



ร าย งาน เ ปื อ ง ต ้น การประเมินผลการฝึกทักษะและคุณภาพชีวิต ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโครงการสร้างเสริม ทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลอง

รักสุดา กิจอรุณชัย, พ.บ.*
ฉันทนา บุญคล้าย, พย.บ.*

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน 6 ด้าน ความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวน 10 ราย ที่เข้าร่วม โครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลอง ณ วัดบางระโห่ง จังหวัดนนทบุรี ในช่วงเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2547 ผลการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน คะแนนรวมทักษะ 6 ด้าน และความสามารถในการทำงานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเป็นการติดตามหลังเข้าร่วมโครงการ 3 เดือน ส่วนคะแนนทักษะ การดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนและคะแนนคุณภาพชีวิตไม่เพิ่มขึ้นอย่าง มีนัยสำคัญหลังเข้าร่วมโครงการ สรุป การฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ในชุมชน สามารถเพิ่มทักษะด้านต่างๆของผู้ป่วยได้โดยเฉพาะทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และความสามารถในการทำงาน

คำสำคัญ : การฝึกทักษะ คุณภาพชีวิต ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

*โรงพยาบาลศรีธัญญา กรมสุขภาพจิต



The evaluation of skills training and quality of life in chronic schizophrenic patients attended living skills training in sheltered community for mental disability

*Raksuda Kitaroonchai, M.D.**

*Chantana Bunklai, B.S.N.**

Abstract

The objective of this study was to examine outcomes of six basic living skills training, capacity of work and quality of life in ten chronic schizophrenic patients attended living skills training in sheltered community for mental disability at Wat Bangrahong, Nonthaburi province during October to December 2004. The result showed that social, work, leisure, total skills and capacity of work significantly increased after 3 months follow up period. Self care, domestic, community living skills and quality of life did not significantly increased. By conclusion, skills training in the community for chronic schizophrenia increased skills competency especially social, work, leisure skills and capacity of work.

Key words : skills training, quality of life, chronic schizophrenia

**Srithanya Hospital, Department of Mental Health.*

บทนำ

โรงพยาบาลศรีธัญญาเป็นโรงพยาบาลจิตเวชขนาดใหญ่มีผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังจำนวนมากที่ขาดโอกาสกลับคืนสู่สังคม จากผลสำรวจผู้ป่วยเมื่อวันที่ 31 ธันวาคม 2548 พบว่ามีผู้ป่วยที่อยู่ในหอผู้ป่วยนานมากกว่า 3 เดือน 493 คน(ร้อยละ 49.8) มีผู้ป่วยที่ไม่มีญาติ 274 คน(ร้อยละ 27.7) และรอส่งต่อไปสถานสงเคราะห์ของกรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการอีก 36 คน(ร้อยละ 3.6)¹ ปัญหาที่สำคัญของโรคจิตเภทเรื้อรังคือผู้ป่วยมักมีข้อจำกัดหรือสูญเสียความสามารถที่ใช้ในการดำเนินชีวิตประกอบกับมักมีการกำเริบของโรคบ่อยทำให้ครอบครัวและสังคมรู้สึกเป็นภาระในการดูแลจึงปฏิเสธการให้ผู้ป่วยกลับคืนสู่สังคม^{2,3} จากรายงานวิจัยทั้งในและต่างประเทศ^{4,5} พบว่าวิธีการฝึกทักษะต่างๆ หรือการให้การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชนมีประสิทธิภาพมากกว่าการฝึกในสถานพยาบาล โดยผู้ป่วยแต่ละคนได้รับการฝึกทักษะในสถานการณ์จริง ได้รับการดูแลแบบไม่มีที่สิ้นสุด มีการเยี่ยมของผู้ดูแลเพื่อช่วยให้อาการดีขึ้นและฝึกซ้ำ ทำให้ทักษะต่างๆ ดีขึ้น เช่น การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในแต่ละวัน นอกจากนี้ยังเปิดโอกาสให้ชุมชนได้ใกล้ชิดและยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น ลดการสร้างตราบาปแก่ผู้ป่วย ทำให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้ ความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในโรงพยาบาลศรีธัญญาเหล่านี้บางรายมีศักยภาพที่จะกลับคืนสู่สังคมเพราะผ่านการเตรียมความพร้อมโดยชุมชนจำลองที่ตั้งอยู่ภายในโรงพยาบาล⁶ ดังนั้นโรงพยาบาลศรีธัญญาร่วมกับสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิตจึงได้จัดทำโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลองเพื่อให้ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังซึ่งเป็นผู้พิการทางจิตได้ดำเนินชีวิตในสังคมอย่างมีความสุขเหมือนคนทั่วไป

โดยเริ่มดำเนินการที่ชุมชนวัดบางระโห่ง อำเภอบางกรวย จังหวัดนนทบุรี มีระยะเวลาดำเนินการ

