

รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการ ดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

อรพรรณ สุนทวง
ชูศรี โพธิ์สูง
ดวงจันทร์ ขำขันมะลี
โรงพยาบาลร้อยเอ็ด

บทคัดย่อ

ปัญหาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พบบ่อยคือ ผู้ป่วยขาดความคิดริเริ่มในการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น มีความรู้สึกไร้ค่าไม่มีความสามารถที่จะเลี้ยงดูตนเอง บางรายเกิดความเสื่อมถอย ญาติต้องกระตุ้นให้ทำกิจวัตรประจำวัน และไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้ ผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการในเขตพื้นที่อำเภอเมืองร้อยเอ็ด ในพ.ศ. 2550 - 2551 มีผู้ร่วมการวิจัย จำนวน 70 คน การวิจัยระยะที่ 1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยใช้วิจัยเชิงคุณภาพ มีผู้ร่วมวิจัยจำนวน 21 คน นำข้อค้นพบระยะที่ 1 มาเป็นพื้นฐานการวิจัยระยะที่ 2 ร่วมกำหนดรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง จำนวน 33 คน และในระยะที่ 3 ใช้วิธีการทดลองดำเนินการตามรูปแบบที่กำหนด การวิจัยทั้ง 3 ระยะเก็บข้อมูลโดยใช้แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม และแบบประเมินระดับความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ทดสอบความเชื่อมั่น โดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค มีค่าเท่ากับ 0.75 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

การวิจัยพบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้นำชุมชน ต้องการความเข้าใจและความช่วยเหลือจากคนรอบข้าง โดยเฉพาะต้องการบุคลากรเฉพาะด้านทางจิตเวช มาช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตในชุมชนได้เหมือนคนทั่วไป ส่วนรูปแบบการพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วยกิจกรรมค่ายครอบครัว 2 วัน 1 คืน กิจกรรมพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน และกิจกรรมพัฒนาทักษะทางอาชีพ ดำเนินกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 วันรวม ระยะเวลา 4 เดือน และผลลัพธ์การพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชนหลังดำเนินการ 1 เดือนและ 2 เดือน สูงกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ: ความสามารถดำเนินชีวิตในชุมชน, ผู้ป่วยจิตเภท

บทนำ

โรคจิตเภท เป็นการเจ็บป่วยทางจิตที่เรื้อรัง มักพบความผิดปกติของความคิด อารมณ์ การรับรู้ และ

พฤติกรรม เป็นลักษณะสำคัญ โดยผู้ป่วยมีความรู้สึกตัว และไม่มีโรคทางกาย แต่การหยั่งรู้เสียไป ผู้ป่วยจิตเภท โดยมากเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด ส่วนใหญ่มีอาการ

กำเริบเป็นช่วง ๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้าง ผลของการดำเนินโรคดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย เกิดข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถที่จะดำเนินชีวิตในชุมชน และไม่สามารถทำหน้าที่ทางสังคมได้ดีเช่นเดิม ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่จะมีความสามารถทางสังคมลดลง⁽¹⁾ และมีความบกพร่องในการดำเนินชีวิตประจำวัน⁽²⁾ มากกว่าผู้ป่วยจิตเวชในกลุ่มอื่น ซึ่งเป็นภาวะในการดูแลผู้ป่วยระยะยาว จำเป็นต้องมีการฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและสังคมได้เหมือนปกติ⁽³⁾

จากการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่เข้ามาใช้บริการในคลินิกจิตเวชของโรงพยาบาลร้อยเอ็ดที่ผ่านมา ปัญหาที่พบบ่อยคือ การกลับเป็นซ้ำ เมื่อผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในชุมชน และเมื่อได้วิเคราะห์สาเหตุปัญหาการกลับเป็นซ้ำ พบว่า ส่วนหนึ่งเกิดจากผู้ป่วยไม่กินยาต่อเนื่อง และอีกส่วนหนึ่งพบว่าแม้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่องผู้ป่วยยังไม่สามารถสร้างสัมพันธภาพต่อผู้อื่นในครอบครัว และในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ไม่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงดูตนเองได้ รวมทั้งในชุมชนยังไม่มีองค์กรหรือหน่วยงานใดให้การช่วยเหลือสภาพปัญหาดังกล่าว ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังมีปัญหาการกลับเป็นซ้ำ จึงทำให้ผู้ป่วยเกิดความเสื่อมถอยด้านการทำหน้าที่ทางสังคมทักษะที่จำเป็นในการดำเนินชีวิตบกพร่องไป และมีอาการทางจิตกำเริบซ้ำ ดังนั้นจึงไม่สามารถอยู่ในชุมชนได้ต้องกลับเข้ามารับการรักษานในโรงพยาบาล ทำให้เกิดปัญหาแก่สถานบริการต้องรับภาระในการดูแลผู้ป่วยเป็นจำนวนมาก

การดูแลให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้จึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จะช่วยพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กลับคืนสู่ภาวะปกติหรือใกล้เคียงปกติจนสามารถใช้ชีวิตได้ด้วยตนเองเหมือนคนทั่ว ๆ ไปในสังคมได้ รูปแบบการพัฒนาความสามารถ ในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ควรสอดคล้องกับบริบท และปัญหาความต้องการของตน ทำให้ผู้วิจัย

สนใจที่จะศึกษาและพัฒนา รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อส่งเสริมการดำเนินชีวิตในชุมชน และลดการกลับเป็นซ้ำของอาการทางจิต

วิธีการศึกษา

ใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (participatory action research) ใช้วิธีการและขั้นตอนในการดำเนินการมี 6 ขั้นตอน ซึ่งยึดตามแนวทางของ Street (1997)⁽⁴⁾ มีดังนี้

1. การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา
2. การวางแผนปฏิบัติการ
3. การลงมือปฏิบัติการตามแนวทางที่ร่วมกันกำหนดขึ้น
4. การประเมินผลการดำเนินการ
5. ประชุมผู้เกี่ยวข้องเพื่อสะท้อนการปฏิบัติ
6. ทดลองปฏิบัติใหม่

วิธีดำเนินการศึกษา

ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการซึ่งมี 3 ระยะ และแต่ละระยะมีวัตถุประสงค์เฉพาะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

ระยะที่ 2 ดำเนินการร่วมกำหนดรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ร่วมกับทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอกโรงพยาบาล

ระยะที่ 3 ทดลองดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่กำหนด และประเมินผล

การวิจัยระยะที่ 1

ใช้วิธีวิจัยเชิงคุณภาพดังนี้

1. สถานที่ศึกษา

ผู้วิจัยเลือกเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ด เป็นสถาน

ที่ศึกษาเนื่องจากเป็นพื้นที่รับผิดชอบให้บริการโดยตรงของโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 15 ตำบล มีสถานีอนามัย จำนวน 18 แห่ง

2. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้ป่วยจิตเภทที่มีอาการทางจิตสงบ มีการพูดคุยและสื่อสารบอกความต้องการของตัวเองได้ ผู้ดูแลในครอบครัวซึ่งเป็นบุคคลในครอบครัวที่ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และผู้นำชุมชน/ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ ไม่ได้กำหนดจำนวนไว้ล่วงหน้า แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ด้วยกระบวนการสัมภาษณ์เชิงลึก จนได้ข้อมูลอิ่มตัว ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักที่ทำให้ข้อมูลอิ่มตัวทั้งหมด 21 คน

3. วิธีการเก็บข้อมูล

ในระหว่างเดือนเมษายน - มิถุนายน 2550 ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง โดยดำเนินการลงพื้นที่ในชุมชนเยี่ยมบ้านครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหลัก และดำเนินการสัมภาษณ์เชิงลึก เป็นการตั้งคำถามเพื่อแสวงหาคำตอบที่ช่วยสะท้อนความคิด ความรู้สึกที่มีอยู่ในใจของทุกคนที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหาการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และความต้องการในการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน เพื่อให้ได้ข้อมูลความเป็นจริง และความคิดเห็นอย่างลึกซึ้ง

