

จุฬารัตน์ วิเรขรัตน์, ค.ม., รสสุคนธ์ ชมชื่น, ศศ.ม.
Jularat Wirakarat, M.Ed., Rossukon Chomchuen, M.A..

୧୫୬

Abstract

Objectives To develop and evaluate the model of rehabilitation services for patients with chronic schizophrenia.

Materials and methods This research was a research and development study divided into two stages. First, the rehabilitation programs were developed. Second the integrated program was applied among chronic schizophrenic patients. There were 2 main groups of samples in order to pilot the developed programs and evaluate the integrated program. The first groups were five 12- case pilot groups and the second groups were 40 chronic schizophrenic cases whom simple random equally allocated into 2 groups, i.e., the study and the control group respectively. The control group received regular nursing cares. The instruments were the functional ability, self-esteem and negative symptom scales. Descriptive analyses were used and mean scores of the scales between two groups were compared by t-test.

Results First, there were 5 rehabilitation programs i.e., cognitive rehabilitation, social skills, work skills, volunteer activities and aunglung practicing which were validated by experts' opinion prior to test in each pilot group. Second, the integrated rehabilitation program for chronic schizophrenia patients from previous step, containing 54 activities schedule within 6 weeks, was conducted in the study group while the control group was received regular nursing cares. After the end of the program, the study group had mean scores of the functional ability (85 score) and self-esteem (29.3 score) higher than that of the control group and also mean scores of the negative symptom scale were lower (7.4 score) than that of the other group.

Conclusion The integrated rehabilitation program for chronic schizophrenic patients could improve scores of function & social ability, self- esteem and decrease negative symptoms scores.

Key words: chronic schizophrenic, rehabilitation services model

corresponding author e-mail: jularatw@hotmail.com

บทนำ

โรคจิตเภท หมายถึง กลุ่มอาการความผิดปกติของความคิดและการรับรู้ที่ไม่สอดคล้องกับความเป็นจริง มีผลรบกวนชีวิตประจำวัน เช่น การดูแลตัวเอง ลัมพันรภาพในครอบครัวและสังคม¹ ผู้ป่วยจิตเภทโดยมากเมื่อเป็นแล้วมักไม่หายขาด อาการมีลักษณะเรื้อรัง การดำเนินโรคแบบค่อยเป็นค่อยไป ไม่หายขาด อาการป่วยจะกำเริบเป็นช่วงๆ โดยมีอาการหลงเหลืออยู่บ้างในระหว่างนั้น ผู้ป่วย

ร้อยละ 50-70 จะมีอาการป่วยซ้ำได้อีกหลังจากการรักษาภายใน 1 ปี² นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นเรื้อรังนานเท่าใดก็จะยิ่งปรากฏภาวะบกพร่องทางปริชาน (cognitive function) มากเท่านั้น รวมทั้งมีความเสื่อมในทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน³ ถ้าป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น⁴ ระยะเวลาของการดำเนินโรคที่ยาวนานทำให้เกิดความเสื่อมถอยด้านบุคลิกภาพและบั่นทอนการทำหน้าที่ลง⁵ ผู้ป่วยรับรู้ตัวตัวเองเป็น

ผู้ด้อยสมรรถภาพ ไม่สามารถปรับตัวเข้ากับสังคม สัมพันธภาพระหว่างบุคคลเสียไป มีความสัมพันธ์กับผู้อื่นน้อยลง ทำให้สูญเสียบทบาทหน้าที่ทางสังคม⁶ และยากต่อการแก้ไขให้กลับมาปกติ

ปัญหาสำคัญของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมี 3 ประการ คือ 1) อาการทางลบซึ่งพบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังทุกรายเพราะเป็นเกณฑ์การวินิจฉัยระยะของโรค อาการทางลบมีความสัมพันธ์กับการลดลงของการทำหน้าที่ (functioning) ในชีวิตประจำวันมากที่สุด 2) ความบกพร่องทางปริชาน (cognition) ได้แก่ ความจำ (verbal memory) ความคล่องในการใช้ถ้อยคำ (word fluency) และ สมาธิ (attention) รวมทั้งส่วนของการกระทำ (performance) และ full-scale IQ ซึ่งส่งผลให้ functioning ในชีวิตประจำวันลดลง^{7, 8} และ cognitive functioning ทำนายการมีงานทำของผู้ป่วยจิตเภทได้ดีที่สุด⁹ 3) การสื่อสาร เป็นผลมาจากระยะเวลาการเจ็บป่วยที่ยาวนาน ทำให้มีอาการทางลบรุนแรงขึ้น ผู้ป่วยแยกตัวออกจากสังคม ไม่อาจสร้างความสัมพันธ์และสื่อสารกับผู้อื่นได้ อยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างยากลำบาก มักแยกตัวอยู่ตามลำพัง⁶ มีรายงานการติดตามผู้ป่วยจิตเภทที่ได้ออกจากโรงพยาบาลเป็นเวลา 45 เดือน และพบว่าผู้ป่วยที่อยู่ในโรงพยาบาลนานจะบกพร่องในทำกิจกรรมในชีวิตประจำวันและเข้าสังคม¹⁰ อย่างไรก็ตามการทำหน้าที่ทางสังคม (social functioning) ที่ดีก่อนป่วยทำนายสถานภาพการทำงาน และอุปสรรคสำคัญที่ทำให้การทำหน้าที่ของผู้ป่วยก็คือตราบาป (stigma) ว่าเป็นบุคคลไร้ความสามารถ¹¹ เป้าหมายของการฟื้นฟูสมรรถภาพคือ การป้องกันมิให้เกิดภาวะเสื่อมถอยและเสริมสร้างความสามารถในการทำหน้าที่ให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยมากที่สุด¹² คุณค่าของการฟื้นฟูสมรรถภาพไม่ใช่เพียงอาการทางจิตที่ดีขึ้น แต่เป็นการพัฒนาศักยภาพที่มีอยู่ การคงไว้ซึ่งความภาคภูมิใจในตนเอง¹³ และความสามารถในการทำหน้าที่

การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองเป็นกิจกรรมแรก ที่นำไปสู่การฟื้นฟูสมรรถภาพด้านอื่นๆ โดยที่ผู้ป่วยที่มีสมรรถภาพสมองที่ดี จะมีความจำที่ดี จะมีกระบวนการคิดที่ดีเพื่อสร้างพฤติกรรมใหม่ โดยพบว่าผู้ป่วยที่เข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง¹⁴ มีสมรรถภาพสมองและคุณภาพชีวิตดีขึ้น นั่นหมายถึงว่าผู้ป่วยจะทำหน้าที่ในด้านต่างๆ ดีขึ้นด้วย อย่างไรก็ตามผู้ป่วยกลุ่มนี้มักไม่ได้รับการคัดเลือกเข้ารับการฝึกอาชีพหรือการจ้างงานเพราะมักแยกตัวเอง บกพร่องในเรื่องของสมาธิและการเรียนรู้ ดังนั้นในการฟื้นฟูสมรรถภาพจึงไม่ควรละเลยการนำผู้ป่วยโรคจิตเภทเรื้อรังเข้าร่วมกิจกรรมการฝึกอาชีพหรือทักษะการทำงาน ส่วนการฝึกทักษะทางสังคมนั้นมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำหน้าที่ต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม สามารถดำรงชีวิตต่อไปในสังคมด้วยตนเอง¹⁵ ได้มีผู้นำงานศิลปะเข้ามาใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมอย่างได้ผล^{16, 17} ส่วนใหญ่เป็นการนำมาใช้ในในกลุ่มเด็กเล็ก ผ่านกระบวนการคิดนำไปสู่การปรับพฤติกรรมที่เหมาะสม กิจกรรมจิตอาสาเป็นกิจกรรมหนึ่ง ที่ช่วยเพิ่มพูนความภาคภูมิใจในตนเองให้เกิดขึ้นกับบุคคล ผู้ที่ทำกิจกรรมจิตอาสาจะเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ว่ากิจกรรมจิตอาสานั้นก่อให้เกิดความสุข ความอิ่มใจสะท้อนให้เห็นว่าสิ่งที่ทำลงไปมีคุณค่า และส่งผลให้รู้สึกว่าคุณค่า¹⁸ เช่นเดียวกันกับดนตรีบำบัดที่พบว่าผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น รู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีความสุข และยังช่วยลดอาการทางลบ^{19, 20} โดยเฉพาะการเล่นอังกะลุง ซึ่งเป็นเครื่องดนตรีที่ไม่สามารถเล่นตามลำพังได้ ต้องเล่นเป็นกลุ่มจึงจะเกิดความไพเราะ เป็นผลให้เกิดความสามัคคี²¹ เรียนรู้ที่จะทำงานร่วมกัน เกิดความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน อีกทั้งการเล่นดนตรีป้องกันภาวะบกพร่องปริชาน²² โดยที่ผู้เล่นต้องมีความใส่ใจ ตั้งใจ จดจำเนื้อหรือโน้ตเพลง ตัดสินใจ และมีปฏิสัมพันธ์ตอบสนองต่อสิ่งเร้า นอกเหนือไปจาก ความผ่อนคลายทางอารมณ์

ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เพื่อพัฒนาโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่ครอบคลุมการจัดการกับปัญหาความบกพร่องในการทำหน้าที่ ความภาคภูมิใจในตนเองและอาการทางลบ เป็นโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังเพื่อใช้เป็นต้นแบบการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังต่อไป

วัสดุและวิธีการ

งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคนในโรงพยาบาลศรีธัญญาเมื่อวันที่ ๑๗ กรกฎาคม ๒๕๕๘ เลขที่ Q18/2558

แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน คือ การพัฒนาโปรแกรม และการประเมินผลโปรแกรม

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม

การพัฒนาโปรแกรมขั้นต้น 5 โปรแกรม ดังนี้

1) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังมีความเสื่อมถอยของสมรรถภาพสมองทั้งจากระยะเวลาการเจ็บป่วยและการใช้ยาทางจิตเวชที่ยาวนาน การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองเป็นกระบวนการที่มีการวางแผนและเป้าหมายที่ส่งเสริมและกระตุ้นให้ผู้ป่วยได้ใช้สมองด้านบริหาร (cognitive function) ตั้งแต่การจดจำไปจนถึงการร่วมแสดงความคิดเห็นในแง่ต่าง ๆ เพื่อการทำหน้าที่ต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันให้สมบูรณ์ขึ้น โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองฉบับยกร่างนี้ พัฒนามาจากโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ.๒๕๕๕¹³ ซึ่งประยุกต์หลักการฝึกความจำของ Atkinson & Shiffrin memory model²³ ในส่วนของ 1) การสังเกต 2) การจัดระเบียบ 3) การเชื่อมโยง เพื่อกระตุ้นศักยภาพบริหารของสมอง ในด้านความจำ การคำนวณ และภาษา จำนวน 20 กิจกรรม (เมื่อรวมโปรแกรมนี้เข้าไปในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพแบบบูรณาการ คัดเหลือเพียง 12 กิจกรรม เพื่อ

ให้สอดคล้องกับระยะเวลา 6 สัปดาห์ ที่จะต้องมีกิจกรรมอื่นๆ เข้ามาร่วมดำเนินการ)

2) โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป

การฝึกทักษะทางสังคมตามแนวคิดเดิมของ Liberman¹² มีเป้าหมายให้ผู้ป่วยให้กลับคืนสู่สภาพเดิมก่อนป่วยมากที่สุด ในกระบวนการฝึกจะทำให้ผู้ป่วยเกิดการเรียนรู้ ทักษะใหม่ๆ เพื่อให้พฤติกรรมทางสังคมเป็นไปอย่างเหมาะสมทั้งในเรื่องการสื่อสารและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น มีการนำนิทานอีสปเข้ามาใช้ในการฝึกทักษะทางสังคมอย่างได้ผล^{16, 17} จึงนำนิทานอีสปเข้ามาใช้ในการฝึกทักษะทางสังคม โดยอาศัยเทคนิคการแสดงบทบาทสมมติ²⁴ เนื้อเรื่องและคติธรรมที่ได้จากนิทานเป็นตัวเดินเรื่อง เข้ามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม ซึ่งในปี พ.ศ.๒๕๕๖ ได้ทดลองนำนิทานอีสปมาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังในหอผู้ป่วยฟื้นฟู 6 ใช้เทคนิคการแสดงบทบาทสมมติเข้ามาเป็นเครื่องมือดำเนินการเน้นให้ผู้ป่วยได้ออกแบบคำพูด ท่าทางที่แสดงความรู้สึก และลักษณะเด่นของตัวละครนั้นๆ รวมทั้งคติธรรมที่ได้จากเรื่องราวของนิทาน พบว่าผู้ป่วยมีความสุขในการเข้าร่วมกิจกรรม และสามารถออกแบบคำพูด ท่าทางในการสื่อสารตามบทบาทของตัวละครในเรื่องได้ จึงเห็นว่าน่าจะนำนิทานอีสปเข้ามาเป็นเครื่องมือในการฝึกทักษะทางสังคมให้กับผู้ป่วย

3) โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ

การฝึกอาชีพ ด้วยการสอนผู้ป่วยให้ทำงานที่ละขั้นๆ จากง่ายไปหายาก โดยอิงหลักกระบวนการกลุ่ม²⁵ เทคนิคการสอนงาน (coaching)²⁶ และการให้แรงเสริมที่เหมาะสมจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำงานที่ได้รับการฝึกได้ สิ่งที่สำคัญมากคือการสื่อสารและความสัมพันธ์กับผู้อื่นก็จะดีขึ้นด้วย อันเป็นผลมาจากกระบวนการกลุ่มที่สมาชิกกลุ่มต้องมีปฏิสัมพันธ์กันตลอดเวลา มีงานให้ผู้ป่วยเลือกทำ 3 งาน คือ

การปลูกพืชไว้ดิน การเลี้ยงเห็ด และการทำเหรีญไผ่ เพราะเป็นงานที่ทำได้ง่าย ผู้ป่วยไม่ต้องใช้แรงงานมาก หรือเผชิญกับความร้อนแรงของแสงแดด เช่นงานเกษตรกรรมอื่น ประกอบกับไม่ต้องทำตลอดเวลา มีขั้นตอนของการปฏิบัติกิจกรรมตามระยะเวลาที่ชัดเจน เช่น เพาะกล้า รอเวลากลับขึ้น ปลูกกล้า แล้วบำรุงรักษารอเวลาเก็บผลผลิต ส่วนเหรีญไผ่รับปันไผ่ทานนั้นเป็นกิจกรรมที่สอดคล้องกับความชอบของผู้ป่วยเพศหญิงที่ชอบประดิษฐ์สิ่งสวยงาม

4) โปรแกรมจิตอาสา

การนำจิตอาสาเข้ามาใช้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังนั้นก็เพื่อให้ผู้ป่วยได้เรียนรู้ และปรับตัวให้เข้ากับสังคมที่ตนอาศัยอยู่ ด้วยการให้ การเสียสละเพื่อส่วนรวม ถือได้ว่าเป็นส่วนหนึ่งของการสร้างกำลังใจ ลดความรู้สึกว่าตัวตนไร้ความหมาย (meaninglessness) และการแยกตัวออกจากโลกและเพิ่มความภาคภูมิใจในตนเอง การเป็นส่วนหนึ่งที่ยังสามารถสร้างประโยชน์ให้กับสังคมได้ การยกย่องโปรแกรมจิตอาสา เป็นไปตามหลักการกระบวนการสร้างจิตอาสา²⁷ คือ 1) ปลูกฝังให้ตระหนักถึงความสำคัญของจิตอาสา 2) การเตรียมความพร้อมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ด้านความรู้ และการติดต่อสื่อสาร 3) การสร้างความเชื่อมั่นในตน 4) การเข้าร่วมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง และการสอน (coaching)