1 ปีคือ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2547 ถึง มีนาคม 2548 ขั้นตอนการดำเนินงานมีดังนี้คือ⁷ **ระยะเตรียมการ**ประกอบด้วย การเตรียมชุมชนมีการติดต่อหาชุมชนที่มีความพร้อมในการเป็นชุมชนทดลองเมื่อชุมชนตกลงให้ความร่วมมือแล้วเพื่อให้การดำเนินโครงการมีความสอดคล้องกับความต้องการของชุมชน จึงมีการสำรวจสภาพปัญหาและความต้องการของชุมชน สำรวจบริบทของครอบครัว 5 ครอบครัวที่ตกลงให้การจ้างงานผู้ป่วยและก่อนที่จะนำผู้ป่วยลงสู่ชุมชนมีการใช้กระบวนการ AIC (Appreciate ,Influent , Control)กับแกนนำชุมชน ได้แก่ พระภิกษุ บุคลากรสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขและครอบครัวที่ตกลงให้การจ้างงานผู้ป่วยเพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยจิตเภท การเตรียมผู้ป่วยมีการทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับโครงการ คัดเลือกผู้ป่วยจำนวน 10 คนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการและผ่านการประเมินโดยจิตแพทย์ประจำหอผู้ป่วยร่วมกับทีมสหวิชาชีพประเมินพยาธิสภาพและความพร้อมของผู้ป่วย ปรับขนาดยาที่รักษาให้เหมาะสมจนไม่พบผลข้างเคียงจากการรักษาที่รุนแรงและไม่มีความเสี่ยงจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมจากการเฝ้าระวัง รวมทั้งผู้ป่วยต้องมีระดับความสามารถจากแบบประเมินทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้านอยู่ในระดับ 3, 4 และ 5 ผู้ป่วยทั้งหมดมาจากหอผู้ป่วยชุมชนจำลองชายที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลเนื่องจากผู้ป่วยในชุมชนจำลองได้ผ่านการเตรียมความพร้อมในด้านการใช้ชีวิตอย่างอิสระไม่ต้องพึ่งพาผู้อื่น ได้พาผู้ป่วยไปดูชุมชนและรับทราบกิจกรรมที่จะต้องฝึกเมื่ออยู่ในชุมชน ปัญหาหนึ่งที่มีผลต่อจิตใจผู้ป่วยคือผู้ป่วยรับทราบว่าโครงการที่เข้าร่วมเป็นโครงการระยะสั้น ผู้ป่วยอาจเกิดความรู้สึกกังวล ไม่มั่นใจในเรื่องสถานที่อยู่ภายหลังจบโครงการ ทางทีมผู้ดูแลได้ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยที่ไม่มีญาติรับกลับบ้านหรือยังไม่มีที่อยู่ในชุมชนอื่นที่เหมาะสมกว่าที่สามารถอยู่ในชุมชนทดลองวัดบางระโห่งต่อไปได้โดยมีทีมผู้ดูแลเช่นเดิม

จากนั้นทำการฝึกทักษะพื้นฐานที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต 6 ด้านเพิ่มเติมจนสามารถผ่านการประเมินในระดับ 4 ขึ้นไปทุกราย สร้างเสริมประสบการณ์อาชีพตามภูมิปัญญาท้องถิ่นให้ตรงตามลักษณะงานที่ผู้ป่วยต้องไปทำคือ การทำสวน และ งานบ้าน ใช้เวลาเตรียมผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 3 เดือน การเตรียมบุคลากร มีการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อความพร้อมของคณะทำงาน โดยเน้นเพิ่มศักยภาพของผู้ดูแลในการฝึกทักษะด้านต่างๆที่จำเป็นในการดำเนินชีวิต 6 ด้าน สามารถเยี่ยมดูแลสนับสนุนระดับประคองแก้ปัญหาหรือติดต่อประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องและสามารถเป็นผู้จัดการรายกรณีของผู้ป่วย(case manager) ได้ ระยะเวลาดำเนินงาน นำผู้ป่วยไปอยู่ในชุมชนโดยผู้ป่วยพักอาศัยอยู่ในวัดบางระโห่ง และมีชาวบ้าน 5 ครอบครัวซึ่งประกอบอาชีพทำสวน ปลูกผลไม้ รับผู้ป่วยไปทำงานด้วยครอบครัวละ 2 คน บ้านของทั้ง 5 ครอบครัวอยู่ห่างจากวัดประมาณ 500 เมตร ผู้ป่วยสามารถเดินทางไปทำงานโดยช่วงเช้าหลังจากทำงานที่วัดเสร็จผู้ป่วยจะไปทำงานที่สวนเช่น รดน้ำต้นไม้ คายหญ้า ช่วงบ่ายทำงานบ้านเช่น เก็บกวาดเช็ดถูบ้าน ซักผ้าล้างจาน รับจ้างทั่วไป ผู้ป่วยได้รับเงินสนับสนุนจากโครงการวันละ 100 บาท เป็นค่าอาหาร 3 มื้อ และเงินค่าจ้างจากครอบครัวที่ผู้ป่วยไปทำงานให้อีกวันละ 30 บาท ทีมบุคลากรติดตามเยี่ยมผู้ป่วยแบบรายบุคคลในช่วงเดือนแรกสัปดาห์ละ 1 ครั้ง หลังจากนั้นเยี่ยมทุก 2 สัปดาห์ มีการจัดทำกลุ่มเปิดใจเรื่องสภาพปัญหาและความต้องการทุก 2 สัปดาห์ ประสานงานกับชุมชนเพื่อรับฟังปัญหาและติดตามความก้าวหน้าทุกเดือน ระยะเวลาประเมินผล มีการประเมินผลความสามารถและทักษะที่จำเป็นในการใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนทดลองของผู้ป่วยทุกเดือน เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเฉพาะบุคคลในการสร้างเสริมและพัฒนาทักษะที่ยังขาด

