครัวดำเนิน

6. กระตุ้น/สนับสนุนให้สังคมมีส่วนร่วมในการดูแลและช่วยเหลือผู้ป่วย
7. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้พิการทางจิตได้รับสิทธิที่พึงจะได้รับเท่าเทียมกับผู้อื่น

หลักการของการฟื้นฟูสมรรถภาพ

หลักการในการให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ผู้ป่วยจะต้องเต็มใจเข้าร่วมในทุกๆ ระยะของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. มีการเรียนรู้ทักษะใหม่ๆ จากสถานการณ์เฉพาะ
3. ผู้ป่วยแต่ละรายจะได้รับการฝึกที่มีจุดมุ่งหมายที่มุ่งเน้นต่างกัน (individualized skill goals) ดังนั้น โปรแกรมที่ใช้ฝึกจะเป็นเฉพาะบุคคล
4. การปรับสิ่งแวดล้อมที่ไม่ดี อาจไม่ทำให้การพัฒนาทางทักษะของผู้ป่วยดีขึ้นก็ได้
5. ปัญหาของผู้ป่วยมักจะเป็นปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ป่วยและสิ่งแวดล้อม
6. พยายามทำให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจน้อยที่สุด ซึ่งจะช่วยให้เขาสามารถช่วยเหลือตนเองได้
7. ครอบครัวของผู้ป่วยควรมีส่วนร่วมในการฝึกเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพในบางระยะ
8. การให้ความหวัง (hope) เป็นสิ่งสำคัญของกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยจะต้องตั้งความหวังให้สูง เพื่อให้เรามีความพยายามที่จะพัฒนาผู้ป่วยให้ไปจนถึงจุดมุ่งหมายที่เราต้องการ

ลักษณะของผู้ป่วยจิตเวช

ผู้บำบัดต้องทำความรู้จักและเข้าใจในลักษณะหรือจุดอ่อนของผู้ป่วยจิตเวชก่อนที่จะเข้าใจในตัวของผู้ป่วยให้ถูกต้อง ซึ่งลักษณะอาการที่ผู้ป่วยแสดงออกมานั้น แตกต่างจากผู้ป่วยที่มีปัญหาทางด้านร่างกาย ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากตัวผู้ป่วยเองหรือเป็นผลมาจากอาการเจ็บป่วยก็ได้ ดังนั้นผู้บำบัด ต้องคำนึงถึง ลักษณะของผู้ป่วย ดังนี้

○ มีความอ่อนไหวง่าย

ผู้ป่วยจิตเวชทุกคนมีความอ่อนไหวทางอารมณ์และไวต่อความรู้สึกสูง โดยมีลักษณะของความวิตกกังวล ความหวาดระแวง ความหวาดกลัว ชอบคิดมาก ความคิดสงสัย มีความรู้สึกไวต่อคำพูดและท่าทีของผู้อื่นได้เร็ว

○ รู้สึกว่าตัวเองมีปมด้อย

ผู้ป่วยจิตเวชจะรู้สึกมีปมด้อย อันเป็นผลมาจากความเจ็บป่วย คือ เป็นโรคที่สังคมไม่ยอมรับ สังคมรังเกียจ ถูกเหยียดหยาม ถูกทอดทิ้งและไม่ได้รับความสนใจ เป็นส่วนเกินของสังคม จึงมีผลทำให้ผู้ป่วยเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ โกรธตัวเอง ลงโทษตัวเอง และประณามตัวเองว่าเป็นคนไร้คุณค่าของความเป็นคน

○ มีความรู้สึกถูกทอดทิ้งและไม่มีใครยอมรับ

ผู้ป่วยจิตเวชมักจะถูกทอดทิ้ง ขาดความเอาใจใส่ดูแล รู้สึกโดดเดี่ยว ไม่มีใครยอมรับและไม่ยอมให้เข้ากลุ่มสังคมด้วย ถูกสังคมประทับตราว่าเป็นคนบ้า ตัวอันตราย หรือเป็นบุคคลที่น่าสะพรึงกลัว

○ มีความรู้สึกกลัวว่าจะไม่หายจากโรค

ผู้ป่วยจิตเวชเกิดความรู้สึกว่า ตนเองจะไม่หายจากอาการเจ็บป่วย มีความบกพร่องพิการทางจิตใจ มองอนาคตของตนเองด้วยความมืดมน ไม่กล้าหยุดกินยา ไม่กล้าที่จะออกไปทำงานกับคนอื่น และไม่กล้าออกสังคม

○ มีความรู้สึกต้องการพึ่งพาผู้อื่น

ผู้ป่วยจิตเวช จะไม่มีความมั่นใจในตนเอง ต้องพึ่งพาความกิด คำแนะนำและการตัดสินใจของผู้อื่น มีลักษณะของความคิดและอารมณ์ไม่ถึงวุฒิภาวะ ขาดความเชื่อมั่นในตัวเอง ไม่กล้าตัดสินใจและไปไหนมาไหนคนเดียวไม่ได้ และผลการเจ็บป่วยทำให้ผู้ป่วยต้องพึ่งพิงผู้อื่นเพิ่มขึ้น

คำจำกัดความ

1. **กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ** หมายถึง กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่ ประกอบด้วย 2 งาน คือ

- งานอาชีวบำบัด
- งานเกษตรกรรมบำบัด

2. **เจ้าหน้าที่กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ** หมายถึง หัวหน้ากลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ นักอาชีวบำบัด เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด พนักงานอาชีวบำบัดและพนักงานเกษตรกรรมบำบัด ซึ่งหมายถึง ผู้ช่วยเหลือคนไข้และพนักงานขับรถแทรกเตอร์ โดยปฏิบัติงานในกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ภายใต้การกำกับดูแลของ นักอาชีวบำบัดหรือเจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด

3. **ผู้รับบริการ** หมายถึง ผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ ที่มีอาการทางจิตสงบ ไม่เป็นอันตรายต่อตนเองและผู้อื่น และได้รับการคัดกรองเบื้องต้นจากเจ้าหน้าที่ที่ดูแลผู้ป่วยใน

4. **การฟื้นฟูสมรรถภาพ** หมายถึง กระบวนการช่วยเหลือบุคคลที่มีปัญหาทางจิตเวช โดยการใช้กิจกรรมด้านอาชีวบำบัดและเกษตรกรรมบำบัดเป็นสื่อ เพื่อส่งเสริมพัฒนาด้านจิตใจ อารมณ์ สังคม เพิ่มพูนทักษะต่างๆ ในการดำรงชีวิต ช่วยลดอาการและแก้ไขให้ผู้ป่วยดีขึ้นตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

5. **กระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพ** หมายถึง กระบวนการซึ่งประกอบด้วย

5.1 **การประเมินศักยภาพ** หมายถึง กระบวนการวัด และตัดสินคุณค่าด้านความสามารถในการทำกิจกรรม โดยแบ่งการประเมินศักยภาพออกเป็น 3 ระยะ

5.1.1 **การประเมินเพื่อวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ** เป็นการวัดและตัดสินว่าผู้ป่วยมีความสามารถอยู่ระดับใด และนำผลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการรักษา

5.1.2 **การประเมินระหว่างดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ** เป็นการประเมินระดับความสามารถของผู้ป่วยว่าดีขึ้นหรือเลวลง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เหมาะสม

5.1.3 **การประเมินก่อนสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพ** เป็นการประเมินเพื่อต้องการทราบว่า การฟื้นฟูฯ บรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ มากน้อยเพียงใด

5.2 **วางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพ** หมายถึง การวิเคราะห์ศึกษาข้อมูล จากทะเบียนประวัติ การสัมภาษณ์ การสังเกต และผลการประเมินศักยภาพ(การประเมินเพื่อวางแผน การฟื้นฟูสมรรถภาพ) เพื่อค้นหา สาเหตุ ปัญหา ความต้องการของผู้ป่วย ว่าควรได้รับการแก้ไขหรือเสริมในทักษะใด นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนการฟื้นฟูฯ และจัดกิจกรรมที่เหมาะสม

5.3 การให้กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การให้บริการกิจกรรมในแต่ละวันตามการวางแผน และการประเมินระหว่างดำเนินกิจกรรม

5.4 การสิ้นสุดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ หมายถึง การสิ้นสุดโดย 2 กรณี คือ

1. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพครบตามการวางแผน
2. ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ครบตามการวางแผน เนื่องจาก จำหน่ายโดยแพทย์ หลบหนี ตาย มารับการฟื้นฟูไม่ต่อเนื่อง หรือไม่สม่ำเสมอเกิน 1 เดือน

ขั้นตอนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ผู้ป่วยมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพ

1.1 ผู้ป่วยนอก (OPD) รับจากการส่งปรึกษาปัญหาโดยแพทย์ พร้อมใบตรวจรักษา

1.2 ผู้ป่วยใน (IPD) รับจากการคัดกรองเบื้องต้นของเจ้าหน้าที่ตักผู้ป่วยใน

1.3 ผู้ป่วยชุมชน รับจากการร้องขอโดยการประสานของพยาบาลสุขภาพจิตชุมชน พร้อมเอกสารเครือข่าย

1.4 เจ้าหน้าที่กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ รับรายชื่อผู้ป่วย ในข้อ 1.1 - 1.3 พร้อมจัดทำทะเบียนประวัติผู้ป่วย(ใหม่) ลงในทะเบียนประวัติ ร.พ.จ. 19 เพื่อบันทึกรายชื่อผู้ป่วยลงในทะเบียนรับมาฟื้นฟูสมรรถภาพ ก่อนเข้ากลุ่มกิจกรรม

2. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ รับผู้ป่วยพร้อมเอกสารจากเจ้าหน้าที่ ผู้ป่วยนอก-ใน-ชุมชน เพื่อตรวจสอบเอกสารของผู้ป่วยให้ถูกต้องครบถ้วน

3. นักอาชีวบำบัด / เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด ประเมินศักยภาพผู้ป่วยแต่ละรายเพื่อวางแผนการฟื้นฟูฯ โดยใช้แบบประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรม พร้อมคู่มือประกอบการประเมินศักยภาพ และพิจารณาอาการทางจิตของผู้ป่วยที่มารับการฟื้นฟูฯ ในกรณีผู้ป่วยมีอาการทางจิตไม่สงบ เจ้าหน้าที่กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพไม่สามารถควบคุมดูแลได้ สื่อสารแจ้งให้เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบทราบทันที

4. กรณีอาการทางจิตสงบ นักอาชีวบำบัด/เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด วางแผนการฟื้นฟูฯ ผู้ป่วย โดยวิเคราะห์ข้อมูลจาก ทะเบียนประวัติ การสัมภาษณ์ การสังเกต และผลการประเมินศักยภาพเพื่อวางแผนการฟื้นฟูสมรรถภาพว่าผู้ป่วยควรได้รับการแก้ไขหรือเสริมทักษะใด โดยใช้คู่มือวิเคราะห์กิจกรรม คู่มือแผนการสอนกิจกรรม ประกอบการให้กิจกรรมที่เหมาะสมกับความสามารถ บันทึกการวางแผนการให้กิจกรรมจากการรวบรวมปัญหาและข้อมูลโดยลงรหัสกิจกรรมตามคู่มือแผนการสอนกิจกรรมลงในร.พ.จ. 19

5. เจ้าหน้าที่กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ให้กิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพตามการวางแผน โดยลงรหัสกิจกรรมตามคู่มือแผนการสอนใน ทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยรับมาฟื้นฟูสมรรถภาพ พร้อมจัดผู้ป่วยแต่ละราย

เข้ากลุ่มกิจกรรมตามแผน โดยใช้คู่มือแผนการสอนกิจกรรม ขณะผู้ป่วยเข้ากลุ่มกิจกรรม ต้องมีการประเมินศักยภาพระหว่างดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยทุกครั้งทุกราย และประเมินทักษะตามวัตถุประสงค์ของแต่ละแผนการสอน เพื่อปรับเปลี่ยนกิจกรรมตามการวางแผนด้วยแบบบันทึกประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัด

ระหว่างทำกิจกรรมหากผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรมได้ตามการวางแผน จะมีการปรับเปลี่ยนกิจกรรมที่เหมาะสมทันที พร้อมบันทึกลงในแบบบันทึกประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัด และทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยรับมาฟื้นฟูสมรรถภาพ

ในกรณีผู้ป่วยใน (IPD) มารับฟื้นฟูฯ มีการสื่อสารให้เจ้าหน้าที่ตักผู้ป่วยในและผู้ป่วยทราบว่า จะต้องมีการฟื้นฟูต่อเนื่อง เพื่อให้ครบตามการวางแผน โดยการบันทึกลงในสมุดส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มอาชีพบำบัด - เกษตรกรรมบำบัด

ในกรณีผู้ป่วยใน (IPD) ไม่มารับการฟื้นฟูฯ อย่างต่อเนื่อง บันทึกสาเหตุลงใน แบบบันทึกประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัดและ ร.พ.จ.19

ในกรณีผู้ป่วยใน (IPD) มารับการฟื้นฟูฯ แต่ละครั้ง เจ้าหน้าที่ตักผู้ป่วยในเป็นผู้มารับและส่งผู้ป่วย พร้อมสมุดส่งผู้ป่วยเข้ากลุ่มอาชีพบำบัด-เกษตรกรรมบำบัด และแบบบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด พร้อมทั้งตรวจนับจำนวนผู้ป่วย และตรวจสอบเอกสารให้ถูกต้องตรงกัน

หมายเหตุ

- ผู้ป่วยนอก (OPD) : ผู้ป่วยมารับบริการฟื้นฟูฯ ด้วยตนเอง
- ผู้ป่วยชุมชน : ติดตามเชื่อมกับเครือข่ายและส่งต่อให้เครือข่ายดำเนินการตามการวางแผน

6.นักอาชีวบำบัด / เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด ประเมินศักยภาพผู้ป่วยก่อนสิ้นสุดบริการฟื้นฟูฯ ด้วยแบบประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยที่ได้รับฟื้นฟูฯ ไม่ครบตามการวางแผนบันทึก N/A (ไม่ได้ประเมิน) ลงในแบบประเมิน

7.นักอาชีวบำบัด / เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด สิ้นสุดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย โดยพิจารณาจาก ผลคะแนนการประเมินศักยภาพทั้ง 3 ระยะ กรณีได้รับบริการครบตาม การวางแผน จะสิ้นสุดบริการฟื้นฟูฯ ถ้าผลคะแนนการประเมินไม่ดีขึ้นจะพิจารณาการวางแผนและปรับเปลี่ยนกิจกรรมใหม่ ส่วนกรณีผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน ที่ได้รับบริการไม่ครบตามการวางแผน เนื่องจาก จำหน่ายโดยแพทย์ หลบหนี ดาษมารับการฟื้นฟูฯ ไม่ต่อเนื่องหรือไม่สม่ำเสมอเกิน 1 เดือน จะพิจารณาสิ้นสุดบริการ โดยบันทึก ข้อมูลลงใน ร.พ.จ. 19 ส่วนผู้ป่วยชุมชนจะพิจารณาร่วมกับทีมสหวิชาชีพ

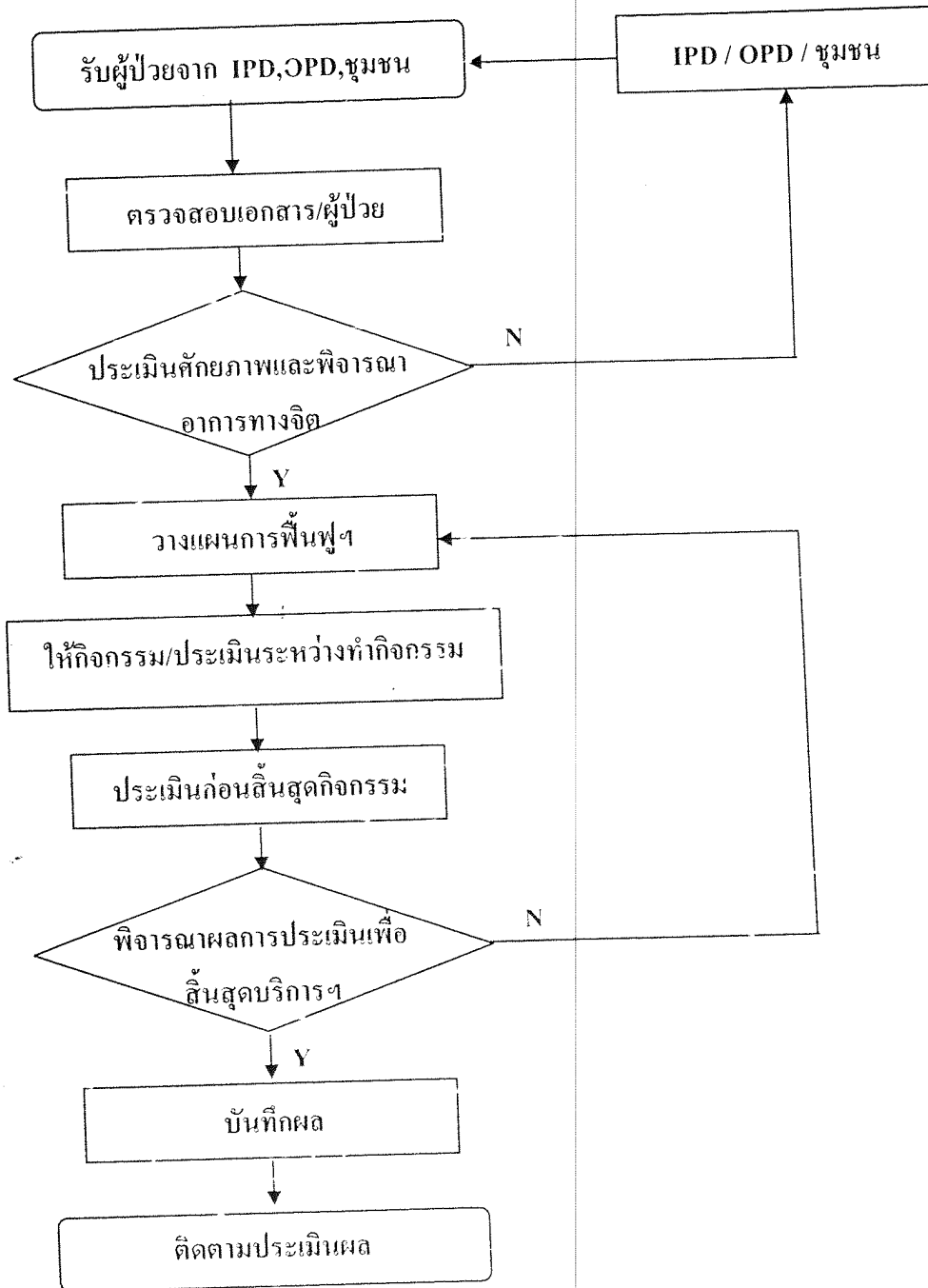
8.เมื่อสิ้นสุดบริการฟื้นฟูฯ ของผู้ป่วยแต่ละราย จะมีเรสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบให้ทราบและบันทึกวันที่สิ้นสุดบริการฟื้นฟูฯ ลงในแบบบันทึกพฤติกรรมผู้ป่วยขณะเข้ากลุ่มกิจกรรมบำบัด ร.พ.จ. 19 และทะเบียนรายชื่อผู้ป่วยรับมาฟื้นฟูสมรรถภาพ