5) โปรแกรมฝึกทักษะการเล่นอังกะลุง

ในการฟื้นฟูสมรรถภาพยังต้องคำนึงถึงกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกอึดอัดมีความสุขในสิ่งที่ทำ รู้สึกผ่อนคลาย มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้น รวมทั้งช่วยให้อาการทางลบลดลงอีกด้วย ซึ่งผู้วิจัยให้ความสำคัญกับกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับดนตรี การเล่นดนตรีหรือร้องเพลง และการอาสาทำงานอย่างใดอย่างหนึ่งที่มีประโยชน์ต่อผู้อื่นและสังคม ซึ่งเป็นผลโดยตรงต่อจิตวิญญาณของผู้ป่วยเอง การยกย่องโปรแกรมฝึกทักษะในการเล่นอังกะลุง ได้นำกระบวนการ

กลุ่ม²⁵ และเทคนิคการสอนงาน (coaching)²⁶ เข้ามาใช้ในการพัฒนาโปรแกรม

การพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ

ผู้เชี่ยวชาญมี 2 กลุ่ม โดยผู้เชี่ยวชาญกลุ่มแรก ประกอบด้วย จิตแพทย์ 1 คน นักจิตวิทยา 1 คน พยาบาลจิตเวช 2 คน พิจารณาและให้ความเห็นในร่างโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป โปรแกรมฝึกทักษะการทำงาน โปรแกรมจิตอาสา โดยส่งร่างโปรแกรมทั้ง 4 ฉบับ ให้พิจารณาพร้อมกัน และผู้เชี่ยวชาญกลุ่มที่ 2 ประกอบด้วยครุฑนตรีไทย 1 คน และนักดนตรีไทย 1 คน พิจารณาวិธีการสอนการเล่นอังกะลุง ตัวโน้ตและเพลงที่ใช้เล่นว่ามีความเหมาะสมหรือไม่

การทดลองนำร่อง

ดำเนินการทดลองในกลุ่มตัวอย่างนำร่อง โดยโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ดำเนินการในเดือนธันวาคม ๒๕๕๘ โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป ดำเนินการในเดือนมีนาคม-เมษายน ๒๕๕๙ โปรแกรมฝึกทักษะการทำงาน ดำเนินการในเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม ๒๕๕๙ โปรแกรมจิตอาสา ดำเนินการในเดือนตุลาคม ๒๕๕๙ โปรแกรมฝึกทักษะการเล่นอังกะลุง ดำเนินการในเดือนธันวาคม ๒๕๕๙ ขั้นตอนที่ 2 การบูรณาการและการประเมินผลโปรแกรม

นำข้อสรุปจากกิจกรรมนำร่องและบูรณาการโปรแกรม ดำเนินการเดือนมกราคม ๒๕๖๐

กลุ่มตัวอย่าง

มี 2 กลุ่มหลักคือ กลุ่มทดลองนำร่อง และกลุ่มประเมินผลโปรแกรมบูรณาการ เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พักรักษาตัวในหอผู้ป่วยในงานบริการบำบัดระยะยาว ที่มีความสามารถในการทำหน้าที่ระดับ 2 ขึ้นไป (ความสามารถในการทำหน้าที่ หมายถึง ความสามารถของผู้ป่วยใน 4 องค์ประกอบ คือ การดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการ

การทำงาน และการรับรู้การเจ็บป่วย แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ไม่สามารถทำได้ ระดับที่ 2 ทำได้แต่ต้องมีผู้อื่นช่วย ระดับที่ 3 ทำได้เพียงแต่ต้องการคำชี้แนะ ระดับที่ 4 ทำได้ด้วยตนเอง)

กลุ่มทดลองนำร่อง จำนวน 5 กลุ่ม กลุ่มละ 12 คน (แต่ละกลุ่มไม่ใช่ผู้ป่วยคนเดิม) วัดผลก่อน-หลังการทดลอง

กลุ่มประเมินผลโปรแกรมบูรณาการ

เป็นผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่พักรักษาตัวในสถานบำบัดระยะยาว จำนวน 40 คน ที่มีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ตั้งแต่ระดับ 2 ขึ้นไป สุ่มแบบง่าย แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน

เครื่องมือ

แบบประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ที่พัฒนาโดยไพฑูรย์ สมุทรสินธุ์ และคณะ²⁸ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการประเมินความก้าวหน้าของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง ครอบคลุมความสามารถในการทำหน้าที่ 4 ด้าน ได้แก่ ความสามารถในการดูแลตนเอง จำนวน 7 ข้อ ทักษะทางสังคม จำนวน 2 ข้อ ความสามารถในการทำงาน จำนวน 4 ข้อ และการรับรู้การเจ็บป่วยทางจิต จำนวน 3 ข้อ ลักษณะการประเมินเป็นการจัดระดับความสามารถ 4 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ไม่สามารถทำหน้าที่ได้ ระดับที่ 2 ทำหน้าที่ได้บ้างแต่ต้องมีผู้อื่นช่วยทำให้บ้าง ระดับที่ 3 ทำหน้าที่ได้แต่ต้องได้รับการชี้แนะจากผู้อื่นก่อน และระดับที่ 4 ทำหน้าที่ได้ด้วยตนเอง วิธีประเมินโดยใช้การสังเกตและสัมภาษณ์

แบบประเมินความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (Rosenberg self-esteem scale: RSE) ฉบับภาษาไทย²⁹ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ เป็นคำถามที่มีความหมายทั้งในด้านบวก 5 ข้อ และด้านลบ 5 ข้อ

แบบประเมินอาการทางลบ³⁰ จาก Positive and Negative Syndrome Scale ฉบับภาษาไทย

(PANSS-T)³¹ มีข้อคำถามทั้งหมด 13 ข้อ มีความครอบคลุมในส่วนของเนื้อหาที่เฉพาะเจาะจงการประเมินอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภททั้ง 7 ตามลักษณะอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภท

สถานที่

หอผู้ป่วยฟื้นฟู 6 เป็นหน่วยบริการเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง และคัดเลือกพยาบาลวิชาชีพ 2 คน ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง (ผู้วิจัยได้ดำเนินการอบรมพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยในสถานบำบัดระยะยาว จำนวน 28 คน เนื้อหาการอบรมเป็นแนวคิดทฤษฎีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางจิตและการใช้โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 5 โปรแกรม เป็นการอบรมทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ ในช่วงเดือนมกราคม ๒๕๖๐) เป็นผู้ช่วยในการทำกิจกรรมการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพในรูปแบบใหม่นี้ ประเมินผลก่อนและหลังสิ้นสุดการทดลอง

วิธีดำเนินการ

ดำเนินการทุกวัน จันทร์-ศุกร์ จำนวน 54 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง เป็นเวลา 6 สัปดาห์ ในช่วงเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม ๒๕๖๐ โดยในระยะเวลา 6 สัปดาห์นั้น ผู้ป่วยกลุ่มควบคุมจะได้รับการพยาบาลตามปกติ เช่น การดูแลเรื่องสุขอนามัย การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารและยา และการดูแลภาวะโรคร่วมทางกาย เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยกลุ่มทดลอง นอกจากจะได้รับการพยาบาลตามปกติแล้ว ยังต้องเข้าร่วมโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพฉบับบูรณาการดังกล่าว

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ คะแนนเฉลี่ย และเปรียบเทียบความสามารถในการทำหน้าที่ ความภาคภูมิใจในตนเอง และอาการทางลบของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลองด้วยค่าสถิติ t-test

ผล

ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาโปรแกรม ประกอบด้วย 5 โปรแกรม ได้แก่

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมองประกอบด้วย 12 กิจกรรม ได้แก่ ด้านความจำ 4 กิจกรรม ได้แก่ วัตถุและรูปทรง แทนแกรม พับกระดาษ และจับผิดภาพ ด้านการคำนวณ 4 กิจกรรม ได้แก่ ไฟ 9 แด้ม เกมแข่งบวกเลข Sudoku และจ่ายตลาด ด้านภาษา 4 กิจกรรม ได้แก่ เกมบอกข่าว คำพังเพย สุภาษิต เคลื่อนไหวตามคำสั่ง/เพลง และเล่าเรื่องจากภาพ รวม 12 กิจกรรม กิจกรรมครั้งละ 1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 3 ครั้ง จำนวน 4 สัปดาห์ วัดผลของโปรแกรมด้วยคะแนนแบบทดสอบสภาพสมองเบื้องต้นฉบับภาษาไทย (Mini-Mental State Examination: MMSE) และคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่

โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป

นิทานอีสป 6 เรื่อง คือ กระต่ายกับเต่า เด็กเลี้ยงแกะ ราชสีห์กับหนู เทพารักษ์กับคนตัดไม้ หมูกับนักเดินทาง และหมาป่าอกตัญญู ทำกิจกรรมทั้งสิ้นจำนวน 12 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งแรก: เป็นการอ่านเนื้อเรื่องในนิทานอีสปสรุป คัดเลือกตัวแสดง กำหนดฉากที่จะใช้เล่น ออกแบบคำพูดตัวละคร และวัสดุอุปกรณ์ประกอบฉาก ครั้งที่สอง: เป็นการแสดงจริง แล้วสรุปสิ่งที่ได้จากการแสดง การสื่อสารของตัวละครทำให้เกิดเรื่องราวอะไร และการเชื่อมโยงเรื่องราวในนิทานสู่การใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น ใช้เวลาดำเนินการทั้งสิ้น 6 สัปดาห์ วัดผลของโปรแกรมด้วยคะแนนทักษะทางสังคมและคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ มี 3 กิจกรรม ให้เลือกทำ คือ

งานปลูกพืชไร้ดิน ประกอบด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง คือ ครั้งที่ 1 ความรู้

เกี่ยวกับการปลูกพืชไร้ดิน/โรงเรือน/อุปกรณ์/พืชผักที่นิยมปลูก ครั้งที่ 2 เยี่ยมชมโรงเรือนปลูกพืชไร้ดิน ทำความรู้จักอุปกรณ์ที่ใช้ ดูรางปลูก การจัดการเกี่ยวระบบน้ำ-ปุ๋ยที่ใช้ ครั้งที่ 3 การเพาะกล้า ครั้งที่ 4 การย้ายกล้าปลูกในราง ครั้งที่ 5 การดูแลให้ปุ๋ยและน้ำ ครั้งที่ 6 การควบคุมการเจริญเติบโต (การควบคุมค่าความเป็นกรด-ด่าง ครั้งที่ 7 การควบคุมการเจริญเติบโต (การควบคุมอุณหภูมิความชื้นแสง การถ่ายเทอากาศ ครั้งที่ 8 การควบคุมการเจริญเติบโต (การกำจัดโรคและแมลง) ครั้งที่ 9 การสำรวจและรายงานการเจริญเติบโตของผักในรางที่ปลูกของตนเอง ครั้งที่ 10 การเพาะกล้ารุ่นใหม่ ครั้งที่ 11 การเก็บผลผลิต ครั้งที่ 12 การจัดการโรงเรือนหลังการเก็บเกี่ยว

งานเลี้ยงฮีตนางฟ้า (เห็ดภูฐาน) ประกอบด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง คือ ครั้งที่ 1 เรื่องราวเกี่ยวกับเห็ด (เห็ดที่นิยมนำมารับประทาน ดูเห็ดของจริง) การแปรรูปเห็ด ประสิทธิภาพเกี่ยวกับเห็ด ครั้งที่ 2 เยี่ยมชมโรงเรือนเลี้ยงเห็ดดูโรงเรือน อุปกรณ์ที่ใช้ และเห็ดที่กำลังเลี้ยงอยู่ ครั้งที่ 3 พาผู้ป่วยไปซื้อเห็ดที่โรงเพาะบ่มเชื้อเห็ดและขอเยี่ยมชม ครั้งที่ 4 ทำความสะอาดโรงเรือนนำถุงเห็ดที่ผ่านการเพาะบ่มเชื้อแล้วจัดเรียงในโรงเรือน ครั้งที่ 5 การเปิดดอกเห็ด ครั้งที่ 6 การควบคุมการเจริญเติบโต (อุณหภูมิ อากาศ ความชื้น น้ำ แสง ความสะอาด) ครั้งที่ 7 รายงานการเจริญเติบโตของเห็ด แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับคุณสมบัติของเห็ดและการแปรรูป ครั้งที่ 8 รายงานการเจริญเติบโต โรค และอื่นๆ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเกี่ยวกับสิ่งที่เกิดขึ้น ครั้งที่ 9 เก็บเห็ดและใส่ถุงส่งจำหน่าย ครั้งที่ 10 เก็บเห็ดและใส่ถุงส่งจำหน่าย ครั้งที่ 11 เก็บเห็ด และใส่ถุงส่งจำหน่าย ครั้งที่ 12 การจัดการโรงเรือนหลังการเก็บผลผลิต

งานทำเหรียญโปรยทาน ประกอบด้วยกิจกรรม 12 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง คือ ครั้งที่ 1

ทำความเข้าใจกับ การนำริบบิ้นไปใช้ประโยชน์ และเหรียญโปรยทาน แนะนำอุปกรณ์ สอนและฝึกการทำเหรียญริบบิ้น แบบที่ 1 ครั้งที่ 2 ทบทวนการทำเหรียญริบบิ้น แบบที่ 1 ให้ผู้ป่วยทำเหรียญริบบิ้นแบบที่ 1 โดยจับคู่กันเพื่อให้ช่วยกันจำและช่วยเหลือกันในการทำงาน ครั้งที่ 3 ทบทวนการทำเหรียญริบบิ้น แบบที่ 1 ให้ผู้ป่วยทำเหรียญริบบิ้นแบบที่ 1 ด้วยตนเอง สามารถซักถามได้ ครั้งที่ 4 สอนและฝึกให้ผู้ป่วยทำเหรียญริบบิ้นโปรยทานแบบที่ 2 ครั้งที่ 5 ทบทวนการทำเหรียญริบบิ้นแบบที่ 2 ให้ผู้ป่วยทำเหรียญริบบิ้นแบบที่ 1 โดยจับคู่กันเพื่อให้ช่วยกันจำและช่วยเหลือกันในการทำงาน ครั้งที่ 6 ทบทวนการทำเหรียญริบบิ้น แบบที่ 2 ให้ผู้ป่วยทำเหรียญริบบิ้นแบบที่ 2 ด้วยตนเอง สามารถซักถามได้ ครั้งที่ 7-9 ทำเช่นเดียวกันกับ ครั้งที่ 4-6 แต่เป็นการทำเหรียญริบบิ้นโปรยทานแบบที่ 3 ครั้งที่ 10-12 ทำเช่นเดียวกันกับครั้งที่ 4-6 แต่เป็นการทำเหรียญริบบิ้นโปรยทานแบบที่ 4

โปรแกรมจิตอาสา

โปรแกรมจิตอาสา มี 8 กิจกรรม ดำเนินกิจกรรม สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละ 1.30 ชั่วโมง จำนวน 4 สัปดาห์ ครั้งที่ 1 ทำความเข้าใจกับคำว่า “จิตอาสา” และบทบาทของผู้ป่วยการเป็นจิตอาสา ครั้งที่ 2 อ่านเรื่องราวของจิตอาสา “น้ำใจเล็กๆ ที่ยิ่งใหญ่ของป่าหยาบ ...แม่ค้า 5 บาท” ครั้งที่ 3 ชมวิดีโอจิตอาสา “ยายิ้ม” ครั้งที่ 4 ชมวิดีโอจิตอาสา “ลุงพอใจ” ครั้งที่ 5 ชมวิดีโอจิตอาสา “ก๊วยย้ง” ครั้งที่ 6 ทำกิจกรรมจิตอาสา ครั้งที่ 7 ทำกิจกรรมจิตอาสา ครั้งที่ 8 ทำกิจกรรมจิตอาสา และสรุป วัตถุประสงค์ของโปรแกรมด้วยคะแนนความรู้สึก มีคุณค่าในตนเองและอาการทางลบ

โปรแกรมฝึกทักษะการเล่นอังกะลุง

ประกอบด้วย กิจกรรม 12 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง คือ ครั้งที่ 1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับการเล่นอังกะลุง