ผู้วิจัยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ความ

สามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เข้าร่วม โครงการนี้ ซึ่งคาดว่าผู้ป่วยที่ผ่านโครงการนี้จะมีทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ความสามารถในการทำงานและคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น ผลการศึกษาดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อไป

วัสดุและวิธีการ

เป็นการศึกษาแบบไปข้างหน้าในผู้ป่วยจิตเภทจำนวน 10 ราย ที่เข้าร่วมโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนวัดบางระโห่ง ผู้ป่วยต้องผ่านขั้นตอนการเตรียมการและได้ไปใช้ชีวิตในชุมชน โดยมีที่พักอาศัยอยู่ในวัดบางระโห่งแล้วออกไปทำงานรับจ้าง เช่น ทำสวน ทำงานบ้าน รับจ้างให้กับสมาชิกในชุมชนเป็นระยะเวลา 3 เดือน คือตั้งแต่ตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ.2547 เครื่องมือในการเก็บข้อมูลคือแบบประเมิน 3 ด้าน

1) แบบประเมินผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชของโรงพยาบาลศรีธัญญา^๖ เป็นแบบประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน 6 ด้าน ได้แก่

ทักษะการดูแลตนเองมี 9 ข้อ ได้แก่ การรักษาความสะอาดของผมและหนังศีรษะ การแปรงฟัน การอาบน้ำ การตัดเล็บมือ-เล็บเท้า/โกนหนวด-เครา พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การรับประทานยา การขับถ่ายปัสสาวะ-อุจจาระ การแต่งกาย และการนอนหลับพักผ่อน

ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านมี 9 ข้อ ได้แก่ การทำความสะอาดที่อยู่อาศัย การจัดเก็บและทำความสะอาดเครื่องนอน การดูแลทำความสะอาดห้องน้ำ ห้องส้วม เครื่องสุขภัณฑ์ การซักเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม การเปิด-ปิดไฟฟ้า การเปิด-ปิดน้ำประปา การเปิด-ปิดประตูหน้าต่าง การประกอบอาหารเพื่อรับประทาน

และการจัดเก็บเครื่องใช้ภายในบ้าน

ทักษะทางสังคมมี 9 ข้อ ได้แก่ การสนใจ สิ่งแวดล้อม การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น ความไว้วางใจผู้อื่น ความสามารถในการสื่อสาร การรู้จักขอบคุณและขอโทษ การรู้จักขอยืมของใช้จากผู้อื่น การรู้จักให้และรับ การควบคุมอารมณ์และการให้อภัย และการให้ความช่วยเหลือผู้อื่น

ทักษะการทำงานมี 9 ข้อ ได้แก่ ความรับผิดชอบในการทำงาน ช่วงความสนใจในการทำงาน ความสามารถในการทำงานร่วมกับผู้อื่น การปฏิบัติตามขั้นตอนของการทำงาน การดูแลเครื่องมือวัสดุอุปกรณ์ การให้ความร่วมมือในการทำงาน ความละเอียดของงาน ความสามารถในการเรียนรู้งานใหม่ๆ และความต้อง การหางานทำ

ทักษะการพักผ่อนมี 9 ข้อ ได้แก่ การพูดคุยเพื่อผ่อนคลาย การเข้าร่วมกิจกรรมดนตรี การเข้าร่วม เกมสัปดาห์กิจกรรมต่างๆ การเข้าร่วมกิจกรรมกีฬา การอ่านหนังสือ การดูโทรทัศน์ การฟังวิทยุ การดูแลสิ่งแวดล้อม และการเข้าร่วมกิจกรรมสังสรรค์

ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนมี 9 ข้อ ได้แก่ ความสามารถในการเดินทาง การใช้พาหนะได้ถูกต้อง และปลอดภัย การใช้ถนนอย่างปลอดภัย การรู้จักเลือกซื้อสินค้า การรู้จักใช้จ่ายเงินในการซื้อสินค้า การรู้จักขอความช่วยเหลือเมื่อจำเป็น การรู้จักใช้แหล่งอำนวยความสะดวกในชุมชน(สาธารณูปโภค) เช่น โทรศัพท์ ธนาคาร ไปรษณีย์ โรงพยาบาล สถานีตำรวจ ที่ว่าการอำเภอ การรู้จักบทบาทและหน้าที่ของตนเอง และการรู้จักสิทธิของตน

การให้คะแนนแบ่งเป็น 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 4 คะแนน 0 หมายถึง ไม่ทำเลย คะแนน 1 หมายถึง ต้องคอยกระตุ้น และควบคุมทุกขั้นตอน คะแนน 2 หมายถึง ทำได้เป็นบางครั้ง และต้องแนะนำ คะแนน 3 หมายถึง ทำได้เองตามความเหมาะสม คะแนน 4 หมายถึง ทำได้เองทั้งหมด และสามารถช่วยเหลือผู้อื่นได้ นำคะแนน

ที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยทักษะแต่ละด้านและค่าเฉลี่ยรวมทุกทักษะ เมื่อได้ค่าคะแนนเฉลี่ยรวม 6 ทักษะสามารถแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ระดับที่ 1 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้และรบกวนความสงบผู้อื่น (คะแนน 0-0.50) ระดับที่ 2 หมายถึง ผู้ที่อยู่ตามลำพังไม่ยุ่งเกี่ยวกับใครและช่วยเหลือตนเองไม่ได้ (คะแนน 0.51-1.50) ระดับที่ 3 หมายถึง ผู้ที่ช่วยเหลือตนเองได้บ้างและอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้บ้าง (คะแนน 1.51-2.50) ระดับที่ 4 หมายถึง ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่นประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ (คะแนน 2.51-3.50) ระดับที่ 5 หมายถึง ผู้ที่เลี้ยงตัวเองได้และช่วยเหลือผู้อื่นได้ (คะแนน 3.51 ขึ้นไป) โดยมีการวิเคราะห์ความตรงของแบบประเมินนี้ โดยอาจารย์คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัย ธรรมาธิราช 2 คน อาจารย์วิทย์วิทยาลัยพยาบาลเกื้อการุณย์ 1 คน และนักจิตวิทยากรมสุขภาพจิต 1 คน รวมทั้งในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา พบว่าคำถามทุกข้อมีค่า IOC (index of concordance) \geq 0.5 โดยมีรายละเอียดคือคำถามจำนวน 8 ข้อมีค่า IOC เท่ากับ 0.50 จำนวน 5 ข้อมีค่า IOC เท่ากับ 0.75 และจำนวน 42 ข้อมีค่า IOC เท่ากับ 1 และวิเคราะห์ความเที่ยงโดยประเมินความสามารถผู้ป่วยในระดับที่ 1,2 และระดับที่ 3,4 จำนวนกลุ่มละ 5 รายพบว่า ในทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ในกลุ่มผู้ป่วยระดับที่ 1 และ 2 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.90, 0.74, 0.89, 0.90, 0.82 และ 0.85 ตามลำดับ ในกลุ่มผู้ป่วยระดับที่ 3 และ 4 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.85, 0.87, 0.92, 0.96, 0.78 และ 0.93 ตามลำดับ

2) แบบประเมินผลความสามารถในการทำงานของสมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต ประกอบด้วย 18 พฤติกรรมการทำงาน คือ ตรงต่อเวลา, มีความอดทนต่องานที่ทำ, มีความสนใจ และกระตือรือร้น จัดสรรเวลาการทำงานอย่างเหมาะสม รู้จักวางแผนการ

ทำงานตามลำดับก่อนหลัง รับผิดชอบต่องานที่ได้รับมอบหมาย สามารถเร่งงานได้ ทำงานต่อไปได้หลังจากมีงานอื่นมาแทรก รู้จักขอความช่วยเหลือ ช่วยเหลือเพื่อนร่วมงาน ปฏิบัติตามกฎระเบียบ เข้าใจในงานที่ได้รับมอบหมาย รู้จักแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ซื่อสัตย์กล้าตัดสินใจด้วยตนเองอย่างเหมาะสม รู้จักขออนุญาตเมื่อออกไปข้างนอกทุกครั้ง การกรอกข้อความในแบบฟอร์มต่างๆ รู้จักสิทธิที่ควรได้รับ และรู้จักแลกเปลี่ยนและรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น วิธีการให้คะแนน คือน้อย = 1, ปานกลาง = 2, มาก = 3, มากที่สุด = 4 นำคะแนนรวมที่ได้มาหาค่าเฉลี่ยแบบประเมิณนี้ยังไม่ได้หาค่าความตรงและความเที่ยง

3) แบบประเมินคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก ชุด 26 ตัวชี้วัด ฉบับภาษาไทย¹⁰ วิธีการให้คะแนนมีตั้งแต่ 1-5 โดย 1 คือ ไม่น้อย 2 คือ เล็กน้อย 3 คือ ปานกลาง 4 คือ มาก 5 คือ มากที่สุด นำคะแนนรวมที่ได้มาแบ่งระดับคุณภาพชีวิตเป็นคุณภาพชีวิตไม่ดี มีคะแนนระหว่าง 26 ถึง 60 คุณภาพชีวิตปานกลาง มีคะแนนระหว่าง 61 ถึง 95 คุณภาพชีวิตดี มีคะแนนระหว่าง 96 ถึง 130 จำแนกองค์ประกอบคุณภาพชีวิตออกเป็น 4 ด้าน คือ ด้านสุขภาพกาย ด้านจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคมและด้านสิ่งแวดล้อม

แบบประเมิน 2 แบบแรก พยาบาลวิชาชีพ ซึ่งเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในโครงการ จำนวน 2 คน ทำการประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ โดยแบบประเมินแรกผู้ประเมินทำการประเมินโดยใช้วิธีสังเกตจากผู้ป่วย แบบประเมินที่ 2 ผู้ประเมินทำการประเมินโดยใช้วิธีสัมภาษณ์นายจ้างซึ่งนายจ้างเป็นผู้ประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย ส่วนแบบประเมินคุณภาพชีวิตผู้ป่วยเป็นผู้ประเมินก่อนและหลังสิ้นสุดโครงการ

วิเคราะห์ค่าความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ โดยใช้ Wilcoxon signed - rank test

ผล

พบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ 10 ราย เป็นเพศชายทั้งหมด ค่ามัธยฐานของอายุเท่ากับ 34 ปี ค่ามัธยฐานของระยะเวลาความเจ็บป่วยเท่ากับ 11 ปี ค่ามัธยฐานจำนวนครั้งของการอยู่โรงพยาบาลเท่ากับ 2.5 ครั้ง ค่ามัธยฐานวันนอน โรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 192 วัน การวินิจฉัยโรคเป็น paranoid schizophrenia จำนวน 6 ราย undifferentiated schizophrenia จำนวน 3 ราย และ residual schizophrenia จำนวน 1 ราย ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ในเขตกรุงเทพและปริมณฑลจำนวน 4 ราย ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาจำนวน 6 ราย มีประวัติเคยประกอบอาชีพรับจ้างจำนวน 10 ราย เป็นรับจ้างทั่วไปจำนวน 7 ราย รับจ้างด้านเกษตรกรรมจำนวน 3 ราย

ระดับความสามารถจากแบบประเมินทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้าน ก่อนเข้าร่วมโครงการพบว่า เป็นผู้ป่วยระดับ 4 จำนวน 7 ราย และระดับ 5 จำนวน 3 ราย เข้าร่วมโครงการเป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยระดับ 4 ปรับขึ้นระดับ 5 จำนวน 6 ราย คงอยู่ที่ระดับ 4 ตามเดิม 1 ราย ผู้ป่วยอีก 3 รายคงอยู่ที่ระดับ 5 ตามเดิม เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน คะแนนรวมเฉลี่ยและความสามารถในการทำงานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า คะแนนทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อน คะแนนรวมทักษะ 6 ด้าน และความสามารถในการทำงานมีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ส่วนคะแนนทักษะการดูแลตนเอง ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านและทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ คุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับปานกลาง มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 87.5 ± 18.38 และ 83.5 ± 14.2 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกาย ด้านที่เกี่ยวกับจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อมและคุณภาพชีวิตโดยรวมก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการพบว่า ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบคะแนนทักษะ 6 ด้าน คะแนนรวมเฉลี่ยและความสามารถในการทำงานก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ (n = 10)