9. กรณีสิ้นสุดบริการ ครบกระบวนการฟื้นฟูฯ ตามการวางแผน จะมีการติดตามประเมินผล

ผู้ป่วย

- ผู้ป่วยใน ติดตามประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่ตักผู้ป่วยเพื่อเตรียมความพร้อมผู้ป่วยสู่ชุมชน
- ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยชุมชน ติดตามประเมินผลผ่านเครือข่ายในชุมชน

ผังกระบวนการ (Flow Chart) เรื่อง บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ



การประเมิน

การประเมินศักยภาพ : การประเมินความสามารถ

การประเมินมีจุดมุ่งหมายเพื่อที่จะได้ทราบว่า ผู้ป่วยหรือผู้รับบริการแต่ละคนมีความสามารถในการทำกิจกรรมอยู่ในระดับไหน สามารถทำกิจกรรมใดได้บ้าง เพื่อที่จะนำข้อมูลดังกล่าวไปใช้ในการวางแผนให้ความช่วยเหลือต่อไป

การประเมิน (Evaluation)

มีลักษณะ 4 ประการ

1. การประเมินจะต้องประกอบด้วยการวัดและการตัดสินคุณค่า โดยเป็นการนำค่าที่ได้จากการวัดมาตัดสินคุณค่าตามเกณฑ์ต่างๆ ที่กำหนดไว้
2. การประเมินต้องเกี่ยวข้องกับการรวบรวมข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล และการนำข้อมูล ไปใช้
3. การประเมินมีจุดเน้นที่การเปรียบเทียบระหว่างผลการปฏิบัติงานกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้
4. การประเมินจะต้องกำหนดวัตถุประสงค์ให้เฉพาะเจาะจงว่าจะประเมินอะไร มีอะไรเป็นเกณฑ์ในการวัดความสำเร็จ และผู้ประเมินต้องมีความรู้เกี่ยวกับสิ่งที่ประเมินและเครื่องมือที่ใช้ในการวัด

ประเภทของการประเมิน

การแบ่งประเภทของการประเมินสามารถทำได้ในหลายลักษณะในที่นี้เป็นการแบ่งตามขั้นตอนการรักษา โดยแบ่งเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. การประเมินเพื่อวางแผนการรักษา (planning evaluation)

เป็นการวัดและตัดสินว่า ผู้ป่วยมีความสามารถอยู่ระดับไหน ทำกิจกรรมอะไรได้บ้าง จากนั้นจึงนำผลการประเมินที่ได้ไปใช้ในการวางแผนการรักษา

2. การประเมินระหว่างดำเนินการรักษา (on – going evaluation)

เป็นการประเมินว่า ระดับความสามารถของผู้ป่วยดีขึ้นหรือเลวลง เพื่อนำข้อมูลที่ได้ไปปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมการรักษา

3. การประเมินหลังการปฏิบัติงาน/ประเมินซ้ำ (post-evaluation/re-evaluation)

เป็นการประเมินเพื่อต้องการทราบว่า การรักษามบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ มากน้อยเพียงใด เมื่อโปรแกรมสิ้นสุดลง เพื่อกำหนดส่งต่อ หรือจำหน่ายคนไข้

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การประเมิน ไม่ว่าจะเป็นประเภทใด จะต้องประกอบด้วยการเก็บรวบรวมข้อมูลวิธีใดวิธีหนึ่งต่อไปนี้

1. การสังเกต (observation) เป็นการเฝ้าดูอย่างเอาใจใส่โดยใช้ประสาทสัมผัสส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือหลายส่วนประกอบกันในการเก็บรวบรวมข้อมูล
2. การสัมภาษณ์ (interview) เป็นการแลกเปลี่ยนความรู้สึคนึกคิด และความรู้ ในลักษณะของการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็นเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องในลักษณะของการสนทนา โดยอาจวิธีตั้งคำถามให้ตอบ หรือสนทนาอย่างมีเค้าโครง
3. การทดสอบ (test) หมายถึง การสังเกต และหรือ การสัมภาษณ์ โดยอาศัยเครื่องมือที่ผ่านการตรวจสอบแล้วว่ามีความถูกต้องเที่ยงตรง และมีวิธีการบันทึกข้อมูลเหมือนกันทุกๆ ครั้งที่ทำการทดสอบ

ขั้นตอนการประเมิน

การประเมินแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน

1. ขั้นการวางแผนประเมิน เป็นการวางแผนทางไว้ล่วงหน้าว่าจะประเมินอะไร รวบรวมข้อมูลจากใคร ที่ไหน วิธีใด ใช้แบบบันทึกข้อมูลใด และทำการประเมินกี่ครั้ง
2. ขั้นดำเนินการ เป็นการปฏิบัติตามแผนที่วางไว้
3. ขั้นวิเคราะห์ข้อมูล เป็นการนำข้อมูลที่รวบรวมได้ มาแยกแยะเป็นหมวดหมู่
4. ขั้นตัดสินคุณค่าเป็นการนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์มาทำการตัดสินคุณค่าโดยเปรียบเทียบกับเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ซึ่งอาจเป็นมาตรฐานหรือไม่ก็ได้

การประเมินทักษะในการประกอบกิจกรรม (The Assessment of Skill in Occupational Performance)

แบบประเมินความสามารถที่ใช้ ณ. ศ. เทียม ศรีคำจักร์ อาจารย์ประจำภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ได้ดัดแปลงมาจาก The AMPS (The Assessment of Motor and Process Skill) ของแอนน์ ฟิสเซอร์ ปี ค.ศ. 1994 และ The ACIS (The Assessment of Communication and Interaction skill) ของเชลแลมมี ปี ค.ศ. 1993 เพื่อใช้วัดทักษะการประกอบกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายต่างๆ และทางผู้ร่วมจัดทำแนว เวชปฏิบัติได้เพิ่มเติมในส่วนของการกีดคะแนนและแปลผล เพื่อความชัดเจนในการรายงานผลต่อที่ประชุมวินิจัยโรค ซึ่งการวัดทักษะในการประกอบกิจกรรมในที่นี้ หมายถึง ความสามารถในการใช้วัยวะต่างๆ ของร่างกายในการประกอบกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายได้ โดยแบ่งออกเป็นทักษะ 3 ทักษะ ดังนี้

1. ทักษะการเคลื่อนไหว (Motor Skill) เป็นทักษะการแสดงออกในรูป การเคลื่อนไหวร่างกาย และวัตถุสิ่งของ ขณะประกอบกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายต่างๆ

2. ทักษะการจัดระเบียบการกระทำ (Process skill) เป็นทักษะการแสดงออกในรูปของการรู้จักจัดระเบียบการกระทำให้เหมาะสมกับรูปแบบวัตถุสิ่งของและลักษณะทางกายภาพขณะประกอบกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายต่างๆ

3. ทักษะทางสังคม (Social skill) เป็นทักษะทางการแสดงออกในแง่ของการรู้จักจัดรูปแบบการกระทำให้เหมาะสมกับวัฒนธรรมและสังคม

ส่วนที่ 1 ทักษะการเคลื่อนไหว (Motor Skill) ประกอบด้วย

1. ท่าทางการทรงตัว (Posture) หมายถึงความสามารถของร่างกายให้อยู่ในท่าทางต่างๆ ได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ได้แก่ ท่ายืน ท่านั่ง ท่านอน และท่าทางการทรงตัวที่ดี ดูได้จาก
 - ความมั่นคง (Stability) เป็นการพิจารณาว่าบุคคลสามารถควบคุมลำตัวให้คงที่อยู่กับท่าหนึ่งโดยไม่เสียสมดุลได้หรือไม่
 - การลงน้ำหนักที่เหมาะสม (Aligns) เป็นการพิจารณาว่าบุคคลมีการถ่ายน้ำหนักของร่างกายตามแนว หรือฐานรองรับที่เหมาะสมหรือไม่
 - การจัดวางตำแหน่งของร่างกาย (Position) เป็นการพิจารณาว่าบุคคลมีการจัดวางส่วนของร่างกายให้อยู่ในท่าทางและตำแหน่งที่เหมาะสมกับวัสดุอุปกรณ์ที่กำลังใช้สอยอยู่หรือไม่

การมีท่าทางการทรงตัวที่ดี นอกจากจะช่วยให้สามารถประกอบกิจกรรมต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยแล้ว ยังช่วยให้ดูสวยงาม น่าชื่นชม อันส่งผลต่อสุขภาพทางจิตใจและสังคมอีกด้วย

ตรงกันข้ามกับการมีท่าทางการทรงตัวที่ไม่สมดุล เช่น การมีหลังค่อม(kyphosis) หลังแอ่น(Lordosis) หรือการมีหลังคด (Scoliosis) กระดูกสันหลังไม่เรียงตามธรรมชาติ เส้นประสาทคอและหลังถูกกดทับ กล้ามเนื้อมีการทำงานด้านใดด้านหนึ่งมากเกินไปจนเกิดอาการ เตะเจ็บหรือเมื่อยล้า รวมถึงปวดและหัวใจทำงานได้ไม่เต็มที่ย่อมส่งผลถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการประกอบกิจกรรมต่างๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

2. ท่าทางการเคลื่อนไหว (Mobility) หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการเคลื่อนย้ายตนเองหรือวัตถุสิ่งของไปในทิศทางต่างๆ ได้อย่างมั่นคง นุ่มนวล ปลอดภัย การเดินไม่นุ่มนวลมั่นคง (Unsteadiness) ประกอบด้วยการเดิน การเอื้อม การบิดโค้งลำตัว

- การเดิน (Walk) ซึ่งเป็นการเคลื่อนไหวร่างกายไปในแนวระนาบ ทั้งการเดินหน้า ถอยหลัง ด้านข้าง รวมถึงการหันซ้ายขวาขณะเดิน เป็นต้น การเดินที่ดี ลำตัว ศีรษะ และใบหน้าควรตั้งตรงเวลาก้าวเท้าช่วงเอเล็กน้อย น้ำหนักเคลื่อนไปในทิศทางที่เดิน แขนแกว่งอยู่ข้างลำตัว
- การเอื้อม (Reaches) เป็นการใช้นแขนและไหล่ในการเอื้อมไปหยิบจับ (Grasping) และปล่อยวาง (Place) วัตถุสิ่งของต่างๆ การเอื้อมที่ดีไม่ควรบิดแขน ห่อไหล่ขณะเอื้อม ไม่เอื้อมของที่มีน้ำหนักหรือของที่อยู่สูงหรือต่ำกว่าระดับสายตาเกินไป
- การบิดโค้งงอลำตัว (Bend) เน้นความสามารถของร่างกายในการบิด โค้ง และงอลำตัวไปในทิศทางต่างๆ (ไม่เหมาะกับการประกอบกิจกรรมต่างๆ แต่ถ้าจำเป็นต้องทำซ้ำๆ)

การเดินไม่นุ่มนวลมั่นคง (Unsteadiness) การเดินเซ (Lurching) การเดินลากเท้า (Shuffling) เดินปะปะเนื่องจากสมองไม่สามารถควบคุมการสั่งงานของกล้ามเนื้อ (Ataxia) การมีปัญหาระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ข้อติด กล้ามเนื้อบาดเจ็บจนไม่สามารถใช้มือหยิบจับ หรือบิดโค้งงอลำตัวได้เต็มที่ ย่อมส่งผลถึงประสิทธิภาพในการทำงาน และทำให้เกิดอุบัติเหตุต่างๆ ได้

3. การประสานงานของร่างกาย(Coordination) หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการทำงานตั้งแต่ 2 ส่วนขึ้นไป ทำงานร่วมกัน (Coordination) เช่น การใช้มือและตาทำงานร่วมกัน ในการสอยเข็ม เลื่อยฉลุ หรือคูโน้ดเพลงขณะเล่นดนตรี เป็นต้น

- การทำงานด้วยมือ (Manipulate) เป็นการพิจารณาการใช้มือในการจับ (Grasping) และปล่อย (Release) วัตถุสิ่งของในรูปแบบต่างๆ เช่น การจับกุญแจ เขียนหนังสือ ก้าวกระป๋อง

- ความราบรื่นของการเคลื่อนไหว(Flow)เป็นความสามารถในการเคลื่อนไหวได้อย่างราบรื่นต่อเนื่องไม่ติดขัด

ความสามารถในการใช้ร่างกายได้อย่างประสานสัมพันธ์กันจะช่วยให้การทำการกิจกรรมที่ต้องใช้ความละเอียดประณีตเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ การบาดเจ็บทางระบบประสาทและกล้ามเนื้อที่ส่งผลให้กล้ามเนื้อไม่มีการเคลื่อนไหว(Ataxia) กล้ามเนื้อกระตุก(Tremor) กล้ามเนื้อชักเกร็ง (Spasticity) หรือแข็งทื่อ (Rigidity) ฯลฯ เป็นเหตุสำคัญของการขาดสัมพันธ์ของการเคลื่อนไหว อันส่งผลให้การประกอบกิจกรรมขาดความละเอียดประณีตและเกิดอุบัติเหตุต่างๆ

4. ความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อ (Strength and Effect) หมายถึง ความสามารถของร่างกายในการเคลื่อนย้าย(Move) ลำเลียง(Transport) ยก(Lift) หยิบจับ(Grips) และกำหนดขนาดของแรง(Calibrate) ได้อย่างเหมาะสม

- การเคลื่อนย้าย (Move) เป็นการนำวัตถุสิ่งของจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง โดยการผลัก (Push) ดึง (Drag) ดึง (Pull) เข็น (Shove) ไปตามพื้นผิวโดยไม่มีการยก
- ลำเลียง (Transport) เป็นการนำวัตถุสิ่งของจากที่หนึ่งไปยังอีกที่หนึ่ง โดยการยกสูงเหนือพื้นผิว
- ยก (Lift) เป็นการนำวัตถุสิ่งของออกจากฐานรองรับโดยการยกหรือชักออก
- หยิบจับ (Grips) เป็นความสามารถในการใช้มือในการหยิบ (Pinches) หรือจับ (Grasps) วัตถุสิ่งของ ต่าง ๆ
- การกะขนาดของแรง (Calibrate) เป็นความสามารถในการกำหนดระดับของแรง (Force) ความเร็ว (Speed) ได้อย่างเหมาะสมกับขอบเขตของการเคลื่อนไหว

การมีกล้ามเนื้อที่แข็งแรงย่อมส่งผลให้การประกอบกิจกรรมที่ต้องอาศัยการส่าย ยก การหยิบจับ การลำเลียง การกะขนาดได้อย่างมั่นคงแม่นยำ ตรงกันข้ามกับการมีกล้ามเนื้อที่ขาดความแข็งแรงย่อมส่งผลให้กิจกรรมที่ต้องอาศัยการยก การย้าย การลำเลียง และหยิบจับ เช่น การยกแก้วน้ำดื่ม การเก็บกระป๋องดินทาง การนำเสื้อผ้าจากตะกร้าไปยังโถชักโครก การเปิดเปิดประตู หน้าต่าง รวมถึงการถือปากกา คำนวณเลข ฯลฯ ขาดประสิทธิภาพ และขาดความปลอดภัยได้

5. พลังทางกาย (Physical energy) หมายถึงความสามารถของร่างกายในการทำงานหรือกิจกรรมเป็นจำนวนหลายครั้ง(Paces) ได้อย่างทนทาน (Endure) โดยพิจารณาจาก

- ความถี่ในการกระทำ (Physical energy) เป็นการนำกิจกรรมด้วยจังหวะ ความเร็ว และจำนวนครั้งที่เหมาะสม