ครั้งที่ 2 ฝึกเล่นเพลงลาวดวงเดือน ครั้งที่ 3 ทบทวนเพลงลาวดวงเดือน ครั้งที่ 4-6 ฝึกเล่นเพลงลาวเจริญศรี ครั้งที่ 7-9 ฝึกเล่นเพลงลอยกระทง ครั้งที่ 10-12 ฝึกเล่นเพลงเดือนเพ็ญ

ความเห็นของผู้เชี่ยวชาญ ต่อโปรแกรมฉบับร่าง

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ควรเพิ่มการวัดความสามารถในการทำหน้าที่

โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป ผู้นำกลุ่มต้องฝึกฝนตนเองในการกระตุ้นผู้ป่วยให้พูดสื่อความรู้สึกในฐานะตัวละคร รวมทั้งการเชื่อมโยงคตินิธรรมจากนิทานสู่เรื่องราวในชีวิตของผู้ป่วย

โปรแกรมฝึกทักษะการทำงาน การฝึกทักษะการทำงานสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ควรมอบหมายกิจกรรมหรืองานให้ผู้ป่วยทำ และมารายงานความก้าวหน้าในกลุ่มครั้งต่อไป

โปรแกรมจิตอาสา เนื่องจากผู้ป่วยยังคงพักรักษาตัวในโรงพยาบาล กิจกรรมจิตอาสาที่ให้ผู้ป่วยทำต้องทำให้ผู้ป่วยเต็มใจที่จะทำกิจกรรมเพื่อประโยชน์ส่วนรวม และกิจกรรมควรแตกต่างจากกิจกรรมที่ทำประจำภายในหอผู้ป่วย การวัดผลของกิจกรรมควรเพิ่มการวัดอาการทางลบของผู้ป่วยด้วย

โปรแกรมฝึกการเล่นอังกะลุง ผู้วิจัยควรเล่นอังกะลุงได้ด้วย โดยเฉพาะการให้จังหวะ เพราะการใช้ดนตรีบำบัดนั้นเน้นเรื่องจังหวะ และควรจะมีผู้ช่วยในการทำกลุ่มฝึกดนตรีที่เป็นนักดนตรีไทย

การทดลองใช้โปรแกรมฉบับร่าง

โปรแกรมฉบับร่างทั้ง 5 โปรแกรมพบว่าได้ผลดี คือ มีคะแนนสมรรถภาพสมอง ความสามารถในการทำหน้าที่ ทักษะทางสังคม ความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้นและอาการทางลบลดลง แต่ต้องมีการปรับกิจกรรมและเทคนิคบ้าง โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป ควรเพิ่มวัสดุอุปกรณ์ประกอบการแสดง เช่น มีหน้ากากสัตว์ใส่ให้กับตัวละคร มีอุปกรณ์ประกอบฉากอื่นๆ เช่น ก้อนหินที่ทำจากโฟม รูปบ้านไม้ หรือต้นไม้จริงในกระถางเพื่อให้ได้บรรยากาศที่ดีในการแสดง การฝึกอาชีพควรให้

ผู้ป่วยได้เรียนรู้ในการใช้เครื่องมือหรืออุปกรณ์อื่นๆ ในการทำงาน เพื่อให้รู้สึกรู้ว่าทำงานครบสมบูรณ์ตามกิจกรรมที่ควรจะเป็น เช่น การควบคุมการเปิดปิดสวิตช์ไฟฟ้าที่ใช้ในการควบคุมน้ำที่ใช้ในการเพาะปลูก และเพิ่มการคัดเลือกผู้ป่วยไม่ควรเป็นผู้ป่วยที่เฝ้าระวังพฤติกรรมรุนแรง เพราะการทำกิจกรรมมีการใช้อุปกรณ์ กรรไกร และมีด รวมทั้งเปิดโอกาสให้เปลี่ยนงานหากทำไปแล้วไม่ชอบ ส่วนการเล่นอังกะลุง ควรจัดบรรยากาศให้สนุกสนาน มีการปรบมือ ร้องเล่นเพลงต่างๆ ระหว่างการฝึก รายละเอียดตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนก่อนและหลังการทดลองใช้โปรแกรมฉบับร่าง

โปรแกรม	การประเมิน	ก่อนทดลอง	หลังการทดลอง	p-value
		ค่าเฉลี่ย (SD)	ค่าเฉลี่ย (SD)	
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง	MMSE	13.4 (1.3)	21.0(2.3)	<.01
	ความสามารถในการทำหน้าที่	55.1(5.6)	60.23(3.6)	<.01
โปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป	ทักษะทางสังคม	14.17(5.0)	19.4(4.1)	<.01
	ความสามารถในการทำหน้าที่	54.5(10.0)	73.9(8.7)	<.01
โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทางอาชีพ	ทักษะการทำงาน	6.3(2.4)	10.1(2.6)	<.01
โปรแกรมจิตอาสา	ความภาคภูมิใจในตนเอง	21.3(3.7)	29.9(2.9)	<.01
	อาการทางลบ	9.08(7)	4.8(1.4)	<.01
โปรแกรมฝึกทักษะการเล่นอังกะลุง	ความภาคภูมิใจในตนเอง	20.9(3.1)	28.3(2.9)	<.01
	อาการทางลบ	9.5(1.5)	5.6(1.0)	<.01

ขั้นตอนที่ 2 โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพฉบับบูรณาการและการประเมินผลโปรแกรม

จากการทดลองนำร่อง พบว่า การฟื้นฟูสมรรถภาพสมองกับการฝึกทักษะทางสังคมเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมซึ่งกันและกัน คือ การฝึกกระบวนการคิดและความจำในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ก็จะได้ทักษะทางสังคมด้วย เพราะในการทำกิจกรรมร่วมกันผู้ป่วยต้องใช้การสื่อสาร การช่วยเหลือ แบ่งปันจึงจะทำกิจกรรมสำเร็จ ส่วนการ

ฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป ผู้ป่วยต้องใช้กระบวนการคิด ลำดับเหตุการณ์ตามเนื้อเรื่อง การเชื่อมโยงคติธรรมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย กิจกรรมจิตอาสานั้นจะพบว่าระยะแรกๆ ผู้ป่วยไม่ค่อยให้ความสนใจ เพราะคิดว่าตนเองเป็นผู้ป่วยต้องได้รับบริการที่ดีจากคนอื่น ไม่ต้องทำอะไรให้ใคร แต่เมื่อผ่านไปในสัปดาห์ที่ 3 จึงรู้สึกรู้ว่าควรจะทำประโยชน์ให้คนอื่น พฤติกรรมความกระตือรือร้นและร่วมมือในการทำกิจกรรมเพิ่มมากขึ้น ซึ่งต้อง

อาศัยการได้คิดและความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจึงจะร่วมมือกันในการคิดและเลือกที่จะทำกิจกรรมจิตอาสาให้สำเร็จได้ ส่วนกิจกรรมอังกะลุง เป็นกิจกรรมที่ต้องใช้เวลานาน สิ่งที่เห็นชัดเจนขณะที่ผู้ป่วยเข้าร่วมกิจกรรมอังกะลุงคือ ความสุข ความเบิกบานใจ ส่วนกิจกรรมฝึกอาชีพ เป็นสิ่งที่ต้องโน้มน้าวผู้ป่วยในการทำกิจกรรม ผู้ป่วยมักไม่ชอบทำกิจกรรมเพราะไม่เคยทำมาก่อน คิดว่าทำยาก ต้องระมัดระวัง กลัววัสดุอุปกรณ์จะเสียหาย แต่ก็สามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนเสร็จสิ้นตามเวลาที่กำหนด

โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพฉบับบูรณาการ ประกอบด้วย กิจกรรมต่างๆ ที่ระบุไว้ในโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพทั้ง 5 โปรแกรมที่พัฒนาไว้ ได้แก่ การฟื้นฟูสมรรถภาพทางสมอง จำนวน 12 ครั้ง การฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป จำนวน 12 ครั้ง การฝึกทักษะการทำงาน จำนวน 12 ครั้ง กิจกรรมจิตอาสา จำนวน 6 ครั้ง การเล่นอังกะลุง