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์การดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

5. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

ความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย ได้จากใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นภาพรวม และนำไปตรวจสอบอีก

ครั้งกับผู้ให้ข้อมูลหลักบางส่วน เพื่อทดสอบความถูกต้องของข้อสรุป นอกจากนั้นผู้วิจัยได้ประมวลผลข้อมูลสะท้อนความคิดต่าง ๆ จากการศึกษาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการวิจัยอีกครั้ง

การวิจัยระยะที่ 2

ใช้วิธีเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. ผู้ให้ข้อมูลหลัก

ผู้วิจัยเลือกผู้ให้ข้อมูลหลัก โดยวิธีการเลือกแบบเจาะจง ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ เจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัย และ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักสังคมสงเคราะห์ และนักกิจกรรมบำบัด ไม่ได้กำหนดจำนวนไว้ล่วงหน้า แต่เมื่อสิ้นสุดการศึกษา ด้วยกระบวนการสนทนากลุ่ม จนได้ข้อมูลอิ่มตัว การศึกษาครั้งนี้มีผู้ให้ข้อมูลหลักที่ทำให้ข้อมูลอิ่มตัวทั้งหมด 33 คน

2. วิธีการเก็บข้อมูล

ในระหว่างเดือนกรกฎาคม - กันยายน 2550 ผู้วิจัยใช้วิธีเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม ในทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด และการสนทนากลุ่ม ในแกนนำองค์กรที่เกี่ยวข้องในชุมชน โดยจัดประชุมทีม PCT จิตเวช ได้แก่ จิตแพทย์ พยาบาลวิชาชีพ และนักสังคมสงเคราะห์ ร่วมสนทนากลุ่มระดมสมองเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ตามแนวคำถามปลายเปิดที่กำหนดไว้ และจัดประชุมเชิงปฏิบัติการผู้นำชุมชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ประธานชุมชน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ผู้ป่วยอาศัยอยู่ และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานสุขภาพจิตที่ปฏิบัติงานในสถานีอนามัยร่วมสนทนากลุ่มระดมสมองเกี่ยวกับรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย

จิตเภทในชุมชน ตามแนวคำถามปลายเปิด

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

4. ความเชื่อถือได้ของงานวิจัย

ความน่าเชื่อถือได้ของงานวิจัย ได้จากใช้วิธีการตรวจสอบข้อมูลโดยการสรุปข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มเป็นภาพรวม และนำไปตรวจสอบอีกครั้งกับผู้ให้ข้อมูลหลักบางส่วน เพื่อทดสอบความถูกต้องของข้อสรุป นอกจากนี้ผู้วิจัยได้ประมวลผลข้อมูลสะท้อนคิดต่าง ๆ จากการศึกษาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาช่วยตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการวิจัยอีกครั้ง

การวิจัยระยะที่ 3

ในระหว่างเดือนมกราคม - เมษายน 2551 เป็นการนำไปสู่ขั้นตอนการปฏิบัติ เพื่อที่จะทดสอบรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ร่วมกันกำหนดขึ้น

1. กลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ป่วยจิตเภท หมายถึง บุคคลที่มีความผิดปกติ ด้านความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรม โดยได้รับการวินิจฉัยจากจิตแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทตามเกณฑ์การวินิจฉัย ICD 10 และอยู่ในเขตอำเภอเมืองร้อยเอ็ดมารับบริการที่คลินิกจิตเวช โรงพยาบาลร้อยเอ็ด จำนวน 16 คนที่ได้จากการกำหนดเกณฑ์การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมการศึกษาดังนี้

1) มีระดับสมรรถนะทางจิตเวชอยู่ในระดับที่ 3 ตามแนวทางการประเมินระดับสมรรถนะทางจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา⁽⁵⁾ หมายถึงผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง

2) เป็นผู้ป่วยที่มีคะแนนระดับความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชน ระดับ 1-2 จากการประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลศรีธัญญา⁽⁶⁾