- ความทนทาน (Endure) เป็นความสามารถของร่างกายในการทำงานหรือกิจกรรมเป็นเวลานาน โดยไม่เมื่อยล้า อ่อนเพลีย หรือเหนื่อยหอบ

การมีพลังทางร่างกาย ไม่เหนื่อยหอบง่าย สามารถประกอบกิจกรรมในจังหวะ ความเร็ว และจำนวนครั้งที่เหมาะสม ช่วยเหลือการประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ประสบความสำเร็จ ปลอดภัย และมีประสิทธิภาพ ตรงข้ามกับผู้ที่มีร่างกายอ่อนแอ เหนื่อยง่าย ผู้มีร่างกายแข็งแรง อึดอด หรือขาดการเคลื่อนไหวร่างกายแบบปรับเปลี่ยน ย่อมส่งผลต่อประสิทธิภาพ และผลของงาน หรืออาจเลิกล้มกลางคันได้ เป็นต้น

ส่วนที่ 2 ทักษะการจัดระเบียบการกระทำ (Process skills) ประกอบด้วย

1. พลังทางใจ (Mental energy) หมายถึงความสามารถในการจัดระเบียบการกระทำทางใจ แสดงออกให้เห็นได้ในรูปของ

- การหมั่นตรึกคิด (Paces) เป็นการแสดงออกในแง่ของการหมั่นทบทวน พูดย้ำเป้าหมาย และคุณค่าของการกระทำในเรื่องใดเรื่องหนึ่งบ่อย ๆ จนซึมซับมันคงอยู่ในความรู้สึกนึกคิด
- การใส่ใจ (Attends) เป็นการเอาใจไปจดจ่ออยู่กับการกระทำใดการกระทำหนึ่ง โดยไม่ถูกสิ่งเร้าที่ไม่เกี่ยวข้องกับเป้าหมาย ดึงความสนใจออกจากการกระทำนั้นได้ง่าย ๆ

การหมั่นตรึกคิดและมีความใส่ใจ จนจิตใจซึมซับมันคงในเป้าหมาย ย่อมทำให้มีพลังใจที่จะฟันฝ่าอุปสรรค จนสามารถประกอบกิจกรรมต่าง ๆ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่วางไว้ได้ ตรงข้ามกับการกระทำใดที่ไม่มีใส่ใจไม่หมั่นตรึกคิดให้เห็นคุณค่าของเป้าหมายและการกระทำอย่างต้องแท้หรือเอาใจใส่เพียงส่วนใดส่วนหนึ่งมากเกินไปย่อมส่งผลให้การกระทำนั้นยากที่จะประสบความสำเร็จ พลังและความพยายามจะถูกแผ่เจือจางไป ไม่ให้ถูกนำมาใช้อย่างตลอดไปรง บางครั้งก็เป็นความขัดแย้งกลายเป็นอุปสรรคต่อการกระทำและการดำเนินชีวิตโดยรวมได้

2. การรู้จักใช้ความรู้ (Knowledge) หมายถึงการรู้จักนำความรู้ความเข้าใจมาใช้ในการประกอบกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายได้อย่างถูกต้องในลักษณะต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- การรู้จักเลือกวัสดุอุปกรณ์ (Choose) เป็นการพิจารณาว่าผู้ปวยเลือกวัสดุอุปกรณ์ได้เหมาะสมกับหน้าที่การใช้งานหรือไม่
- การรู้จักใช้วัสดุอุปกรณ์ (Using) เป็นการพิจารณาว่าผู้ปวยสามารถใช้วัสดุอุปกรณ์ได้อย่างถูกต้องตามวิธีการใช้ ตามสุขอนามัย และเหมาะสมกับสมัยนิยม
- การรู้จักจับถือวัสดุอุปกรณ์ (Handles) พิจารณาจากการหยิบจับถือหรือประกอบวัสดุอุปกรณ์ ด้วยกริยาท่าทางที่ถูกต้อง มั่นคง และมีความปลอดภัย

- การกระทำอย่างมีจุดมุ่งหมาย (Heed) พิจารณาการทำกิจกรรมของบุคคลว่าอยู่ในแนวทางที่จะนำไปสู่เป้าหมายที่วางไว้ หรือออกนอกกลุ่มนอกทาง
- การรู้จักขอข้อมูลเพิ่มเติม (Inquires) โดยสังเกตว่าผู้ปวยรู้จักแสวงหาข้อมูลเพิ่มเติมได้หรือไม่ ถูกต้องเหมาะสมเพียงใด

การกระทำที่มาจากความรู้ความเข้าใจ ย่อมก่อให้เกิดประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการทำงาน ตรงข้ามกับการกระทำที่ขาดความรู้ความเข้าใจในเป้าหมาย และวิธีการต่างๆ ซึ่งนอกจากจะทำให้ไม่สามารถบรรลุเป้าหมายที่ต้องการแล้ว ยังอาจก่อให้เกิดอันตราย และผลเสียหายตามมาได้

3. การรู้จักจัดระเบียบการใช้เวลา (Temporal Organization) หมายถึงการรู้จักทำกิจกรรมได้อย่างเหมาะสมกับเวลา โดยพิจารณาในแง่ของ

- การรู้จักเริ่มต้น (Initiate) ลงมือทำกิจกรรมที่ตัดสินใจแล้ว โดยไม่แสดงอาการลังเล สงสัย
- การรู้จักทำอย่างต่อเนื่อง (Continues) คือสามารถทำกิจกรรมตั้งแต่ต้นจนสำเร็จโดยไม่เกิดความเสียหาย หรือหยุดลงกลางคันโดยไม่จำเป็น
- การรู้จักทำตามขั้นตอน (Sequence) คือรู้จักทำกิจกรรมตามลำดับขั้นตอน ไม่ข้าม ขั้นตอน หรือทำขั้นตอนใดขั้นตอนหนึ่งซ้ำๆ จนงานไม่สำเร็จ
- การรู้จักจุดสิ้นสุด (Terminate) คือสามารถทำกิจกรรมถึงขั้นสุดท้าย และสำเร็จลง ได้โดยไม่พยายามยืดงาน หรือยุติการทำงานลงโดยที่งานยังไม่เสร็จ

การมีปัญหาการจัดระเบียบการใช้เวลา ไม่ว่าจะเป็นการรู้จักเริ่มลงมือกระทำ การขาดความสนใจ ดันเสมอปลาย ไม่รู้ว่าควรทำอะไรก่อนอะไรหลัง ทำงานโดยไม่รู้จักจุดสิ้นสุด หรือยุติการทำงานโดยที่ผลงานยังไม่สมบูรณ์ ฯลฯ เหล่านี้ย่อมสะท้อนถึงการขาดทักษะในการจัดระเบียบการกระทำ อันส่งผลถึงความสามารถทั้งสิ้น

4. การจัดระเบียบสิ่งของ และพื้นที่ใช้สอย (Organizing space and object) หมายถึงการแสดงออกถึงความสามารถในแง่ของ

- การรู้จักค้นหาหรือระบุ (Search - Locates) ตำแหน่งที่ตั้งของวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นได้อย่างถูกต้องเหมาะสม ไม่ค้นหาอย่างสะเปะสะปะ จนเสียงาน หรือเสียอารมณ์
- การรู้จักรวบรวม (Gathers) วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้อยู่ในตำแหน่งที่เหมาะสม และอยู่ในตำแหน่งที่แน่นอนปลอดภัย
- การรู้จักจัดวาง (Organizes) วัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ให้อยู่ในตำแหน่งที่สะดวกต่อ การใช้งาน
- การรู้จักจัดเก็บ (Restore) วัสดุอุปกรณ์กลับที่เดิมทุกครั้งหลังปฏิบัติงาน หรือหลังใช้สอย

- การรู้จักจัดรูปแบบการเคลื่อนไหว(Navigate)ของอวัยวะต่างๆรวมถึงเก้าอี้ล้อเข็นได้อย่างเหมาะสมและปลอดภัย ไม่สะดุด หรือชนสิ่งกีดขวางต่างๆ

การรู้จักค้นหา รวบรวม จัดวาง รู้จักจัดเก็บวัสดุอุปกรณ์ต่างๆ ในตำแหน่งที่เหมาะสม และจัดรูปแบบการเคลื่อนไหวให้เหมาะสมกับพื้นที่ใช้สอย จะช่วยประหยัดเวลาและเพิ่มความปลอดภัยในการทำงาน อันส่งผลให้การประกอบกิจกรรมต่างๆมีประสิทธิภาพ และสามารถชดเชยความบกพร่องทางร่างกายบางส่วนได้

5. การรู้จักปรับตัว (Adaptation) หมายถึง การแสดงออกถึงความสามารถใน การเรียนรู้ โดยพิจารณาจาก

- การรู้จักสังเกตและตอบสนอง (Notices / Response) ต่อสิ่งเร้าที่เข้ามากระทบ (เช่น รูป รส กลิ่น เสียง และอุณหภูมิร้อนหนาว) และสามารถตอบสนองได้อย่างถูกต้อง ทันเหตุการณ์
- การรู้จักพลิกแพลงการกระทำ (Accommodates) ให้เหมาะสมกับตำแหน่งที่ตั้ง ชนิดของ วัสดุอุปกรณ์ และสถานการณ์ต่างๆ
- การรู้จักปรับสภาพแวดล้อม(Adjusts) ให้มีความสะดวกปลอดภัยในการประกอบกิจกรรม (เช่น การทำเครื่องหมายสัญลักษณ์ บอกทิศทาง การปรับแสงสีเสียงในห้องทำงาน เป็นต้น)
- การรู้จักรักษาผลประโยชน์ (Benefits) ด้วยการรู้จักระมัดระวังสถานการณ์ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เคยเกิดขึ้น ไม่ให้กลับมาเกิดซ้ำได้อีก

การรู้จักปรับตัวเป็นทักษะสำคัญในการประกอบกิจกรรมในชีวิตประจำวันเพราะทักษะดังกล่าวนี้ จะช่วยแก้ไขปัญหาล่างๆ ที่ไม่คาดฝันได้อย่างทันท่วงที โดยไม่รีรอให้เกิดความเสียหาย ในขณะที่คนไม่รู้จักปรับตัวให้เหมาะสมกับสภาพแวดล้อม เช่น ไม่รู้จักสังเกตท่าทีของคนรอบข้าง ไม่รู้จักพลิกแพลงการกระทำ มีความเผลอตรง ไม่รู้จักปรับสภาพแวดล้อมให้อีกอำนวยความสะดวกการประกอบกิจกรรม และ ไม่รู้จักระมัดระวังผลเสียที่อาจจะเกิดขึ้น ฯลฯ ย่อมทำให้การประกอบกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมาย เป็นไป ด้วยความยากลำบาก เพราะจะเผชิญกับอุปสรรคต่างๆ มากมาย

ส่วนที่ 3 ทักษะทางสังคม (Social skills) ประกอบด้วย

1. การสื่อสารด้วยภาษาพูด (Language) หมายถึงความสามารถในการถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด ทัศนคติ รวมถึงข้อเท็จจริงต่างๆ ไปยังผู้รับสาร โดยใช้สื่อที่เป็นถ้อยคำและลักษณะที่แสดงอยู่ในถ้อยคำนั้น โดยพิจารณาจาก

1. ถ้อยคำ (speaks) อันหมายถึงประโยค หรือวลีที่บุคคลพูดออกมา ว่าสามารถใช้ถ้อยคำได้เหมาะสมกับเนื้อหา บุคคลและกาลเทศะหรือไม่ (เช่น ใช้คำ “สวัสดี” เมื่อทักทาย “ขอโทษ” หรือ “ขออภัย” ก่อนปฏิเสธ “ขอบคุณครับ” “ขอบคุณค่ะ” เมื่อแสดงความขอบคุณ เป็นต้น)
2. น้ำเสียง (Articulates) ว่าเป็นถ้อยคำที่ผู้พูดหรือเปล่งออกมาแต่ละพยางค์ มีความชัดเจน กังวานเพียงพอต่อความเข้าใจหรือไม่ (การมีน้ำเสียงแหบแห้ง เสียงอู้อี้ ฟิมพ์ในลำคอ เป็นตัวอย่างของน้ำเสียง ที่อาจทำให้ผู้ฟังไม่เข้าใจและมีความรู้สึกทางลบต่อผู้พูดได้)
3. ระดับของเสียง (Modulates) ว่าเป็นระดับสูงต่ำ ดังค่อยของเสียงที่ผู้พูดเปล่งออกมาแต่ละ ถ้อยคำหรือพยางค์นั้น เหมาะสมกับเนื้อหาที่ต้องการสื่อ เป็นที่เข้าใจของผู้รับสารมากน้อยขนาดไหน (การพูดเสียงดังหรือค่อยเกินไปจนจับใจความไม่ได้ การพูดเสียงสูงหรือต่ำตลอดเวลาจนผู้สนทนาารู้สึกอึดอัด เป็นตัวอย่างของปัญหาการสื่อสารด้วยภาษาพูดที่มาจากระดับเสียง)
4. ประเด็นการพูด (Focuses) ว่าเป็นผู้พูดต่อเนื่องเกี่ยวข้องกับเนื้อหาที่กำลังสนทนาหรือไม่ ขนาดไหน (การพูดขาดเป็นตอน ๆ ไม่ต่อเนื่อง เปลี่ยนหัวข้อสนทนากะทันหันและบ่อย เป็นตัวอย่างของการพูดที่ไม่อยู่ในประเด็น)

2. การสื่อสารด้วยภาษากาย (Physicality) หมายถึงความสามารถในการใช้ส่วนของร่างกาย เป็นสื่อแทนคำพูด ในการถ่ายทอดความรู้สึกนึกคิด ทักษะคติและข้อเท็จจริงต่างๆ ในรูปของ

- อากัปกิริยา (Gesture) เป็นการใช้องค์ประกอบของร่างกายแทนอารมณ์ความรู้สึก ต่างๆ การเดินช้าๆ เรื่อยเปื่อย ไม่มีจุดหมาย ทิระยดก เป็นอากัปกิริยาที่ทุกคนรู้ว่า บุคคลนั้นกำลังมีทุกข์ หรือการเอามือประสานไว้ข้างหน้า ก้มศีรษะและลำตัวเล็กน้อยขณะเดินผ่านหน้าผู้ใหญ่หรือผู้มีอำนาจเหนือกว่า เป็นอากัปกิริยาที่ผู้พบเห็นสามารถเข้าใจ และแปลความหมายได้ว่าบุคคลผู้นั้นให้ความเคารพนับถือแก่ผู้อาวุโสกว่า

การแสดงอากัปกิริยาที่ขัดแย้งกับเนื้อหาคำพูดหรือไม่เหมาะสมกับวัฒนธรรมสังคมจะทำให้ผู้รับสารเกิดความสับสน และมีทัศนคติในทางลบ เป็นตัวอย่างของภาษากายด้านอากัปกิริยาที่ขลาดประสิทธิภาพ

- แววตา (Gazes) เป็นการใช้อย่างน้อยหนึ่งส่วนของตาเพื่อสื่อถึงความรู้สึกนึกคิดต่างๆ การใช้สายตาเป็นสิ่งสำคัญของการสื่อสารการที่ผู้พูดหรือการกระทำอื่นๆ จะน่าเชื่อถือขนาดไหน สายตาจะเป็นตัวชี้วัดความน่าเชื่อถือ เพราะคนทั่วไปมักจะเชื่อว่าหากคนเรามีความบริสุทธิ์ใจ ต่อทั้งใจแล้วการประสานสายตาก็จะเกิดขึ้น แต่หากคนไม่จริงใจจะไม่กล้าประสานสายตา

การไม่รู้จักระสานสายตาหรือใช้สายตาอย่างไม่ถูกต้อง เช่น ผู้จัดการต้องการดำเนินกิจกรรมที่ไม่ควรสื่อถึงวัน แทนที่จะมองด้วยสายตาในเชิงธุรกิจล้อมองระหว่างนิ้ว ซึ่งทำให้รู้สึกขึงขังกับมอง

บริเวณระหว่างปากกับตา ซึ่งเป็นการจ้องมองตาแบบมีความสัมพันธ์ ย่อมทำให้น้ำหนักคำพูดของเขาลดน้อยลง แม้จะพูดด้วยถ้อยคำที่รุนแรงหรือด้วยระดับเสียงดังขนาดไหนก็ตาม

- ระยะห่างทางกาย (Approximate) เป็นการใช้ระยะห่างของร่างกายขณะประกอบกิจกรรมหรือสนทนา เป็นสื่อบอกถึงความรู้สึกนึกคิดที่บุคคลมีต่อผู้อื่น

ระยะห่าง หรือช่องว่าง สามารถสื่อสารแทนคำพูดได้ คนในแต่ละสังคมมีระยะห่างของการสื่อสารที่แตกต่างกันออกไป คนที่คุ้นเคยกับการอาศัยในที่อึดอัดคับแคบ เช่น คนในสังคมเมืองอาจมีช่องว่างหรือระยะห่างทางร่างกายน้อยกว่าคนชนบท คนที่มีตำแหน่งใหญ่กว่าหรือสำคัญมากกว่ามักอยู่ในที่สูงหรือมีพื้นที่ครอบครองของตนเองมากกว่าคนที่ตำแหน่งเล็กกว่า หรือสำคัญน้อยกว่า เป็นต้น ดังนั้นในการพิจารณาทักษะการสื่อสารของผู้ป่วยอีกประการหนึ่ง จึงอาจสามารถดูได้จากการใช้ระยะห่างทางร่างกายขณะสื่อสารกับผู้อื่น ว่าผู้ป่วยใช้ระยะห่างที่เหมาะสมกับสถานภาพทางสังคมหรือไม่ ขนาดไหน