จำนวน 12 ครั้ง รวมทำกิจกรรมทั้งสิ้น 54 ครั้ง ใช้ระยะเวลา 6 สัปดาห์ (รายละเอียดของกิจกรรมเช่นเดียวกันกับร่างโปรแกรมทั้ง 5 โปรแกรม ผู้วิจัยได้ตัดกิจกรรมจิตอาสา ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ในยกร่างโปรแกรมจิตอาสาออก โดยย่อเนื้อหาความเข้าใจเรื่องจิตอาสาไปไว้ในครั้งที่ 1 เพื่อให้กิจกรรมทั้งหมด 54 ครั้ง พอเหมาะกับเวลา 6 สัปดาห์)

การประเมินผลโปรแกรม

ผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง 40 คน สุ่มอย่างง่ายเพื่อแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 20 คน กลุ่มควบคุม 20 คน กลุ่มควบคุมมีอายุเฉลี่ย 54.9 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 18 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา กลุ่มทดลองมีอายุเฉลี่ย 53.2 ปี ระยะเวลาการเจ็บป่วยเฉลี่ย 17.8 ปี การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=20)	กลุ่มทดลอง (n=20)
อายุ (ปี) ค่าเฉลี่ย (SD)	54.9(4.8)	53.2(5.1)
61-63	3	2
51-60	13	13
44-50	4	5
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี) ค่าเฉลี่ย (SD)	18.0(7.9)	17.8(7.2)
21-36	5	7
11-20	10	9
6-10	5	4
ระดับการศึกษา		
ปริญญาตรี	-	1
มัธยมศึกษา	9	11
ประถมศึกษา	7	7
ไม่ได้เรียน	4	1

ก่อนเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ผู้ป่วยทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีระดับความสามารถในการทำหน้าที่ ความภาคภูมิใจในตนเอง และอาการทางลบ ไม่แตกต่างกัน เมื่อผู้ป่วยเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพจนครบ 6 สัปดาห์ ทำการประเมินความสามารถในการทำหน้าที่ ความภาคภูมิใจในตนเอง และอาการทางลบซ้ำ พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความสามารถในการทำหน้าที่ ความภาคภูมิใจในตนเองและอาการทางลบแตกต่างกัน ทั้ง 3 ด้าน โดยผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ ความภาคภูมิใจในตนเองสูงกว่ากลุ่มควบคุม และคะแนนอาการทางลบต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ดังตารางที่ 3

เมื่อพิจารณาความสามารถในการทำหน้าที่ ความภาคภูมิใจในตนเอง และอาการทางลบของกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังเข้ารับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ พบว่า ในกลุ่มควบคุมเมื่อสิ้นสุดการรับบริการมีความสามารถในการทำหน้าที่ และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง ทั้ง 2 ด้าน ส่วนอาการทางลบพบว่าคงเดิมในกลุ่มทดลอง เมื่อสิ้นสุดการรับบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ ความสามารถในการทำหน้าที่ ความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น อาการทางลบลดลงทั้ง 3 ด้าน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการทำหน้าที่ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง และอาการทางลบ ก่อนและหลังทดลอง

	ก่อน ค่าเฉลี่ย (SD)		p-value	หลัง ค่าเฉลี่ย (SD)		p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	
ความสามารถในการทำหน้าที่	65.0(7.0)	66.2(4.4)	0.69	85.0(6.7)	65.9(4.8)	<.01
ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง	26.4(1.8)	25.9(2.2)	0.54	29.3(1.7)	24.1(2.1)	<.01
อาการทางลบ	8.7(1.4)	8.3(1.1)	0.38	7.4(1.3)	8.5(0.8)	<.01

วิจารณ์

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ขั้นตอนและกระบวนการของกิจกรรมได้พัฒนาปรีชาของ ผู้ป่วย ทั้งในด้านความจำ การคำนวณ ภาษาและการเคลื่อนไหว ทำให้ผู้ป่วยรับรู้ จดจำ ระลึกได้ เข้าใจคำสั่ง เข้าใจขั้นตอนการทำงานต่างๆ การรับรู้ในการสื่อความหมายที่ผู้อื่นส่งมาให้ และสามารถโต้กลับในสิ่งที่ตนเองอยากจะบอกต่อผู้อื่นได้ มีการศึกษาการฝึกความจำในผู้สูงอายุ กลุ่มทดลองมีคะแนนความจำสูงกว่าก่อนได้รับการฝึกความจำ³² และการศึกษาเกี่ยวกับผลของการฝึกทักษะความจำ

ภายใต้เงื่อนไขที่กำหนดในผู้สูงอายุที่ปกติและมีความบกพร่องทางความจำ ในระยะเวลา 5 สัปดาห์ ผลการศึกษาพบว่า ทั้ง 2 กลุ่ม มีคะแนนความจำจากการวัดดีขึ้น³³ ในทำนองเดียวกันมีการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยจิตเภทที่มีความบกพร่องด้านสมรรถภาพสมอง จะมีระดับคุณภาพชีวิตและความสามารถในการทำงานต่ำ^{34,35} นั่นคือผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังหากไม่ได้รับการฟื้นฟูสมรรถภาพสมองอย่างถูกต้องก็จะมี ความถดถอยในทุกๆ เรื่องตามธรรมชาติของอาการทางลบของผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่เพิ่มขึ้นตามวันเวลาที่ผ่านไป

ส่วนของโปรแกรมฝึกทักษะทางสังคมด้วย นิทานอีสป รูปแบบของการฝึกทักษะเริ่มจากการให้ผู้ป่วยอ่านเรื่องราวของนิทานอีสป สรุป คัดเลือก ตัวแสดง กำหนดฉาก กำหนดคำพูดของตัวละครที่ใช้ ในการแสดง การซ้อมก่อนแสดง และการแสดงจริง จนถึงสรุปและเปลี่ยนความรู้สึก ความคิดเห็น ที่ได้จากการทำกิจกรรมและคติธรรมที่ได้จากนิทาน ขั้นตอนเหล่านี้ช่วยพัฒนาทักษะการสื่อสารระหว่าง ผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ที่ทำกลุ่ม ปฏิบัติการช่วยเหลือ ระหว่างกันขณะทำกลุ่ม ช่วยให้ผู้ป่วยเรียนรู้ที่จะ อยู่ร่วมกัน โดยเฉพาะคติธรรมจากนิทานจะสะท้อน ภาพสังคมและแนวทางการปรับตัวของผู้ป่วย ความ ตระหนักในคุณค่าของตนเองอันเป็นส่วนหนึ่งของ ความสำเร็จในการร่วมแสดงละครตามบทบาทที่ได้รับมอบหมาย ความสุขและความอึดเื้อมในกิจกรรม เป็นตัวกระตุ้นถึงความภาคภูมิใจของตนเองให้เพิ่มขึ้น การกระตุ้นจากกลุ่มช่วยส่งเสริมอาการทางลบของ ผู้ป่วยให้ค่อยๆ ลดลง เป็นผลให้ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ พึงฟูสมรรถภาพมีคะแนนทักษะทางสังคมสูงขึ้น ความ ภาคภูมิใจในตนเองสูงขึ้น และช่วยให้อาการทาง ลบลดลง การวิจัยครั้งนี้เป็นเรื่องแรกที่น่าสนใจ นิทานอีสปมาใช้กับผู้ป่วยจิตเวช ส่วนใหญ่แล้วเป็นการนำ นิทานอีสปไปใช้ในการปรับพฤติกรรมเด็กปฐมวัย เช่น การพัฒนาการจัดประสบการณ์ส่งเสริมพฤติกรรม ทางสังคมของเด็กปฐมวัยโดยใช้การเล่นนิทานอีสป ประกอบการใช้สถานการณ์จำลอง พบว่า หลังเข้ารับ กิจกรรมฯ เด็กปฐมวัยมีคะแนนพฤติกรรมทางสังคม สูงกว่าก่อนเข้ารับกิจกรรม¹⁶ บางรายได้นำนิทาน อีสปมาใช้เพื่อพัฒนาทักษะทางการพูด เช่น การ ศึกษาผลการใช้กิจกรรมการเล่นนิทานจากภาพที่มีต่อ พัฒนาการทางการพูดของนักเรียนชั้นอนุบาล พบว่า หลังสิ้นสุดกิจกรรมตามแผน นักเรียนมีพัฒนาการ ทางการพูดสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม¹⁷