3) เป็นผู้ป่วยที่สามารถพูดคุยหรือสื่อสารได้รู้เรื่อง

2. แบบประเมิน

เป็นแบบประเมินระดับความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท โดยได้นำแบบประเมินการฟื้นฟูสมรรถภาพของโรงพยาบาลศรีธัญญา⁽⁶⁾ มาใช้ในการประเมินระดับความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท ประกอบด้วย การประเมินใน 3 ด้าน ได้แก่ แบบประเมินทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน 12 พฤติกรรม แบบประเมินทักษะทางสังคม 12 พฤติกรรม และแบบประเมินทักษะการทำงาน 4 พฤติกรรม รวมทั้งสิ้น 28 พฤติกรรม

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 หมายถึง แยกตัวออกจากสังคมไม่ยุ่งเกี่ยวกับใคร

ระดับที่ 2 หมายถึง สามารถดูแลตนเองได้บ้าง แต่ขาดความสนใจต้องมีผู้คอยกระตุ้นและให้คำแนะนำ

ระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ และอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้

ระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้ อยู่ร่วมกับผู้อื่นได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้

นำแบบประเมินไปทดลองใช้กับกลุ่มเป้าหมายที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 10 ราย และนำมาคำนวณหาความเชื่อมั่น โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) โดยใช้โปรแกรมวิเคราะห์ทางสถิติ Stata Version 7.2 พบว่า ได้ค่า Cronbach's alpha reliability 0.75 ซึ่งถือว่ายอมรับได้

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

ประเมินระดับความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ผลการศึกษา

1. ข้อค้นพบจากการวิจัยเชิงคุณภาพโดยสังเขปเกี่ยวกับสถานการณ์การดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

1.1 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจิตเภท พบว่า

ผู้ป่วยจิตเภทขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องโรคและการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน เมื่อกลับไปอยู่บ้าน ไม่มีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และคิดว่าคนรอบข้างไม่เข้าใจ ไม่ยอมรับ บางคนรู้สึกกลัวผู้ป่วย นอกจากนั้นยังไม่รู้จะทำอะไรเมื่ออยู่บ้าน ส่วนความต้องการของผู้ป่วย คือ ต้องการความเข้าใจจากครอบครัว และชุมชน และใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป

1.2 การสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ดูแลในครอบครัว

พบว่า ผู้ดูแลในครอบครัว ขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องวิธีการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนให้กับผู้ป่วย ในด้านการดูแลนั้นรู้สึกเป็นภาระในการดูแล ท้อแท้และเบื่อหน่ายในการดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นไม่มีกิจกรรมให้ผู้ป่วยทำ เมื่ออยู่บ้านครอบครัวต้องการให้ผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ให้ชุมชนช่วยเหลือด้านการเงิน และให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไป

1.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้นำชุมชน

พบว่า ผู้นำชุมชนขาดความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการช่วยพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนให้กับผู้ป่วย แต่รู้สึกสงสารผู้ป่วยและครอบครัว ในชุมชนไม่มีรูปแบบกิจกรรมการพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตชุมชนต้องการให้มีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้เฉพาะด้านช่วยเหลือให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนปกติทั่วไป และต้องการให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ป่วยจิตเวชช่วยเหลือกันในชุมชน

2. รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ที่ร่วมกันกำหนดขึ้น โดยมีรูปแบบดังนี้

2.1 กิจกรรมค่ายครอบครัว 2 วัน 1 คืน เป็นการฝึกทักษะการสื่อสารในครอบครัวระหว่างผู้ป่วยและผู้ดูแลในครอบครัว และฝึกการดำรงชีวิตร่วมกันในครอบครัว

2.2 กิจกรรมการพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน จำนวน 8 ครั้ง ใช้สถานที่ในชุมชน เป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีทักษะการ

ดำรงชีวิตประจำวัน เพื่อเป็นการฝึกให้ผู้ป่วยมีความสามารถและเรียนรู้ที่จะรับผิดชอบ พึ่งพาตนเองได้ในการใช้ชีวิตปกติทั่วไป ประกอบด้วยกิจกรรมต่าง ๆ คือ 1) การสร้างสัมพันธภาพ 2) ทักษะชีวิต 3) ฝึกทักษะการเดินทางโดยรถประจำทาง 4) การจัดการกับอารมณ์และความเครียด 5) การกินยาด้วยตนเอง 6) การฝึกสนทนาขั้นพื้นฐาน 7) ฝึกทักษะการตัดสินใจ และ 8) การฝึกทักษะการเข้าร่วมกิจกรรมในสังคม

2.3 กิจกรรมพัฒนาทักษะทางอาชีพ สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ๆ ละ 1 วัน จำนวน 8 ครั้ง เป็นการให้ผู้ป่วยฝึกงานอาชีพตามความถนัดหรือความสนใจของผู้ป่วย กิจกรรมในระยะแรกเป็นการฝึกอาชีพตามความต้องการของตลาด โดยศูนย์การศึกษาออกโรงเรียนเป็นผู้ฝึก และพยาบาลเป็นผู้นำกลุ่ม ดำเนินกลุ่ม 4 ครั้ง จากนั้น เป็นการฝึกงานอาชีพตามความถนัดหรือตามประสบการณ์เดิมของผู้ป่วย 4 ครั้ง

ดำเนินกิจกรรมทั้งหมดโดยใช้ ระยะเวลารวม 4 เดือน ในการดำเนินกิจกรรมแต่ละครั้ง โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว หน่วยงาน และแกนนำที่เกี่ยวข้องในชุมชน ดังนี้

บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบล

ก. สนับสนุนการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพ 500 บาท/เดือน ในผู้ป่วยทุกรายที่ร่วมกิจกรรมพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชน

ข. สนับสนุนจัดให้มีนักพัฒนาชุมชนร่วมดำเนินกิจกรรมพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชน และติดตามประเมินผลผู้ป่วยในชุมชนหลังร่วมกิจกรรม

ค. สนับสนุนงบประมาณร่วมดำเนินการ โดยตั้งงบประมาณสนับสนุนล่วงหน้าเป็นรายปี เช่น ค่าพาหนะผู้ป่วยและครอบครัว

บทบาทของสถานีนามัย

ก. ประสานผู้ป่วยและครอบครัว เพื่อเข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชนตามวันและเวลาที่กำหนด

ข. เข้าร่วมกิจกรรมพัฒนาความสามารถ ดำเนินชีวิตในชุมชนอย่างน้อย 3 ครั้ง คือ ระยะแรกของกิจกรรม ระยะกลางของกิจกรรม และระยะสุดท้ายของกิจกรรม

ค. การติดตามเยี่ยมบ้านร่วมกับแกนนำในชุมชนเพื่อประเมินความก้าวหน้า และให้ความช่วยเหลือปัญหาเมื่ออยู่บ้าน

ง. ประสานแกนนำในชุมชน/อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน

บทบาทของผู้นำชุมชน

ก. ติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยในพื้นที่

ข. สร้างการยอมรับผู้ป่วยในชุมชน โดยให้โอกาสผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ลดความรุนแรงต่อผู้ป่วยทั้งด้านคำพูด และการกระทำต่อผู้ป่วย

ค. ลดปัจจัยเสี่ยงในการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต โดยขอความร่วมมือคนในชุมชน ไม่ชักชวนผู้ป่วยใช้สิ่งเสพติด และ ลดแรงกดดันทางสังคม

ง. ให้กำลังใจผู้ป่วยและครอบครัวในการรักษา ทั้งด้านความเชื่อ และการรักษาแบบแผนปัจจุบัน

จ. ให้คำแนะนำครอบครัวไม่ทอดทิ้งให้ผู้ป่วยอยู่คนเดียวตามลำพัง ดูแลให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง

3. ผลการประเมินการพัฒนาความสามารถใน

การดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย

มีผู้ป่วยจิตเภทเข้าร่วมกิจกรรม พัฒนาความสามารถดำเนินชีวิต จำนวนทั้งหมด 16 คน เป็นผู้ชายมากกว่าผู้หญิง อายุเฉลี่ยระหว่าง 34.81 ปี ส่วนมากมีการศึกษาระดับประถมศึกษา และอาชีพเกษตรกร

3.2 ผลการประเมิน

ผลของการประเมิน ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน พบว่า ก่อนดำเนินการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนอยู่ในระดับที่ 1 และระดับที่ 2 จำนวนเท่า ๆ กัน ร้อยละ 50 หลังดำเนินงาน 1 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนอยู่ในระดับที่ 3 ร้อยละ 56.25 และหลังติดตามผล 2 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทส่วนใหญ่มีระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนอยู่ในระดับที่ 4 ร้อยละ 56.25 ดังตารางที่ 1

3.3 การประเมินอัตราการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต

ผลการประเมินอัตราการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต หลังดำเนินการ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภททั้ง 16 คน หลังดำเนินการ มีการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 จาก

ตารางที่ 1 ระดับความสามารถการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อน และหลัง

ระดับความสามารถ การดำเนินชีวิตในชุมชน	ก่อน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง 1 เดือน จำนวน (ร้อยละ)	หลัง 2 เดือน จำนวน (ร้อยละ)
ระดับ 1	8 (50.00)	-	-
ระดับ 2	8 (50.00)	1 (6.25)	2 (12.50)
ระดับ 3	-	9 (56.25)	5 (31.25)
ระดับ 4	-	6 (37.50)	9 (56.25)

สาเหตุการไม่กินยาต่อเนื่อง

วิจารณ์

จากข้อค้นพบในการวิจัยระยะที่ 1 และ 2 และผลการประเมินระยะที่ 3 มีประเด็นวิจารณ์ที่สำคัญ 3 ประเด็น ดังนี้

1. สถานการณ์การดำเนินชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภท

พบว่า ผู้ป่วยจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัว และผู้นำชุมชน ต้องการความเข้าใจจากครอบครัว ต้องการบุคลากรเฉพาะทางด้านจิตเวช เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทใช้ชีวิตในชุมชนได้เหมือนคนทั่วไป ผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของทิวาพร พูเพื่อง⁽⁷⁾ ที่ศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช พบว่า ผู้ป่วยจิตเวชร้อยละ 36 ต้องการการยอมรับและเอาใจใส่จากสังคม และร้อยละ 26.30 ต้องการการสนับสนุนและเอาใจใส่จากครอบครัว เช่นเดียวกับการศึกษาของ Keltner⁽⁸⁾ พบว่า ผู้ที่เป็นโรคจิตเภทขาดทักษะการเข้าสังคมและการติดต่อสัมพันธ์กับบุคคลอื่น จึงต้องการความช่วยเหลือจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะบุคคลในครอบครัว

2. รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

รูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนจากผลการศึกษาพบว่า ประกอบด้วย กิจกรรมค่ายครอบครัว 2 วัน 1 คืน กิจกรรมพัฒนาทักษะการดำเนินชีวิตในชุมชน และกิจกรรมพัฒนาทักษะทางอาชีพ ซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับการศึกษาถึงรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชนของหลายท่าน ที่พบว่า กิจกรรมการพัฒนาความสามารถการดำเนินชีวิตในชุมชน ที่ช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทสามารถดำรงชีวิตอยู่ในชุมชนได้ ควรประกอบไปด้วยกิจกรรมการมีส่วนร่วมของครอบครัว การพัฒนาทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและการพัฒนาด้านอาชีพ⁽⁹⁻¹²⁾

3. ผลการประเมินการดำเนินการตามรูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน

พบว่า ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนเพิ่มมากขึ้นจากก่อนดำเนินการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ารูปแบบการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพสามารถมีผลทำให้เพิ่มระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน จากผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาถึงผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพการดำเนินชีวิตในชุมชนช่วยให้ผู้ป่วยจิตเภทมีทักษะในการดำรงชีวิตเพิ่มขึ้น^(1,12-13) ส่วนผู้ป่วยจำนวน 1 คน ที่ระดับความสามารถในการดำเนินชีวิตลดลงหลังร่วมกิจกรรม เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาปฏิเสธการเจ็บป่วยไม่ยอมกินยาต่อเนื่องทำให้อาการทางจิตกำเริบ และส่งผลต่อความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน ดังนั้นผู้ป่วยในรายนี้ต้องได้รับการบำบัดเพื่อปรับเปลี่ยนความคิดต่อภาวะการเจ็บป่วยและเกิดพฤติกรรมความร่วมมือในการกินยา ก่อนเข้าร่วมพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตในชุมชน และผลการประเมินอัตราการกำเริบซ้ำของอาการทางจิต หลังดำเนินการ 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยจิตเภทมีการกำเริบซ้ำของอาการทางจิตจำนวน 1 คน ร้อยละ 6.25 จากสาเหตุการไม่รับกินยาต่อเนื่อง ซึ่งพบว่า พฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้กลับเป็นซ้ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Boettcher & Anderson⁽¹⁴⁾ พบว่าพฤติกรรมการใช้ยาของผู้ป่วยจิตเภท เป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่การกลับเป็นซ้ำร้อยละ 80 ซึ่งการขาดยาเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดการกลับเป็นซ้ำถึงร้อยละ 63.33 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการกลับเป็นซ้ำของโรคจิตเภทสัมพันธ์กันกับผู้ป่วยจิตเภทหลายด้าน ได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว เช่นไม่มีผู้ดูแลให้กินยา ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมเช่นจากความเครียดต่าง ๆ ที่เข้ามาส่งผลต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน และปัจจัยที่พบมากที่สุด คือ ปัจจัยด้านตัวผู้ป่วยเอง คือ การปฏิบัติตัวเพื่อให้เกิดความร่วมมือใน

การรักษาที่สำคัญ คือ การกินยาต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

สิ่งสำคัญที่จะให้การดำเนินงานบรรลุวัตถุประสงค์ ผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. ผู้บริหารควรกำหนดนโยบายการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนให้เป็นงานประจำในการให้บริการในงานผู้ป่วยนอกจิตเวชของโรงพยาบาลทั่วไปมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

2. โรงพยาบาลควรจัดสถานที่ในการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่เป็นจุดกึ่งกลางต่อการเดินทางของผู้ป่วยทุกคน และสถานที่เป็นสัดส่วน โปร่งโล่งบรรยากาศผ่อนคลาย

3. หน่วยงานที่จะนำไปปฏิบัติ ควรส่งเสริมให้ญาติและแกนนำในชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม เพื่อให้สามารถช่วยพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนต่อเนื่องเมื่ออยู่บ้าน

4. นโยบายของผู้บริหารของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ไม่ว่าจะเป็นโรงพยาบาล สถานีอนามัย และองค์กรบริหารส่วนตำบล ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องควรเห็นความสำคัญของการพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน และควรมีนโยบายสนับสนุนบุคลากร งบประมาณ และวัสดุดำเนินการ ให้มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการเพิ่มพูนทักษะให้กับบุคลากรผู้เกี่ยวข้อง ซึ่งจะช่วยให้การพัฒนาความสามารถในการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนการวิจัยจากงบประมาณเงินบำรุงโรงพยาบาลร้อยเอ็ด คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรบริหารส่วนตำบลของอำเภอเมืองร้อยเอ็ดทุกตำบล ที่สนับสนุนงบประมาณในการอำนวยความสะดวกให้ผู้ป่วยเข้าร่วม