ในการศึกษาระยะห่างทางกายของคนชั้นกลางที่อาศัยอยู่ในทวีปอเมริกาเหนือ อังกฤษ และออสเตรเลีย พบว่ามีระยะห่างระหว่างบุคคลแบ่งออกเป็น 4 ระยะตามลำดับความสัมพันธ์จากมากไปหาน้อย

1. ขอบเขตชั้นใน ประมาณ 16 - 18 นิ้ว เป็นขอบเขตที่แต่ละคนจะขออนุญาตให้คนที่มีความผูกพันใกล้ชิดเท่านั้นเข้ามาได้
2. ขอบเขตส่วนบุคคล ประมาณ 1 1/2 - 4 ฟุต เป็นระยะที่บุคคลใช้ขึ้น หรือนั่งในงานเลี้ยงงานสังคม ในหมู่เพื่อนฝูงและคนรู้จัก
3. ขอบเขตสังคม ประมาณ 4 - 12 ฟุต เป็นระยะที่บุคคลใช้เมื่อยืนกับคนแปลกหน้า
4. ขอบเขตในที่สาธารณะ มากกว่า 12 ฟุต เป็นระยะที่บุคคลเลือกใช้สำหรับ การพูดในที่ชุมชน เป็นต้น

- ท่าทางการทรงตัว (Posture) เป็นการใช้กล้ามเนื้อส่วนต่างๆ ของร่างกาย เช่น ใบหน้า แขน ขา ไหล่ และลำตัว ฯลฯ แทนคำพูด

ท่าทางมีความแตกต่างจาก“อากัปกริยา”เพราะท่าทางเป็นสิ่งที่เราใช้แทนคำพูดหรือประกอบการพูดของเราให้มีอรรถรสยิ่งขึ้น ในขณะที่อากัปกริยาเป็นการแสดงออกทางการเคลื่อนไหวที่ไม่ได้ใช้แทนความหมายของการพูด แต่เป็นสิ่งที่สื่อถึงอารมณ์ความรู้สึก และบุคลิกภาพของบุคคลนั้นโดยตรง

ท่าทางมีส่วนช่วยให้การสื่อสารมีความชัดเจนมากยิ่งขึ้นในบางครั้งแม้เราจะฟังไม่ถนัดหรือไม่เข้าใจสิ่งที่คนอื่นพูด แต่จากภาษาท่าทางทำให้เราสามารถเข้าใจสิ่งที่เขาพูดได้ เช่น เราอาจฟังสิ่งที่เล็กเล็กๆ พูดไม่เข้าใจ แต่จากท่าทางการกางมือออก ขึ้นแขนไปข้างบน เวชเหวี่ยงคางคก ท่าทางเช่นนี้บอกทุกคนจะรู้ว่าลูกต้องการบอกว่าให้แม่ดูม หรือการอยู่ในสถานที่บางแห่งที่ต้องการความสงบ

ไม่สามารถสื่อสารด้วยการพูดคุยสนทนากันได้ การโบกมือหรือไหว้ทักทาย การพยักหน้าแสดง การยอมรับ การสั่นหัวบอกลัง การปฏิเสธ ก็สามารถที่จะนำมาใช้แทนคำพูดได้

ปัญหาท่าทางที่ไม่สามารถสื่อความหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ท่าทางแข็งทื่อเหมือน หุ่นยนต์ ท่าทางไม่มีจุดหมาย ท่าทางที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ท่าทางที่ไม่สอดคล้องกับคำพูด ฯลฯ ท่าทางเหล่านี้นอกจากจะไม่ช่วยให้การสื่อสารมีประสิทธิภาพแล้ว ยังอาจทำลายความหมายของ การสื่อสาร และเป็นอุปสรรคต่อการประกอบกิจกรรมทางสังคมได้อีกด้วย

- การใช้กายสัมผัส (contact) เป็นการใช้ส่วนของร่างกายในการแตะเนื้อต้องตัว (touch) คบ เบาๆ (tapping) จับมือ (shaking hand) รวมถึงการโอบกอดรูปแบบต่างๆ

การใช้กายสัมผัสอย่างเหมาะสมกับบริบททางสังคม มีส่วนกำหนดความสำเร็จในการประกอบ กิจกรรมและความสัมพันธ์กับผู้อื่นเป็นอย่างมาก เช่น การสัมผัสที่แสดงถึงความชื่นชมหรือเป็นสัญญาณ ให้รู้สึกสบายใจย่อมส่งผลให้ได้รับการตอบสนองจากผู้อื่นในทางที่ดี อาจทำให้คนแปลกหน้ากลายเป็น มิตร และให้ความร่วมมือมากขึ้นได้

การใช้การสัมผัสที่ไม่ถูกบุคคล กาลเทศะ รวมถึงการสัมผัสในเชิงลบ เช่น การชกหรือต่อยกัน เล่นอย่างก้าวร้าว การจับเนื้อต้องตัวแรงๆ แล้วถาปนาด้วยคำวิพากษ์วิจารณ์ ซึ่งถึงแม้จะเป็นการสัมผัสกัน แบบมิตรภาพ แต่ก็อาจสร้างความรู้สึกไม่ยินดี เป็นอุปสรรคต่อการสื่อสารและการประกอบกิจกรรม ต่างๆ ทางสังคมตามมาได้

3. การสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Relates) หมายถึงความสามารถในการผูกพันกับผู้อื่นทั้ง ในฐานะผู้ให้และผู้รับมิตรภาพ สังเกตได้จากพฤติกรรมที่บุคคลแสดงออกในแง่ของ

- การรู้จักเข้าหาผู้อื่น (Engage) เป็นความสามารถเข้าไปทักทายผู้อื่นก่อนได้อย่างถูกกาลเทศะ โดยไม่ต้องมีใครคอยกระตุ้น

การที่บุคคลจะสามารถเข้าหาผู้อื่น โดยเฉพาะคนที่ยังไม่รู้จักกันมาก่อนได้อย่างถูกกาลเทศะ จะต้องมีความสามารถในการรับรู้อันละเอียดอ่อน เป็นคนมีความรู้สึกไว (sensitivity) คือสามารถ สังเกต วิเคราะห์ การกระทำ คำพูด สีหน้า แววตา ของผู้อื่นได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง รวมถึงสามารถ ควบคุมตนเองให้รู้จักคอยจังหวะ โอกาสอันเหมาะสมได้ จึงจะสามารถเริ่มต้นสร้างความสัมพันธ์กับ ผู้อื่นก่อนได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

การไม่รู้จักเข้าหาผู้อื่นก่อนเพราะไม่รู้จะเปิดการสนทนาอย่างไร ถ้าวถูกปฏิเสธ ขาดความมั่นใจ ในตนเอง มีความเขินอายในตนเองมากเกินไป รวมถึงผู้ที่วางท่าเป็นกับตนเองกับคนที่ยังไม่มีความเป็นกันเอง เข้ากันเอง “เห็นใครก็ขี้อาย” โดยไม่คำนึงถึงกาลเทศะและมารยาททางสังคม ฯลฯ เหล่านี้สะท้อนถึง ปัญหาทักษะการสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่นในแง่ของการไม่รู้จักเข้าหาทั้งสิ้น

- การรู้จักรักษามิตรภาพ (Relates) เป็นความสามารถในการสร้างความอบอุ่นเป็นกันเอง เพื่อคงความเป็นมิตรเอาไว้สำหรับคนที่รู้จักคุ้นเคยกันแล้ว

การที่บุคคลจะสามารถรักษาสัมพันธภาพหรือมิตรภาพให้มั่นคงยั่งยืนได้จะต้องอาศัยทั้งศาสตร์และศิลป์ ต้องมีทั้งบุคลิกภาพและเทคนิคบางอย่างเป็นของตนเอง เช่น การเข้าถึงจิตใจผู้อื่น การรู้จักความพอเหมาะพอดี มีความร่าเริงแจ่มใส ทำให้คนอยู่ใกล้รู้สึกสบายใจ มีน้ำใจและสนใจผู้อื่น

การมีนิสัยในทางลบบางอย่าง เช่น พฤติกรรมก้าวร้าวหยาบคาย ไม่สนใจความรู้สึกของผู้อื่น ขอบวิพากษ์วิจารณ์ จีบ้น เห็นแก่ตัว เกย์เบย เอ็นชา ฯลฯ พฤติกรรมเหล่านี้เป็นปัจจัยที่อาจทำลายความสามารถในการรักษามิตรภาพ ทำให้มิตรภาพไม่สามารถคงอยู่ได้

- การให้ความยอมรับนับถือผู้อื่น (Respects) เป็นการแสดงออกถึงการยอมรับ และให้เกียรติผู้อื่นได้อย่างเหมาะสมกับบรรทัดฐานทางสังคม

การไม่แสดงพฤติกรรมส่วนตัวต่อหน้าผู้อื่นการรู้จักประพฤติดนตามขนบธรรมเนียมประเพณี เช่น การแต่งกาย การใช้วาจา และการใช้ภาษากายรูปแบบต่างๆ ฯลฯ เหล่านี้เป็นการแสดงออกถึงการให้ความยอมรับนับถือผู้อื่นทั้งสิ้น หากใครไม่รู้จักพฤติกรรมดังกล่าวมานี้ได้ อาจเกิดความยุ่งยากที่จะสร้างความสัมพันธ์กับผู้อื่น รวมถึงการประกอบกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสังคม

- การสร้างความร่วมมือ (Collaborates) เป็นการแสดงออกถึงการให้ความร่วมมือกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ทั้งในแง่ของผู้ให้ และผู้รับ

การสร้างความร่วมมือที่มีประสิทธิภาพจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในการรับรู้ถึงปัญหา และมีส่วนร่วมในการประกอบกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายกับกลุ่ม มีการพึ่งพาอาศัยและประสานประโยชน์ส่วนตัวเข้ากับประโยชน์ของผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม

การอยู่ในฐานะผู้ให้หรือผู้รับแต่เพียงฝ่ายเดียว หรือการสื่อสารที่บกพร่องคือทำให้ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งรู้สึกว่าเป็นปัญหาหรือกิจกรรมไม่ใช่เรื่องของคน คนไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบด้วย ฯลฯ เหล่านี้เป็นปัจจัยที่สะท้อนถึงปัญหาการสร้างความร่วมมือของผู้ป่วย

4. การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่น (Information exchange) หมายถึงความสามารถในการให้และรับข้อมูลข่าวสารกับผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม โดยแสดงออกในรูปของ

- การรู้จักซักถาม (Asks) เป็นความสามารถในการพูดเพื่อขอข้อมูลข่าวสารจากผู้อื่น ทั้งในแง่ของความรู้ และข้อเสนอแนะต่างๆ

การซักถามที่ดีจะต้องกระทำอย่างมีเป้าหมายมีความชัดเจนและเป็นไปตามธรรมชาติ เมื่อถามไปแล้ว มีการหยุดรอฟังคำตอบด้วยความตั้งใจ ซึ่งการซักถามที่ดีมีความสำคัญต่อการประกอบกิจกรรมทางสังคมเป็นอย่างมากเพราะนอกจากจะช่วยให้ได้ข้อมูลข่าวสารที่ต้องการแล้ว ยังช่วยให้ผู้ถูกถามรู้สึก

ว่าคนมีค่าและเป็นที่น่าสนใจ อันส่งผลถึงความร่วมมือในการประกอบกิจกรรมต่างๆ ปัญหาการไม่รู้จักรักถาม มีหลายลักษณะ เช่น การใช้คำถามที่ไม่เกี่ยวข้องกับเนื้อหา การสนทนา การถามแบบลองภูมิหรือถามหาเหตุผลมากเกินไป ซึ่งอาจสร้างความเบื่อหน่าย และความอึดอัดให้แก่ผู้ถูกถามได้

- การรู้จักแสดงความรู้สึก(Expresses) เป็นความสามารถในการรับรู้และแสดงอารมณ์ความรู้สึก ออกมาทางคำพูด น้ำเสียง สีหน้า แววตา และการกระทำต่างๆ ได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์

การแสดงอารมณ์ความรู้สึกที่ไม่เหมาะสม เช่น แสดงอารมณ์มากหรือน้อยเกินไป แสดงออกไม่สอดคล้องกับสถานการณ์ และเนื้อหาคำพูด ย่อมทำให้การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารต่างๆ ระหว่างการประกอบกิจกรรมเป็นไปด้วยความยากลำบาก ทำให้การติดต่อสัมพันธ์ระหว่างบุคคลเป็นไปด้วยความยากลำบาก อันส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมตามบทบาทต่างๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

อย่างไรก็ดี การที่คนเราจะสามารถแสดงความรู้สึกต่างๆ ออกมาอย่างเหมาะสมได้ นอกจากจะต้องเป็นคนมีความรู้สึกไว (Sensitivity) ดังกล่าวมาแล้ว ยังต้องมีสติและความควบคุมตนเองได้อย่างเหมาะสมด้วย

- การรู้จักแลกเปลี่ยนความคิดเห็น (Shares) เป็นความสามารถในการบอกเล่าประสบการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการทำงานหรือกิจกรรมแก่กันและกันอย่างเหมาะสม

การรู้จักแลกเปลี่ยนประสบการณ์จะช่วยให้บุคคลรู้จัก และปฏิบัติต่อกันได้ถูกต้อง ทำให้เกิดความอบอุ่น มีความสะดวกใจในการติดต่อสื่อสาร และทำกิจกรรมร่วมกันได้มากขึ้น ซึ่งการที่บุคคลจะสามารถแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับผู้อื่นอย่างมีประสิทธิภาพได้ นอกจากจะต้องอาศัยทักษะการสื่อสารดังกล่าวมาแล้ว การรู้จักฟังอย่างมีสมาธิ ฟังด้วยจิตใจที่เปิดกว้างก็เป็นเรื่องสำคัญ เพราะพฤติกรรมดังกล่าวย่อมทำให้คู่สนทนารู้สึกว่าคุณมีค่า มั่นใจที่จะแลกเปลี่ยนประสบการณ์ได้มากขึ้น

- การรู้จักกล้าแสดงออก(Assets)เป็นความสามารถในการบอกถึงความรู้สึกนึกคิด ความเห็น และความต้องการของตนให้ผู้อื่นรับทราบได้อย่างเหมาะสม จริงใจ ตรงไปตรงมา และไม่ล่วงละเมิดในสิทธิส่วนตัวของผู้อื่น

พฤติกรรมกล้าแสดงออกที่เหมาะสมจะเกิดขึ้นได้ ต้องอาศัยการมีทัศนคติที่คล้อยตามและผู้อื่น ต้องอาศัยการมีสติรู้เกี่ยวกับตนเองและเข้าใจสถานการณ์ทางวัฒนธรรมสังคมและที่สำคัญคือต้องอาศัยทักษะการสื่อสารที่ถูกต้องเหมาะสม เช่นท่านอง “บ้า”ไม่ให้ซ้ำ “บ้า”ไม่ให้ขุ่น” ฯลฯ

ตัวอย่างพฤติกรรมที่สะท้อนถึงปัญหาการกล้าแสดงออก เช่น พฤติกรรมแบบสมยอม พฤติกรรมก้าวร้าว ไม่เคารพในสิทธิของผู้อื่น รวมถึงพฤติกรรมหลอกลวงว่า เข้าใจแต่การไม่เข้าใจของใครคนหนึ่ง เป็นต้น

เกณฑ์การประเมินทักษะในการประกอบกิจกรรม

ใช้วิธีสังเกตขณะผู้ป่วยประกอบกิจกรรมรูปแบบต่างๆในชีวิตประจำวันหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วย
 คำนวณ 2-3 กิจกรรม ใช้เวลาแต่ละครั้งไม่เกิน 1 ชั่วโมง โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับทักษะเป็น 4 ระดับ
 ดังนี้

1. สำหรับการแสดงออกที่บ่งถึงความบกพร่อง (Deficit Performance) - แสดงให้เห็นได้จาก
 การที่ผู้ทดสอบต้องให้ความช่วยเหลืออย่างมาก ใช้เวลานานเกินกำหนด มีโอกาสเกิด
 อันตรายต่อตนเองและผู้อื่นสูง
2. สำหรับการแสดงออกที่บ่งถึงการขาดประสิทธิภาพ (Ineffective Performance) เช่น ทำงาน
 ไม่ก้าวหน้า กว่าจะทำกิจกรรมสำเร็จก็เกินไปด้วยความยากลำบาก
3. สำหรับการแสดงออกที่ยังมีข้อสงสัย (Questionable Performance) คือ สามารถทำกิจกรรม
 ได้สำเร็จตามเวลาที่กำหนด แต่ยังมีข้อบกพร่องทางการแสดงออกทางการกระทำเล็กๆ
 น้อยๆ ทำให้ยังไม่สามารถตัดสินใจเป็นทักษะที่สมบูรณ์ได้
4. สำหรับการแสดงออกที่บ่งถึงความสามารถที่เพียงพอ (Competence Performance) คือ
 สามารถแสดงทักษะในการประกอบกิจกรรมได้อย่างถูกต้องครบถ้วนสมบูรณ์

การคิดคะแนนและการแปลผลข้อมูล

การคิดคะแนนและการแปลผลข้อมูล กระทำโดยการรวมคะแนนที่ประเมินได้ในแต่ละส่วน
 แล้วหารด้วยจำนวนข้อ นำผลลัพธ์ที่ได้มาเทียบคะแนนระดับทักษะในการประกอบกิจกรรมดังนี้