	ก่อน $\bar{X} \pm S.D.$	หลัง $\bar{X} \pm S.D.$	X^2
ทักษะ 6 ด้าน			
ทักษะการดูแลตนเอง	3.72 ± 0.43	3.87 ± 0.14	1.16
ทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้าน	3.76 ± 0.24	3.66 ± 0.21	-1.27
ทักษะทางสังคม	3.36 ± 0.53	3.67 ± 0.25	2.24*
ทักษะการทำงาน	3.26 ± 0.65	3.64 ± 0.21	2.11*
ทักษะการพักผ่อน	3.19 ± 0.31	3.50 ± 0.23	2.26*
ทักษะการใช้ชีวิตในชุมชน	3.35 ± 0.68	3.81 ± 0.15	1.86
คะแนนรวมทักษะ 6 ด้าน	3.36 ± 0.40	3.64 ± 0.15	2.04 *
ความสามารถในการทำงาน	2.74 ± 0.19	3.58 ± 0.21	2.83*
คุณภาพชีวิต			
ด้านสุขภาพทางกาย	19.40 ± 4.27	22.5 ± 2.8	1.89
ด้านที่เกี่ยวกับจิตใจ	19.70 ± 2.95	18.4 ± 4.3	-0.42
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	9.20 ± 1.32	8.8 ± 2.3	-0.36
ด้านสิ่งแวดล้อม	26.40 ± 5.62	25.8 ± 6.2	-0.07
คุณภาพชีวิตโดยรวม	87.50 ± 18.38	83.50 ± 14.28	-0.05

* $p < 0.05$

เมื่อสิ้นสุดการฝึกผู้ป่วยในเดือนธันวาคม 2547 ทางทีมงานยังสนับสนุนให้ผู้ป่วยใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนวัดต่อแต่ผู้ป่วยไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากโครงการจนถึงเดือนมิถุนายน 2548 พบว่า มีผู้ป่วยอยู่ชุมชนวัดต่อจำนวน 4 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้ถูกญาติทอดทิ้งและรู้สึกมีความสุขที่ได้อยู่และทำงานที่วัด ญาติรับกลับบ้านไปอยู่กับครอบครัวจำนวน 2 ราย ได้งานในชุมชนอื่น (ทำสวน) จำนวน 2 ราย และมีผู้ป่วยต้องกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 ราย โดยรายที่ 1

มีวินิจฉัยโรคเป็น paranoid schizophrenia มีอาการหวาดระแวงว่าคนดำหนิ มีหูแว่วเป็นเสียงสั่งให้ทำร้ายตนเอง เคยมีพฤติกรรมทำร้ายตนเอง 1 ครั้ง ทีมผู้ดูแลประเมินพบว่าผู้ป่วยเริ่มมีอาการทางจิตมีความเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองจึงให้เข้ารับรักษาในโรงพยาบาล ส่วนอีกรายมีวินิจฉัยโรคเป็น undifferentiated schizophrenia ไม่มีอาการกำเริบแต่ผู้ป่วยต้องการกลับโรงพยาบาลเพราะรู้สึกมีความสุขในการอยู่โรงพยาบาลมากกว่าอยู่วัด

วิจารณ์

ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นเพศชายเนื่องจากหอผู้ป่วย ที่ทำการเตรียมความพร้อมคือ ชุมชนจำลองมีเฉพาะผู้ชายและผู้ป่วยชายมีความเหมาะสมในการใช้ชีวิตร่วมกับพระภิกษุในวัด ผู้ป่วยทั้งหมดเป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่มีระยะเวลาในการอยู่โรงพยาบาลนาน มีระดับของสมรรถภาพจากแบบประเมินทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิต 6 ด้านเหมาะสมกับการคืนสู่สังคม คือเป็นผู้ป่วยระดับ 4 ขึ้นไป หมายถึง ผู้ที่ไม่ต้องพึ่งผู้อื่น และสามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้ไปใช้ชีวิตในชุมชนจริงร่วมกับการสนับสนุนจากคนในชุมชนพบว่า คะแนนทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน และทักษะการพักผ่อน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสอดคล้องกับการศึกษาอื่น^{4,11} แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนของการศึกษานี้ไม่มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญดังที่คาดการณ์ไว้ สาเหตุเป็นจากลักษณะชุมชนวัดบางระโหงเป็นชุมชนในชนบท แต่แบบประเมินระดับความสามารถเกี่ยวกับทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวัน ด้านทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนหลายข้อเป็นการประเมินการใช้ชีวิตในเมืองเช่น ความสามารถในการเดินทาง การใช้พาหนะได้ถูกต้องและปลอดภัย การใช้ถนนอย่างปลอดภัย การรู้จักเลือกซื้อสินค้า อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาเรื่องการทำงานในอารักขาพบว่า ค่าคะแนนทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนของการศึกษานี้เพิ่มขึ้นมากกว่าการทำงานในอารักขา¹¹ นอกจากนี้ยังพบว่า ทักษะการดูแลตนเอง และทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านของการศึกษานี้ไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญแตกต่างจากการศึกษาอื่น อาจเนื่องจากลักษณะของกิจกรรมที่โครงการนี้ดำเนินการไม่ได้มุ่งเน้นด้านการฝึกทักษะการดูแลตนเองและทักษะการอยู่ร่วมกันภายในบ้านเพราะผู้ป่วยมี 2 ทักษะนี้คืออยู่แล้ว แต่เน้น

การฝึกทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน และทักษะการใช้ชีวิตในชุมชนซึ่งยังขาดอยู่นอกจากนี้ค่าคะแนนจากแบบประเมินผลความสามารถในการทำงานที่ประกอบด้วยพฤติกรรมการทำงานโดยละเอียด 19 พฤติกรรมพบว่า เมื่อผู้ป่วยผ่าน โครงการแล้วมีค่าคะแนนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบว่ารูปแบบการฝึกทักษะในชุมชนจริงมีประสิทธิภาพช่วยให้ผู้ป่วยมีทักษะด้านต่างๆรวมทั้งทักษะด้านการทำงาน ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ป่วยได้รับการเตรียมความพร้อมก่อนกลับไปใช้ชีวิตในชุมชนจริง ชุมชนได้รับการเตรียมความพร้อมให้โอกาสผู้ป่วยได้อยู่ร่วมและช่วยทำงาน และมีผู้ดูแลที่คอยประคับประคองสนับสนุน ประสานกับทีมผู้รักษาในการดูแลเรื่องยา อาการข้างเคียงของยา ระดับพยาธิสภาพทางจิตใจ และกำหนดให้ผู้ดูแลมีบทบาทเป็นผู้จัดการผู้ป่วยรายกรณี^{12,13}

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจากการศึกษานี้ ค่าคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางกายด้านที่เกี่ยวกับจิตใจ ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ด้านสิ่งแวดล้อม และคุณภาพชีวิตโดยรวมไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางสอดคล้องกับการศึกษาอื่น¹⁴⁻¹⁷ โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับการศึกษาที่ทำในโรงพยาบาลกลางวันของสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา¹⁷ ซึ่งกลุ่มผู้ป่วยมีข้อมูลทางคลินิก ได้แก่ อายุ การวินิจฉัยโรค และระยะเวลาความเจ็บป่วยใกล้เคียงกับการศึกษานี้พบว่า ผู้ป่วยประเมินคุณภาพชีวิตของตนเองในระดับที่ไม่สูง อาจเป็นผลมาจากวิธีการประเมินคุณภาพชีวิตนั้นใช้ทฤษฎีของผู้ป่วยเอง ซึ่งผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมักมีข้อจำกัดในการรับรู้สภาพความเจ็บป่วยและคุณภาพชีวิตได้อย่างถูกต้อง นอกจากนี้ข้อคำถามอาจไม่มีความจำเพาะกับวิถีการใช้ชีวิตของผู้ป่วยซึ่งแตกต่างจากการใช้ชีวิตของคนทั่วไป¹⁸

ในกรณีผู้ป่วย 2 รายที่กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเป็นกรณีที่ทางทีมผู้ดูแลต้องพิจารณาแนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพให้เหมาะสมในแต่ละกรณี ในรายแรกที่มีอาการทางจิตกำเริบจิตแพทย์ที่ดูแลได้ทบทวนและประเมินการรักษาที่เหมาะสมใหม่เพื่อควบคุมอาการทางจิตและวางแผนว่าหากต้องฝึกทักษะในชุมชนควรไปฝึกในชุมชนเดิมที่ผู้ป่วยคุ้นเคย ส่วนรายที่ 2 เป็นผู้ป่วยที่มีภาวะปรับตัวยากเนื่องจากอยู่โรงพยาบาลนาน 4 ปี ควรพยายามหาโอกาสและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลับไปอยู่ในชุมชนอีกครั้ง

การศึกษานี้มีข้อจำกัดคือ ผู้ประเมินผลการฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐาน 6 ด้าน และความสามารถในการทำงาน เป็นทีมเดียวกับผู้ให้การฝึก และดูแลผู้ป่วยขณะเข้าร่วมโครงการ อาจส่งผลต่อค่าคะแนนของผู้ป่วยก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการได้ การดำเนินโครงการมีความยากเพราะเกี่ยวข้องกับทัศนคติของชุมชน ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทั้งหมดที่ถูกคัดเลือกต้องมีความพร้อมไม่ก่อให้เกิดปัญหาให้กับชุมชน ใช้ผู้ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดจำนวนมาก และมีค่าใช้จ่ายสูงทำให้รับผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการจำนวนจำกัดเพียง 10 คน แบบประเมินที่ใช้เป็นแบบประเมินที่ใช้ในการฝึกทักษะในสถานพยาบาลอาจมีข้อจำกัดในการใช้ประเมินการฝึกทักษะในชุมชน

สรุป

การฝึกทักษะจำเป็นพื้นฐานในการดำรงชีวิตประจำวันให้กับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในชุมชนสามารถเพิ่มทักษะด้านต่างๆของผู้ป่วยได้โดยเฉพาะทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน ทักษะการพักผ่อนและความสามารถในการทำงาน คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับเป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวชที่ใช้การสนับสนุนและการฝึกทักษะในชุมชนจริง เพื่อให้ผู้ที่มี