กิจกรรมและการสนับสนุนยานพาหนะนำส่งผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรม และขอบคุณญาติผู้ป่วย ผู้ป่วย และแกนนำในชุมชนทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Dobson DJG, McDougall G, Busleikin J, Aldous J. Effect of social skill training and social milieu treatment on symptoms of schizophrenia. Hospital and Community Psychiatry 1995; 46(4):376-83.
2. Liberman RP. Handbook of psychiatric rehabilitation. Boston: Allyn and Bacon; 1992.
3. ศรีสะอาด จุฑากฤษณา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคจิตเภทให้มีทักษะในการดำเนินชีวิต. ขอนแก่น: โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น กรมสุขภาพจิต; 2542.
4. Street A. The participatory action research process for clinical nurse. Bundoora, Vic. 3080, Australia: Unpublished manuscript; 1997.
5. วรณภา พลอยเกลื่อน. ทักษะของพยาบาลจิตเวชในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภท โรงพยาบาลศรีธัญญา (วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการศึกษา ผู้ใหญ่). ภาควิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. บัณฑิตวิทยาลัย. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2540.
6. โรงพยาบาลศรีธัญญา. คู่มือประกอบการทำแบบประเมินผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2547.
7. ทิวพร พู่เฟื่อง. การศึกษาผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวชที่รักษาด้วยยาต้านอาการทางจิตในโรงพยาบาลสังกัดกรมสุขภาพจิต. นนทบุรี: ศูนย์สุขภาพจิตและจิตเวชชุมชน โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
8. Keltner NL. Schizophrenia and other Psychoses. In : Keltner NL, Schwecke LH, Bustrom CE, editors. Psychiatric nursing. 8th ed. St. Louis: Mosby Year Book 1995. p. 251-9.
9. ชนิกรรดา ไทยสังคม. ศักยภาพของชุมชนในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช : กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนนทบุรี. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542.
10. ชโลม สรรพสุ. รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาแบบการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชนและครอบครัว ในการดูแลผู้ป่วยโรคจิตในชุมชน. นครราชสีมา : โรงพยาบาลจิตเวชนครราชสีมา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2544.
11. พัทธ์กษณ์ บุษยามาลิก, สุนีย์ เอกวัฒนาพันธ์. รายงานการศึกษาเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชโดยชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนวัดสวนแก้ว. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2542.

12. สิรินาถ มั่นคง. การฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชเพื่อการใช้ชีวิตในชุมชนของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังชาย (รายงานการศึกษาระยะปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
13. Pinkney AA, Gerber GJ, Lafave HG. Quality of life after psychiatric rehabilitation: the clients' perspective. [online] 1995 [cited 2008 Mar 12]; Available from : URL: <http://www.ProQuest Medical Library>.
14. Boettcher EG, Anderson SF. Psychotropic medication and the nursing process. J Psy Nurs 1992; 20(11):12-6.

Abstract A Model of Developing Ability of Schizophrenia Patients Living in Community, Roi-Et Hospital

Aurapan Sontoung, Chusri Phosung, Daungchun Khakhunmalee

Roi-Et Hospital

Journal of Health Science 2010; 19:757-65.

The frequent problems of caring for schizophrenia patients living in community were their losing ability to relate with others while feeling unworthy and unable to earn a living while showing regression in some. Their relatives must stimulate them to carry on daily activities. The researchers wanted to develop ability of schizophrenia patients living in community, by action research in Amphoe Mueang Roi-Et in 2007- 2008, including 70 participants. Phase 1 was aimed at studying the situation of living in the community of schizophrenia patients by employing a quality research, covering 21 participants. Based on such finding, in phase 2, 33 participants collectively recommended a model of developing ability of schizophrenia patients living in community, and in phase 3 the model was implemented. Most data collection was carried out in in-depth interview, focus group discussions and evaluation on ability of schizophrenia patients living in community questionnaires with alpha Cronbach's alpha coefficient of 0.75. Descriptive statistics percent, mean and standard deviation, and content analysis were employed in data analyses.

It was found that integration of schizophrenia patients into the community needed understanding and strong support from caregivers, community leaders and family members. In that connection, the patients participated in family camp with programs on development of rehabilitation skill on living in community and occupational skill rehabilitation programs. As such, scores on their ability to live in community were higher than before.

Key words: ability to live in community, schizophrenia patients