1.00 – 1.75	ระดับ 1 หมายถึง	ผู้ป่วยมีความบกพร่องในทักษะด้านนั้น ต้องให้ความช่วยเหลืออย่างมาก
1.76 – 2.50	ระดับ 2 หมายถึง	ผู้ป่วยขาดประสิทธิภาพในทักษะนั้น ต้องให้ช่วยเหลือบางส่วน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพ และความปลอดภัย
2.51 – 3.25	ระดับ 3 หมายถึง	ผู้ป่วยมีทักษะนั้นอย่างพอเพียง แต่ยังมี ข้อบกพร่องเล็กๆ น้อยๆ เมื่อให้คำแนะนำสามารถ แก้ไขปรับปรุงให้สมบูรณ์ได้
3.26 – 4.00	ระดับ 4 หมายถึง	ผู้ป่วยมีทักษะในด้านนั้นอย่างพอเพียงและ ครบถ้วน สมบูรณ์

แบบบันทึกการประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัด

เกณฑ์การให้คะแนนประเมินการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัด : การประเมินพฤติกรรม

1. ความสนใจเข้ากลุ่ม

- คะแนน 0 หมายถึง หลบเลี่ยง ปฏิเสธ หรือต่อต้านการเข้ากลุ่ม
- คะแนน 1 หมายถึง ต้องเรียกและกระตุ้นมากกว่า 3 ครั้ง จึงจะเข้ากลุ่ม
- คะแนน 2 หมายถึง ต้องเรียกจึงจะเข้ากลุ่ม
- คะแนน 3 หมายถึง มาเข้ากลุ่มตามเวลา พร้อมทั้งจะทำกิจกรรม
- คะแนน 4 หมายถึง รอคอยการเข้ากลุ่ม หรือสนใจซักถามเมื่อใกล้เวลาเข้ากลุ่ม

2. ความตั้งใจขณะเข้ากลุ่ม

- คะแนน 0 หมายถึง เหม่อลอย ไม่มอง ไม่ฟัง ขณะทำกิจกรรมกลุ่ม
- คะแนน 1 หมายถึง หันมามอง และฟังผู้นำกลุ่มและสมาชิกอื่นเป็นบางครั้ง
ขณะทำกิจกรรมกลุ่ม
- คะแนน 2 หมายถึง มอง ฟัง และจดจ่ออยู่กับกิจกรรมกลุ่ม
แต่เมื่อถามเกี่ยวกับกิจกรรม ตอบไม่ได้
- คะแนน 3 หมายถึง มอง ฟัง และมีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมกลุ่ม
แต่เมื่อถามเกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่ม สามารถตอบถูกบ้าง
- คะแนน 4 หมายถึง มอง ฟัง และมีสมาธิจดจ่อกับกิจกรรมกลุ่ม เมื่อถาม
เกี่ยวกับกิจกรรมกลุ่มสามารถตอบถูกทั้งหมด

3. ความมีส่วนร่วมในกลุ่ม

- คะแนน 0 หมายถึง นั่งเฉย ปฏิเสธ หรือต่อต้านการเข้าร่วมกิจกรรม
- คะแนน 1 หมายถึง นั่งเฉย ต้องกระตุ้นซ้ำ ๆ มากกว่า 3 ครั้ง จึงจะยอมทำกิจกรรม
- คะแนน 2 หมายถึง นั่งเฉย ต้องกระตุ้นเพียงเล็กน้อยจึงจะทำกิจกรรมกลุ่ม
- คะแนน 3 หมายถึง ทำกิจกรรมกลุ่มโดยไม่ต้องกระตุ้น แต่มีบางครั้งที่นั่งเฉย
- คะแนน 4 หมายถึง ทำกิจกรรมกลุ่มอย่างกระตือรือร้นตลอดเวลาที่อยู่ในกลุ่ม หรือ
แสดงการมีส่วนร่วมอื่น ๆ เช่น แสดงความคิดเห็นแสดงบทบาทสมมติ ฯลฯ

4. สัมพันธภาพในกลุ่ม

- คะแนน 0 หมายถึง นั่งก้มหน้า ไม่พูดคุยกับผู้อื่น
- คะแนน 1 หมายถึง สวมตามองผู้อื่น แต่ไม่พูดคุย
- คะแนน 2 หมายถึง สวมตามองหน้า ยิ้มเมื่อมีผู้อื่นมาทักทาย

คะแนน 3 หมายถึง เมื่อมีผู้อื่นมาชวนพูดคุย จึงได้ตอบ

คะแนน 4 หมายถึง พยายามหลีกเลี่ยงผู้อื่นก่อน

5. ความพึงพอใจ/สนุกสนาน

คะแนน 0 หมายถึง สีหน้าบึ้งตึง แสดงท่าทีหงุดหงิดตลอดเวลา หรือขอออกจากกลุ่ม ก่อนกำหนด

คะแนน 1 หมายถึง สีหน้าบึ้งตึง หรือแสดงท่าทีหงุดหงิดเป็นบางครั้ง

คะแนน 2 หมายถึง เฉย ๆ ไม่แสดงสีหน้าบึ้งตึง หรือหงุดหงิด

คะแนน 3 หมายถึง สีหน้ายิ้มแย้มเป็นบางครั้ง

คะแนน 4 หมายถึง สีหน้ายิ้มแย้ม กระตือรือร้น มีท่าทีพอใจ เช่น ประทับมือ หรือบอกความพึงพอใจให้สมาชิกกลุ่มได้รับรู้

เกณฑ์การประเมินทักษะตามวัตถุประสงค์ของแผนการสอน

คะแนน 0 หมายถึง ไม่มีความรู้และไม่มีทักษะ

คะแนน 1 หมายถึง มีความรู้แต่ไม่มีทักษะ

คะแนน 2 หมายถึง ไม่มีความรู้ แต่มีทักษะ

คะแนน 3 หมายถึง มีความรู้และมีทักษะ

วิธีการใช้แบบประเมิน

1. แบบประเมินศักยภาพในการทำกิจกรรม : ใช้สำหรับการประเมินเพื่อวางแผน การฟื้นฟูสมรรถภาพ และการประเมินก่อนสิ้นสุดการฟื้นฟูสมรรถภาพ
2. แบบบันทึกการประเมินผลการพัฒนากิจกรรมกลุ่มบำบัด : ใช้สำหรับการประเมินระหว่างดำเนินการฟื้นฟูสมรรถภาพ

การวิเคราะห์กิจกรรม

เมื่อกล่าวถึงการวิเคราะห์กิจกรรม ก็มีศัพท์สองคำคือที่มีความสัมพันธ์กันอยู่ คือคำว่า “การวิเคราะห์” (Analysis) และคำว่า “การสังเคราะห์” (Synthesis)

การวิเคราะห์ (Analysis) คือ กระบวนการแยกแยะ ตรวจสอบสิ่งใดสิ่งหนึ่ง เพื่อศึกษาโครงสร้าง และองค์ประกอบต่างๆ ภายในสิ่งนั้น

การสังเคราะห์ (Synthesis) คือ กระบวนการรวบรวม ประยุกต์ ดัดแปลง ปรับปรุงและแก้ไข องค์ประกอบที่ได้จากการวิเคราะห์ ให้กลายเป็นสิ่งใหม่ ของใหม่ หรือรูปแบบใหม่ เพื่อประโยชน์ใช้สอยตามที่ต้องการ

การวิเคราะห์กิจกรรมในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วย การวิเคราะห์และการสังเคราะห์ในกระบวนการเดียวกัน โดยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ชนิด คือ นำมาเฉพาะแยกแยะตรวจสอบ(Analysis) ก็เรียกว่า การวิเคราะห์กิจกรรมแบบกว้างๆ ทั่วไป(The generic approach) แต่ด้านนอกจากจะแยกแยะตรวจสอบแล้ว ยังมีการประยุกต์ดัดแปลงให้สอดคล้องกับหลักทฤษฎีและเป้าหมายการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย ก็เรียกว่า การวิเคราะห์กิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจง (The restricted approach) (ในตำราบางเล่มเรียกการวิเคราะห์กิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงนี้ว่า การวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรม : Activity analysis and synthesis)

กล่าวโดยสรุป เมื่อกล่าวถึงกิจกรรมการวิเคราะห์ในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงหมายถึง การวิเคราะห์และสังเคราะห์กิจกรรม (Activity analysis and synthesis) ในกระบวนการเดียวกันนี้เอง

ประโยชน์ของการวิเคราะห์กิจกรรม

การวิเคราะห์กิจกรรมถือเป็นหัวใจสำคัญของการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ การกระทำใดๆ จะกลายเป็นกิจกรรมการรักษ (Therapeutic activity) ได้ก็โดยการวิเคราะห์นั่นเอง

การวิเคราะห์กิจกรรม นอกจากจะเป็นเครื่องมือสำคัญของการรักษาและเป็นส่วนแบ่งมาผสมผสานระหว่างผู้บำบัดรักษากับผู้ฝึกงานอาชีพหรือผู้นำเกมส์โดยทั่วไปแล้ว ยังมีประโยชน์หลายประการดังนี้

1. ช่วยให้ผู้บำบัดรู้ซึ่งในกิจกรรมที่นำมาเป็นสื่อการรักษา
2. ช่วยให้ผู้บำบัดมีข้อมูลเกี่ยวกับวัสดุอุปกรณ์ ต้นทุน เวลาและสถานที่ที่จำเป็นในการจัดกิจกรรมการรักษทำให้ระบวนการบริหารและการจัดการงบประมาณต่างๆ เป็นไปด้วยความสะดวก
3. ช่วยให้ผู้บำบัดสามารถตอบคำถาม (ใคร ทำอะไร ที่ไหน อย่างไร และทำไม) โดยเฉพาะในแง่การบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย ญาติ รวมทั้งบุคลากรอื่นได้ อันจะนำมาซึ่งความรู้ความเข้าใจ การมีทัศนคติที่ดีและความร่วมมือกันต่อไป

4. ผู้บำบัดสามารถใช้ข้อมูลจากการวิเคราะห์และสังเคราะห์ ไปเป็นแนวทางในการสังเกตและบันทึกพฤติกรรมต่างๆ ของผู้ป่วย ทั้งในแง่ของปัญหา อุปสรรค เหตุผลของการรักษา รวมทั้งความก้าวหน้าของการรักษาและแผนการรักษา ฯลฯ

เมื่อเห็นความสำคัญของการวิเคราะห์เช่นนี้แล้วจึงสมควรอย่างยิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพทุกคนจะต้องใฝ่หาความรู้และฝึกฝนตนเอง เกี่ยวกับการวิเคราะห์กิจกรรมอยู่เสมอ เพื่อความเชื่อมั่นในการปฏิบัติงาน และความเจริญก้าวหน้าของงานฟื้นฟูสมรรถภาพต่อไป

แนวทางการวิเคราะห์กิจกรรม

การวิเคราะห์กิจกรรมในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทั่วไปแบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การสำนึกถึงเกี่ยวกับกิจกรรม (Activity awareness)

การสำนึกถึงเป็นปัจจัยขั้นพื้นฐานของการกระทำทุกสิ่ง ในการจัดกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพก็เช่นกัน การที่จะนำกิจกรรมใดๆ ไปเสนอแก่ผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยเห็นความหมาย และคุณค่า ตัวผู้บำบัดเองการรู้ซึ่งถึงความหมายและคุณค่าของกิจกรรมนั้นๆ เสียก่อน

การสำนึกถึงและความซาบซึ้งในกิจกรรม เป็นสิ่งที่ฝึกฝนให้เกิดมีขึ้นได้ โดยการทดลองด้วยตนเองของผู้บำบัด ผู้บำบัดควรเข้าไปสัมผัส พร้อมกับตั้งคำถามกับตนเองว่า

- อะไรทำให้อยากทำกิจกรรมนี้ (กิจกรรมนี้มีเสน่ห์ดึงดูดใจ)
- ขณะทำกิจกรรมรู้สึกอย่างไร
- ใช้ร่างกายส่วนใดในการทำกิจกรรม
- กิจกรรมนี้ต้องอาศัยความสามารถด้านใดเป็นพิเศษ
- ถ้ามีโอกาสได้ทำกิจกรรมนี้อีก จะประยุกต์ คัดแปลง ปรับปรุง แก้ไขให้ดีกว่าเดิมอย่างไร
- เราได้ประโยชน์อะไรบ้างจากการทำกิจกรรมนี้ ฯลฯ

2. การระบุขั้นตอนกิจกรรม (Action Identification)

กิจกรรมในโลกนี้มีหลายชนิดแต่ละชนิดมีวิธีการทำมากมายหลายวิธีและหลากหลายรูปแบบ ง่ายง่าย ยากบ้างสุดแท้แต่ใครจะถนัดวิธีไหน เพื่อไม่ให้เกิดความสับสนแก่ผู้ป่วยและตัวผู้บำบัดเอง และเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการรักษาที่กำหนดไว้ ในการวิเคราะห์กิจกรรมจึงควรระบุขั้นตอนต่างๆ ให้ชัดเจน ดังนี้

2.1 ชื่อกิจกรรม

2.2 ขั้นตอนหลักๆ ในการทำกิจกรรม

2.3 ในแต่ละขั้นตอนต้องทำอะไร และอย่างไร (Do! What! How!)

เช่น “เปิดกระป๋องด้วยขวานจะเบียดๆ ไม้”

Do คือ เปิด
 What คือ กระทบ
 How คือ ละเมียดละไม เป็นต้น

2.4 สังเกตข้อแตกต่างระหว่างเราทำกับที่คนอื่น ๆ ทำหรือที่เราทำแต่คนละเวลาและสถานการณ์
 ---- (เพื่อเป็นทางเลือกในการนำเสนอกิจกรรมในสถานการณ์ต่างๆ)

3. การวิเคราะห์หรือแยกแยะกิจกรรม (Activity analysis)

หลังจากได้ทดลองจนรู้ซึ่งและประจักษ์ด้วยตนเอง จะสามารถระบุขั้นตอนต่างๆ ของกิจกรรม
 จนเชี่ยวชาญแล้ว มาถึงขั้นตอนนี้ก็จะเป็นเรื่องของกรวิเคราะห์ขั้นตอนของกิจกรรมออกมาดูให้เห็น
 องค์ประกอบต่างๆ ที่อยู่ในแต่ละขั้นตอน แบ่งได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะโดยสังเขปของกิจกรรม (Activity Summary) ประกอบด้วย

- ชื่อกิจกรรม
- ลักษณะหรือคำอธิบายกิจกรรมโดยย่อ
- วัสดุอุปกรณ์ ต้นทุน และแหล่งข้อมูลต่างๆ
- สิ่งแวดล้อม รวมทั้งอาคารสถานที่ที่จำเป็นในการจัดกิจกรรม
- ขั้นตอนหลักๆ และระยะเวลาที่ใช้ในแต่ละขั้นตอน
- ข้อควรระวังหรืออันตรายที่อาจเกิดจากการทำกิจกรรม
- กิจกรรมนี้เหมาะกับบุคคลอายุ เพศ วัย การศึกษา วัฒนธรรมและสังคม ฯลฯ

ส่วนที่ 2 ทักษะที่จำเป็นต้องใช้ในการทำกิจกรรมนี้

- 1) ทักษะทางร่างกายในการเคลื่อนไหว (Physical) เช่น
 - อวัยวะที่ใช้
 - ลักษณะการเคลื่อนไหว
 - ต้องอาศัยความแข็งแรงทนทานของกล้ามเนื้อส่วนใด
- 2) ทักษะในการผสมผสานการรับรู้ (Sensory integration) เช่น
 - ประสาทสัมผัสที่ใช้
 - การแยกแยะตำแหน่ง รูปทรง สี ภาพและพื้น ฯลฯ
 - การทำงานร่วมกันของอวัยวะต่างๆ และการประสานสัมพันธ์ของร่างกายและจิตใจกับ
 สิ่งแวดล้อม

3) ทักษะทางความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) เช่น

- การรับรู้บุคคล เวลา และสถานที่
- สมาธิ ความตั้งใจ ความจำ
- การเข้าใจความหมายสัญลักษณ์ การจัดหมวดหมู่
- การมองเห็นปัญหา สาเหตุของปัญหา และความสามารถในการวางแผนจัดการปัญหา

4) ทักษะทางจิตสังคม (Psychosocial)

4.1) การจัดการกับตนเอง (Self-management) เช่น

- การเข้าใจอารมณ์ความรู้สึก
- การสื่อความหมาย
- การควบคุมตนเอง

4.2) การสร้างสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Social interaction) เช่น

- การเข้าใจกฎเกณฑ์เกี่ยวกับการสื่อความหมายและการสร้างปฏิสัมพันธ์
- การเข้าใจขอบเขตของความสัมพันธ์
- การรู้จักประนีประนอมและต่อรอง
- การรู้จักให้ความร่วมมือและแข่งขัน
- การรู้จักรับผิดชอบต่อตนเองและผู้อื่น
- การรู้จักบทบาทและหน้าที่ในงานที่รับผิดชอบ
- การรู้จักร่วมสุขร่วมทุกข์กับผู้อื่น
- การเข้าใจกระบวนการกลุ่มอย่างง่าย ได้