ความเจ็บป่วยทางจิต สามารถดำรงสถานภาพทางสังคม อาชีพ การศึกษา และครอบครัวโดยใช้ศักยภาพและพลังของชุมชนเป็นหลัก และมีทีมสุขภาพจิตคอยสนับสนุนตามความเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนการส่งเสริมสุขภาพและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พ.ศ. 2547

เอกสารอ้างอิง

1. โรงพยาบาลศรีธัญญา.เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลศรีธัญญา. ครั้งที่ 3 / 2549.นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2549.
2. Liberman RP, Kopelowicz A, Smith TE. Psychiatric rehabilitation. In : Sadok BJ, Sadok VA eds. Comprehensive textbook of psychiatry. 7 ed. Baltimor : William & Wilkin; 1999. p 3218-45.
3. Lefley HP. The impact of mental disorder on families and carer. In: Thornicroft G, Szumkler G, eds. Textbook of community psychiatry. Oxford : Oxford university press; 2001. p.141-54.
4. พิทักษ์พล บุญขมาลิก, สุนิย์ เอกวัฒน์พันธ์. รายงานการวิจัยเรื่องการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน : กรณีชุมชนวัดสวนแก้ว. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2542.
5. Liberman R, Wallace C, Blackwell G, Kopelowicz A, Vaccaro J, Mintz J. Skill training versus psychosocial occupational therapy for person with persistant schizophrenia. Am J of psychiatry 1998;155:1087-95.
6. ฉันทนา บุญคล้าย, สกาวรัตน์ พวงลัดดา, โพธิ์ จันทรสัทพ์, เสถียร ขาวณะอ่อน, ศิริภัสสร ลิมปิติกีรติ. ชุมชนทดลอง: การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน.เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขภาพจิตนานาชาติ ครั้งที่ 4 ประจำปี 2548 เรื่อง สุขภาพจิตกับภัยพิบัติ; 6-8 กรกฎาคม 2548; ณ โรงแรมปรีณซ์พลาซ. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2548.
7. โรงพยาบาลศรีธัญญา. สรุปผลการดำเนินโครงการสร้างเสริมทักษะชีวิตคนพิการทางจิตในชุมชนทดลอง. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2548.

8. โรงพยาบาลศรีธัญญา. คู่มือประกอบการทำแบบประเมินผู้ป่วยเพื่อพัฒนาการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตเวช. นนทบุรี : โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2547.
9. สมาคมเพื่อผู้บกพร่องทางจิต. แบบประเมินผลความสามารถในการทำงาน. นนทบุรี: โรงพยาบาลศรีธัญญา; 2547.
10. สุวัฒน์ มหัตตนิรันดร์, รวีวรรณ ตันติพิวัฒนสกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย, กรองจิต วงษ์สุวรรณ, ราณี พรมาจิรังกุล. เปรียบเทียบแบบวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุด 100 ตัวชี้วัด และ 26 ตัวชี้วัด . วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2541;5:4-15.
11. รักสุดา กิจอรุณชัย. การประเมินผลการฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2545;2:67-76.
12. Scott JE, Lehman AF. Case management and assertive community treatment. In: Thornicroft G, Szmulker G, eds. Textbook of community psychiatry. Oxford : Oxford university press; 2001.p.253-63.
13. เขียวลักษณ์ มีบุญมาก. การจัดการผู้ป่วยรายกรณี. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2547;1:50-6.
14. Lahman AF. Measures of quality of life among persons with severe and persistent mental disorder. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 1996;31:78-88.
15. พรชัย พงศ์สงวนสิน, จุฬารัตน์ วิระระรัตน์, ชุติมา ประทีปจิตติ. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเวช ญาติผู้ดูแลและเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ : เฉพาะกรณีโรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2541;3:16-24.
16. อุไรวรรณ เหลืองไพโรจน์, ชุติมา ประทีปจิตติ, สุนันท์ คำอ่อน. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตและพฤติกรรมการใช้ยาทางจิตของผู้ป่วยจิตเวชที่มารับบริการที่โรงพยาบาลศรีธัญญา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2541;3:58-64.
17. นรวีร์ พุ่มจันทร์. การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยจิตเภทและญาติ : กรณีศึกษาในผู้ป่วยที่รับการรักษาในโรงพยาบาลกลางวัน สถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. วารสารสุขภาพจิตแห่งประเทศไทย 2548;3:146-56.
18. รณชัย คงสกนธ์, อุไร นูรณพิเชษฐ, รุ่งทิพย์ ประเสริฐชัย, เพียงใจ ทองพวง, อุมภาพร อุดมทรัพย์กุล. การพัฒนาแบบวัดคุณภาพชีวิตฉบับภาษาไทยสำหรับผู้ป่วยโรคจิตเภท. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2547;2:89-110.