โปรแกรมฝึกทักษะการทำงาน ใน 3 งานหลัก คือ การทำเหรียญรับปันโปรยทาน การ

ปลูกพืชไร้ดิน และการเลี้ยงเห็ด โดยจัดทำเป็น ขั้นตอนการสอน และฝึกงานทีละขั้นจนได้ชิ้นงาน การทำเหรียญรับปันโปรยทานเป็นงานที่ใช้ระยะเวลา สั้น 45-60 นาทีจะได้ 1 เหรียญ ส่วนการปลูกพืชไร้ดิน และการเลี้ยงเห็ด ต้องใช้เวลา 45 วัน จึงจะได้ผลงาน ระหว่างทำกิจกรรมติดตามผู้ป่วยในเรื่องของ สมมติ การทำงานตามขั้นตอน ความรับผิดชอบ และ คุณภาพของงาน อย่างไรก็ตามผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วย มีทักษะในการทำงานดีขึ้น เช่น การศึกษาโครงการ พึ่งฟูสมรรถภาพผู้ป่วยจิตเวชด้วยการปลูกพืชไร้ดิน ในผู้ป่วย 3 คน ใช้ระยะเวลา 45 วัน โดยกำหนด แผนกิจกรรมการปลูกพืชไร้ดินตั้งแต่เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ การเพาะกล้าและการเก็บผลผลิต พบว่าหลัง เสร็จสิ้นกิจกรรมผู้ป่วยมีทักษะในการทำงานแต่ยังไม่ สามารถทำงานได้เองตามลำพัง พฤติกรรมการดูแล ตนเองดีขึ้น อาการทางลบลดลง³⁶ การศึกษาผลการ พึ่งฟูสมรรถภาพทางอาชีพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชใน ชุมชน โดยให้ผู้ป่วยฝึกอาชีพการทำดอกไม้จันทน์กับ ผู้ประกอบการเป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ พบว่า ผู้ป่วย มีคะแนนความสามารถและคะแนนความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่า ในตนเองเพิ่มขึ้น³⁷ และการพึ่งฟูสมรรถภาพทาง อาชีพสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน โดยจัดโปรแกรม การพึ่งฟูสมรรถภาพประกอบด้วยการจัดตาราง กิจกรรมประกอบด้วยกิจกรรมทอเสื่อกก กลุ่มระดับ ประคอง กิจกรรมประจำวัน ที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐาน เป็นระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการ มีคะแนนทักษะทั้ง 6 ด้าน เพิ่มขึ้น³⁸

กิจกรรมจิตอาสา ดำเนินกิจกรรม 6 ครั้ง เป็นการดูวิดีโอ 3 ครั้ง เรื่อง “ยายิ้ม” “ลุงพอใจ” และ “ก๊วยยัง” และการทำจิตอาสา 3 ครั้ง ทำให้ ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าต่อสังคม รู้สึกสนุกที่ได้ทำ กิจกรรมนอกตึกร่วมกับเพื่อนๆ และอยากทำกิจกรรมนี้ ไปเรื่อยๆ สอดคล้องกันกับการศึกษาพฤติกรรม จิตอาสา ช่วยให้ผู้บุคคลเห็นคุณค่าในตนเอง รู้สึกถึง ความสามารถ และคุณค่าของตัวเอง และในทาง

กลับกันตัวแปรที่พยากรณ์คุณธรรมและพฤติกรรมจิตอาสาได้ดีที่สุด คือ การเห็นคุณค่าในตนเอง³⁹ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจของ United Health Group ของสหรัฐอเมริกาเมื่อปี ๒๕๕๖⁴⁰ ซึ่งพบว่า การทำงานของอาสาสมัคร โดยเฉพาะเมื่อได้ทำงานที่ตนเองชื่นชอบ นอกจากจะสร้างสังคมให้น่าอยู่แล้ว ตัวอาสาสมัครเองยังมีความสุขกับการใช้ชีวิตมากขึ้น และมีสุขภาพดีตามไปด้วย ดังนั้นกิจกรรมจิตอาสาจึงเป็นเครื่องมือที่ดี เครื่องมือหนึ่งในการเพิ่มพูนความภาคภูมิใจในตนเอง รวมทั้งลดอาการทางลบในผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรัง

โปรแกรมการเล่นดนตรีร้องกะลุง ซึ่งดำเนินการในช่วงบ่ายของวันพุธและพฤหัสบดี สัปดาห์ละ 2 ครั้ง จำนวน 12 ครั้ง ครั้งแรกๆ ผู้ป่วยจะเคอะเขิน ไม่ถนัดในการจับและเขย่าเครื่องอังกะลุง เข้าสัปดาห์ที่ 3 ผู้ป่วยจะคล่องตัวมากขึ้น ประกอบกับเพลงที่ใช้จะเป็นเพลงที่คุ้นหู เช่น ลาวดวงเดือนและลอยกระทง ทั้งนี้ในการฝึกได้ทำการปรับให้ผู้ป่วยสลับเปลี่ยนกันเป็นนักร้องนำของวง ทำให้ผู้ป่วยสนุกสนานมากขึ้น ทำให้มีผลในทางบวก สอดคล้องกับการศึกษาผลของกิจกรรมการเล่นอังกะลุงร่วมกับการใช้กระบวนกลุ่มต่อความว่าเหวของผู้สูงอายุในบ้านพักคนชราพบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมีความว่าเหวลดลงกว่ากลุ่มควบคุม รวมทั้งความว่าเหวของกลุ่มทดลองเองลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม²¹

ในทางตรงกันข้ามผู้ป่วยกลุ่มควบคุมแม้ว่าจะได้รับการพยาบาลตามปกติ การได้รับอาหารและยา การดูแลเรื่องสุขอนามัยและความปลอดภัย ไม่ได้รับการกระตุ้นด้วยกิจกรรมต่างๆ ดังที่กลุ่มทดลองได้รับ การดำเนินชีวิตที่เหมือนเดิมในแต่ละวัน พบว่าในระยะเวลา 6 สัปดาห์เท่ากัน กลุ่มควบคุมจะมีความสามารถในการทำหน้าที่ และความภาคภูมิใจในตนเองลดลง และอาการทางลบคงเดิม ผู้ป่วยจิตเภทยังเป็นเรื้อรังนานเท่าใดก็จะยิ่งปรากฏภาวะบกพร่องปริชาณมากเท่านั้น รวมทั้งมีความเสี่ยงใน

ทักษะความสามารถในการดูแลตนเองเกือบทุกด้าน¹ และผู้ป่วยจิตเภทถ้าป่วยซ้ำบ่อยๆ มีโอกาสที่จะมีพยาธิสภาพที่ถาวรมากขึ้น⁴

สรุป

รูปแบบบริการฟื้นฟูสมรรถภาพฉบับบูรณาการที่ประกอบไปด้วย โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพ 5 ด้าน คือ สมรรถภาพสมอง ทักษะทางสังคม ทักษะการทำงาน จิตอาสา และการเล่นอังกะลุง จำนวน 54 กิจกรรม ใช้เวลากิจกรรมละ 1.30 ชั่วโมง ระยะเวลา 6 สัปดาห์ จะช่วยให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเอง การทำหน้าที่ทางสังคม ความสามารถในการทำงาน การรับรู้การเจ็บป่วย และความภาคภูมิใจในตนเองเพิ่มขึ้น อาการทางลบลดลง หากว่ารูปแบบของการฟื้นฟูสมรรถภาพจะเชื่อมต่อไปถึงองค์กรเอกชนและสมาคม มูลนิธิต่างๆ ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยจิตเวช ได้มีแผนรองรับ ในการจัดสรรที่อยู่ การหางานให้กับผู้ป่วย ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะสามารถออกไปใช้ชีวิตนอกโรงพยาบาล สามารถพึ่งพาตนเองและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้เช่นคนทั่วไป