ส่วนที่ 3 ประโยชน์ของกิจกรรมในแง่ Occupational Performance เป้าหมาย เพื่อส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและฟื้นฟูความสามารถในด้านการรับรู้ (Sensory) การเคลื่อนไหว (Motor) ความรู้ ความเข้าใจ (Cognitive) และด้านจิตสังคม (Psychosocial) โดยแสดงออกในรูปของการมีทักษะหรือ ความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ

1) ทักษะในการทำกิจวัตรประจำวัน (Daily living skills)

1.1) ทักษะทางร่างกาย (Physical Daily living skills)

- สุขอนามัยส่วนตัว
- การรับประทานอาหาร
- การสื่อความหมาย
- การเคลื่อนไหวร่างกายตนเอง

- การหยิบจับสิ่งของ
- การสวมใส่เสื้อผ้าและเครื่องประดับ ฯลฯ

1.2) ทักษะทางจิตสังคม (Psychosocial Daily living skills) ประกอบด้วย

- การรู้จักตนเอง
- การเผชิญกับสถานการณ์ต่างๆ
- การเข้าสู่สังคมหรือชุมชน

2) ทักษะในการทำงาน (Work)

2.1) งานบ้าน (Home management)

- การเตรียมอาหาร
- การวางแผนรายการอาหาร
- การดูแลความสะอาด
- การซักรีดเสื้อผ้า
- การซ่อมแซมวัสดุ อุปกรณ์
- การดูแลรักษาความปลอดภัยภายในบ้าน

2.2) งานดูแลเด็ก (Care of Others)

- การดูแลเด็กทารก
- การให้การอบรมสั่งสอน ฯลฯ

2.3) การเตรียมงานอาชีพ (Prevocation)

- งานเกษตรกรรม
- งานอุตสาหกรรม
- งานในสำนักงาน ฯลฯ

3) ทักษะในการเล่นและการทำกิจกรรมยามว่าง (Play and Leisure)

- a. การเข้าใจความต้องการรู้สึกและต้องการของตนเอง (Recognizing one's needs)
- b. การแยกแยะลักษณะของการเล่น (Identify characteristic of Play)
- c. การเลือกกิจกรรมการเล่น (Selecting play activity)
- d. การดัดแปลงกิจกรรมต่างๆ (Adaptation of Activities)
- e. การนำทรัพยากรในชุมชนมาใช้ให้เป็นประโยชน์ (Utilizing community resources)

4. การดัดแปลงกิจกรรมเพื่อการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพ (Occupational Performance Modification)

การวิเคราะห์กิจกรรม 3 ขั้นตอนที่ผ่านมา เป็นเพียงการแยกแยะ ตรวจสอบ หรือวิเคราะห์อย่างกว้างๆ (The generic approach) เท่านั้น ในการนำไปใช้บำบัดรักษาจะต้องทำการประยุกต์ดัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา สภาพแวดล้อม รวมทั้งทฤษฎีการรักษาและเป้าหมายการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย อันเป็นเรื่องของวิเคราะห์แบบเฉพาะเจาะจง (The restricted approach) มีแนวทางดังนี้

1) *การวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อเลือกวิธีการสอน (For the purpose of Teaching)*

การวิเคราะห์กิจกรรมอย่างกว้างๆ ทำให้เราเข้าใจแต่ละกิจกรรมว่ามีองค์ประกอบอะไรบ้าง ส่วนการวิเคราะห์กิจกรรมแบบเฉพาะเจาะจงเป็นเรื่องของการนำมาใช้กับผู้ป่วย

แต่เนื่องจากคนเรามีความแตกต่างกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและภูมิหลังทางประสบการณ์ต่างๆ ดังนั้นในการสอนกิจกรรมจึงจำเป็นต้องเลือกวิธีการสอนให้เหมาะสมกับกลุ่มหรือผู้ป่วยแต่ละราย

วิธีการสอนมีมากมายหลายรูปแบบ สุดแต่ใครจะใช้ทฤษฎีอะไรมาเป็นกรอบอ้างอิง เช่น ผู้บำบัดบางคนอาจใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ บางคนใช้ทฤษฎีจิตวิเคราะห์ ทฤษฎีความรู้ความคิด หรือบางคนก็ใช้ทฤษฎีการสร้างแรงจูงใจต่างๆ เป็นต้น

2) *การวิเคราะห์เพื่อเลือกกิจกรรม (For the purpose of determining whether a client can perform an activity)*

การวิเคราะห์อย่างกว้างๆ ทำให้เราทราบว่ากิจกรรมแต่ละอย่างต้องอาศัยทักษะในด้านใด มาถึงขั้นของการวิเคราะห์แบบเฉพาะเจาะจงจะเป็นเรื่องของการนำมาเปรียบเทียบกับผู้ป่วยว่าจะสามารถทำกิจกรรมได้หรือไม่

การตัดสินใจว่าจะเลือกกิจกรรมใดให้แก่ผู้ป่วยนั้น นอกจากพิจารณาที่สภาพปัญหาของผู้ป่วยแล้ว หลักหรือแนวทางที่ใช้ในการรักษาก็มีความสำคัญมาก เกณฑ์การเลือกกิจกรรมตามหลักการรักษา และการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยทั่วไป ถือเป็นหลักการสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (Meeting health needs) หลักการการป้องกัน (Prevention) หลักการคงสภาพ (Maintenance) และหลักการจัดการปัญหาสิ่งรบกวน (Management) เราจะเลือกกิจกรรมให้พอเหมาะหรือเท่ากับระดับความสามารถของผู้ป่วย ในขณะที่หลักกระบวนการเปลี่ยนแปลง (The change process) จะเลือกกิจกรรมที่สูงกว่าความสามารถประมาณ 1 ระดับ เพื่อพัฒนาความสามารถของผู้ป่วยให้สูงขึ้น

3) *การวิเคราะห์เพื่อดัดแปลงกิจกรรม (For the purpose of Adaptation)*

การเลือกกิจกรรมให้ผู้ป่วย โดยทั่วไปเรามักเลือกกิจกรรมที่เท่ากับหรือสูงกว่าความสามารถของผู้ป่วยเล็กน้อย อย่างไรก็ดีเพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซาก น่าเบื่อหน่าย และเพื่อกระตุ้นให้เกิดความคิดสร้างสรรค์ หรือบางกรณีแม้ผู้ป่วยจะมีความสามารถต่ำกว่ากิจกรรมมาก แต่ถ้าเขามีเจตจำนงแน่วแน่ที่

จะทำกิจกรรมให้สำเร็จ การด้อยความสามารถก็อาจไม่ใช่อุปสรรคของเขาต่อไป แต่กลับเป็นสิ่งที่ท้าทายความสามารถ กล่าวคือ ถ้าสามารถทำกิจกรรมประสบผลสำเร็จ ย่อมทำให้เกิดความภาคภูมิใจและความเชื่อมั่นในตนเอง ซึ่งนับว่าให้ผลที่คุ้มค่า

แต่ปัญหาคือทำอย่างไรจึงจะช่วยให้เขาสามารถบรรลุถึงความสำเร็จนั้น ได้การดัดแปลงกิจกรรมคือแนวทางหนึ่งที่จะช่วยให้ถึงเป้าหมายดังกล่าว สามารถทำได้หลายวิธีดังนี้ เช่น

- การดัดแปลงลำดับขั้นตอน เช่น กิจกรรมบางอย่าง ปกติต้องทำ 7 – 8 ขั้นตอนก็อาจลดลงเหลือ 3 – 4 ขั้นตอน
- การดัดแปลงรูปแบบ เช่น กิจกรรมบางอย่างปกติต้องทำในท่าขึ้น อาจดัดแปลงให้ทำในท่านั่ง หรือกิจกรรมบางอย่างมีรูปแบบที่ซับซ้อนอาจดัดแปลงเป็นรูปแบบง่าย ๆ หรือมีรูปแบบที่สอดคล้องกับศิลปวัฒนธรรมในห้องที่ผู้ป่วยคุ้นเคย
- การดัดแปลงที่วัสดุ อุปกรณ์ เช่น ดัดแปลงที่ขนาด น้ำหนัก สี พื้นผิว หรือชนิดของวัสดุที่ใช้ เป็นต้น

4) การวิเคราะห์เพื่อปรับระดับความง่าย (For the purpose of Grading)

การปรับระดับความยากง่ายของกิจกรรมเป็นวิธีที่นิยมแพร่หลายในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ สามารถทำได้หลายแนวทาง ดังนี้

- ปรับระยะเวลาที่ใช้ในการทำกิจกรรม อาจปรับจากการใช้เวลาสั้นๆ แล้วค่อยๆ เพิ่มเวลา (5 นาที...10 นาที...20 นาที...ชั่วโมง) หรือปรับจากการใช้เวลามากไปสู่การใช้เวลาน้อย (1 ชั่วโมง...45 นาที...30 นาที...20 นาที...)
- ปรับน้ำหนักหรือแรงต้าน เช่น จาก...1 kg...2 kg...3 kg...4 kg... หรือปรับระดับความฝืดของพื้นผิวโดยการใช้พื้นผิวที่มีลักษณะต่างๆ
- ปรับช่วงการเคลื่อนไหวของข้อ เช่น จาก 30°...40°...50°...90°...(มักพบในผู้พิการทางกายที่มีปัญหาข้อติด)
- ปรับระดับการพึ่งพาตนเอง เช่น ขั้นแรกให้เป็นผู้ช่วยผู้บำบัด ค่อยมาปล่อยให้ลองทำบางขั้นตอน โดยมีผู้บำบัดคอยกำกับ จากนั้นให้ลองทำเองโดยผู้บำบัดเฝ้าดูอยู่ห่างๆ จนกระทั่งเกิดสร้างสรรค์ผลงานด้วยตนเอง เป็นต้น

5) การวิเคราะห์เพื่อสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน (For the purpose of Meeting health Needs)

หลักการสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เป็นหลักการหรือแนวทางในการปฏิบัติงานฟื้นฟูสมรรถภาพ อันหมายถึงการกระทำใดๆ ที่จะช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจ เกิดความเลื่อมใสศรัทธา เกิดความหวังและกำลังใจ มีแรงจูงใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมการรักษากาย

การฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยทั่วไปแล้วเป็นเรื่องที่ผู้ป่วยจะต้องลงมือกระทำและต้องฝึกฝนตนเอง ซึ่งเป็นเรื่องที่มีความยากลำบาก ต้องอาศัยพลังใจ หรือแรงจูงใจเป็นอย่างมาก

พลังหรือแรงจูงใจเกิดขึ้นได้ 2 ลักษณะ คือ แรงจูงใจที่เกิดขึ้นจากองค์ประกอบภายในตัวบุคคล และแรงจูงใจที่เกิดขึ้นโดยอิงอาศัยปัจจัยภายนอก

หลักการสนองความต้องการขั้นพื้นฐาน เป็นการสร้างแรงจูงใจโดยอาศัยปัจจัยภายนอกกระตุ้นให้เกิดพลังใจ ซึ่งทำให้มากมายหลายวิธี ขึ้นอยู่กับอุปนิสัยและความชอบของผู้ป่วยแต่ละคน เช่น คนที่ชอบกินชอบดื่ม ผู้บ้ำบักอาจให้อาหาร ขนม หรือเครื่องดื่มต่างๆ มาเป็นตัวเสริมแรง การให้ทำกิจกรรมกลุ่มร่วมกับผู้ป่วยที่หลากหลายก็เป็นการสร้างแรงจูงใจที่ได้ผลดีอีกวิธีหนึ่งเช่นกัน

ไม่ว่าจะสร้างแรงจูงใจด้วยวิธีการใดก็แล้วแต่ สิ่งหนึ่งซึ่งผู้บำบัดต้องตระหนักอยู่เสมอ คือ การสร้างแรงจูงใจตามหลักการสนองความต้องการขั้นพื้นฐานนี้ เป็นเพียงการสร้างแรงจูงใจในเบื้องต้นเพื่อจูงใจให้ผู้ป่วยอยากเข้าร่วมกิจกรรมเท่านั้น เมื่อผู้ป่วยเห็นความหมายและคุณค่าที่แท้จริงจนเกิดแรงจูงใจภายในแล้ว การสร้างแรงจูงใจโดยหลักการนี้ก็จะค่อยๆ ลดความสำคัญลงไป ดังนั้น ในการใช้หลักการข้อนี้กับผู้ป่วยจึงควรระมัดระวังและควรคำนึงถึงผลที่จะตามมาด้วย นั่นคือ เราต้องวิเคราะห์ให้ดีกว่านี้

6) การวิเคราะห์เพื่อการป้องกัน (For the purpose of Prevention)

การฟื้นฟูสมรรถภาพ แม้จะหมายถึงการกระทำใดๆ ที่จะช่วยให้ผู้ขาดความสามารถกลับมา มีความสามารถใกล้เคียงปกติดังเดิมอีกครั้ง แต่ในทางปฏิบัติสภาพแวดล้อมต่างๆ จะบังคับให้เราต้องทำการป้องกันไม่ให้เกิดการบาดเจ็บ หรือสูญเสียความสามารถมากขึ้นกว่าเดิมด้วยเช่นกัน

การวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อป้องกันการสูญเสียความสามารถ ทำได้มากมายหลายวิธี สุดแต่ใครจะใช้ทฤษฎีอะไรมาเป็นกรอบทางความคิด เช่น ตามทฤษฎีทางประสาทวิทยา เชื่อว่าการกระตุ้นทางประสาทสัมผัสอย่างรุนแรง เช่น เสียงและแสงที่มีความถี่สูงอาจเป็นอันตรายต่อผู้ป่วยโรคลมชัก ในขณะที่ฟื้นฟูสมรรถภาพเราอาจหาทางป้องกัน เช่น การจัดสถานที่ที่เงียบสงบ ปราศจากแสงหรือเสียงที่มีความรุนแรง หรือในผู้พิการเนื่องจากโรคเรื้อรังที่มีการสูญเสียประสาทสัมผัสส่วนปลาย เพื่อป้องกันอันตรายที่อาจเกิดขึ้น เราอาจฝึกประสาทสัมผัสส่วนอื่นๆ เช่น ตา หู จมูก หรือให้ความรู้ความเข้าใจแก่ผู้ป่วยเป็นกรณีพิเศษ เพื่อป้องกันอันตรายจากของมีคมหรือของร้อนต่างๆ เป็นต้น

ในผู้ป่วยจิตเวชซึ่งมักมีอาการทางจิตที่ไม่มั่นคง ไม่สามารถควบคุมตนเองให้อยู่ในกฎเกณฑ์ของสังคมหรือควบคุมตนเองในการฝึกฝนความสามารถต่างๆ ได้ การใช้กฎระเบียบ การให้รางวัล หรือการลงโทษตามทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ก็อาจนำมาใช้ เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดพฤติกรรมที่เป็นปัญหา หรือเป็นอุปสรรคต่อการฝึกฝนเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพได้

เรื่องของแรงจูงใจต่างๆ ซึ่งบ่อยครั้งที่เรามักเกิดแรงจูงใจแบบไฟไหม้ฟาง เกิดขึ้นชั่วคราววิ่งชั่วคราวตามปัจจัยภายนอกที่มากระทบ แล้วก็ดับวูบลงในเวลาไม่นาน

การที่จะให้คนเรามีแรงจูงใจอยู่เสมออยู่นั้น นอกจากจะให้ผู้ปวยได้เห็นความหมายและคุณค่าของกิจกรรมต่างๆ อย่างลึกซึ้งตามกระบวนการเปลี่ยนแปลงแล้ว การหมั่นคิดใคร่ครวญ ตอกล้ำเข้าแล้วซ้ำเล่า ซึ่งเป็นเรื่องของการคงสภาพ ก็มีความจำเป็นยิ่งในงานฟื้นฟูสมรรถภาพ

กิจกรรมการคงสภาพแรงจูงใจทำได้หลายรูปแบบ เช่น กิจกรรมร้องเพลงปลุกใจ กิจกรรมประพันธ์คติเตือนใจ รวมถึงการกำหนดเป็นบทสวดมนต์และภาวนาตามแนวของศาสนาต่างๆ ฯลฯ

ส่วนกิจกรรมเพื่อคงสภาพทักษะความสามารถ ก็เช่น การจัดโปรแกรมกิจวัตรประจำวันแก่ผู้ปวยจิตเวชเรื้อรัง ผู้สูงอายุ ผู้ปวยสมองเสื่อม รวมทั้งผู้ปวยที่ออกจากศูนย์ฟื้นฟูสมรรถภาพกลับไปอยู่ในชุมชน เพื่อสร้างนิสัยในการดำเนินชีวิตที่ถูกต้อง เป็นต้น

9) การวิเคราะห์เพื่อจัดการปัญหาสิ่งรบกวนต่างๆ (For the purpose of Management)

การจัดการปัญหาสิ่งรบกวน หมายถึง การกระทำใดๆ เพื่อลด บรรเทาหรือขจัดพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคขัดขวางไม่ให้กระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นไปด้วยความราบรื่น

พฤติกรรมไม่พึงประสงค์ (Undesirable or disruptive behavior) อาจเป็นอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของทักษะความสามารถโดยตรงหรือไม่ก็ได้ พฤติกรรมที่เกิดจากการเสื่อมสมรรถภาพโดยตรง เช่น อาการประสาทหลอนต่างๆ ที่บ่งถึงความบกพร่องทางความรู้สึกนึกคิดที่มีต่อตนเอง (inaccurate self concept) หรืออาการปวดชักเกร็งที่บ่งถึงความบกพร่องในการทำงานของกล้ามเนื้อ เป็นต้น ส่วนพฤติกรรมที่อาจไม่เกี่ยวข้องโดยตรง เช่น อาการง่วง ความเบื่อหน่าย ความตื่นเต้นตกใจ รวมทั้งความวิตกกังวลเมื่ออยู่ในสถานการณ์ที่ไม่คุ้นเคย ฯลฯ

การวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อจัดการปัญหาสิ่งรบกวนต่างๆ มีมากมายหลายแบบตามทฤษฎีต่างๆ ที่นำมาเป็นกรอบอ้างอิงการรักษา ซึ่งเป็นเรื่องที่ผู้วิเคราะห์ควรศึกษาเพิ่มเติมเช่นเดียว กับหลักการอื่นๆ ที่กล่าวมา ที่มักพบบ่อย เช่น การลดอาการด้านยา การซื้อคลื่นไฟฟ้ารวมทั้งการปรับพฤติกรรมในรูปแบบต่างๆ เป็นต้น

สรุปและข้อเสนอแนะ

การวิเคราะห์กิจกรรมเป็นเครื่องมือสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ การที่กิจกรรมต่างๆ จะมีคุณค่าทางการบำบัดรักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพได้ขนาดไหน ก็ขึ้นอยู่กับความสามารถของผู้บำบัดในการวิเคราะห์กิจกรรมนั่นเอง

มีข้อพึงสังเกตบางประการเกี่ยวกับการวิเคราะห์กิจกรรม ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพก็ตาม นั่นคือถ้าเป็นการวิเคราะห์กิจกรรมเพื่อการประเมินสมรรถภาพ จะต้องตั้งอยู่บนหลักการหรือทฤษฎีที่ว่าด้วยเรื่องภาวะปกติและผิดปกติต่างๆ ในขณะที่การวิเคราะห์เพื่อการส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ จะต้องอยู่บนหลักการหรือทฤษฎีที่ว่าด้วยสมมุติฐานของโรค และ การส่งเสริม ป้องกัน บำบัดรักษาและการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยตรง ซึ่งอาจจะใช้เพียงทฤษฎีใดทฤษฎีหนึ่ง หรือผสมผสานกันหลายๆ ทฤษฎีหรือหลากหลายหลักการก็ได้ ตามความถนัดและสภาพปัญหาของผู้ป่วยแต่ละราย

แต่ไม่ว่าจะเป็นการวิเคราะห์กิจกรรมเพื่ออะไรก็ตาม สิ่งหนึ่งที่ผู้วิเคราะห์ควรตระหนักอยู่เสมอ คือ การวิเคราะห์กิจกรรมจะเกิดขึ้นอย่างสมบูรณ์ได้ ก็ต่อเมื่อมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 ประการ คือ ปัญหาของผู้ป่วย เป้าหมายการรักษาหรือฟื้นฟูสมรรถภาพ กิจกรรมการรักษา และทฤษฎีที่นำมาใช้เป็นกรอบในการรักษา

ดังนั้น เนื้อหาต่างๆ ที่กล่าวมาจึงไม่ใช่ข้อยุติของการรักษา ยังจะต้องมีการคัดแปลงให้เหมาะสมกับสภาพปัญหา เป้าหมาย และทฤษฎีการรักษาต่อไป

ความเสี่ยง (Risk)

การทำงานย่อมมีโอกาสการเกิดความเสี่ยง ยิ่งการบำบัดรักษาต้องมีการป้องกันและจัดการหรือบริหารความเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ ก่อนจะนำความเสียหายมาสู่การบริการ ต่อผู้รับบริการ หรือองค์กร ดังนั้นการบริหารความเสี่ยง จึงสำคัญและควรเรียนรู้ความเสี่ยงเพื่อป้องกันเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์

ความเสี่ยง คือ โอกาสที่จะประสบกับความสูญเสีย หรือสิ่งที่ไม่พึงประสงค์ อาจมีลักษณะดังนี้

1. การถูกทำร้ายหรือการบาดเจ็บ รวมถึงการทำร้ายจิตใจ ความเจ็บป่วย การสูญเสียหน้าที่ของอวัยวะ การถูกกลั่นแกล้ง การรบกวน
2. เหตุร้าย ภัยอันตราย ภาวะยากลำบาก
3. การคุกคาม ก่อให้เกิดความรู้สึกไม่มั่นคง
4. ความไม่แน่นอน สิ่งที่ไม่คาดฝัน น่าสงสัย คาดการณ์ไม่ได้ ทำนายไม่ได้ ไม่แน่ใจ
5. การถูกเปิดเผย รวมถึงการเปิดเผยทางกายภาพ การเปิดเผยความลับ และการแปลความที่ผิดพลาด

ความเสี่ยง หรือความสูญเสียในโรงพยาบาล ได้แก่

1. ความสูญเสียที่เกิดกับผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการ
2. การเสื่อมเสียชื่อเสียง
3. การสูญเสียรายได้
4. การสูญเสีย หรือความเสียหายต่อทรัพย์สิน
5. การบาดเจ็บ หรืออันตรายต่อเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล
6. การทำลายสิ่งแวดล้อม ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และสิ่งมีชีวิตอื่นๆ ในบริเวณนั้น รวมทั้งต้องมียค่าใช้จ่ายในการแก้ไขปัญหา
7. ภาระในการชดเชยค่าเสียหาย

ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วย แบ่งได้ดังนี้

1. ความเสี่ยงทางกายภาพ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับร่างกายของผู้ป่วย เช่น การฉีดยาผิด การติดเชื้อ การทำร้ายร่างกาย
2. ความเสี่ยงด้านอารมณ์ เป็นสิ่งเกี่ยวกับการทำร้ายจิตใจ การทำให้ผู้ป่วยขาดความมั่นใจ ทำให้เกิดความรู้สึกสับสน รวมทั้งการคุกคามด้วยสิ่งที่ไม่ชอบใจ หรือพยากรณ์ไม่ได้ หรือความไม่เป็นส่วนตัว

3. ความเสี่ยงด้านสังคม เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับสิทธิผู้ป่วย การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้ป่วย เช่น การรักษาความลับของผู้ป่วย
 4. ความเสี่ยงทางด้านจิตวิญญาณ เป็นสิ่งที่เกี่ยวกับความเชื่อ ความรู้สึกไม่มั่นคง ความสูญเสีย ความท้อแท้
- ความเสี่ยงทั้งหมดมีความสำคัญเท่าเทียมกัน และมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ดังนั้นการบริหารความเสี่ยงจึงต้องคำนึงถึงความเสี่ยงหายทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้น

การค้นหาความเสี่ยง

การบริหารความเสี่ยง เป็นกิจกรรมเชิงรุก เพื่อป้องกันการสูญเสีย เปรียบได้กับการประเมินผล การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ ซึ่งมีเป้าหมายที่การพัฒนาตนเอง และหน่วยงานจะต้องค้นหาความเสี่ยงในหน่วยงานของตนเอง ด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตเรียนรู้ประสบการณ์ของคนอื่นและเรียนรู้ระหว่างการทำงานไปข้างหน้า

จากการค้นหาความเสี่ยงด้วยการเรียนรู้จากประสบการณ์ในอดีตและเรียนรู้ระหว่างการทำงานของกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ จึงนำมาจัดลำดับความสำคัญและความจำเป็นที่ จะป้องกันเร่งด่วนต่อการฟื้นฟูสมรรถภาพในผู้ป่วยจิตเวช

บัญชีรายการความเสี่ยงที่สำคัญ (Risk Profile) ของกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ

1. ความเสี่ยงที่เฝ้าระวัง

1.1 ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายระหว่างการฝึกกิจกรรม(กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ)

1.2 ผู้ป่วยหลบทันที

1.3 เจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ/อันตราย ขณะให้บริการ

2. ความเสี่ยงในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละขั้นตอน

- ได้รับข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ครบถ้วน

- ผู้ป่วยไม่มารับบริการตามเอกสารที่ระบุไว้

- เอกสารไม่ถูกต้องตรงกับให้บริการฝึกคน มีการบันทึก ประเมินผลไม่ตรงตาม รายชื่อ พฤติกรรม อาการ

- การประเมินไม่ตรงตามระดับความสามารถและศักยภาพของผู้ป่วย

- ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและไม่มีความพร้อมในการร่วมกิจกรรม

- วางแผนให้กิจกรรมไม่เหมาะสมกับความสามารถ

- การให้บริการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์

- ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากวัสดุและอุปกรณ์ขณะฝึกกิจกรรม *

- ผู้ป่วยหลบทันทีขณะฝึกกิจกรรม *

- ผู้ป่วยจำหน่ายก่อนได้รับการพิจารณาสิ้นสุด ไม่สามารถสรุปผลการรักษาได้เนื่องจากจำหน่าย หลบทันที ตาย

- การติดตามผลไม่ต่อเนื่อง ขาดการประสานงาน ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้

- ญาติไม่ให้ความร่วมมือ

3. ความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่/สิ่งแวดล้อม

1. การป้องกันและระงับอัคคีภัย

2. ความสะอาดของน้ำดื่ม

3. กลิ่นน้ำเน่าเสีย

4. อุปกรณ์ที่เกี่ยวกับไฟฟ้า

5. กระดาษหน้าดำ-กระดาษตก

1 ความเสี่ยงที่เฝ้าระวัง (จัดลำดับตามความสำคัญ)

รายการความเสี่ยง	สาเหตุ	กิจกรรม / มาตรการควบคุมความเสี่ยง	กลยุทธ์
1.1. ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายระหว่างการฝึกกิจกรรม(กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ)	เจ้าหน้าที่ : - เนื่องจากการตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมไม่ละเอียดถี่ถ้วน ผู้ป่วย : - หลังประเมินผู้ป่วยก่อนฝึกกิจกรรมพบว่าผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีสภาวะไม่พร้อมในการใช้อุปกรณ์ อุปกรณ์ : - อุปกรณ์อยู่ในสภาวะไม่พร้อมใช้งาน	1. เตรียมเจ้าหน้าที่ - ปฐมนิเทศชี้แจงเจ้าหน้าที่ก่อนการปฏิบัติงาน เช่น ลดการกระทำหรือพฤติกรรม ซึ่งเป็นแรงกระตุ้นที่ไม่เหมาะสมของผู้ป่วย - ศึกษาประวัติ อาการผู้ป่วยโดยละเอียดจาก แพทย์ ประวัติดูแลรักษาที่คลินิก และบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 2. เตรียมอุปกรณ์/เครื่องมือ - ตรวจสอบอุปกรณ์ที่ใช้ในการทำกิจกรรมให้อยู่ในสภาพพร้อมใช้อยู่เสมอ และทุกครั้งก่อนใช้ - ตรวจสอบและจัดเก็บอุปกรณ์เครื่องมือในการทำกิจกรรมให้ครบทุกครั้งก่อนส่งผู้ป่วยกลับตึก 3. เตรียมผู้ป่วย - ประเมินผู้ป่วยก่อนทำกิจกรรมว่ามีความพร้อมกับการใช้วัสดุอุปกรณ์แต่ละชนิดมากน้อยเพียงใด เพื่อป้องกันเหตุการณ์บาดเจ็บ - ขณะฝึกกิจกรรมผู้ป่วยมีอาการกำเริบ มีสภาวะไม่พร้อมในการใช้อุปกรณ์ ให้หยุดใช้อุปกรณ์ทันที เพื่อป้องกันเหตุการณ์บาดเจ็บ 4. แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา - เมื่อผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บหรืออันตรายระหว่างการฝึกกิจกรรมทันทีและให้การปฐมพยาบาลเบื้องต้น พร้อมแจ้งเจ้าหน้าที่คลินิกให้ทราบและ มารับกลับลงบันทึกลงเป็นหลักฐาน - ให้เจ้าหน้าที่ทุกคน ดูแลความปลอดภัย ในการให้บริการอย่างใกล้ชิด	P
1.2. ผู้ป่วยลอบหนี	เจ้าหน้าที่ : - ไม่มีรายละเอียดถี่ถ้วนในการตรวจนับ และการดูแลผู้ป่วยขณะเข้ารับบริการ ผู้ป่วย : - ผู้ป่วย	1. เตรียมเจ้าหน้าที่ - ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองแก่เจ้าหน้าที่ - ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด - ตรวจนับจำนวนผู้ป่วยให้ครบถ้วนถี่ก่อนและหลังผู้ป่วยเข้ารับบริการฝึกสอนกิจกรรม 2. จัดเจ้าหน้าที่เฝ้าสังเกตการณ์ที่บริเวณประตู	P

รายการความเสี่ยง	สาเหตุ	กิจกรรม / มาตรการควบคุมความเสี่ยง	กลยุทธ์
	- ผู้ป่วยมีอาการ - ผู้ป่วยอยู่รักษานาน - อยากกลับบ้าน	ทางออก(งานอาชีพบำบัด) 3. ปิดล๊อคประตูด้านหน้าทันทีที่ผู้ป่วยเข้ามา รับบริการในงานอาชีพบำบัด สำหรับเจ้าหน้าที่ ให้เข้า-ออกประตูด้านข้าง 4. งานเกษตรกรรมบำบัด ใช้สื่อहरया(CQI 48) ช่วย ในการดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการหลบหนี 5. แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา - สื่อสารฝึกและหน่วยงานรักษาความปลอดภัย เพื่อ ติดตามผู้ป่วยในพื้นที่ ถ้าไม่พบแจ้งหัวหน้างาน และ หัวหน้าฝึกผู้ป่วย	
13. เจ้าหน้าที่ได้รับ บาดเจ็บ อันตราย ขณะ ให้บริการ	เจ้าหน้าที่ : - ผู้ปฏิบัติงานมีความ ระมัดระวังน้อยต่อผู้ป่วยที่มี พฤติกรรมไม่เหมาะสม - ไม่มีความละเอียดรอบคอบ ผู้ป่วย : - ผู้ป่วยมีอาการกำเริบหลัง การประเมินก่อนเข้ารับการ ฝึกกิจกรรม - ผู้ป่วยมีอาการแพ้	1. เตรียมเจ้าหน้าที่ - นิเทศผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับการระมัดระวังและการ ป้องกันการถูกทำร้าย และอันตรายระหว่างให้บริการ - ส่งเจ้าหน้าที่เข้ารับการฝึกอบรม พัฒนาทักษะการ ให้บริการอย่างปลอดภัย - ศึกษาประวัติ สังเกตพฤติกรรมอาการผู้ป่วยโดย ละเอียดจากเพิ่มประวัติและเจ้าหน้าที่ฝึก - ประเมินอาการให้ละเอียดด้านพฤติกรรมเสี่ยง - เพิ่มความระมัดระวังผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมไม่ เหมาะสม 2. เตรียมอุปกรณ์ / เครื่องมือ - จัดเตรียม/เก็บอุปกรณ์เครื่องมือที่เอื้อต่อการทำร้าย ร่างกาย ให้มีความเหมาะสมปลอดภัย 3. แนวทางการปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหา - กรณีผู้ป่วยมีอาการกำเริบ ทำร้ายเจ้าหน้าที่ให้แจ้ง เจ้าหน้าที่ฝึกให้ทราบทันที เพื่อให้มารับผู้ป่วย กลับฝึก - กรณีเจ้าหน้าที่ได้รับบาดเจ็บ ให้พบแพทย์ทันที - รายงานผู้เกี่ยวข้องตามลำดับ - ให้ขวัญและกำลังใจแก่ผู้ได้รับบาดเจ็บ	P

2. ความเสี่ยงในกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพแต่ละขั้นตอน

ขั้นตอน	รายการความเสี่ยง	กิจกรรม / มาตรการควบคุมความเสี่ยง	กลยุทธ์
2.1. ผู้ป่วยมารับฟื้นฟูฯ	- ได้รับข้อมูลผู้ป่วยไม่สมบูรณ์ครบถ้วน - สาเหตุ - การบันทึกข้อมูลผู้ป่วยไม่ละเอียด	- ติดต่อ/ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพเพื่อรวบรวมข้อมูลหาแนวทางแก้ไข	P
2.2. รับผู้ป่วยและเอกสารพร้อมตรวจสอบความถูกต้อง	- ผู้ป่วยไม่มารับบริการตามเอกสารที่ระบุไว้ - เอกสารไม่ถูกต้องตรงกัน - ให้บริการผิดคน - สาเหตุ - มีการเปลี่ยนแปลงการรักษา - ก่อนรับผู้ป่วย เช่น ผู้ป่วยเขียนบ้าน ผู้ป่วยมีอาการ ฯลฯ - เอกสารที่รับมาไม่ถูกต้องตรงกับรายชื่อผู้ป่วยที่ให้บริการ	- มีการทวนสอบ - ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ที่น่าสงเพื่อยืนยันข้อมูลผู้ป่วย	
2.3. ประเมินศักยภาพเพื่อพิจารณาวางแผนการฟื้นฟูและพิจารณาอาการทางจิต	- การประเมินไม่ตรงตามระดับความสามารถผู้ป่วย - ผู้ป่วยมีอาการกำเริบและไม่มีความพร้อมในการร่วมกิจกรรม - สาเหตุ - ประเมินไม่ตรงกับปัญหาที่แท้จริงของผู้ป่วย - ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง	- มีการทบทวนและวิเคราะห์อาการเพื่อพิจารณาวางแผนฟื้นฟูฯ และพิจารณาอาการทางจิต - ทบทวนวางแผนการปฏิบัติงาน - มีการประชุมปรึกษากับทีม	
2.4. วางแผนการฟื้นฟูฯ	- วางแผนให้กิจกรรมไม่เหมาะสมกับความสามารถ - สาเหตุ	- มีการวิเคราะห์และวางแผนการให้กิจกรรมให้เหมาะสมกับความสามารถ - มีการทบทวน ปรับเปลี่ยนการจัดกิจกรรมกลุ่มเพื่อ	