ข้อจำกัด

โปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพฉบับบูรณาการที่พัฒนาขึ้น เหมาะสำหรับผู้ป่วยจิตเภทเรื้อรังที่อยู่ในโรงพยาบาล หากจะนำไปใช้ในชุมชน หรือผู้ป่วยกลุ่มอื่น ต้องเลือกใช้กิจกรรมที่เหมาะสม และผู้นำกลุ่มกิจกรรมในแต่ละโปรแกรม ต้องมีทักษะเฉพาะที่สำคัญแตกต่างกัน เช่น ในกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง ผู้นำกลุ่มต้องมีทักษะในการเชื่อมโยงเรื่องราวในกิจกรรมที่ให้ผู้ผู้ป่วยทำกับสถานการณ์ในชีวิต ณ ขณะนั้นของผู้ป่วยเพื่อฝึกให้ผู้ผู้ป่วยได้ใช้สมองในการคิด จำ และระลึกได้ กิจกรรมฝึกทักษะทางสังคมด้วยนิทานอีสป ผู้นำกลุ่มต้องเชื่อมโยงเรื่องราวในนิทาน คติธรรมที่ได้จากนิทานกับการสื่อสารและการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้อื่น ส่วนการประเมินผลเพื่อ

ลดความลำเอียงควรมีผู้ประเมินผลภายนอก และมีโปรแกรมฟื้นฟูสมรรถภาพอื่นเปรียบเทียบ

กิตติกรรมประกาศ

ทุนสนับสนุนการวิจัยจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ ปี ๒๕๕๘

เอกสารอ้างอิง

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorder-IV-TR (4Thed.).Washington DC:American Psychiatric Association; 1984.
2. Lindstrom E, Bingeors K. Patient compliance with drug therapy in schizophrenia. Economic and clinical issues. Phamacoeconomics 2000;18:106-24.
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical:manual of mental disorder. 3th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
4. Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia:Lippincott Williams & wilkins; 2000.
5. Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D. National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. Arch Gen Psychiatry 1991;48:239-46.
6. Dickerson FB, Parente F, Ringel N. The relationship among three measures of social function in outpatients with schizophrenia. J Clin psychol 2000;56:1509-19.
7. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, Palmer BW, Patterson T, Jeste DV. The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenia patients. Biol Psychiatry 2003;53:422-30.
8. Patterson TL, Moscona S, McKibbin CL, Davidson K, Jeste DV. Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. Schizophr Res 2001;48:351-60.
9. Tsang H. Enhancing employment opportunities of people with mental illness through an integrated supported employment approach of individual placement and support and social skills training. Hong Kong Med J 2008;14suppl3:S41-6.
10. Harvey PD, Reichenberg A, Bowie CR, Patterson TL, Heaton RK. The course of neuropsychological performance and functional capacity in older patients with schizophrenia: influences of previous history of long-term institutional stay. Biol Psychiatry 2010;67:933-9.
11. Mueser KT, Salyers MP, Mueser PR. A prospective analysis of work in schizophrenia. Schizophr Bull 2001;27:281-96.
12. Liberman RP, Kopelowicz A, Smith TE. Psychiatric rehabilitation. In: Sadock BJ, Sadock VA (Eds.). Comprehensive textbook of psychiatry. 7th ed. Baltimore: William & wilkin. 2000;3218-45.
13. Roe D, Chopra M, Wagner B, Kazt G, Rudnick A. The emerging self in conceptualizing and treating mental illness. J Psychosoc Nurs Ment Serv 2004;24:33-9.
14. Wirakarat J. The cognitive recovery program for chronic schizophrenic patients. J Ment Health Thai 2012;20:163-73.
15. Liberman RP, Kopelowicz A. Recovery from schizophrenia: a concept in search of research. Psychiatr Serv 2005; 56:735-42.
16. Phaso W. The development of experience to promote social behavior of early childhood using Aesop Storytelling with simulation [thesis]. Mahasarakham: Mahasarakham University; 2012.
17. Phuekchin K. The effects of story from illustration activities on speaking development of the second year kindergarteners [thesis]. Bangkok: Chandrakasem Rajabhat University; 2007.
18. Manok. Meaning of life through volunteer spirit [thesis]. Chang Mai:Chiang Mai University; 2010.
19. Tang W, Yao X, Zheng Z. Rehabilitative effect of music therapy for residual schizophrenia. A one-moth randomized control in Shanghai. Br J Psychiatry 1994;24suppl:38-44.
20. Wonghom S. Activity therapy with the use of one to five music therapy technique in reducing negative behaviors, for chronic schizophrenia patients admitted in Prasimahaboid Psychiatric Hospital [thesis]. Khon kean: Khon kean University; 2010.
21. Wangwun P. The effect of using Ankalung activity with group process on loneliness in older persons in residential home [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2010.
22. Dobson R. Playing a musical instrument may lower dementia risk. Retrieved from <http://www.telegraph.co.uk/news/health/news/11337704/Playing-a-musical-instrument-may-lower-dementia-risk.html>.

23. Atkinson-Shiffrin memory model. Available from http://psychology.wikia.com/wiki/Atkinson-Shiffrin_memory_model [10 March 2011]
24. Thirajit W. Roleplaying. Retrieved from <https://www.gotoknow.org/posts/506108> [6March 2017]
25. Rungruangkulkij S. Conceptual framework for the rehabilitation of schizophrenia patients. J Psychiatr Nurs Mentl Health 2001;4:15-23.
26. Wongratanapiboon P. Coaching skills. Retrieved from http://www.enttraining.net/review_area_coach3.php [6 March 2017]
27. Kaweniyomchiasri N. Volunteering with volunteers. Retrieved from <https://www.volunteerspirit.org> [6 March 2017]
28. Samuthrsindh P, Wirakarat J, Kittipongpisarn S, Chomchuen R. Development the functional assessment tool for chronic schizophrenic. J Ment Health Thai 2016;24:189-201.
29. Soomlek SA. Causal model of maternal role mastery among first time mother [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 1996.
30. Bantengsuk H. Factors predicting quality of life of schizophrenic patients, out-patient development of Phasrimahabhodi Psychiatric Hospital [thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2002.
31. Nilchaikovit T, Ueanong S, Kessawai D, Thomyangkoon P. The Thai version of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia: criterion validity and inter rater reliability. J Med Assoc Thai 2000;83:646-51.
32. Chaiwong V. Effective of memory training in the elder [thesis]. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2005.
33. Villa D. Evaluating the effectiveness of a memory skill training class for health and impaired older adults 2005. Available from <http://www.apa.org/monitor> [7 July 2016]
34. McDermid SA, Heinrichs RW. Schizophrenia and memory impairment: evidence for a neurocognitive subtype. Psychiatry Res 2002;113:93-105.
35. Tek C, Kirkpatrick B, Buchanan RW. A five-year follow up study of deficit and nondeficit schizophrenia. Schizophr Res 2001;49:253-60.
36. Wongrajit K, Wirakarat J, Chansutap T. Psychiatric rehabilitation by hydroponics project. International Mental Health Conference 6th. Bangkok: 1-3 August 2007.
37. Thaipukdee N. Vocational rehabilitation for schizophrenia patients in community: a case study at Ban Nongloub Tumbon Dangyai Aumthur Muang Khonkaen Province [thesis]. Khonkaen: Khon Kaen University; 2009.
38. Chaboonmee T. Vocational rehabilitation for schizophrenia patients in a community of Ban Nongto Tambon Huachang Amphur Charturaphak Phiman Roi Et Province [thesis]. Khonkaen: Khon Kaen University; 2011.
39. Lertmongkolnawin P. The influence of family function, social support and self esteem to the moral of youth volunteering. Case study of Nonthaburi Community Hospital [thesis]. Bangkok: Kasetsart University; 2008.
40. Happyess from volunteer work. Available from <http://www.happinessthailand.com> [28 May 2014]