ขั้นตอน	รายการความเสี่ยง	กิจกรรม/ มาตรการควบคุมความเสี่ยง	กลยุทธ์
2.5. การให้กิจกรรมฟื้นฟูและประเมินศักยภาพระหว่างดำเนินการ	- ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง - เจ้าหน้าที่จัดกิจกรรมให้ไม่เหมาะสม - ผู้ป่วยมีอาการกำเริบ * - ผู้ป่วยได้รับบาดเจ็บจากอุปกรณ์ * - ผู้ป่วยหลบหนี * - มีการบันทึก ประเมินผลไม่ตรงตาม รายชื่อ พฤติกรรมอาการสาเหตุ * วิเคราะห์สาเหตุในข้อ 1.1-1.2 - ผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลง - บันทึก ประเมินผลไม่มีความละเอียดถี่ถ้วน	ความเหมาะสม - สื่อสารเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง - เฝ้าระวังความเสี่ยง ทั้งหมด และความเสี่ยงที่สำคัญเกิดขึ้นบ่อยครั้งมีมาตรการเพื่อเฝ้าระวัง อยู่ในบัญชีรายการความเสี่ยงที่สำคัญของหน่วยงาน ข้อ 1. ความเสี่ยงที่เฝ้าระวัง ส่วนในการเฝ้าระวังนอกเหนือจากนี้จะมีการทบทวนใน แบบบันทึก 12 กิจกรรม ทุกครั้งที่พบอุบัติการณ์ - มีการทบทวนการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ	
2.6. ประเมินศักยภาพก่อนสิ้นสุดบริการฟื้นฟู	- ประเมินศักยภาพไม่ตรงตามความสามารถของผู้ป่วย - การให้บริการไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์ - สาเหตุ - ประเมินไม่ตรงกับความสามารถที่แท้จริงของผู้ป่วย	- มีการประชุมทีมเพื่อทบทวนการปฏิบัติงานและวางแผนเพื่อความก้าวหน้าของผู้ป่วย	
2.7. พิจารณาผลการประเมินเพื่อสิ้นสุดบริการฟื้นฟู	- ผู้ป่วยจำหน่ายก่อนได้รับการพิจารณาสิ้นสุด - สาเหตุ - ขาดการสื่อสารที่ต่อเนื่อง	ประชุมทีม ประสานงาน เพื่อให้เกิดการสื่อสารเชื่อมโยงข้อมูลผู้ป่วยจะจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล	
2.8. สิ้นสุดการฟื้นฟู ลงบันทึกเอกสาร	- ไม่สามารถสรุปผลการรักษาได้เนื่องจากผู้ป่วยจำหน่ายก่อน	- ประชุมทีม ประสานงาน ประเมิน	

ขั้นตอน	รายการความเสี่ยง	กิจกรรม / มาตรการควบคุมความเสี่ยง	กลยุทธ์
๑. ติดตามประเมินผล	หลบหนี คาย - ไม่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลได้ สาเหตุ - ผู้ป่วยจำหน่ายก่อนการพิจารณาสิ้นสุดบริการ หรือ - ในกรณี ที่ผู้ป่วย หลบหนี คาย - ขาดการสื่อสารที่ต่อเนื่อง การติดตามผลไม่ต่อเนื่อง - ญาติไม่ให้ความร่วมมือ - ขาดการประสานงาน สาเหตุ - ผู้รับผิดชอบขาดการติดตามผลอย่างต่อเนื่อง - ญาติไม่เห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพ	- ประสานงานกับผู้เกี่ยวข้อง - เชื่อมโยงกับทีมสหวิชาชีพและทีมสุขภาพจิตเพื่อดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องในชุมชน	

3. ความเสี่ยงด้านอาคารสถานที่ / สิ่งแวดล้อม

รายการความเสี่ยง	สาเหตุ	กิจกรรม / มาตรการควบคุมความเสี่ยง	กลยุทธ์
1. การป้องกันและระงับอัคคีภัย	- เพื่อให้เกิดหลักประกันความสะอาดและความปลอดภัยด้านสิ่งแวดล้อมในการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพแก่ผู้ป่วย - เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีความรู้ความชำนาญในการช่วยเหลือและระงับเหตุอันควาย	1. เจ้าหน้าที่เป็นผู้นำได้รับการอบรมแนวทางป้องกันและระงับอัคคีภัย 100% จากทีมป้องกันและระงับอัคคีภัย ซึ่งจัดโดยฝ่ายบริหารทั่วไป 2. มีแผนปฏิบัติการป้องกันและระงับอัคคีภัยของโรงพยาบาล 3. มีถังดับเพลิงที่พร้อมใช้งานและได้ผ่านการตรวจสอบสภาพทุกๆ เดือน 4. จัดป้ายขั้นตอนการปฏิบัติเมื่อเกิดเพลิงไหม้ 5. จัดป้ายแสดงทางหนีไฟ 6. จัดฝึกอบรมการดับไฟให้ดำเนินการตามแผนที่ป้องกันและระงับอัคคีภัย	

รายการความเสี่ยง	สาเหตุ	กิจกรรม / มาตรการควบคุมความเสี่ยง	กลยุทธ์
2. ความสะอาดของน้ำดื่ม	- ป้องกันการติดเชื้อทางเดินอาหารเนื่องจากการใช้อุปกรณ์ร่วมกัน - น้ำดื่ม ไม่สะอาด สุกุ่น มีกลิ่นเหม็น	- จัดให้มีแก้วนํ้าดื่มที่สะอาดให้เพียงพอ ติดป้ายชี้บ่ง แก้วที่สะอาดและแก้วที่ใช้แล้วไม่ให้ปะปนกัน - จัดให้มีการเปลี่ยนสารกรองตามกำหนดทุกปีและล้างเครื่องกรองเป็นประจำ 1 ครั้ง/เดือน - จัดให้มีเครื่องทำน้ำเย็นสำหรับผู้ป่วยในขณะมาเข้ากลุ่มกิจกรรม	
3. กลืนน้ำเน่าเหม็นจากบ่อขังบำบัดน้ำเสีย	- สถานที่ให้บริการตั้งอยู่ใกล้บ่อบำบัดน้ำเสีย	- ประสานงาน แจ้งไปหน่วยงานที่รับผิดชอบ เรื่อง กลิ่นที่รบกวนการทำการกลุ่มกิจกรรมบำบัด	
4. อุปกรณ์ไฟฟ้าชำรุด	- มีอายุการใช้งานนาน อุปกรณ์เก่ามาก เช่น หลอดไฟ พัดลม ปลั๊ก เต้าเสียบ เป็นต้น - ในหน่วยงานไม่มีผู้ชำนาญเฉพาะ ไม่สามารถตรวจสอบได้ด้วยการสังเกต	- ประสานงานเพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบมาตรวจเช็ค ตรวจสอบ และซ่อมแซมกรณีชำรุด ใช้งานได้	
5. กระจกหน้าต่าง-ประตูแตก	- อายุการใช้งานนานและเก่า อุปกรณ์สำหรับยึดเกาะของกระจกหลวม - ขณะที่มีการตัดหญ้าบริเวณรอบอาคาร มีเศษหินกระเด็นถูกกระจกหน้าต่าง ทำให้มีรอยร้าวและแตก - กระจกประตูไม่มีสัญลักษณ์ติดให้มองเห็นเด่นชัด ทำให้ผู้รับบริการเดินชนได้รับบาดเจ็บ	- ติดสัญลักษณ์ที่ประตูให้มองเห็นเด่นชัด - ประสานงานเพื่อให้หน่วยงานที่รับผิดชอบมาตรวจเช็ค และซ่อมแซมกรณีชำรุด ใช้งานได้	

หมายเหตุ กลยุทธ์ในการควบคุมความเสี่ยง

1. A : Risk Avoidance (การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง) เช่น การปิดห้องผ่าตัด เนื่องจากไม่มีวิสัญญีแพทย์
2. T : Risk Transfer (การโอนถ่ายความเสี่ยง) เช่น การจ้างเหมาให้บริการดูแลบำรุงรักษาเครื่องมือที่ซับซ้อน, การส่งตรวจพิเศษบางรายการไปยังห้องปฏิบัติการภายนอก
3. P : Risk Prevention (การป้องกันความเสี่ยง) มีหลายรูปแบบเพื่อป้องกันไม่ให้เกิดความเสี่ยง เช่น การคัดกรองผู้ป่วยที่มีความเสี่ยงสูงสำหรับการผ่าตัดบางอย่าง, การทดสอบระบบสำรองเกี่ยวกับเครื่องมือต่างๆ, การมีระเบียบปฏิบัติในการทำงาน, การให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่เพื่อให้ทุกคนตระหนักและมีวิธีในการป้องกันความเสี่ยง
4. L : Loss Reduction (การลดความสูญเสียหลังจากเกิดเหตุการณ์) เช่น การแก้ไขข้อร้องเรียนที่เกิดขึ้นด้วยความรวดเร็ว เอาใจใส่ เพื่อลดความรุนแรงที่อาจจะนำไปสู่การฟ้องร้องได้

มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช (REH)

บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช หมายถึง การให้บริการด้านฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล เพื่อลดความบกพร่องในการดูแลตนเอง ลดความด้อยสมรรถภาพและความพิการที่หลงเหลือจากการเจ็บป่วยทางจิต ทำให้ผู้ป่วยจิตเวชมีสุขภาพดี และสามารถกลับสู่สภาพปกติหรือใกล้เคียงปกติได้มากที่สุดตามศักยภาพของผู้ป่วย ซึ่งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้ โดยพิจารณาทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ภายใต้การทำงานเป็นทีมของบุคลากรแบบสหวิชาชีพและการติดต่อประสานความร่วมมือกับครอบครัว ชุมชน และองค์กรที่เกี่ยวข้อง

มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชนี้ กำหนดหลักการสำคัญของการจัดบริการครอบคลุมในเรื่องทิศทางการทำงานที่ชัดเจน ทรัพยากรที่เหมาะสม ระบบงานหรือกระบวนการทำงานที่เหมาะสม ระบบติดตามประเมินคุณภาพ ซึ่งจะเป็นตัวสะท้อนผลการดำเนินงานและนำไปสู่กิจกรรมพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง

มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ประกอบด้วยมาตรฐานหลัก 9 ข้อ (มาตรฐานย่อย 49 ข้อ) รวมทั้งมีส่วนขยายความเพิ่มเติม ซึ่งอาจเป็นสิ่งที่ควรมีหรือตัวอย่าง เพื่อความชัดเจนในการปฏิบัติ

- | | |
|--------------|--|
| REH.1 | <p>พันธกิจ เป้าหมายและวัตถุประสงค์</p> <p>มีการกำหนดพันธกิจ ปรัชญา ขอบเขต เป้าหมายและวัตถุประสงค์ของการจัดบริการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นลายลักษณ์อักษรอย่างชัดเจน</p> |
| REH.2 | <p>การจัดองค์กรและการบริหาร</p> <p>มีการจัดองค์กรและการบริหารซึ่งเอื้ออำนวยต่อการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ได้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ</p> |
| REH.3 | <p>การจัดการทรัพยากรบุคคล</p> <p>มีการจัดการทรัพยากรบุคคลเพื่อให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้ตามพันธกิจที่กำหนดไว้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ</p> |
| REH.4 | <p>การพัฒนาทรัพยากรบุคคล</p> <p>มีการเตรียมความพร้อม การเพิ่มพูนความรู้และทักษะ เพื่อให้บุคลากรสามารถปฏิบัติหน้าที่ได้ อย่างมีคุณภาพและประสิทธิภาพ</p> |

- REH.5 นโยบายและวิธีปฏิบัติ**
 มีนโยบายและวิธีปฏิบัติเป็นลายลักษณ์อักษร ซึ่งสะท้อนความรู้และหลักการ
 ของวิชาชีพที่ทันสมัย สอดคล้องกับลักษณะงานของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 รวมถึงกฎระเบียบที่เกี่ยวข้อง และบุคลากรได้นำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ
- REH.6 สิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่**
 มีสิ่งแวดล้อม อาคารสถานที่ เอื้ออำนวยต่อการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่าง
 สะดวก ปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- REH.7 เครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวก**
 มีเครื่องมือ อุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกที่ได้มาตรฐานเพื่อให้
 บริการฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างปลอดภัย มีคุณภาพและประสิทธิภาพ
- REH.8 ระบบงาน/กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช**
 มีระบบงาน / กระบวนการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ที่มีประสิทธิภาพ
 ตามมาตรฐานวิชาชีพและตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวแต่
 ละราย
- REH.9 กิจกรรมพัฒนาคุณภาพ**
 มีกิจกรรมติดตามประเมินและพัฒนาคุณภาพของบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ
 โดยการทำงานเป็นทีม และมีการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

- กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.มาตรฐานบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. เอกสารประกอบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์.ฉบับแก้ไขครั้งที่ 00 . ประกาศใช้ วันที่ 23 เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2545 .
- กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. การบริหารความเสี่ยงกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ.เอกสารประกอบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพของกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์ . ฉบับปรับปรุง เดือนธันวาคม 2548 .
- กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. ระเบียบปฏิบัติ เรื่อง การฟื้นฟูสมรรถภาพ. เอกสารระบบคุณภาพกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ. ฉบับแก้ไขครั้งที่ 04 . ประกาศใช้ วันที่ 1 เดือนมีนาคม พ.ศ. 2548 .
- กลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์. องค์ความรู้จากการพัฒนารูปแบบการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพและสังคมแก่ผู้ป่วยจิตเวช. ขอนแก่น : โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์; 2547.
- กิตติพร ปัญญาใหญ่.คู่มือกลุ่มจิตบำบัด. ฝ่ายจิตวิทยา โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข;2538.
- เทียม ศรีคำจักษ์. แบบจำลองกิจกรรมที่มีจุดมุ่งหมายของมนุษย์และเครื่องมือประกอบการรวบรวมข้อมูล .เอกสารประกอบการอบรม เรื่องเทคนิคการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม โรงพยาบาลศรีธัญญา ระหว่างวันที่ 17 – 19 สิงหาคม 2544.
- เทียม ศรีคำจักษ์ และ พรเพ็ญ สิริสัตยะวงศ์ .การประเมินความสามารถ.คู่มือฝึกงานในกิจกรรมบำบัดในผู้ป่วยจิตเวช. พิมพ์ครั้งที่ 1 .เชียงใหม่ : ส.ทวิทย์การพิมพ์.2544.
- รวินันท์ ทองขาว.ความคิดเห็นของบุคลากรกรมสุขภาพจิตต่อกิจกรรมการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารจิต. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;2545.
- โรงพยาบาลศรีธัญญา. ที่ระลึกครบรอบ 63 ปี โรงพยาบาลศรีธัญญา.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สุวิมลลาดพร้าว; 2547.
- สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. สรุปผลการดำเนินงาน โครงการสัมมนา เพื่อหาแนวทางในการจัดกิจกรรมฝึกอาชีพสำหรับผู้ป่วยจิตเวช ปีงบประมาณ 2547. กรุงเทพฯ: สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา; 2547.

สุชาดา ศาครเสถียร. Psychosocial Rehabilitation : A Consensus Statement by Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse , World Health Organization , Geneva. (การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตสังคม ข้อความการตกลงร่วมกัน) . นนทบุรี : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2547.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต.คู่มือกิจกรรมกลุ่มบำบัดสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2541.

สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. คู่มือวิเคราะห์กิจกรรมในงานฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวช. นนทบุรี : สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข,2538.

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล. ระบบบริหารความเสี่ยงในโรงพยาบาล.พิมพ์ครั้งที่ 5 .นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(พรพ) , 2543.

บุคลากรกลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์

นายทวี	ตั้งเสรี	ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์	
นายวรสรรพ	ปรัชญคุปต์	นายแพทย์ 6	หัวหน้ากลุ่มงานฟื้นฟูสมรรถภาพ
นางพิมพ์กุล	กำฉาย	เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด 6	หัวหน้างานอาชีวบำบัด
นายสมศักดิ์	แสนสุริวงษ์	เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด 5	หัวหน้างานเกษตรกรรมบำบัด
นางสาวอำพร	โปสจา	นักอาชีวบำบัด 6	
นางอมรรัตน์	พูลทอง	เจ้าหน้าที่อาชีวบำบัด 5	
นางสมถวิล	ภูหนองโอง	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ปจ.)	
นางเพ็ญศรี	แถวสระคู	ผู้ช่วยเหลือคนไข้ (ปจ.)	
นางศิวพร	คู่่นป่า	ผู้ช่วยเหลือคนไข้(ปจ.)	
นางลำยอง	ผลประเสริฐ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้(บร.)	
นางบุญมี	โพธิ์หล้า	ผู้ช่วยเหลือคนไข้(บร.)	
นายวิรัตน์	คำราช	พนักงานขับรถแทรกเตอร์(บร.)	
นายวิเชษฐ	แก้วคำ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้(บร.)	
นายอภิสิทธิ์	เหล่าสุวรรณ	ผู้ช่วยเหลือคนไข้(บร.)	
นางสาวนีย์	แสนวัง	ผู้ช่วยเหลือคนไข้(บร.)	